

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Πολιτική Υγείας και
Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας**

Μεταπτυχιακή Διατριβή



**Πολιτική Υγείας και Σύστημα Υγείας του Νότιου Σουδάν: από
την Ανεξαρτησία, στο Σήμερα και στο Μέλλον**

Ευτέρπη Χουρίδου

**Επιβλέπων Καθηγητής
Μιχάλης Τάλιας**

Ιούνιος 2020

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Πολιτική Υγείας και
Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας**

Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Πολιτική Υγείας και Σύστημα Υγείας του Νότιου Σουδάν: από
την ανεξαρτησία, στο Σήμερα και στο Μέλλον**

Ευτέρπη Χουρίδου

**Επιβλέπων Καθηγητής
Μιχάλης Τάλιας**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Ιούνιος 2020

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Ευτέρπη Χουρίδου, 2020

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Πρόγραμμα Σπουδών Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Προγράμματος Σπουδών.

Στους γονείς μου

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Νότιο Σουδάν αποτελεί τη νεότερη χώρα στον Κόσμο και χαρακτηρίζεται από έντονες πολιτικές και στρατιωτικές αναταραχές, εμφύλιες συγκρούσεις, οικονομική αστάθεια, μετακινήσεις πληθυσμών και μερικούς από τους χειρότερους Δείκτες Υγείας στον Κόσμο. Σκοπός της παρούσης Μεταπτυχιακής Διατριβής είναι η κριτική ανασκόπηση της εξέλιξης της Πολιτικής Υγείας και του Συστήματος Υγείας της χώρας, από την Ανεξαρτησία (2011) μέχρι σήμερα, καθώς και οι μελλοντικές προεκτάσεις της, εν μέσω ενός συνεχώς μεταλλασσόμενου κοινωνικο-οικονομικο-πολιτικού πλαισίου. Αυτό ολοκληρώθηκε μέσω ανάλυσης των βασικών παραγόντων επιρροής που δρουν στον Τομέα Υγείας του Νότιου Σουδάν, της αξιολόγησης του Συστήματος Υγείας (SWOT Analysis) της χώρας και της σύγκρισής του με Συστήματα γειτονικών χωρών, που βίωσαν, ή βιώνουν ακόμα, παρόμοιες προκλήσεις. Κατά την ανάλυση, χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικές αναφορές Κυβερνητικών πηγών και άλλων Διεθνών και Τοπικών παραγόντων. Η Διατριβή κατέληξε στην κατάθεση προτάσεων μεταρρύθμισης και ενίσχυσης του Συστήματος Υγείας της χώρας, με στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς του. Συνοπτικά, προτείνεται η νέα Συναινετική Κυβέρνηση, βασιζόμενη στη διαφάνεια και εκμεταλλεόμενη την πλούσια πολιτιστική κληρονομιά της χώρας, να ενισχύσει τη δημιουργία Εθνικής Ταυτότητας, να δημιουργήσει ένα ισχυρό θεσμικό πλαίσιο και Κεντρική Διοίκηση, με ενδυναμωμένη ωστόσο Περιφέρεια, ώστε να επιλυθούν οι τοπικές συγκρούσεις, να αποκατασταθεί η ασφάλεια και να αναπτυχθούν ποιοτικά οι Υπηρεσίες Υγείας της χώρας, να εκσυγχρονιστούν οι Δομές Υγείας, σε συνεργασία με όλους τους φορείς, αναπτύσσοντας παράλληλα τις υποδομές της χώρας, ενισχύοντας την εκπαίδευση και τα κίνητρα εργασίας των επαγγελματιών Υγείας, θέτοντας μακροπρόθεσμους στόχους Υγείας, περιορίζοντας τον κατακερματισμό του Συστήματος Υγείας, στρεφόμενη προς την αύξηση του ελέγχου, αξιολόγησης και της εφαρμογής των μέτρων, μέσω αντίστοιχης χρηματοδότησης.

Λέξεις κλειδιά: Νότιο Σουδάν, Σύστημα Υγείας, Πολιτική Υγείας, SWOT Analysis

ABSTRACT

South Sudan is the youngest nation in the World and is characterized by an intense political and military history, civil wars, economic instability, population movements and some of the worst Health Indicators in the World. This dissertation's Goal is the critical review of South Sudan's Health Policy and Health System evolution, from Independence (2011) until today, and its future developments, within a constantly changing social, economical and political context. That was completed by analyzing the fundamental actors of influence in South Sudan's Health Sector, by performing a SWOT Analysis of the Health System and benchmarking with Health Systems of neighboring countries that have experienced, or are still experiencing, similar challenges. References from Governmental sources and other International and National actors were used for the analysis. The dissertation concludes by submitting reform and reinforcement proposals for the Health System, aiming in increasing its effectiveness and efficiency. In short, it is suggested that the new Revitalized Transitional Government of National Unity, based on transparency and by taking advantage of the country's rich cultural heritage, should reinforce the creation of a National Identity, create a strong Institutional framework and central Administration, with empowered District, so as to resolve the local conflicts, restore security and develop quality Health Services, renovate Health facilities, in cooperation with all actors, by developing in parallel country's infrastructure, strengthening education and work motivation of Health professionals, setting long-term goals for Health and limiting the fragmentation of Health System, heading towards augmentation of monitoring, evaluation and implementation of measures, via appropriate financing.

Keywords: South Sudan, Health System, Health Policy, SWOT Analysis.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ABSTRACT	vi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	vii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ ΚΑΙ ΓΑΛΛΙΚΑ.....	xii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ	xviii
1. Εισαγωγικές Πληροφορίες	1
2. Ιστορική Αναδρομή	4
3. Πολιτική Υγείας και Στρατηγική στο Νότιο Σουδάν	21
4. Οργάνωση Συστήματος Υγείας Νότιου Σουδάν	42
4.1 Δομές Υγείας και Επίπεδα Υγειονομικής Κάλυψης	42
4.2 Προσωπικό Δομών Υγείας	46
5. Μελέτη Πολιτικής και Συστήματος Υγείας	48
5.1 Εισαγωγικά Σχόλια	48
5.2 SWOT Ανάλυση Συστήματος Υγείας του Νότιου Σουδάν, 2006/7	53
6. Σύγχρονη Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας του Νότιου Σουδάν	57
6.1 Προκλήσεις για την εφαρμογή της Πολιτικής Υγείας	57
6.2 Ανάλυση Φορέων του Τομέα Υγείας στο Νότιο Σουδάν	69
6.3 Το Σύστημα Υγείας του Νότιου Σουδάν με Δείκτες Υγείας	74
6.3.1 Επίπεδο Υγείας	74
6.3.2 Παράγοντες Κινδύνου	78
6.3.3 Κάλυψη Υπηρεσιών Υγείας	83
6.3.4 Σύστημα Υγείας	90
7. Σύγκριση με Συστήματα Υγείας γειτονικών χωρών	101

7.1 Τανζανία	101
7.2 Ουγκάντα	104
7.3 Σουδάν	105
7.4 Ρουάντα	107
7.5 Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό	108
7.6 Συμπεράσματα	112
8. Προτάσεις Μεταρρύθμισης και Συμπεράσματα	114
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	132
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγικές Πληροφορίες	132
Κεφάλαιο 2. Ιστορική Αναδρομή	133
Κεφάλαιο 3. Πολιτική Υγείας και Στρατηγική στο Νότιο Σουδάν	140
Κεφάλαιο 4. Οργάνωση Συστήματος Υγείας Νότιου Σουδάν	142
Κεφάλαιο 5. Μελέτη Πολιτικής και Συστήματος Υγείας	143
Κεφάλαιο 6. Σύγχρονη Αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας του Νότιου Σουδάν	145
Κεφάλαιο 7. Σύγκριση με Συστήματα Υγείας γειτονικών χωρών	161
Κεφάλαιο 8. Προτάσεις Μεταρρύθμισης και Συμπεράσματα	164
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α. Πίνακες και Διαγράμματα	169
Πίνακας 1: Δομές Υγείας στο Νότιο Σουδάν, το 2011	169
Πίνακας 2: SWOT Analysis Συστήματος Υγείας Νότιου Σουδάν, 2006	170
Πίνακας 3: Βασικό Πακέτο Υπηρεσιών BOMA	171
Πίνακας 4: Χαρτογράφηση του Τομέα Υγείας από το Υπουργείο Υγείας, με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2018	172
Πίνακας 5: Στόχοι του Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν για το 2015	179
Πίνακας 6: Βασικοί φορείς που επιχειρούν στον Τομέα Υγείας του Νότιου Σουδάν..	180
Πίνακας 7: Σύγχρονη SWOT Analysis Συστήματος Υγείας Νότιου Σουδάν	181

Πίνακας 8: Στόχοι του Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν για το 2015	187
Πίνακας 9: Στόχοι του Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν για το 2015	188
Πίνακας 10: Μερικοί από τους Millennium Development Goals (MDGs).....	189
Πίνακας 11: Μερικοί από τους Sustainable Development Goals (SDGs) για το 2030.....	190
Πίνακας 12: Στόχοι Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν, μέχρι το 2010 και 2011	191
Πίνακας 13: Βασικά Δημογραφικά Στοιχεία χωρών των οποίων το ΣΥ συγκρίθηκε με αυτό του Νότιου Σουδάν	192
Πίνακας 14: SWOT Analysis Συστήματος Υγείας Σουδάν, το 2017	193
Πίνακας 15: SWOT Analysis Καθολικής Κάλυψης Υγείας (μέσω του CBHI) στη Ρουάντα, 2000-2012	194
Πίνακας 16: Προκλήσεις και απαντήσεις σε επίπεδο Προγραμμάτων και Συστήματος Υγείας	195
Διάγραμμα 1: Χάρτης Νότιου Σουδάν	196
Διάγραμμα 2: Οργάνωση Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν σε επίπεδα	197
Διάγραμμα 3: Σύγχρονο Οργανόγραμμα Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν	198
Διάγραμμα 4: Οργανόγραμμα Νοσοκομειακών Δομών Νότιου Σουδάν	199
Διάγραμμα 5: Οργανόγραμμα Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν, 2007	200
Διάγραμμα 6: Ανάλυση φορέων που δρουν στον Τομέα Υγείας του Νότιου Σουδάν..	201
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β. Στατιστικοί Πίνακες	202
B1. Παρουσίαση Στατιστικών Πινάκων	202
Στατιστικός Πίνακας 1α: Πρόσβαση σε δίκτυα ηλεκτρισμού και τηλεπικοινωνιών στο Νότιο Σουδάν (2000-2020)	202
Στατιστικός Πίνακας 1β: Επίπεδα φτώχειας στο Νότιο Σουδάν (2000-2019)	203
Στατιστικός Πίνακας 1γ: Κατάταξη του Νότιου Σουδάν με βάση τον Δείκτη HDI (2005-2019)	203

Στατιστικός Πίνακας 1δ: Βασικά Δημογραφικά Στοιχεία πληθυσμού Νότιου Σουδάν (2000-2020)	204
Στατιστικός Πίνακας 2α: Θνησιμότητα ανά ηλικία και φύλο στο Νότιο Σουδάν (1990-2019)	205
Στατιστικός Πίνακας 2β: Θνησιμότητα ανά αιτία στο Νότιο Σουδάν (2000-2018)	206
Στατιστικός Πίνακας 2γ: Ποσοστά γονιμότητας στο Νότιο Σουδάν (2000-2017)	207
Στατιστικός Πίνακας 2δ: Νοσηρότητα (HIV/AIDS, φυματίωση, ελονοσία) στο Νότιο Σουδάν (2000-2018)	208
Στατιστικός Πίνακας 3α: Υποσιτισμός (χρόνιος και οξύς) σε παιδιά κάτω των 5 ετών, στο Νότιο Σουδάν (2000-2019)	209
Στατιστικός Πίνακας 3β: Περιβαλλοντικοί Παράγοντες Κινδύνου στο Νότιο Σουδάν (πρόσβαση σε πόσιμο νερό και βασικές συνθήκες υγιεινής) (2000-2019)	210
Στατιστικός Πίνακας 4α: Στοιχεία Αναπαραγωγικής, Μητρικής, Βρεφικής, Παιδικής και Εφηβικής Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2000-2018)	211
Στατιστικός Πίνακας 4β: Στοιχεία ανοσοποίησης παιδιών στο Νότιο Σουδάν (2006-2016)	212
Στατιστικός Πίνακας 4γ: Στοιχεία αναφορικά με τη θεραπεία και πρόληψη του HIV/AIDS, στο Νότιο Σουδάν (2007-2018)	212
Στατιστικός Πίνακας 4δ: Στοιχεία για τη θεραπεία της φυματίωσης στο Νότιο Σουδάν (2011-2018)	212
Στατιστικός Πίνακας 4ε: Στοιχεία για την πρόληψη και θεραπεία της ελονοσίας στο Νότιο Σουδάν (2006-2015)	213
Στατιστικός Πίνακας 4ζ: Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2005-2018)	213
Στατιστικός Πίνακας 5α: Στοιχεία για επιτυχή θεραπεία της πνευμονικής φυματίωσης στο Νότιο Σουδάν (2006-2010)	214
Στατιστικός Πίνακας 5β: Χρήση και Πρόσβαση Δομών Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2003-2020)	214

Στατιστικός Πίνακας 5γ: Στοιχεία για τους Επαγγελματίες Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2005-2018)	214
Στατιστικός Πίνακας 5δ: Στοιχεία για τη χρηματοδότηση της Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2006-2018)	215
B2. Βιβλιογραφία Στατιστικών Πινάκων	216

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ ΚΑΙ ΓΑΛΛΙΚΑ

ACT	Artemisinin based Combination Treatment
ANC	Ante-Natal Care
AU	African Union
BHT	Boma Health Team
BPHNS	Basic Package Health and Nutrition Services
BPHS	Basic Package Health Services
BPSH	Basic Package for School Health
CBHI	Community Based Health Insurance
CBPF	Country Based Pool Fund
CCS	Country Cooperation Strategy
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CERF	Central Emergency Response Fund
CH	County Hospital
CHASS	Church Health Action in South Sudan
CHD	County Health Department
CHP	Community Health Programs
CHW	Community Health Worker
CMS	Central Medical Stores
CMW	Community MidWife
CNPS	Comité National Pilotage Santé
CO	Clinical Officer
CoH	Cessation of Hostilities (agreement)
COHRED	Council On Health REsearch for Development

Covid19	Corona virus disease 2019
CPA	Comprehensive Peace Agreement
CPPS	Comité Provincial de Pilotage Santé
CWG	Cash Working Group
DFCA	Drug Food Control Authority
DFID	Department For International Development
DHIS	District Health Information System
DOT	Directly Observed Therapy
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course
DTP	Diphtheria Tetanus Pertussis
DUP	Democratic Unionist Party
EAC-MRH (Program)	East African Community - Medicines Regulatory Harmonization
EMF	EMergency Fund (Program)
EVIPNet	EVidence Informed Policy Network
FAO	Food and Agriculture Organization
FP2020	Family Planning 2020
GAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunization
GDP	Gross Domestic Product
GVAP	Global Vaccine Action Plan
HDI	Health Development Index
HFM	Health Facility Mapping
HHP	Home Health Promoter
HIS	Health Information System

HIV/AIDS Syndrome	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired ImmunoDeficiency
HMIS	Health Management Information System
HMN	Health Metrics Network
HPF	Health Pool Fund
HRHCF	Human Resources Health Coordination Forum
HRHIS	Human Resources for Health Information System
HRHMIS	Human Resources for Health Management Information System
HRIS	Human Resources Information System
HRRP	Health Rapid Results Project
HSTWG	Health Sector Technical Working Group
HTC	HIV Testing and Counseling
ICC	International Criminal Court
ICD-10	International Classification of Diseases – 10 th edition
ICRC	International Committee of the Red Cross
ICTR	International Criminal Tribunal for Rwanda
IDSR	Integrated Disease Surveillance and Response
IGAD	Inter-Governmental Agency for Development
IMCI	Integrated Management of Childhood Illness
IMS	Information Management System
IOM	International Organization for Migration
IPoA	Istanbul Programme of Action
IRC	International Rescue Committee
IRHIS	Integrated Regional Health Information System

JAM	Joint Assessment Mission
JANS	Joint Assessment of National Strategies
JICA	Japan International Cooperation Agency
LLITN	Long Lasting Insecticide Treated bed Nets
LMIS	Logistics Management Information System
MCHW	Maternal and Child Health Worker
MDGs	Millennium Development Goals
MDTF	Multi Donor Trust Fund
MO	Medical Officer
MoFEP	Ministry of Finance and Economic Planning
MSD	Medical Stores Department
MSF	Médecins Sans Frontières
NAWG	Needs Analysis Working Group
NBS	National Bureau of Statistics
NDA	National Democratic Alliance
NHA	National Health Account
NHIF	National Health Insurance Fund
NHS	National Health System
NHSWG	National Health Sector Working Group
OCHA	Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
ORT	Oral Rehydration Therapy
PENTA 3	vaccination against Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Hepatitis B and Haemophilus Influenza
PEP	Post-Exposure Prophylaxis

PHCC	Primary Health Care Centre
PHCU	Primary Health Care Unit
PHEOC	Public Health Emergency Operations Center
PHO	Payam Health Officer
PMTCT	Prevention Mother To Child Transmission
POC	Protection Of Civilians
PrEP	Pre-Exposure Prophylaxis
SDGs	Sustainable Development Goals
SH	State Hospital
SHHS	Sudan Household Health Survey
SIAPS	Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services
SOSDA	SOuth Sudan Doctors' Association
SPLA	Sudan's People Liberation Army
SPLA-IO	Sudan's People Liberation Army-In Opposition
SPLM	Sudan's People Liberation Movement
SPLM/A	Sudan's People Liberation Movement/Army
SPLM-IO	Sudan's People Liberation Movement – In Opposition
SSAC	South Sudan AIDS Commission
SSCCSE	Southern Sudan Centre for Census, Statistics and Evaluation
SSEML	South Sudan Essential Medicine List
SSGMC	South Sudan General Medical Council
SSLM	South Sudan Liberation Movement
SSNAMA	South Sudan Nurses And Midwives Association
SS-STGs	South Sudan- Standard Treatment Guidelines

S/THC BPHS Secondary/Tertiary Health Care Basic Package of Health Services

SWOT analysis Strengths Weaknesses Opportunities Threats analysis

TBA Traditional Birth Attendant

TH Teaching Hospital

UK United Kingdom

UNAIDS Joint United Nations Program on Acquired ImmunoDeficiency Syndrome

UNCT United Nations Country Team

UNDAF United Nations Development Assistance Framework

UNDP United Nations Development Programme

UNESCO United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA United Nations Fund for Population Activities

UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees

UNHRO Uganda National Health Research Organization

UNICEF United Nations International Children's Emergency Fund

UN IGME United Nations Inter-agency Group for child Mortality Estimation

UNMISS United Nations Mission In South Sudan

UNSCR United Nations Security Council Resolution

UN WOMEN United Nations (entity for gender equality and empowerment of) Women

USAID United States Agency for International Development

USD United States Dollar

WFP World Food Program

WHO World Health Organization

WPS Index Women, Peace and Security Index

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΓΧΣ	Γιατροί Χωρίς Σύνορα
ΔΥ	Δομή Υγείας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΣΔ	Εθνικό Σχέδιο Δράσης
ΕΥ	Επαγγελματίες Υγείας
ΗΒ	Ηνωμένο Βασίλειο
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Η-ΥΓΕΙΑ	Ηλεκτρονική Υγεία
ΚΥ	Κέντρο Υγείας
ΛΔΚ	Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό
ΜΚΟ	Μη-Κυβερνητικές Οργανώσεις
ΜΜΕ	Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
ΜΟ	Μέσος Όρος
ΝΣ	Νότιο Σουδάν
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΥ	Σύστημα Υγείας
ΤΥ	Τομέας Υγείας
ΥΟ	Υπουργείο Οικονομικών
ΥπΥ	Υπηρεσίες Υγείας
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΥΥΠ	Υπουργείο Υγείας Πολιτειών

Κεφάλαιο 1

Εισαγωγικές Πληροφορίες

Το Νότιο Σουδάν ή επίσημα η Δημοκρατία του Νότιου Σουδάν, σύμφωνα με το Μεταβατικό Σύνταγμα του 2011 (1), αποτελεί το νεότερο Κράτος στον Κόσμο, κατά τη στιγμή της συγγραφής, αφού κέρδισε την Ανεξαρτησία του από το Σουδάν μετά από δημοψήφισμα, τον Ιούλιο του 2011.

Συνορεύει (Διάγραμμα 1) Βόρεια με το Σουδάν, Ανατολικά με την Αιθιοπία, Νότια μοιράζεται σύνορα με την Κένυα και την Ουγκάντα, Νοτιοδυτικά με τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό και Δυτικά με την Κεντρική Αφρικανική Δημοκρατία (1). Αν και συνταγματικά η χώρα υποδιαιρέθηκε αρχικά σε 10 Πολιτείες (1), σήμερα αποτελείται από 10 Πολιτείες και επιπλέον 3 Διοικητικές Περιοχές (2, 3), οι οποίες υποδιαιρούνται περαιτέρω σε 80 Νομούς, στη συνέχεια σε 516 *rayah* και τελικά σε 2.136 *boma* (4). Πρωτεύουσα και μεγαλύτερη πόλη του Κράτους είναι η Τζούμπα, στην Central Equatoria (5). Ο πληθυσμός του κυμαίνεται στα 12 εκατομμύρια (4, 6), από τον οποίο ο μισός αποτελείται από νέους κάτω των 18 ετών (7). Σχεδόν 90% του πληθυσμού ζει σε αγροτικές περιοχές και εξαρτάται από τη γεωργία και την κτηνοτροφία (8).

Το πολίτευμα είναι Ομοσπονδιακή Προεδρική Συνταγματική Δημοκρατία (9) και επίσημη γλώσσα εργασίας η Αγγλική, ενώ αναγνωρίζονται και όλες οι αυτόχθονες γλώσσες (πάνω από 60) ως εθνικές, χαρακτηρίζοντάς το ως «πολυεθνοτική,

πολυπολιτισμική, πολύγλωσση, πολυ-θρησκευτική και πολυφυλετική οντότητα, μέσα στην οποία όλες αυτές οι διαφορετικότητες συνυπάρχουν ειρηνικά» (1,5). Η εθνότητα των Dinka αποτελεί το 36% του πληθυσμού, ενώ των Nuer το 20%, ακολουθούμενες από μικρότερες ομάδες, στο σύνολο 64. Επιπλέον, υπάρχει και μία μειονότητα Αράβων (10).

Το θέμα που θα απασχολήσει την παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή είναι η εξέταση της εξέλιξης της Πολιτικής Υγείας και του Συστήματος Υγείας της χώρας από την εποχή της Ανεξαρτησίας μέχρι σήμερα. Τα βασικά ερωτήματα των οποίων η απάντηση θα επιδιωχθεί είναι η επιρροή της ανθρωπιστικής κρίσης, της πολιτικοοικονομικής κατάστασης και των πολεμικών και εμφύλιων συρράξεων στην Υγειονομική κατάσταση της χώρας, ο ρόλος της Διεθνούς Κοινότητας και των τοπικών παραγόντων, οι προκλήσεις που αντιστέκονται στην εφαρμογή των διαφόρων μέτρων και η σύγχρονη αξιολόγηση του Συστήματος Υγείας.

Το Νότιο Σουδάν, αν και διαθέτει πλούσιους εγχώριους πόρους (πετρέλαιο και μεταλλεύματα), χαρακτηρίζεται από φτωχό πληθυσμό, συχνές πολιτικές και στρατιωτικές αναταραχές, αδύναμη οικονομία, έντονη εθνοτική διαστρωμάτωση και μερικούς από τους χειρότερους δείκτες Υγείας στον Κόσμο. Η παρούσα διατριβή θα στηριχτεί τόσο σε Κυβερνητικά δεδομένα, όσο και σε στοιχεία Διεθνών Οργανισμών, ΜΚΟ και δωρητών που αναλύουν την αναφερόμενη κατάσταση, για να ολοκληρώσει μία εξελικτική, κριτική ανασκόπηση της πορείας του Συστήματος Υγείας του Νότιου Σουδάν, εν μέσω ενός διαρκώς μεταλλασσόμενου περιβάλλοντος.

Η Ιστορική Αναδρομή κρίνεται απαραίτητη αρχικά για την κατανόηση του κοινωνικού, οικονομικού, πολιτικού και στρατιωτικού πλαισίου και των φορέων που το δημιουργούν, καθώς και της επίδρασης αυτών στην Υγειονομική κατάσταση της χώρας. Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στα επίσημα κείμενα Πολιτικής Υγείας του Νότιου Σουδάν, από τα οποία προκύπτει και ο τρόπος Οργάνωσης του αντίστοιχου Συστήματος Υγείας, και ακολουθεί μελέτη αυτών. Το ΣΥ αξιολογείται με βάση τους 100 Βασικούς Δείκτες Υγείας του ΠΟΥ και παράλληλα επιχειρείται ανάλυση των

φορέων που δρουν στον Τομέα Υγείας της χώρας και των προκλήσεων που αντιμετωπίζονται. Η αναφορά σε ΣΥ γειτονικών χωρών προσθέτει στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης στην παρούσα ανάλυση και οδηγεί τελικά στην κατάθεση προτάσεων για τη στρατηγική αντιμετώπιση των προκλήσεων, καθώς η χώρα διανύει ένα “κριτικό σταυροδρόμι” στην Ιστορία της, με τη δημιουργία Συναινετικής Κυβέρνησης.

Κεφάλαιο 2

Ιστορική Αναδρομή

Η ιστορία του ΝΣ είναι συνδεδεμένη άρρηκτα με αυτή του Σουδάν, αφού αποτελούσε τμήμα του περίπου για 60 χρόνια. Ο πόλεμος για την ανεξαρτησία του ΝΣ είχε διάρκεια, σύμφωνα με μερικούς ιστορικούς, περίπου 200 χρόνια, ξεκινώντας το 1821, όταν ο Muhammad Ali, Οθωμανός αντιβασιλέας της Αιγύπτου εισέβαλε στο Σουδάν, ψάχνοντας για σκλάβους και ελεφαντοστό. Η Turkiya κράτησε ως το 1881, ακολουθήθηκε από την Mahdiyya, όταν μία ομάδα Ισλαμιστών ανέλαβε τον έλεγχο του Σουδάν, ρίχνοντας την Οθωμανική Κυβέρνηση (1, 2), μέχρι το 1898, οπότε έλαβε χώρα η Αγγλική κατάκτηση (3). Η Αγγλική αποικιοκρατία (Αγγλο-Αιγυπτιακή Συγκυριαρχία) διάρκεσε ως το 1956 (3), χρονιά που το Σουδάν κέρδισε τελικά την ανεξαρτησία του. Κατά τη διάρκεια της Αγγλικής αποικιοκρατίας, ο Νότος παρέμεινε απομονωμένος, χωρίς να παρατηρηθεί οικονομική ανάπτυξη ή βελτίωση υποδομών (2).

Οι διαπραγματεύσεις και τελικές συμφωνίες της Ανεξαρτησίας έγιναν μεταξύ μίας μορφωμένης ελίτ, που αποτελούνταν σχεδόν αποκλειστικά από Βόρειους Εθνικιστές, και της τότε Αποικιακής, Αγγλικής Κυβέρνησης (4,5) και υπογράφηκαν το 1954 (6). Χαρακτηριστικά, από τις 800 υψηλόβαθμες θέσεις στη Δημόσια Διοίκηση, μόνο 6 δόθηκαν σε Νοτιο-Σουδανούς (7). Ο αποκλεισμός μικρότερων περιφερειακών κοινοτήτων, ακόμα και του Βορρά, και κυρίως των αρχηγών των νότιων περιοχών της χώρας, δημιούργησε ήδη τις πρώτες απογοητεύσεις, αλλά και τις ρίζες για τις συγκρούσεις που θα ακολουθούσαν (8,9). Η ιδέα ενός ανεξάρτητου ΝΣ είχε ήδη προταθεί από κάποιους Νοτιο-Σουδανούς στους Άγγλους αποικιοκράτες τότε, όπως

ακόμα και η καθυστέρηση της ανεξαρτησίας, μέχρι να αναπτυχθεί ο Νότος ισότιμα (3). Μέχρι το 1953 άλλωστε, δεν υπήρχαν καν οργανωμένα πολιτικά κόμματα στο ΝΣ (10).

Το 1955 ξέσπασε ο πρώτος εμφύλιος Πόλεμος μεταξύ των Βόρειων και Νότιων Σουδανών και διάρκεσε 17 χρόνια (8). Τα αναφερόμενα αίτια είναι αρκετά: ανταγωνισμός πόρων, «ποινικοποίηση του Κράτους» (11), πολιτικοοικονομικά οφέλη του πολέμου, φυλετικά και θρησκευτικά αίτια, καθώς και πολιτισμική, οικονομική και πολιτική περιθωριοποίηση της περιφέρειας έναντι του κέντρου (12). Ο πόλεμος έληξε το 1972, με τη συμφωνία ειρήνης που υπογράφηκε στην Addis Ababa, μεταξύ της Σουδανικής Κυβέρνησης του Nimeiry και του SSLM, υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Συμβουλίου των Εκκλησιών (8), με το ΝΣ να κερδίζει μία περιορισμένη αυτονομία (2). Το συνολικό κόστος σε ανθρώπινες ζωές ήταν μισό εκατομμύριο (8). Η σύντομη περίοδος ειρήνης που ακολούθησε έφερε μερική ανάπτυξη στον Νότο, όπως δημιουργία σχολείων, παιδικούς εμβολιασμούς, κτηνιατρικές υπηρεσίες, θέσεις εργασίας και επαναλειτουργία της αγοράς (8).

Η βιασύνη να υπογραφεί η ειρήνη, όμως, κατά ορισμένους αναλυτές, οδήγησε τους Νότιους να συναινέσουν σε πολλά ζητήματα, τα οποία αργότερα θεωρήθηκαν η βάση για το ξεκίνημα του δεύτερου εμφυλίου πολέμου το 1983, έπειτα από την επιβολή του Νόμου της sharia σε όλη τη χώρα (8), την ανακήρυξη του Σουδάν ως Ισλαμικού Κράτους και την προετοιμασία για ένα Ισλαμικό Σύνταγμα, με τον Πρόεδρο να αναλαμβάνει και τον ρόλο του Ιμάμη (13), τον επανασχεδιασμό των συνόρων μεταξύ Βορρά-Νότου, ώστε να προσαρτηθούν στον Βορρά περιοχές πλούσιες σε πετρέλαιο, και τη διαίρεση του τότε αυτόνομου Νότου σε 3 μικρότερες, ασθενέστερες περιοχές (3), με ταυτόχρονη κατάργηση της αυτόνομης Κυβέρνησης του ΝΣ και επομένως και της συνθήκης ειρήνης του 1972 (7). Σύντομα, δημιουργήθηκε ο SPLA υπό την αρχηγία του John Garang, υποστηριζόμενος από την Αιθιοπία και τη Λιβύη (14, 7) και η πολιτική του πλευρά, ο SPLM (13). Σε μία διπλωματική κίνηση, ο J. Garang υποστήριξε ότι δεν πάλευε μόνο για την ανεξαρτησία του ΝΣ, αλλά για τη δημιουργία ενός «Νέου Σουδάν», ελεύθερου από την τυραννία μίας μειονότητας Αράβων του κέντρου, κερδίζοντας έτσι την υποστήριξη και άλλων καταπιεσμένων περιφερειών, όπως των Darfur, Nuba και Blue Nile, που συμμαχίσαν με τον SPLA (9,14). Άλλωστε,

στο ΝΣ, αλλά και σε άλλες περιφέρειες του Σουδάν, πίστευαν ότι ο πολιτισμικός, εθνοτικός και φυλετικός αποκλεισμός τους, αποτελούσε τη βάση για τον αποκλεισμό τους από περιουσιακά και οικονομικά στοιχεία, υπηρεσίες και πολιτική δύναμη (3).

Αποτέλεσμα των νέων συγκρούσεων το 1988 ήταν οι Νοτιο-Σουδανοί να βιώσουν τον χειρότερο λιμό στη σύγχρονη ιστορία τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι και οι δύο πλευρές εκμεταλλεύτηκαν την τροφή ως όπλο πολέμου, χρησιμοποιώντας την πείνα ως στρατιωτική στρατηγική. Βοήθεια εμποδιζόταν να φτάσει σε εκτοπισμένους πληθυσμούς και ανθρωπιστικές πομπές δεχόταν επίθεση με αποτέλεσμα 250.000 νότιοι να πεθάνουν από πείνα εξαιτίας του πολέμου το 1988 και 3.000.000 να μετατοπιστούν (7).

Το 1991 υπήρξε μία χρονιά σταθμός για την ιστορία του SPLA, αφού διαιρέθηκε σε δύο τμήματα, εξαιτίας ιδεολογικών διαφορών των αρχηγών του, που όμως σύντομα οδήγησαν στη δημιουργία ανταγωνιστικών τμημάτων, με βάση εθνοτικές διαφορές. Τρεις διοικητές SPLM/A, μεταξύ των οποίων και ο Riek Machar, προσπάθησαν να διώξουν τον J.Garang, επειδή ήθελαν να πολεμήσουν για ένα ανεξάρτητο ΝΣ και όχι για ένα “Νέο Σουδάν” και επιπλέον θεωρούσαν την ηγεσία του τελευταίου δικτατορική και καταπιεστική (15). Έτσι, στρατικοποιήθηκαν και πολώθηκαν οι δύο μεγαλύτερες εθνοτικές ομάδες του ΝΣ: οι Dinka, με αρχηγό τον J. Garang που διηύθυνε τον SPLA-mainstream, και οι Nuer, με τον R.Machar να διατηρεί την αρχηγία του SPLA-Nasir (14), και οδηγήθηκαν σε διαμάχες μεταξύ τους μέχρι το 1998 (16). Πολλαπλές σφαγές αμάχων αναφέρθηκαν, την εποχή που “ο πολιτικός ανταγωνισμός έλαβε μία εθνοτική φόρμα” (15).

Στο μεταξύ, εξαιτίας των συνεχιζόμενων συγκρούσεων, η περιοχή του Bahr El Ghazal οδηγήθηκε σε λιμό, κατά τον οποίο πέθαναν 60.000 άνθρωποι σε 5 μόλις μήνες το 1998 (14). Την ίδια χρονιά και σύμφωνα με τον ΟΗΕ, 800 γυναίκες και 1.500 παιδιά είχαν απαχθεί από τα σπίτια τους (1). Οι πολίτες ήταν αναγκασμένοι να προστατεύουν τα ζώα τους από αρπαγές, να διατρέφουν και να στεγάζουν τον επαναστατημένο στρατό (ο οποίος δεν πληρωνόταν), να παρέχουν μικρά παιδιά προς στρατολόγηση και γυναίκες

για διάφορες υπηρεσίες, αδυνατώντας παράλληλα να καλλιεργήσουν τη γη τους. Η κατάσταση αυτή έφερε σημαντική κοινωνική, πολιτισμική και οικονομική ρήξη, καθώς οι επαναστάτες-στρατιώτες άρχισαν να θεωρούν δικαίωμά τους να κλέβουν και να βιάζουν τους συμπολίτες τους, προκειμένου να συνεχίσουν να πολεμούν για αυτούς (17).

Το 1994 ο SPLM/A υπό τον J.Garang συγκάλεσε το πρώτο Εθνικό Συνέδριο στο Chukudum, όπου ανακηρύχτηκε το “Νέο Σουδάν”, που συμπεριλάμβανε τις περιοχές που ελεγχόταν από αυτόν (απελευθερωμένες περιοχές στο ΝΣ, τα βουνά Nuba και οι νότιες περιοχές του Blue Nile). Παράλληλα, ιδρύθηκαν Κυβερνητικές δομές και η “χώρα” διαιρέθηκε σε νομούς, payam και boma, χωρίς όμως να ζητηθεί επίσημα διεθνής αναγνώριση (15).

Το 1995 δημιουργήθηκε το NDA, με βάση του την Ερυθραία. Ήταν μία συμμαχία του SPLA με άλλες εξόριστες ομάδες του εξωτερικού και με Πολιτικές δυνάμεις του Βορρά, όπως το DUP και το κόμμα UMMA, με σκοπό να ρίξουν την Κυβέρνηση του Σουδάν με όλα τα μέσα, συμπεριλαμβανομένων στρατιωτικών. Ο J.Garang επιλέχθηκε ως αρχηγός των ηνωμένων δυνάμεων (14). Το NDA όμως μαστιζόταν από τόσες ιδεολογικές και κομματικές διαφορές, που βρισκόταν στα πρόθυρα της διάλυσης το 2005, όταν ο SPLA υπέγραψε τελικά σύμφωνο ειρήνης (CPA) (18) με την Κυβέρνηση του Σουδάν. Πολλά μέλη του αποχώρησαν ηθελημένα, τα μεγαλύτερα συμπεριλήφθηκαν στις διαπραγματεύσεις ειρήνης, ενώ κάποια αποκλείστηκαν εντελώς (14), δίνοντας την εντύπωση ότι η δική τους περιθωριοποίηση θα συνεχιζόταν (19). Οι Νότιοι άλλωστε δεν είχαν αίσθηση Εθνικής ταυτότητας, καθώς οι έννοιες της γενιάς και της φυλής ήταν πολύ πιο σημαντικές για εκείνους (20). Η τελική συμφωνία ειρήνης, βασίστηκε στο Machakos Protocol, που είχε υπογραφεί ήδη το 2002, στην ομότιτλη πόλη της Κένυας ανάμεσα στις αντίπαλες ομάδες, υπό την Αιγίδα του IGAD (16).

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου εμφυλίου πολέμου, πέθαναν 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι (21), 4 εκατομμύρια μετατοπίστηκαν εσωτερικά και 600.000 έγιναν πρόσφυγες σε γειτονικές χώρες (22), ενώ παρατηρήθηκε σημαντική έλλειψη τροφής, πόσιμου νερού,

ηλεκτρισμού και καλλιεργήσιμης γης, καθώς και διακοπή διατροφικών προγραμμάτων και εμβολιασμών, που αύξησαν μακροπρόθεσμα τις στατιστικές θανάτου (1,13). Παράλληλα, η Κυβέρνηση του Σουδάν κατηγορήθηκε για βομβαρδισμούς και επιθέσεις πολιτικών στόχων (νοσοκομεία, καταυλισμούς προσφύγων και ΜΚΟ, εκκλησίες, πεδία ρίψεων τροφής), καθώς και για χειραγώγηση της ξένης ανθρωπιστικής βοήθειας που έφερε 2,6 εκατομμύρια Νοτιο-Σουδανούς στα πρόθυρα της πείνας το 1998 (1,23). Το Δημόσιο ΣΥ κατέρρευσε και σχεδόν το 80% της ελάχιστης φροντίδας υγείας προσφερόταν από ΜΚΟ και Θρησκευτικές Οργανώσεις, ενώ η υγειονομική κάλυψη άγγιζε μόνο το 25% του πληθυσμού (24). Παράλληλα, το ΝΣ είχε ακόμη το 70% του παγκόσμιου εναπομείναντος φορτίου του Guinea Worm, ενώ 47% των νοικοκυριών δεν είχε ζωική παραγωγή και 1 στους 3 ανθρώπους στηριζόταν στην ανθρωπιστική βοήθεια (25).

Οι ΔΥ χαρακτηριζόταν ανεπαρκείς, όπως και ο εξοπλισμός τους, χωρίς ανθρώπινο δυναμικό, και επιπλέον ήταν γεωγραφικά συγκεντρωμένες στις αστικές περιοχές. Έτσι, στην Equatoria υπήρχε 1 ΚΥ/40.000 κατοίκους, στο Upper Nile 1 ΚΥ/75.000, ενώ στο Bahr el Ghazal 1 ΚΥ/160.000. Επιπλέον, στις αγροτικές περιοχές υπήρχαν 550 Μονάδες Υγείας (1/14.000 κατοίκους) και 19 Νοσοκομεία (1/400.000 κατοίκους). Όσον αφορά στους ΕΥ, η μεγάλη πλειοψηφία τους δούλευε στην Equatoria, και διέθεταν λιγότερο του ενός χρόνου εκπαίδευση (25). Μόνο το 3% των ΕΥ είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (26).

Όσον αφορά στις υποδομές, αναφέρεται ότι πολλοί από τους δρόμους, γέφυρες, σιδηρόδρομους, και τις ποτάμιες μεταφορές είχαν ανάγκη σημαντικών επιδιορθώσεων, ενώ στις αγροτικές περιοχές του Νότου, οι υποδομές ήταν σχεδόν ανύπαρκτες. Επιπλέον, δεν υπήρχαν καθόλου ασφαλτοστρωμένοι δρόμοι έξω από τις πόλεις της Τζούμπα, Malakal και Wau. Σε μερικές περιοχές, το ταξίδι για συλλογή νερού άγγιζε τις 8 ώρες, κάνοντας την πρόσβαση σε νερό αιτία τοπικών συγκρούσεων, ενώ λιγότερα από τα μισά υπάρχοντα δημοτικά σχολεία και ακόμα λιγότερες ΔΥ είχαν πρόσβαση σε πόσιμο νερό και τουαλέτες (12).

Σύμφωνα με το CPA (18, 19), καθορίστηκε μία μεταβατική περίοδος 6 χρόνων, κατά την οποία θα υπήρχαν 2 κυβερνήσεις: Αυτόνομη Κυβέρνηση του ΝΣ και Κυβέρνηση Εθνικής Ενότητας (που θα περιελάμβανε και τον Νότο). Μετά τη λήξη αυτής της περιόδου, με ένα δημοψήφισμα, ο Νότος θα αποφάσιζε αν θα παρέμενε στο Σουδάν ή θα ανεξαρτητοποιούταν. Άλλα θέματα, όπως διανομή πλούτου, εξουσίας και ασφάλεια συμφωνήθηκαν, επίσης. Πρώτος Πρόεδρος του ΝΣ ορίστηκε ο J.Garang, που ήταν ταυτόχρονα και πρώτος Αντιπρόεδρος της Κυβέρνησης Εθνικής Ενότητας. Τρεις εβδομάδες αργότερα, όμως, σκοτώθηκε σε ατύχημα με ελικόπτερο και αντικαταστάθηκε από τον Salva Kiir (15).

Ο αποκλεισμός πολλών ενόπλων ομάδων, καθώς και των γυναικών, της νεολαίας, πολιτικών κομμάτων, κοινωνικών και θρησκευτικών οργανώσεων ή άλλων επαγγελματικών ενώσεων από τις διαπραγματεύσεις, οδήγησε στην έλλειψη ολοκληρωμένης αντιμετώπισης ζητημάτων, όπως αποκατάσταση κατεστραμμένων υποδομών, συμφιλίωση ομάδων, απόδοση δικαιοσύνης κλπ. (27). Σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, αυτός ο αποκλεισμός και οι εθνοτικές συγκρούσεις ήταν οι κύριες αιτίες της βίας που συνεχίστηκε στις δύο περιοχές, ακόμα και μετά την υπογραφή της CPA (28, 29). Ας σημειωθεί ότι το 2009 υπήρχαν 2,7 εκατομμύρια μικρά όπλα σε κυκλοφορία, με τους πολίτες να κατέχουν τα 2 εκατομμύρια αυτών (30).

Η παραμέληση των περιφερειών του ΝΣ δεν εξαλείφθηκε, αντίθετα έγινε χειρότερη σε κάποιες περιπτώσεις, αφού, λόγω έλλειψης δρόμων, για παράδειγμα, οι αγροτικές περιοχές παρέμεναν δίχως πρόσβαση σε υπηρεσίες. Επιπλέον, δεν φαινόταν να υπάρχει πολιτική βούληση για να οργανωθούν βασικές υπηρεσίες για τους πολίτες του Νότου, καθώς οι πολιτικοί αρχηγοί ασχολούνταν περισσότερο με την παγίωση της θέσης τους στην εξουσία, τη διαδικασία της ανεξαρτητοποίησης, το χτίσιμο της χώρας, αλλά όχι του Έθνους (15).

Κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου, περισσότεροι από 2.000.000 επέστρεψαν στον Νότο, συμπεριλαμβανομένων και 300.000 προσφύγων από τις γειτονικές χώρες. Ο αριθμός των εγγεγραμμένων παιδιών στο δημοτικό σχολείο διπλασιάστηκε και ανοίχτηκαν 6.000 χιλιόμετρα δρόμων (όχι παντός καιρού). Οι μισοί από τους Δημόσιους Υπαλλήλους της χώρας, όμως, είχαν τελειώσει μόνο το Δημοτικό και καμία

από τις Δημόσιες Δομές ανάπτυξης δεν ήταν εγκατεστημένη. Υπήρχε μόνο μία γέφυρα να ενώνει την ανατολική και δυτική ακτή του Νείλου, δεν υπήρχε πολιτική αεροπορία και ηλεκτρικό δίκτυο, ο σιδηρόδρομος εξυπηρετούσε μόνο μερικές πόλεις, 60% των απομακρυσμένων περιοχών ήταν μη προσβάσιμες κατά την περίοδο των βροχών, η εφαρμογή του Νόμου ήταν περιορισμένη και κυριαρχούσαν η ανασφάλεια, η διαφθορά και μία στρατικοποιημένη πολιτική και γραφειοκρατική κουλτούρα (31).

Το δημοψήφισμα διεξάχθηκε τελικά από τις 9 μέχρι τις 15 Ιανουαρίου του 2011 (32) και, σύμφωνα με το αποτέλεσμα, 98,83 % ψήφισαν υπέρ της ανεξαρτησίας (3). Αν και το δημοψήφισμα ολοκληρώθηκε ειρηνικά, υπήρχαν πολλές αναταραχές κατά τη διάρκειά του στις συνοριακές περιοχές, με αποτέλεσμα να σκοτωθούν τουλάχιστον 50 άνθρωποι (33). Το εκλογικό αποτέλεσμα οδήγησε στην ανεξαρτητοποίηση του ΝΣ στις 9 Ιουλίου του 2011. Ακολούθησε η επίσημη είσοδος του στη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ ως το 193^ο μέλος στις 14 Ιουλίου και στην Αφρικανική Ένωση ως το 54^ο μέλος στις 15 Αυγούστου του 2011 (31).

Η ανεξαρτησία έφερε φυσικά μεγάλη ευφορία στη νεοσύστατη χώρα, ελπίδες να δημιουργηθεί ένα ενωμένο ΝΣ από 60 περίπου εθνοτικές ομάδες, αλλά και μεγάλες προσδοκίες (27). Για λόγους περιφρούρησης η Διεθνής Κοινότητα πίεσε και δημιούργησε άμεσα την UNMISS (ψήφισμα 1996, Ιούλιος 2011), με την εντολή να σταθεροποιήσει την ειρήνη και την ασφάλεια στη χώρα, να προστατεύσει τους πολίτες και να εγκαταστήσει συνθήκες για ανάπτυξη (34).

Η κατάσταση στον ΤΥ την εποχή της ανεξαρτησίας, δεν ήταν ιδιαίτερη αισιόδοξη. Μόνο 48% των εγκύων γυναικών ακολουθούσαν κάποιο πρόγραμμα προγεννητικής φροντίδας, από τα οποία μόνο το 26% παρεχόταν από εκπαιδευμένο προσωπικό (24). Η μητρική θνησιμότητα ήταν η υψηλότερη στον κόσμο, με μόνο μία πτυχιούχο μαία ανά 30.000 κατοίκους, και η βρεφική θνησιμότητα η 9^η χειρότερη στον κόσμο (2). Επιπλέον, 890.000 υπέφεραν από σοβαρή τροφική ανασφάλεια και 2.400.000 από ενδιάμεση τροφική ανασφάλεια (26).

Μόνο 35% των ΔΥ πρόσφερε εμβολιασμούς, ενώ κάτω των 20% βασικές, εργαστηριακές εξετάσεις και πάνω από 50% είχαν ελλείψεις σε φάρμακα, λόγω προβλημάτων στη μεταφορά, αποθήκευση και προμήθειά τους (24). Μόνο 44% των οικισμών βρισκόταν σε ακτίνα 5 χιλιομέτρων από μία πρωτοβάθμια ΔΥ (2), ενώ πάνω από 20% αυτών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν ήταν λειτουργικές, λόγω έλλειψης προσωπικού (24).

Το 2011 υπήρχαν 3 THs (Τζούμπα, Wau, Malakal), 7 SHs, 27 CHs, 14 εξειδικευμένα Νοσοκομεία, 10 ιδιωτικά Νοσοκομεία, 10 ΔΥ αστυνομίας/στρατού, 284 PHCCs και 792 PHCUs (Πίνακας 1). Όλες οι Πολιτείες διέθεταν Νοσοκομεία, εκτός της Unity. Οι αναφερόμενες ΔΥ δεν ήταν όμως γεωγραφικά ομοιόμορφα κατανομημένες και η πρόσβαση ποίκιλλε, με βάση την πυκνότητα του πληθυσμού και διάφορα φυσικά εμπόδια. Από την άλλη, το Αναπτυξιακό πλάνο του TY 2010-15 ανέφερε 3 THs, 7 SHs, 16 CHs, 270 PHCCs και 1.377 PHCUs για την ίδια εποχή (24). Είναι άγνωστο στη συγγραφέα σε ποια κριτήρια κατηγοριοποίησης των ΔΥ στα διαφορετικά επίπεδα και σε ποιες πηγές στηρίζονται οι διαφορετικές αναφορές για να καταλήξουν στα στοιχεία που παρουσιάζουν. Επιπλέον των Δημόσιων ΔΥ, το 2012, υπήρχαν και περίπου 800 PHCUs και PHCCs υπό την ευθύνη ΜΚΟ (τοπικών και διεθνών) και Θρησκευτικών Οργανώσεων (35).

Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες κρίνονταν πτωχές, περιορισμένες και μη ποιοτικές, λόγω κακών υποδομών, χαμηλής κατανομής των Νοσοκομείων και των κρεβατιών στη χώρα και έλλειψης συστήματος παραπομπών, ασθενοφόρων, πόρων και εκπαιδευμένων Διοικητών. Τα πανεπιστημιακά Νοσοκομεία στην ουσία παρείχαν το ίδιο επίπεδο φροντίδας όπως τα Πολιτειακά και αυτά των Νομών (24, 36).

Γενικά, μόνο το 10% των θέσεων ήταν κατειλημμένες από εκπαιδευμένο προσωπικό, ενώ τα εκπαιδευτικά ιδρύματα παρουσίαζαν μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό και υλικά (24). Τον Δεκέμβριο του 2011 υπήρχαν 35 εκπαιδευτικά ιδρύματα, από τα οποία τα 13 ήταν μη λειτουργικά, 2 υπό κατασκευή και άλλα 4 ήταν στα σχέδια, επίσης ανισόρροπα γεωγραφικά κατανομημένα και με σοβαρές ελλείψεις σε εκπαιδευτές και υποδομές.

Συγκεκριμένα, η Ιατρική Σχολή της Τζούμπα μπορούσε να εκπαιδεύει 100 πτυχιούχους μόνο τον χρόνο. Επιπλέον, δεν υπήρχαν κατάλληλες ΔΥ που θα προσφερόταν για πρακτική εξάσκηση (26).

Η βία ανάμεσα στις δύο χώρες συνεχίστηκε δυστυχώς και μετά την ανεξαρτησία, με αποκορύφωμα το 2012, όταν αποφεύχθηκε τελικά ακόμα ένας πόλεμος ανάμεσά τους, εξαιτίας συννοριακών και οικονομικών διαφορών (27). Παράλληλα, η κατάσταση μέσα στο ίδιο το ΝΣ άρχισε να φθίνει λόγω αποτυχημένης Πολιτικής, πτωχής εφαρμογής της και έλλειψης βασικών υποδομών. Κατά την ανεξαρτησία, το ΝΣ διέθετε μόνο 40 χιλιόμετρα ασφαλτοστρωμένου δρόμου, μερικούς από τους χειρότερους δείκτες ανάπτυξης και υψηλά επίπεδα φτώχειας. Σύντομα ξέσπασαν διακοινοτικές συγκρούσεις και αυξήθηκαν οι αντικυβερνητικές δραστηριότητες και τα αστικά εγκλήματα, εξαιτίας της παρουσίας πολλών όπλων μεταξύ των πολιτών, που είχαν παραμείνει από τον καιρό του πολέμου με το Σουδάν, της συνεχιζόμενης πολιτικής εχθρότητας, της έλλειψης εμπιστοσύνης, της κατάρρευσης των αξιών και της έλλειψης οικονομικών ευκαιριών (27, 2). Μόνο το 2011 πέθαναν περισσότεροι από 3.000 άνθρωποι εξαιτίας των βίαιων συγκρούσεων μέσα στο ΝΣ και 350.000 μετατοπίστηκαν εσωτερικώς (31).

Το πρόγραμμα του βίαιου αφοπλισμού της Κυβέρνησης έφερε τα αντίθετα αποτελέσματα, ενώ η διόγκωση του στρατού και οι πρακτικές διαφθοράς που ακολουθήθηκαν από τον SPLA, τον έκαναν διάσημο για δολοφονίες, εξευτελισμούς πολιτών και ξυλοδαρμούς. Επιπλέον, πολλοί παραστρατιωτικοί επέστρεψαν στην ένοπλη δράση. Το γεγονός ότι το 60% του στρατού ήταν από την εθνότητα των Nuer, τον μετέτρεψαν σε ένα πολιτικό ίδρυμα και όλα αυτά οδήγησαν τελικά στην έλλειψη εμπιστοσύνης και σε ερωτηματικά σχετικά με την αμυντική ενότητα της χώρας (27). Στον SPLA είχαν προσχωρήσει στο μεταξύ πολλές μικρότερες παραστρατιωτικές οργανώσεις, που όμως διατήρησαν τη διαφορετικότητά τους, και έτσι ο στρατός στο σύνολό του χαρακτηριζόταν από έλλειψη επαγγελματισμού, πτωχή εκπαίδευση, αδυναμία ελέγχου και λογοδοσίας (37). Πρέπει να σημειωθεί ότι ένας παρατεταμένος πόλεμος, όπως ο ανωτέρω, είχε ως μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα επίσης την αναπαραγωγή της βίας μεταξύ των κοινοτήτων, ακόμα και την ενδοοικογενειακή, κάτι

που επηρεάζει ακόμα και σήμερα ιδιαίτερα τις γυναίκες και τα παιδιά, αυξάνοντας την ανασφάλειά τους (13).

Στο μεταξύ, την εποχή εκείνη δεν υπήρχε τοπική παραγωγή φαρμάκων και ο Εθνικός εργαστηριακός έλεγχος στη χώρα ήταν ανεπαρκής, ενώ το 20% των βασικών φαρμάκων που εισάγονταν ήταν πλαστά ή υποτυπώδη. Επιπλέον, μόνο ένα μικρό ποσοστό Δημοσίων Υπαλλήλων είχαν ασφάλιση υγείας, μέσω του NHIF, που βασιζόταν σε μισθοδοτικές συνεισφορές (35), ενώ οι υπόλοιποι έπρεπε να καλύψουν τις δαπάνες υγείας με ιδιωτικούς πόρους.

Τον Ιούλιο του 2013 ο πρόεδρος S.Kiir απέλυσε τον αντιπρόεδρο R.Machar και όλο το υπουργικό συμβούλιο, γεγονός που για κάποιους ήταν αποτέλεσμα κατηγοριών διαφθοράς, αλλά για κάποιους άλλους σήμαινε απομάκρυνση πολιτικών αντιπάλων (15). Υπό αυτές τις συνθήκες έντονης πολιτικής αντιπαλότητας, τον Δεκέμβριο του ίδιου έτους, ξέσπασαν ισχυρές συγκρούσεις, έπειτα από την προσπάθεια του R.Machar να καταλάβει την εξουσία με πραξικόπημα, κατά τους ισχυρισμούς του S.Kiir. Ο R.Machar, αρνούμενος τις κατηγορίες, οργάνωσε τον SPLM-IO. Ο νέος πόλεμος θεωρήθηκε από πολλούς ως μία εθνοτική στην ουσία σύγκρουση ανάμεσα στους Nuer και Dinka και αποτέλεσε μεγάλη απογοήτευση για τη Διεθνή Κοινότητα και τον ντόπιο πληθυσμό, αφού κατάφερε να τον απομακρύνει από μία κοινή Εθνική ταυτότητα και να υπογραμμίσει παράλληλα τις φυλετικές διαφορές του, οδηγώντας σε νέες σφαγές πολιτών Nuer και Dinka (27, 15). Επιπλέον, σύμφωνα με τη UNICEF (37), πάνω από 9.000 παιδιά στρατολογήθηκαν και από τις δύο πλευρές.

Η αναφορά για τα ανθρώπινα δικαιώματα στο ΝΣ από την UNMISS τον Μάιο του 2014 κατέληγε ότι από το ξεκίνημα των νέων βίαιων συγκρούσεων είχαν καταγραφεί σημαντικές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και του ανθρωπιστικού δικαίου σε τεράστια κλίμακα, με πολίτες να στοχοποιούνται άμεσα, συχνά εξαιτίας εθνοτικών λόγων, και από τις δύο αντίπαλες ομάδες. Πρότεινε την άμεση κατάπαυση του πυρός και των επιθέσεων σε πολίτες, τον σεβασμό της CoH, την ενίσχυση της UNMISS για την προστασία των πολιτών και του θεσμικού πλαισίου για την απόδοση ευθυνών

στους δράστες, καθώς και την αναπροσαρμογή των μονάδων ασφαλείας της χώρας, συμπεριλαμβανομένου του SPLA (37).

Το συμβούλιο Ασφαλείας του ΟΗΕ, με το ψήφισμα 2155 του 2014 (38), καταδίκασε τις συνεχόμενες παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και του διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου, την εθνοτικά στοχευμένη βία, τη σεξουαλική και με βάση το φύλο βία, τους βιασμούς, τη στρατολόγηση παιδιών, τις βίαιες εξαφανίσεις, τις αυθαίρετες συλλήψεις και κρατήσεις, τη βία με σκοπό τον εκφοβισμό των πολιτών, τις επιθέσεις σε σχολεία, νοσοκομεία και σε προσωπικό της UNMISS, από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη, ένοπλες ομάδες και εθνοτικές δυνάμεις, ζητώντας ευθύνες από τους υπαίτιους και θέτοντας την Κυβέρνηση ως βασικό υπεύθυνο για την προστασία των πολιτών της.

Στο μεταξύ, μέχρι το 2014, περίπου 100.000 πολίτες είχαν βρει καταφύγιο στις βάσεις της UNMISS σε όλη τη χώρα (POC στρατόπεδα) και οι ΜΚΟ έκαναν αναφορά για 4 εκατομμύρια ανθρώπους στο Upper Nile, Western Upper Nile (Unity) και Jonglei State που αντιμετώπιζαν κίνδυνο λιμού και πείνας, μισό εκατομμύριο που είχαν αναζητήσει προστασία σε γειτονικές χώρες και για σχεδόν ολοκληρωτικά κατεστραμμένες δομές (υγείας και εκπαιδευτικές) στην περιοχή του Greater Upper Nile. Επιπλέον, το ΝΣ παρέμενε μία από τις φτωχότερες χώρες στον κόσμο, η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών είχε καταρρεύσει (2) και η καταστροφή των συγκομιδών είχε αυξήσει τη διατροφική ανασφάλεια και τον υποσιτισμό μεταξύ παιδιών και εγκύων γυναικών (27). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, πολλά τμήματα της χώρας θεωρούνταν ακόμα ανασφαλή, ενώ οι διακοινοτικές ταραχές και οι συνεχόμενες εντάσεις με το Σουδάν οδηγούσαν σε μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών, τροφική ανασφάλεια και κρούσματα μεταδοτικών ασθενειών, σε συνδυασμό με καιρικά φαινόμενα, όπως ξηρασίες και πλημμύρες (39). Το 2014, από τους 80 Νομούς, οι 67 διέθεταν ανεπαρκή ή καθόλου ΥπΥ (40). Στο μεταξύ, η κατάσταση των δρόμων περιόριζε την πρόσβαση στο 60% του πληθυσμού, κατά την εποχή των βροχών. Η τηλεφωνική κάλυψη ήταν μηδενική σε μεγάλες περιοχές της χώρας και δεν υπήρχε εθνικό ηλεκτρικό δίκτυο (39).

Τον Ιανουάριο του 2014 υπογράφηκε η πρώτη συμφωνία για κατάπαυση πυρός (CoH), η οποία παραβιάστηκε πολλές φορές, μέχρι την υπογραφή της “Compromise Peace Agreement”, που υπογράφηκε τον Αύγουστο του 2015, υπό την Αιγίδα του IGAD (18) στην Addis Ababa. Ως αποτέλεσμα, ο R.Machar επέστρεψε στη χώρα και ορκίστηκε ξανά ως αντιπρόεδρος του S. Kiir, τον Απρίλιο του 2016, αφού δεκάδες χιλιάδες είχαν ήδη σκοτωθεί και περίπου 2 εκατομμύρια είχαν μείνει άστεγοι από την αρχή των συρράξεων, το 2011 (41).

Επιπλέον, ο ΠΟΥ σημείωνε για την εποχή ότι η καταναγκαστική πορνεία, ο γάμος σε πολύ μικρή ηλικία, η σεξουαλική βία και ο βιασμός είχαν δημιουργήσει πολλά προβλήματα υγείας, γυναικολογικές και χειρουργικές επιπλοκές, καθώς και ψυχολογικά τραύματα στο γυναικείο φύλο. Πολλές κακοποιημένες έγκυες είχαν βιώσει αποβολές ή είχαν οδηγηθεί στον θάνατο. Ο παραδοσιακός νόμος του ΝΣ, άλλωστε, αποδέχεται την πολυγαμία και τον γυναικείο γεννητικό ακρωτηριασμό σε κάποιες περιοχές, ανέχεται τον ξυλοδαρμό των γυναικών ως «φυσιολογικό» και τον βιασμό ως μη σοβαρό έγκλημα, ενισχύοντας έμμεσα την εξάπλωση του HIV/AIDS, ενώ μερικές ισχύουσες προκαταλήψεις οδηγούν στον θάνατο κάποιων γυναικών (για παράδειγμα: η δυστοκία αποδίδεται σε απιστία και η γυναίκα δεν οδηγείται σε καισαρική τομή). Παράλληλα, η χώρα βίωνε αυξημένα ποσοστά παιδικής παρενόχλησης, πορνείας και απαγωγών (42).

Για ακόμα μία φορά όμως, συγκρούσεις ξέσπασαν ανάμεσα στους δύο αντιπάλους ελάχιστους μήνες αργότερα, ξεκινώντας από την Τζούμπα και επεκτεινόμενες στην περιφέρεια, εμπλέκοντας πολλές μικρότερες ένοπλες ομάδες (43). Στρατεύματα επιτέθηκαν σε πολιτικούς και ανθρωπιστικούς στόχους στην Τζούμπα, συμπεριλαμβανομένων των POC στρατοπέδων, ΔΥ, εμπορικών κέντρων, ξενοδοχείων και διαμερισμάτων, σκοτώνοντας και βιάζοντας διεθνείς και ντόπιους πολίτες (44). Τελικά, ο R.Machar, κατέφυγε στο Σουδάν, αναφέροντας λόγους υγείας (45).

Σύμφωνα με τον OCHA (46), μέχρι τον Δεκέμβριο του 2017, τουλάχιστον το 20% των 1.900 ΔΥ είχαν κλείσει, 50% λειτουργούσαν με εξαιρετικά περιορισμένες δυνατότητες (ελλείψεις φαρμάκων, υλικών και προσωπικού) και μόνο 400 ήταν πλήρως λειτουργικές. Οι ΔΥ είχαν είτε καταστραφεί εμμέσως από τις συγκρούσεις, είτε είχαν δεχτεί άμεσα επιθέσεις από όλους τους εμπλεκόμενους στρατούς, ως μέρος τακτικής

πολέμου, οι οποίοι επιπλέον εμπόδιζαν κάποιες φορές την ανθρωπιστική βοήθεια να φτάσει στους δικαιούχους (46). Σύμφωνα με την αναφορά των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ (46), τόσο ο SPLA, όσο και ο SPLA-IO θεωρήθηκαν υπεύθυνοι για μεγάλες και συστηματικές παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, που ανέρχονται σε επίπεδο εγκλημάτων πολέμου ή εγκλημάτων κατά της Ανθρωπότητας. Το ΝΣ ανακηρύχτηκε ως μία από τις πιο επικίνδυνες χώρες παγκοσμίως για εργαζόμενους στον ανθρωπιστικό τομέα (47).

Επιπλέον, πάνω από 7.000.000 Νοτιο-Σουδανοί (σε σύνολο 12.000.000) είχαν ανάγκη ανθρωπιστικής βοήθειας και το 70% του πληθυσμού δεν είχε πρόσβαση σε επαρκή ιατρική φροντίδα (46). Η οργάνωση CARE προειδοποιούσε το 2016 ότι αν οι συγκρούσεις συνεχιζόταν, περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι επιπλέον θα πεινούσαν στην Equatoria, προσθέτοντας 20% περισσότερους στα σχεδόν 5 εκατομμύρια που ήδη αντιμετώπιζαν λιμό, λόγω καταστροφής της αγροτικής παραγωγής (48). Τελικά, το 2017 κηρύχτηκε λιμός σε δύο Νομούς στο Greater Upper Nile (46), ο υποσιτισμός συνεισέφερε στο 45% των παιδικών θανάτων (49), ενώ η χώρα βίωνε παράλληλα τη μεγαλύτερη σε διάρκεια στην ιστορία επιδημία χολέρας, αφού 50% του πληθυσμού δεν είχε πρόσβαση σε καθαρό νερό και μόνο 10% είχε πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγιεινής (50). Το ποσοστό θνησιμότητας από τη χολέρα (1,8%) ξεπερνούσε το όριο έκτακτης ανάγκης του ΠΟΥ κατά 0,8 μονάδες (51). Επιπλέον, μόνο το 2017 αναφέρθηκαν 2.000.000 περιπτώσεις ελονοσίας (52) και κάθε εβδομάδα 220 άνθρωποι πέθαιναν, λόγω έλλειψης φαρμάκων, τα περισσότερα παιδιά κάτω των 5 χρόνων (50).

Οι νέες συγκρούσεις και παραβιάσεις των συνθηκών ειρήνης συνεχίστηκαν μέχρι τις αρχές του 2018, όταν το πλάνο του ΟΗΕ για το ΝΣ προέβλεπε ότι θα έπρεπε να βοηθηθούν ανθρωπιστικά 6 εκατομμύρια άνθρωποι, ενώ 2 εκατομμύρια είχαν ήδη γίνει πρόσφυγες, 5,1 εκατομμύρια βίωναν σοβαρή ανασφάλεια τροφίμων, 1,5 εκατομμύριο ήταν πολύ κοντά στον λιμό και 20.000 ήδη λιμοκτονούσαν, με 1,8 εκατομμύρια γυναίκες και κορίτσια να ζουν υπό τον κίνδυνο φυλετικής βίας, 28 μέλη ανθρωπιστικών οργανώσεων ήδη σκοτωμένους το 2017 (53) και 1,9 εκατομμύρια εσωτερικά εκτοπισμένους (54). Σύμφωνα με μία έρευνα, από το 2013 είχαν σκοτωθεί περίπου 400.000 άνθρωποι, εξαιτίας των συγκρούσεων (55). Στο μεταξύ, ο κατακερματισμός

του SPLA-IO σε μικρότερες, πολλαπλές ομάδες, και η εμφάνιση άλλων μικρότερων εθνοτικών, παραστρατιωτικών οργανώσεων, εμπόδιζε την εφαρμογή των συνθηκών ειρήνης, αφού κάποια ομάδα διαφωνούσε πάντα με τους όρους, αλλά και την πρόσβαση στην ανθρωπιστική βοήθεια (46). Παράλληλα, το μεγάλο ποσοστό της ανεργίας (>50%, 15-24 χρ.) οδηγούσε πολλούς νέους στην επιλογή της στρατολόγησης (54).

Τελικά, τον Σεπτέμβριο του 2018, υπογράφηκε μεταξύ του SPLM-IO και του προέδρου S.Kiir άλλη μία συμφωνία ανακωχής, με εγγυητές τους Προέδρους του Σουδάν O.Bashir και της Ουγκάντας Y.Museveni (56), με σκοπό να δημιουργηθεί μία μεταβατική κυβέρνηση τον Μάιο του 2019, με τον R.Machar να καταλαμβάνει πάλι τη θέση ενός από τους πέντε νέους αντιπροέδρους της χώρας. Οι γυναίκες έπαιξαν σημαντικό ρόλο στις ανωτέρω διαπραγματεύσεις και έκτοτε υποστηρίζουν σθεναρά την εφαρμογή της, αν και χρειάστηκε μεγάλος αγώνας για να κερδίσουν τη συμμετοχή τους (57).

Στο μεταξύ, περίπου 7.000.000 άνθρωποι είχαν ακόμα ανάγκη ανθρωπιστικής βοήθειας, αφού τους έλλειπαν στέγαση, φροντίδα υγείας, εκπαίδευση, τροφή, νερό και υπηρεσίες υγιεινής (58). Η κατάσταση ασφαλείας, επίσης, συνέχιζε να επιδεινώνεται με παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, σποραδικά επεισόδια συγκρούσεων μεταξύ κοινοτήτων, ληστείες βοοειδών, επιθέσεις σε εργαζόμενους στον ανθρωπιστικό τομέα, καταστροφή ΔΥ και παρεμπόδιση μεταφοράς ανθρωπιστικής βοήθειας (59). Σε αρκετές περιοχές της χώρας, οι ανθρωπιστικές οργανώσεις έπρεπε να διαπραγματευτούν με τους ενόπλους, ώστε να κερδίσουν πρόσβαση σε πληθυσμούς που είχαν ανάγκη (54).

Η δημιουργία μεταβατικής/συναινετικής Κυβέρνησης αναβλήθηκε τελικά για 6 μήνες και στη συνέχεια για ακόμα 100 μέρες (43), εξαιτίας διαφωνιών κυρίως πάνω σε θέματα ασφάλειας και αριθμού των Πολιτειών, και τελικά υπογράφηκε τον Φεβρουάριο του 2020 (60, 61, 62).

Το 2019 παρατηρήθηκε, ωστόσο, μία βελτίωση στην ανθρωπιστική πρόσβαση, με 241 βίαια επεισόδια (63, 64, 65, 66) λιγότερα τους 10 πρώτους μήνες, σε σύγκριση με την ίδια περίοδο το 2018 (67), αν και οι επιθέσεις συνεχίζονται σποραδικά και το 2020 (68). Παρόλα αυτά, το 2020, πάνω από τα 2/3 του πληθυσμού (7,5 εκατομμύρια) εξακολουθεί να έχει ανάγκη ανθρωπιστικής βοήθειας ή προστασίας, 3,7 εκατομμύρια παραμένουν εκτοπισμένοι εσωτερικώς ή σε γειτονικές χώρες, αν και 1 εκατομμύριο έχει ήδη επιστρέψει στα σπίτια του από το 2017 (67), και 5,29 (ή παραπάνω με βάση άλλες πηγές) εκατομμύρια αντιμετωπίζουν σοβαρή τροφική ανασφάλεια (69). Σύμφωνα με την IRC, η κρίση στο ΝΣ είναι μία από τις 10 χειρότερες στον κόσμο για το 2020 (70). Η κατάπαυση του πυρός συνεχίζεται στο μεγαλύτερο τμήμα της χώρας, με Κυβερνητικές δυνάμεις όμως να πολεμούν ακόμα με όσους δεν έχουν υπογράψει τους όρους της ειρήνης (71) στις Πολιτείες Δυτικής και Κεντρικής Equatoria και Upper Nile (72), με συνεχιζόμενες ένδο- και δια-κοινοτικές εκρήξεις βίας (72, 73, 74, 75), αρπαγές παιδιών, θανάτους πολιτών και υπαλλήλων ανθρωπιστικών οργανώσεων (73, 72), επιθέσεις σε ΔΥ και ΜΚΟ (63, 65, 72), παραβιάσεις της ειρηνευτικής συμφωνίας (76), επεισόδια σεξουαλικής βίας, παιδική στρατολόγηση, παράνομη κατοχή σχολείων και νοσοκομείων από στρατεύματα, έλλειψη λογοδοσίας για την παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, έλλειψη υπηρεσιών και πολλαπλασιασμό όπλων, γεγονότα που αυξάνουν την ανασφάλεια ανάμεσα στους πολίτες και την άρνησή τους να επιστρέψουν στα σπίτια τους (67). Στοιχεία του 2020 δείχνουν ότι 19.000 παιδιά παραμένουν στρατολογημένα (77), ενώ 188.528 άνθρωποι ζουν ακόμα στα 5 POC στρατόπεδα του ΟΗΕ στη χώρα, για λόγους ασφαλείας (78), αφού τα επεισόδια βίας και οι συγκρούσεις συνεχίζονται (73, 79, 80, 81, 75), ακόμα και μέσα στα στρατόπεδα του ΟΗΕ (82, 83) ή σε αυτά των γειτονικών χωρών (84, 85). Επιπλέον, η τροφική ανασφάλεια και η καταστροφή των σπιτιών τους από τις συγκρούσεις δεν επιτρέπουν στους πολίτες να επιστρέψουν στις εστίες τους (86). Οι προσπάθειες αποπλιτισμού των πολιτών τα τελευταία χρόνια δεν ήταν πετυχημένες εξαιτίας έλλειψης Κράτους Δικαίου και ύπαρξης κοινωνικών νορμών, σύμφωνα με τις οποίες η χρήση των όπλων και η βία είναι αποδεκτές για την επίλυση διαφορών (87). Επιπλέον, ερευνητές της πορείας του αποπλιτισμού αποκάλυψαν πρόσφατα ότι το εμπόργκο όπλων που είχε επιβληθεί το 2018 στη χώρα και θα έπρεπε να τερματιστεί τον Μάιο του 2020, έχει προφανώς καταπατηθεί από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη και για αυτό απαιτείται η ανανέωσή του (88). Επίσης, καταγράφονται ακόμα θάνατοι λόγω οξύ υποσιτισμού παιδιών (89), αλλά και στρατιωτών λόγω υποσιτισμού και έλλειψης βασικής ιατρικής βοήθειας, καθώς

περιμένουν την ένταξή τους στον τακτικό στρατό (90). Άλλωστε, η έλλειψη χρηματοδότησης ευθύνεται ακόμα για την αδυναμία ανακαίνισης των Νοσοκομειακών δομών στις επαρχίες (91).

Οι αναφερόμενες παρατεταμένες συμπλοκές, όπως είναι φυσικό, έχουν οδηγήσει στην καταστροφή υποδομών και ζωτικών πόρων για τους πολίτες, ειδικά στην περιφέρεια, και έχουν μειώσει καταστροφικά επίσης το επίπεδο διαβίωσής τους (16). Η παρούσα κατάσταση ώθησε τις ΗΠΑ να ανακοινώσουν πρόσφατες ταξιδιωτικές εντολές στους πολίτες τους, κατά της επίσκεψης στο ΝΣ (92).

Εξαιτίας των θετικών εξελίξεων (δημιουργία συναινετικής κυβέρνησης) η αποστολή της UNMISS παρατάθηκε για ένα χρόνο ακόμα με εντολή την προστασία των πολιτών, την προσφορά ανθρωπιστικής βοήθειας, την υποστήριξη της εφαρμογής της συμφωνίας ειρήνης του 2018 και τον έλεγχο και έρευνα των παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και του Διεθνούς Ανθρωπιστικού Δικαίου (69). Επιπλέον, υπάρχουν σχεδόν 200 ανθρωπιστικοί οργανισμοί στη χώρα, από τους οποίους πάνω από το 55% είναι ΝΣ ΜΚΟ (72).

Κεφάλαιο 3

Πολιτική Υγείας και Στρατηγική στο Νότιο Σουδάν

Τα πρώτα κείμενα που αναφερόταν στην Πολιτική Υγείας της χώρας, δημιουργήθηκαν το 1994 και 1998 (Πολιτική Υγείας του Νέου Σουδάν 1994 και 1998), από τη Γραμματεία Υγείας του SPLM. Μετά την υπογραφή της CPA το 2005, εκδόθηκε η αναφορά JAM Sudan, που μελετούσε και πρότεινε λύσεις για την ανάπτυξη και ανοικοδόμηση του Σουδάν μετά το τέλος του δεύτερου εμφυλίου πολέμου και μέχρι το επικείμενο δημοψήφισμα στο ΝΣ, αναγνωρίζοντας 8 θεματικές ενότητες για επικέντρωση. Δημιουργήθηκε από την Παγκόσμια Τράπεζα, τον ΟΗΕ, την Κυβέρνηση του Σουδάν και τον SPLM, με συμμετοχή και άλλων φορέων, με απώτερο σκοπό “να

γεφυρώσει το κενό μεταξύ της περιφέρειας και του κέντρου” και να κινηθεί προς την κατεύθυνση επίτευξης των MDGs (1).

Η JAM Sudan στη θεματική ενότητα “Βασικές Κοινωνικές Υπηρεσίες”, αναφερόταν στην περιβαλλοντική υγιεινή, εκπαίδευση και υγεία του Βόρειου και ΝΣ, ξεχωριστά. Η ευθύνη για τον καθορισμό της Πολιτικής Υγείας στο ΝΣ αποδιδόταν στην Κυβέρνηση του ΝΣ, αν και αναγνωριζόταν ότι πολλαπλοί εξωτερικοί φορείς διατηρούσαν ένα σημαντικό ρόλο στον καθορισμό της. Παρόμοια, αναφερόταν ότι η χρηματοδότηση παρέμενε κυρίως ανθρωπιστική από εξωτερικούς φορείς και επομένως βραχυπρόθεσμη, χωρίς τη δυνατότητα να υποστηρίξει αναπτυξιακές δραστηριότητες στον Νότο (2).

Η κύρια στρατηγική του ΤΥ, που θα ολοκληρωνόταν σε δύο φάσεις, ήταν η αύξηση της παροχής ποιοτικών ΥπΥ, με στόχο να καλύψει το 50% του πληθυσμού το 2011 και το 73% το 2015, ποσοστά που θα σημείωναν σημαντική πρόοδο προς τους MDGs. Οι προτεινόμενες προτεραιότητες ήταν η χρηματοδότηση του ΤΥ, η τεχνική βοήθεια για την ανάπτυξη δεξιοτήτων, οι επενδύσεις στις υποδομές και στο ανθρώπινο δυναμικό και η επέκταση της παροχής υπηρεσιών, μέσω συμβολαίων με διεθνείς και τοπικές ΜΚΟ, οι οποίες αναμενόταν να δουλεύουν περισσότερο ενσωματωμένα στο ΣΥ του ΝΣ (2, 1). Παράλληλα όμως, αναγνωριζόταν ότι η βελτίωση της υγείας θα ήταν δυνατή μόνο με αύξηση της πρόσβασης σε ασφαλές νερό και συνθήκες υγιεινής. Ο στόχος ήταν η κάλυψη να φτάσει το 50-60% στις αγροτικές περιοχές, μέχρι το 2011. Επίσης, προγράμματα είχαν σχεδιαστεί για την επιστροφή 90% των προσφύγων και τουλάχιστον 3/4 των εσωτερικά εκτοπισμένων πίσω στις κοινότητές τους, με έμφαση στην προστασία των ασυνόδευτων παιδιών (1).

Την ίδια εποχή, το ΥΥ της Κυβέρνησης του ΝΣ συνέταξε, με βάση τα κείμενα της Γραμματείας Υγείας του SPLM, την επίσημη Πολιτική Υγείας της χώρας για το 2006-2011 (3). Στη δημιουργία της Πολιτικής συνέβαλαν το ΥΥ και τα ΥΥΠ, καθώς και εθνικοί, αλλά και διεθνείς οργανισμοί και ενώσεις, ιδιωτικοί και μη, υπογραμμίζοντας παράλληλα την επιθυμία της Κυβέρνησης να θέσει τις βάσεις μίας αποτελεσματικής συνεργασίας με όλους τους παράγοντες επιρροής, κάτω από τις δικές της όμως αξίες και προτεραιότητες, προτείνοντας και ειδικές στρατηγικές για αυτό. Όπως αναφερόταν στην αποστολή του ΥΥ, το Υπουργείο δεσμευόταν να παρέχει «δίκαιη, ευρεία,

επιταχυνόμενη και επεκτεινόμενη, ποιοτική φροντίδα υγείας για όλους τους Νοτιο-Σουδανούς, ειδικά για τις γυναίκες και τα παιδιά». Η Πολιτική, με βάση την παραδοχή του ΥΥ, δεν είχε αλλάξει κατά μεγάλο βαθμό από το 1994-8, εφόσον, δεν είχαν παρατηρηθεί και μεγάλες αλλαγές στη λειτουργία του ΣΥ της χώρας και της κατάστασης υγείας των πολιτών από τότε. Βασίστηκε όμως σε σύγχρονες μεθόδους έρευνας, ξεκινώντας από μία SWOT analysis (Πίνακας 2), ώστε να διερευνηθεί η καλύτερη κατεύθυνση της Πολιτικής. Αναγνώριζε, επίσης, ότι βασικές προϋποθέσεις εφαρμογής ήταν η συνεχιζόμενη ειρήνη και ασφάλεια, καθώς και η διαθεσιμότητα πόρων (3).

Η οργάνωση του ΣΥ υποστήριζε ένα αποκεντρωμένο σύστημα. Στόχος ήταν η καθολική κάλυψη υγείας, με επιμέρους σκοπό να αντιμετωπιστούν προβλήματα υγείας που προκαλούσαν υψηλή θνητότητα και θνησιμότητα. Εξαιτίας περιορισμένων πόρων και δυνατοτήτων, αναφερόταν ρητά ότι το ΥΥ θα επικεντρωνόταν σε 18 προτεραιότητες, από τις οποίες οι 10 θεωρούνταν υψηλής προτεραιότητας, αναφέροντας όμως 20 προτεραιότητες και 13 υψηλές προτεραιότητες αμέσως μετά. Τελικά, στο κείμενο αναλύονται 28 προτεραιότητες, μεταξύ των οποίων αύξηση προσβασιμότητας στο ΣΥ, άμεση συμμετοχή κοινοτήτων στον σχεδιασμό και εφαρμογή του ΣΥ, εφαρμογή βασικού πακέτου φροντίδας υγείας για όλους, με ενίσχυση της ποιότητας, της ΠΦΥ, της ψυχικής υγείας, των νοσοκομειακών και υποστηρικτικών υπηρεσιών και εγκαταστάσεων, της Δημόσιας και περιβαλλοντικής υγείας, πρόληψης, προαγωγής Υγείας, διατροφικών προγραμμάτων και αλλαγής συμπεριφοράς. Επιπλέον, καθορίζεται η φαρμακευτική Πολιτική και χρηματοδότηση, υποστηρίζεται η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού, της ηγεσίας και της Κυβερνητικής, με παράλληλη θεσμική ενίσχυση της χώρας, μέσα από οριζόντιες συνεργασίες διαφορετικών εμπλεκόμενων φορέων, με τους οποίους ορίζει τους όρους συνεργασίας. Τέλος, αναγνωρίζεται ο ρόλος της παραδοσιακής, τοπικής Ιατρικής και προτείνεται η εφαρμογή πληροφοριακών συστημάτων υγείας, έρευνας και ελέγχου τεχνολογίας υγείας (3). Παρόλο που τα προτεινόμενα μέτρα είναι αξιόλογα, η ασυνέπεια που παρατηρείται στην καταγραφή και ομαδοποίησή τους, δημιουργεί σύγχυση στον ερευνητή, σχετικά με τις τελικές προτεραιότητες του ΣΥ. Το κείμενο υποστηρίζει την ύπαρξη μεταβατικής στρατηγικής υγείας για το 2006-8 και τη μελλοντική ανάπτυξη της για το 2009-11 (3) και δίνει γενικές οδηγίες για τη

δημιουργία ετήσιων πλάνων σε όλα τα επίπεδα υγείας, τα οποία θα περιέχουν λεπτομέρειες εφαρμογής της συγκεκριμένης Πολιτικής.

Στη μελέτη της εξέλιξης της Πολιτικής Υγείας της χώρας, επιλέχθηκε να γίνει αναφορά και στην εθνική Στρατηγική για το HIV/AIDS, αφού η εφαρμογή της έχει ευρείες απαιτήσεις από το ΣΥ και έτσι μπορεί να αποτελέσει μέρος της έρευνας Πολιτικής και ΣΥ (4). Η Πολιτική του 2008 για το HIV/AIDS (5), αποτέλεσε εξέλιξη της προηγούμενης που είχε δημιουργηθεί από τον SPLM το 2001 (6), αλλά επηρεάστηκε και από άλλες υπάρχουσες διεθνείς και εθνικές συνθήκες και διακηρύξεις επί του θέματος, λαμβάνοντας υπόψιν τις τότε σύγχρονες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες και επιστημονικές κατακτήσεις. Το 2007, σύμφωνα με την έρευνα του Αμερικάνικου CDC (7), ο επιπολασμός της νόσου στο ΝΣ ήταν από 1% στο Leer, μέχρι 12% στο Tambura. Η δημιουργία της συγκεκριμένης Πολιτικής, κατ' αρχήν, υπογραμμίζει τη δέσμευση της Κυβέρνησης να διατηρήσει τον πληθυσμό υγιή και να ακολουθήσει στη συνέχεια «καλές πρακτικές», συνεργαζόμενη με γειτονικές χώρες και προσαρμόζοντας τις δικές τους Πολιτικές στη Νοτιοσουδανέζικη πραγματικότητα (5). Ως προκλήσεις για την εφαρμογή της Πολιτικής, αναγνωρίζονται, μεταξύ άλλων, η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων, η παρουσία άλλων προτεραιοτήτων που ανταγωνίζονται τους διαθέσιμους πόρους, η έλλειψη χρηματοδότησης και οι μετακινήσεις πληθυσμών. Για την εφαρμογή της, βασίζεται στην Πολιτική βούληση και ηγεσία, στην ευρεία πληροφόρηση, αλλά παράλληλα και στη συλλογική ευθύνη και ρόλο όλων των φορέων, ώστε να υπάρξει τελικά μία καθολική πρόσβαση στην πρόληψη, θεραπεία, φροντίδα και υποστήριξη του προγράμματος. Η Πολιτική για το HIV/AIDS συνδέεται άμεσα με την ειρήνη, την αποκατάσταση, τη μείωση της φτώχειας και την μακροοικονομική κατάσταση της χώρας, μέσα από θεσμικές αλλαγές και κινητοποίηση πόρων, σχεδιασμένη γύρω από 6 θεματικές προτεραιότητες. Μεταξύ των προτεινόμενων μέτρων ήταν η αύξηση της χρηματοδότησης για την Υγεία από το 5,5% στο 15% του κρατικού προϋπολογισμού, σύμφωνα με τη διακήρυξη της Αφρικανικής Ένωσης το 2001, στη συνάντηση της Abuja (8), η συμμετοχή των ΜΜΕ στην πληροφόρηση για την καταπολέμηση του στίγματος, οι ασφαλείς πρακτικές μετάγγισης, η προώθηση προφυλακτικών και κατευθυντήριων γραμμών για PEP και η δημιουργία εργαλείων για συλλογή δεδομένων, με βάση σύγχρονα ηθικά και τεχνικά πρότυπα. Τέλος, προβλεπόταν η

δημιουργία συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης της στρατηγικής με ορίζοντα αξιολόγησης τα μέσα του 2012 (5).

Μετά τη διακήρυξη της ανεξαρτησίας το 2011, το ΝΣ απέκτησε το πρώτο Σύνταγμα (9). Η παράγραφος 31 αναφέρεται στη φροντίδα Δημόσιας Υγείας, δηλώνοντας ότι «όλα τα επίπεδα της Κυβέρνησης θα προάγουν τη Δημόσια Υγεία, θα εγκαθιδρύσουν, αποκαταστήσουν και αναπτύξουν βασικά ιατρικά και διαγνωστικά ιδρύματα και θα παρέχουν δωρεάν ΠΦΥ και επείγουσες υπηρεσίες για όλους τους πολίτες». Επιπλέον, στο κεφάλαιο 8, παράγραφος 150, αναφέρεται η δημιουργία μίας ανεξάρτητης επιτροπής για το HIV/AIDS. Ας σημειωθεί ότι το HIV/AIDS είναι η μόνη νόσος για την οποία γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στο Σύνταγμα της χώρας. Τα μέλη της επιτροπής, σύμφωνα με το Σύνταγμα, θα επιλέγονται από τον Πρόεδρο, με βάση τους Νόμους του Κράτους, οι οποίοι και θα ρυθμίζουν τη δομή, σύνθεση, λειτουργίες, όρους και συνθήκες υπηρεσίας των μελών και υπαλλήλων της.

Το βασικό πακέτο ΥπΥ της χώρας (BPHS) (10) είχε αρχίσει να διαμορφώνεται από τα τέλη του 2008, φτάνοντας τελικά το 2011 στην έκδοση του αναθεωρημένου πακέτου (BPHNS) το οποίο συμπεριελάμβανε, εκτός της ΠΦΥ, και τη Δευτεροβάθμια/Τριτοβάθμια. Αποτελείται από ένα σύνολο προληπτικών παρεμβάσεων και προαγωγής υγείας, καθώς και θεραπευτικές υπηρεσίες, που βασίζονται με τη σειρά τους στις προτεραιότητες που είχαν τεθεί από την υπάρχουσα Πολιτική Υγείας και το Αναπτυξιακό Πλάνο του ΤΥ, που εκδόθηκε την ίδια εποχή. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται, αποτελεί την “επιχειρησιακή μετάφραση της στρατηγικής, με σκοπό να μειώσει την παιδική και μητρική θνησιμότητα, να ελέγξει τις μεταδοτικές ασθένειες, να βελτιώσει το κοινοτικό διατροφικό επίπεδο, ειδικά των μητέρων και παιδιών, και να ασχοληθεί επίσης με τις πιο συχνές μη μεταδοτικές ασθένειες”. Προϋποθέσεις εφαρμογής του αποτελούσαν η ενίσχυση του Δημόσιου Τομέα, με παράλληλη στρατηγική εξόδου όλων των ΜΚΟ και άλλων φορέων που δρούσαν στη χώρα, και η εισαγωγή ενός οργανωμένου συστήματος προμηθειών και του HMIS, για τη συγκέντρωση στοιχείων και την ορθή λήψη αποφάσεων. Επίσης, κατά την πρώτη φάση του, σημειωνόταν ότι το BPHS στόχευε στη βελτίωση της ποιότητας των ΥπΥ και όχι στην αύξηση του αριθμού των ΔΥ. Στο πακέτο συμπεριελήφθησαν τα εθνικά

προγράμματα κατά της ελονοσίας, της φυματίωσης και των οφθαλμικών παθήσεων που προκαλούν τύφλωση, καθώς και υπηρεσίες για τη φροντίδα της ψυχικής υγείας, ενώ το Βασικό Πακέτο για τη Σχολική Υγεία (BPSH), που αναπτύχθηκε από τη UNICEF και τον ΠΟΥ, θα αποτελούσε το πρότυπο για τη μετάδοση μηνυμάτων υγείας στη νέα γενιά. Σημαντική κρίνεται η προσπάθεια να ενεργοποιηθούν συνεργικά και άλλοι φορείς που άπτονται της υγείας, όπως εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί, φυλετικοί, πολιτισμικοί, περιβαλλοντικοί και θρησκευτικοί, έχοντας πάντα την ενεργό κοινότητα στο κέντρο όλων των προσπαθειών. Επιπλέον, είχε προαναγγελθεί και η μελλοντική κατασκευή 5 εξειδικευμένων Νοσοκομείων (10). Η αξιολόγηση εφαρμογής του πακέτου προτεινόταν να γίνεται μέσω διαφορετικών μηχανισμών, με χρήση δεικτών, σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα, και ενός ισχυρού HMIS, σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα της επιχειρησιακής έρευνας που διεξαγόταν από το ΥΥ επί του θέματος (10).

Το αντίστοιχο βασικό πακέτο (S/THC BPHS) για τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια φροντίδα (11) στόχευε στη δημιουργία ενός πακέτου Νοσοκομειακών Υπηρεσιών σε κάθε επίπεδο, ενός οδηγού για το ΥΥ, σε εθνικό και πολιτειακό επίπεδο, τον Ιδιωτικό Τομέα, τους οργανισμούς του ΟΗΕ, τις ΜΚΟ και τους δωρητές για την ορθή λειτουργία και τους αναγκαίους πόρους του Νοσοκομειακού Τομέα και ενός συστήματος παραπομπών. Έδινε προτεραιότητα στη γυναικολογία/μαιευτική, παιδιατρική, παθολογία και χειρουργική. Υποστήριζε επίσης τη δημιουργία Πολιτικής για τα Νοσοκομεία που θα αποτελούσε τη βάση για τη δημιουργία ενός μελλοντικού συστήματος πιστοποίησής τους. Κατέληγε με αναλυτικούς πίνακες για τις υπηρεσίες (κλινικές και διαγνωστικές) που θα πρέπει να προσφέρονται στα διαφορετικά επίπεδα (CH, SH, TH) και τους απαραίτητους πόρους (ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμό και υποδομές), αντίστοιχα. Ο έλεγχος και η αξιολόγηση θα γινόταν μέσω αναφορών και του HMIS, ενώ αναφέρονται και οι σχετικοί δείκτες για την αξιολόγηση (11).

Τον Μάρτιο του 2011, ο ΤΥ εξέδωσε το πρώτο δικό του αναπτυξιακό πλάνο για το 2011-15 (12), με βάση την Πολιτική Υγείας 2006-11. Ο σκοπός ήταν να βελτιώσει την πρόσβαση, ποιότητα και χρήση των ΥπΥ και να ενισχύσει το ΣΥ. Ανέλυε 12 στρατηγικούς στόχους, μεταξύ των οποίων αύξηση πρόσβασης σε ποιοτική ΠΦΥ, αν

και αναγνώριζε ότι 20% των ΔΥ σε πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν ήταν λειτουργικές, βελτίωση νοσοκομειακών υποδομών, υπηρεσιών και συστήματος παραπομπών, καθώς και της Κυβερνητικής του ΤΥ, πρόληψη μεταδοτικών και μη ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου και του HIV/AIDS, μείωση μητρικής και παιδικής θνησιμότητας, βελτίωση διατροφικού επιπέδου, ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στον χώρο της Υγείας και της αλυσίδας φαρμακευτικών και ιατρικών προμηθειών, της χρηματοδότησης (μέχρι το 7% του κρατικού προϋπολογισμού) και τέλος εφαρμογή συστημάτων ελέγχου και αξιολόγησης με οργάνωση της συλλογής δεδομένων. Επιπλέον, αναλυόταν και μερικά διατμηματικά θέματα, όπως φύλο, ισότητα, ποιότητα, ολιστική και όχι κατακερματισμένη υγεία, με συμμετοχή και άλλων αρμόδιων φορέων/υπουργείων/ΜΚΟ στην εφαρμογή, καθώς και η συνεργασία με τον Ιδιωτικό Τομέα. Σημειωνόταν ότι η κοινοτική φροντίδα υγείας θα παρεχόταν από τους κοινοτικούς εργάτες υγείας (CHWs), εργάτες υγείας για τη μητέρα και το παιδί (MCHWs) και τους προαγωγούς υγείας (HHPs). Επίσης, σημειωνόταν ότι η ΠΦΥ αποτελούσε τη βασική στρατηγική της Κυβέρνησης ενάντια στις μεταδοτικές και μη ασθένειες και εφαρμοζόταν μέσω του Βασικού Πακέτου ΥπΥ (BPHS), το οποίο ήταν θεωρητικά προσβάσιμο στο μεγαλύτερο δυνατό τμήμα του πληθυσμού σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο, καλύπτοντας θεραπευτικές, προληπτικές, τεχνοκρατικές και προωθητικές δραστηριότητες (12,10). Το τελευταίο αποτελούσε σημαντική πρόοδο για τη χώρα, μαζί με την οργάνωση «κάθετων προγραμμάτων» (4) σε συνεργασία με ΜΚΟ για το HIV/AIDS, την ελονοσία και τη φυματίωση (τα οποία η Κυβέρνηση στόχευε να εντάξει στο ΣΥ μελλοντικά) (12), την ανακαίνιση ΔΥ, την εκπαίδευση του προσωπικού και την εισαγωγή του HMIS.

Το πλάνο (12) αναγνώριζε ότι οι ΜΚΟ θα έπρεπε να συνεχίσουν να παρέχουν το BPHS, αλλά υποστήριζε την σύναψη συμβολαίων μαζί τους με βάση τις επιδόσεις τους, ενώ η Κυβέρνηση θα έπρεπε να συγκεντρωθεί στην ανάπτυξη του Εθνικού ΣΥ και στην ενίσχυση της Κυβερνητικής, με τις Κοινότητες να παίζουν ενεργό ρόλο στην προαγωγή υγείας και στον έλεγχο των ασθενειών (δημιουργία CHP).

Το αναπτυξιακό πλάνο προέβλεπε ετήσια αξιολόγηση, κατά τη μέση της εφαρμογής του και στη λήξη του (12). Κατέληγε με αναλυτικά παραρτήματα για το επιπλέον

προσωπικό υγείας που έπρεπε να προσληφθεί μέχρι το 2015, προβλέψεις ανακαίνισης των ΔΥ (χρονική διάρκεια, περιοχή, κόστος), δείκτες υγείας/ΥΠΥ/ΣΥ (και τους μελλοντικούς στόχους τους), καθώς και τις επιμέρους στρατηγικές και τα αναμενόμενα αποτελέσματα των 12 αναγνωρισμένων στρατηγικών του στόχων.

Το πρώτο αναπτυξιακό σχέδιο της χώρας, εκδόθηκε τον Αύγουστο του 2011 (13) και σε θέματα υγείας βασίστηκε στο προαναφερόμενο αναπτυξιακό πλάνο του ΤΥ. Το σχέδιο περιέγραφε τους στόχους κλειδιά (οικοδόμηση Έθνους, Κράτους και Ειρήνης) και κατέγραφε τις προτεραιότητες για να επιτευχθούν αυτά, αναγνωρίζοντας τις προκλήσεις που αντιμετώπιζε η χώρα. Το 2011, τα έσοδα από το πετρέλαιο αντιπροσώπευαν το 98% των εσόδων του δημόσιου τομέα, γεγονός που υπογράμμιζε την ανάγκη να διαφοροποιηθεί η οικονομία, ώστε να μειωθεί η ευπάθειά της, αυξάνοντας παράλληλα την παραγωγή δημητριακών με στόχο το 1 εκατομμύριο Mt/χρόνο από 0,7 και παρόμοια του γάλακτος, κρέατος και ψαριού, αφού το 47% του πληθυσμού ήταν υποσιτισμένο. Η ανάπτυξη βασικών κοινωνικών υπηρεσιών, όπως υγεία και εκπαίδευση, με ιδιαίτερη έμφαση στον γυναικείο πληθυσμό, αναφερόταν ως μέσο για τη βελτίωση της ευημερίας, της παραγωγικότητας και της οικονομικής ανάπτυξης, και αποτελούσε έναν από τους 4 βασικούς πυλώνες του σχεδίου. Σκοποί, ανάμεσα σε άλλους, ήταν να μειωθεί η μητρική και παιδική (κάτω των 5 ετών) θνησιμότητα κατά 20% τα επόμενα 3 χρόνια και να αυξηθεί η πρόσβαση στην Υγεία από το 13% του πληθυσμού στο 40% μέχρι το 2013 (13).

Πιο συγκεκριμένα, το σχέδιο προέβλεπε την ανακαίνιση των υπαρχόντων ΔΥ (δύο τριτοβάθμιων νοσοκομείων, τριών δευτεροβάθμιων, 17 πρωτοβάθμιων και 50 ΚΥ), καθώς και την κατασκευή και εξοπλισμό νέων (ενός τριτοβάθμιου, ενός δευτεροβάθμιου, 30 πρωτοβάθμιων και 237 ΚΥ). Παράλληλα, προβλεπόταν η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους ΕΥ (με στόχο: 150 COs, 300 νοσηλεύτριες, 50 φαρμακοποιούς και 50 τεχνικούς εργαστηρίων πτυχιούχους ετησίως, επανεκπαίδευση των ήδη υπαρχόντων μαιών και νοσηλευτριών, κατασκευή νέων εκπαιδευτηρίων και πρόσληψη εκπαιδευτών), η βελτίωση της προμήθειας φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικού εξοπλισμού, καθώς παρατηρούνταν μεγάλες ελλείψεις σε φάρμακα και εργαστηριακά υλικά, και η ενίσχυση του νοσοκομειακού μάντζμεντ, ενώ υπογραμμίζοταν και η συνεργασία με ΜΚΟ και τον ιδιωτικό φορέα για όλα τα παραπάνω. Για την υγεία προβλεπόταν αύξηση των εξόδων από το 2% του

προϋπολογισμού το 2011, στο 4% το 2014. Ανάπτυξη υποδομών μεταφοράς και πρόσβασης σε νερό, συνθήκες υγιεινής και ηλεκτρικό δίκτυο αποτελούσαν επίσης προτεραιότητα. Το HIV/AIDS αναφερόταν ως ένα ξεχωριστό διατμηματικό θέμα, ανάμεσα σε άλλα (13).

Όσον αφορά στην εφαρμογή του σχεδίου, όλα τα Κυβερνητικά επίπεδα, ο ιδιωτικός τομέας και η κοινωνία των πολιτών, θέτονταν υπεύθυνοι, ενώ οι Πολιτείες θα έπρεπε σύντομα να ετοιμάσουν τα δικά τους αναπτυξιακά πλάνα και δράσεις, σε συμφωνία με το Κυβερνητικό. Τέλος, το σχέδιο προέβλεπε τη δημιουργία μίας Υπουργικής Επιτροπής η οποία θα παρείχε επίβλεψη και θα αξιολογούσε την πρόοδο του σχεδίου διαρκώς, με ορίζοντα ενδιάμεσης επανεξέτασης τον Νοέμβριο του 2012 (13).

Ως θετικές εξελίξεις μέχρι τη στιγμή της συγγραφής του συγκεκριμένου σχεδίου, αναφέρονταν (13) η πλήρης καταγραφή των εθνικών ΔΥ, η ανάπτυξη εθνικού προφίλ ασθενειών (συμπεριλαμβανομένου του HIV/AIDS) και η εισαγωγή ενός πλαισίου για τον έλεγχο και την αξιολόγηση, με χρήση δεικτών. Επίσης, η ψήφιση του Child Act το 2008, θεωρήθηκε σημαντική επιτυχία, αφού υποστήριζε τη δωρεάν βασική φροντίδα υγείας, τον εμβολιασμό των παιδιών (13) και την προστασία των κοριτσιών από σεξουαλική κακοποίηση, βία (συμπεριλαμβανομένου του βιασμού), τον παιδικό γάμο και τον γυναικείο γεννητικό ακρωτηριασμό και περιτομή (14).

Το σχέδιο κατέληγε με λεπτομερειακά παραρτήματα στα οποία αναλύονταν διεξοδικά οι 5 προγραμματικές περιοχές του ΤΥ (αύξηση πρόσβασης στις ΥπΥ, ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στην Υγεία, ενίσχυση της προμήθειας φαρμακευτικών και ιατρικών προϊόντων, του μάνατζμεντ του ΣΥ και της παροχής υπηρεσιών για το HIV/AIDS), οι αντίστοιχοι σκοποί, δείκτες αξιολόγησης, κόστος, φορείς εφαρμογής, δράσεις και προτεραιότητες (13).

Βασιζόμενο στα δύο προαναφερόμενα αναπτυξιακά σχέδια, το 2011, εκδόθηκε η νέα έκδοση του Εθνικού Στρατηγικού Πλάνου για το ανθρώπινο δυναμικό στην Υγεία 2011-2015 (15), με σκοπό να αντιμετωπίσει τη μεγάλη έλλειψη προσωπικού σε όλα τα

επίπεδα υγείας. Αυτή η έκδοση αποτελούσε αναθεώρηση του πρώτου αντίστοιχου πλάνου που παρουσιάστηκε το 2006, αλλά «εξαιτίας διαφόρων λόγων και περιορισμών, εφαρμόστηκε μόνο κατά ένα μέρος του ως το 2011», όπως αναφέρεται στην εισαγωγή της νέας έκδοσης. Παρακάτω, οι λόγοι αναφέρονται πιο ξεκάθαρα, ωστόσο: το προηγούμενο πλάνο ήταν αρκετά πολύπλοκο, με 128 παρεμβάσεις, δεν είχε διαδοθεί σε όλους τους φορείς, υπήρχε αδύναμος έλεγχος και αξιολόγηση και έτσι, σε συνδυασμό με το πολιτικό κλίμα και αστάθεια, οδηγήθηκε τελικά σε ατελή εφαρμογή. Η νέα προσπάθεια κρίθηκε ιδιαίτερα δύσκολη, επίσης, καθώς τη στιγμή της συγγραφής του νέου πλάνου υπήρχαν ενεργοί πάνω από 90 εθνικοί και διεθνείς εταίροι και ενδιαφερόμενοι φορείς που δρούσαν σε σχέση με το θέμα στο ΝΣ. Το νέο πλάνο αποφασίστηκε λοιπόν να επικεντρωθεί σε «μίνι-προγράμματα», με συγκεκριμένους στόχους, μετρήσιμα αποτελέσματα και χρήση δεικτών (15), εκσυγχρονίζοντας με αυτόν τον τρόπο τη διαδικασία.

Στο κείμενο, καταγράφεται η οργάνωση του ΥΥ, με βάση το αναπτυξιακό σχέδιο του ΤΥ (Διάγραμμα 2), καθώς επίσης και ο αριθμός των υπαρχόντων ΔΥ (Πίνακας 1). Το πολύ χαμηλό ποσοστό χρήσης των ΔΥ (Στατιστικός Πίνακας 5β) αναγνωρίζεται ως αποτέλεσμα της έλλειψης προσωπικού, υλικού, προμηθειών και συστήματος παραπομπής, των μεγάλων αποστάσεων με κακούς δρόμους, της έλλειψης μεταφορικών μέσων/ασθενοφόρων και της παρουσίας πολιτισμικών/οικονομικών εμποδίων (15).

Στο κείμενο σημειώνεται ότι το αναπτυξιακό πλάνο του ΤΥ 2011-15 και η καταγραφή των ΔΥ της χώρας το 2011 (Health facility mapping of SS, 2011) υπολόγισαν διαφορετικούς αριθμούς αναγνωρισμένων ΕΥ, χωρίς να αναφέρεται ο λόγος της ασυμφωνίας. Προβλήματα που σχετιζόταν με το ανθρώπινο δυναμικό στην Υγεία ήταν και η έλλειψη καθηκοντολογίων, οι χαμηλοί και μη τακτικοί μισθοί, η έλλειψη επίβλεψης σε όλα τα επίπεδα, η ανισόρροπη γεωγραφική κατανομή του, με αυξημένη συγκέντρωση στα αστικά κέντρα, καθώς και το γεγονός ότι σημαντικός αριθμός ΕΥ δε μιλούσε Αγγλικά (νέα επίσημη γλώσσα εκπαίδευσης), αλλά Αραβικά. Οργανωμένα προγράμματα σπουδών και προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ήταν ανάμεσα στα μελλοντικά πλάνα του ΥΥ, σε συνεργασία με άλλους φορείς και Υπουργεία (15).

Το πλάνο ανέφερε ότι ετήσια θα έπρεπε να δημιουργείται ένα επιχειρησιακό πλάνο, βασισμένο στην Εθνική Στρατηγική, καθώς και ότι όλα τα κυβερνητικά επίπεδα και οι μεγάλες ΔΥ θα έπρεπε να δημιουργούν τα αντίστοιχα δικά τους επιχειρησιακά πλάνα για το ανθρώπινο δυναμικό, υπό την επίβλεψη ενός κεντρικού συστήματος Ελέγχου και Αξιολόγησης. Οι αρμοδιότητες του τμήματος ανθρωπίνου δυναμικού σε Κυβερνητικό, Πολιτειακό, επίπεδο Νομού, *rayam*, *boma* και κοινοτήτων καταγραφόταν λεπτομερειακά, ενώ αναφερόταν και τα καθήκοντα των ΜΚΟ και άλλων ιδιωτικών και Θρησκευτικών Οργανώσεων. Η συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς επί του θέματος προτεινόταν να επεκταθεί μέσω ενός Φόρουμ (HRHCF) και σε ζητήματα σχεδιασμού Πολιτικής και αξιολόγησης (15).

Συνολικά αναγνωρίστηκαν 8 σημαντικά προβλήματα που έπρεπε να αντιμετωπιστούν (στελέχωση και διατήρηση προσωπικού, δυνατότητα κατάρτισης, ποιότητα, χρηματοδότηση, Κυβερνητική, συντονισμός και διαχείριση), τα οποία εντάχθηκαν σε 6 επεμβατικές στρατηγικές (αύξηση ανθρωπίνου δυναμικού, διατήρηση και ανάπτυξή του, Πολιτική ποιότητας, χρηματοδότηση, συνεργασία και συντονισμός, ηγεσία και κυβερνητική), που με τη σειρά τους διαιρέθηκαν σε «μίνι-προγράμματα», με συγκεκριμένο αριθμό αναμενόμενων αποτελεσμάτων, χρονικό ορίζοντα, κόστος, δραστηριότητες και δείκτες αξιολόγησης (15).

Το 2012 υπογράφηκε μεταξύ της Κυβέρνησης του ΝΣ και του UNCT το UNDAF, με τη συνεισφορά και άλλων συνεργατών, με σκοπό να βελτιώσει τις ζωές του πληθυσμού, ευθυγραμμιζόμενο με το Αναπτυξιακό Σχέδιο της χώρας 2011-13 και τους MDGs (16). Τα αναμενόμενα αποτελέσματά του ήταν 5 και κάθε ένα από αυτά συνεισέφερε άμεσα σε καθέναν από τους 4 βασικούς πυλώνες του Αναπτυξιακού Σχεδίου 2011-13. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το αποτέλεσμα 3, η UNCT δεσμευόταν, μετά από αίτηση της Κυβέρνησης του ΝΣ, να δημιουργήσει υπηρεσίες κλειδιά, για να εξισορροπήσει την αυξανόμενη ζήτηση, και να εξασφαλίσει κοινωνική προστασία για τους φτωχότερους και περισσότερο ευάλωτους, συμπορευόμενο με τον πυλώνα κοινωνικής και ανθρωπιστικής ανάπτυξης του Αναπτυξιακού Πλάνου. Για να το πετύχει αυτό, θα επικεντρωνόταν σε 4 περιοχές: υγεία και μητρική θνησιμότητα, εκπαίδευση, κοινωνική

προστασία και τοπική ανάπτυξη. Επιπλέον, στο αποτέλεσμα 2, η UNCT δεσμευόταν να υποστηρίξει τις κυβερνητικές προσπάθειες για αύξηση της σοδειάς, βελτίωση αγροτικής παραγωγής, μείωση ζωνόσων και αύξηση παραγωγής ψαριού, ώστε να μειωθεί η τροφική ανασφάλεια. Το UNDAF αναγνώριζε ότι έπρεπε να χρησιμοποιήσει εργαλεία προσαρμοσμένα στην εθνική πραγματικότητα. Επίσης, η πλειοψηφία των δεικτών που επιλέχθηκαν για την αξιολόγηση του έργου, συμπεριλαμβάνονταν στο Αναπτυξιακό πλάνο του ΝΣ 2011-13 (16).

Τον Ιανουάριο του 2012 παρουσιάστηκε το Αναπτυξιακό πλάνο για τον ΤΥ 2012-16, το οποίο βασιζόταν στις αξίες της Πολιτικής Υγείας του 2006-11 και στο αναπτυξιακό πλάνο της χώρας 2011-13, χωρίς όμως να διευκρινίζει τη σχέση του με το προηγούμενο αναπτυξιακό πλάνο του ΤΥ 2011-15, στο οποίο δεν αναφέρεται καθόλου. Στην αποστολή του προστέθηκε η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και όραμα του ήταν ένας «υγιής και παραγωγικός πληθυσμός που θα εκτελεί πλήρως το ανθρώπινο δυναμικό του» (17), στοχεύοντας στη Δημόσια Υγεία, στην παροχή ποιοτικών ΥπΥ και στην ενίσχυση των θεσμικών μέτρων, μειώνοντας τις προγραμματικές προτεραιότητες από 18-28 (Πολιτική Υγείας 2006-2011) σε 6 (παροχή ΥπΥ, ανθρώπινο δυναμικό, έλεγχος και αξιολόγηση μέσω πληροφοριακών συστημάτων, φαρμακευτικά και ιατρικά προϊόντα, χρηματοδότηση, ηγεσία και κυβερνητική). Οι σκοποί αναλύονται με βάση τις προτεραιότητες, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τους προτεινόμενους δείκτες και τις δράσεις. Παράλληλα, αναγνωρίζονται 4 υπάρχουσες ευκαιρίες: η αυξημένη χρηματοδότηση (το ΥΥ έλπιζε να αυξηθεί ο προϋπολογισμός υγείας στο 10% του εθνικού ως το 2015 και να συνεχίσει να λαμβάνει αναπτυξιακή βοήθεια για την υγεία και υποστήριξη από παγκόσμιες πρωτοβουλίες/κονδύλια, καθώς και να κάνει συμφωνίες με ΜΚΟ), η πολιτική δέσμευση για συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα και τη Διεθνή Κοινότητα, η δέσμευση ανάμεσα σε όλους τους φορείς για συνεργασία, καθώς και ο ενθουσιασμός και η επιδεικνυόμενη δύναμη των κοινοτήτων. Βασικοί παράγοντες για την επίτευξη των ανωτέρω αναφέρονταν η παρουσία επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού και η αύξηση προσβασιμότητας των ΥπΥ, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα την πολιτική σταθερότητα, ισχυρή ηγεσία, δέσμευση, οικονομική ανάπτυξη και χρηματοδότηση ως απαραίτητες προϋποθέσεις (17). Αναφορά γίνεται στο HIV/AIDS, στις παραμελημένες τροπικές, μεταδοτικές και μη ασθένειες, στις οφθαλμικές παθήσεις (τράχωμα και τύφλωση), στη

φυματίωση, διατροφή/υποσιτισμό, καθώς και στην έλλειψη περιβαλλοντικής πολιτικής που επηρέαζε τον επιπολασμό ασθενειών, όπως της ελονοσίας και του τυφοειδή πυρετού.

Κατά την περιγραφή του αριθμού των ΔΥ και της κατάστασής τους, το πλάνο αυτό συμφωνεί απόλυτα με τα στοιχεία που παρέχονται από το Εθνικό Στρατηγικό Πλάνο για το ανθρώπινο δυναμικό στην Υγεία 2011-2015, αλλά όχι με αυτά του αναπτυξιακού πλάνου για τον ΤΥ 2011-2015. Παραδέχεται ωστόσο την περιορισμένη δυνατότητα για συλλογή και ανάλυση δεδομένων, αν και υποστηρίζει ότι το ΥΥ είχε ήδη αναγνωρίσει 104 δείκτες και 74 εργαλεία για συλλογή στοιχείων, χωρίς όμως να υπάρχει ακόμα μία τυποποιημένη φόρμα αναφοράς για όλες τις ΔΥ, ΜΚΟ ή τα “κάθετα” προγράμματα, κάνοντας το HMIS στην ουσία μη λειτουργικό, λόγω έλλειψης ανθρωπίνου δυναμικού, αλλά και κατάλληλου εξοπλισμού. Θέτοντάς το ως προτεραιότητα, σκοπός ήταν το HMIS να γίνει λειτουργικό σε όλες τις Πολιτείες και τους Νομούς μέχρι το 2013 (17).

Παράλληλα, προτεραιότητα αποτελούσε και η αύξηση της υγειονομικής κάλυψης της χώρας από το λιγότερο του 40% στο 60% μέχρι το 2015, με συγκεκριμένες προτάσεις για τη δημιουργία νέων ΔΥ και εκπαιδευτικών κέντρων, και την επέκταση της ασφάλισης υγείας NHIF, που βασιζόταν σε μισθοδοτικές συνεισφορές (17), ώστε να εξασφαλιστεί ακόμα μία πηγή χρηματοδότησης για το ΣΥ, μελλοντικά.

Τέλος, το πλάνο αναγνώριζε ότι για την εφαρμογή του (17) ήταν απαραίτητη η συνεργασία όλων των φορέων, δημοσίων και ιδιωτικών, κυβερνητικών και μη, τόνιζε τη σπουδαιότητα ανάπτυξης ετήσιων επιχειρησιακών πλάνων και του συστήματος ελέγχου/αξιολόγησης. Κατέληγε με ανάλυση του κόστους και της χρηματοδότησης των έργων μέχρι το 2016, εκτεταμένο κατάλογο δεικτών και πρόβλεψή τους για το 2015, στοιχεία για το ανθρώπινο δυναμικό και τις επενδύσεις στις υποδομές.

Τον Ιούνιο του 2014, ο ΠΟΥ αναλαμβάνει την πρωτοβουλία να υποστηρίξει το ΥΥ του ΝΣ, στην αναθεώρηση της Εθνικής του Πολιτικής Υγείας (18), με τελικό στόχο να ενισχύσει το ΣΥ της χώρας. Έτσι, την ίδια χρονιά εκδίδεται η πρώτη Εθνική

Στρατηγική Συνεργασίας (CCS) του ΠΟΥ με την Κυβέρνηση του ΝΣ 2014-2019 και με τη συμμετοχή πολλών άλλων φορέων (19). Ο ΠΟΥ υπογράμμισε ότι υπήρχε ανάγκη στρατηγικής μετάβασης από ανθρωπιστικό σε αναπτυξιακό προγραμματισμό σταδιακά και μέχρι το επόμενο CCS, διατηρώντας μία ευελιξία πάντα, λόγω της ευπάθειας του ΝΣ και της πιθανότητας να επανεμφανιστούν ανθρωπιστικές ανάγκες στη χώρα. Οι στρατηγικές προτεραιότητες του ΠΟΥ ήταν να συμβάλλει στη μείωση της μητρικής, βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, να ενισχύσει το ΣΥ και την πρόληψη μεταδοτικών και μη ασθενειών, όπως και των παραμελημένων τροπικών, να αναπτύξει τις εθνικές δεξιότητες για πρόληψη, ετοιμότητα, παρακολούθηση, ανταπόκριση και ανάκαμψη από επείγουσες καταστάσεις και να βοηθήσει το ΥΥ να αντιμετωπίσει περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς παράγοντες της υγείας. Η στρατηγική ατζέντα αναλυόταν διεξοδικά στο κείμενο και παράλληλα γινόταν προσπάθεια να ευθυγραμμιστεί με τις προτεραιότητες του Αναπτυξιακού πλάνου για την Υγεία 2012-16 της χώρας και του UNDAF (19).

Ως πρόοδος αναγνωριζόταν η αντιμετώπιση ορισμένων ασθενειών (εξαφάνιση της πολιομυελίτιδας από το 2009) και ως κίνδυνος η παράλληλη αύξηση των μη μεταδοτικών ασθενειών και των ψυχικών νόσων, λόγω των παρατεινόμενων συμπλοκών. Επιπλέον, κατά τον ΠΟΥ, οι συγκεκριμένες πολιτικές και στρατηγικές για την αντιμετώπιση των καταστροφών και κρίσεων ήταν είτε ανεπαρκείς, είτε υπό σχεδιασμό, ενώ παράλληλα οι θεσμικές, τεχνικές και ηγετικές ικανότητες κρινόταν πολύ αδύναμες, αν και οι στρατηγικές του Αναπτυξιακού πλάνου για την Υγεία ήταν γενικά συναφείς με την υγειονομική κατάσταση της χώρας. Το πρόβλημα εντοπιζόταν στη μη εφαρμογή της στρατηγικής και κυρίως των μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης του ΤΥ, λόγω θεσμικής και τεχνικής αδυναμίας του ΥΥ. Επιπλέον, το 80% των ΥπΥ προσφερόταν από ΜΚΟ, γεγονός που δυσκόλευε τον συντονισμό τους. Παράλληλα, η μεγαλύτερη χρηματοδότηση του ΤΥ γινόταν από ΜΚΟ, μέσω συγκεκριμένων προγραμμάτων, εκτός του επίσημου προϋπολογισμού της χώρας, και με συμβόλαια που δεν ήταν απαραίτητα βασισμένα στις επιδόσεις τους (19).

Θετικά αντιμετωπιζόταν το γεγονός ότι το DHIS software είχε εισαχθεί σε επίπεδο Νομών, όπως και η παραγωγή και διανομή HMIS εργαλείων στα PHCCs, PHCUs και

στα Νοσοκομεία, αλλά η χρήση τους ήταν τελικά μη ικανοποιητική. Η ανάγκη να αναθεωρηθούν η φαρμακευτική Πολιτική, η λίστα των βασικών φαρμάκων και οι κατευθυντήριες οδηγίες για την ορθή χρήση των φαρμάκων κρινόταν επιτακτική (19).

Ο ΠΟΥ αναγνώριζε την ανάγκη στο επόμενο CCS να προσπαθήσει να μεταφέρει την ευθύνη εφαρμογής κάποιων προγραμμάτων, όπως ενάντια στις μεταδοτικές και μη ασθένειες ή προετοιμασίας/ ανταπόκρισης σε επείγουσες καταστάσεις, στο ΥΥ και στις δομές του σε όλα τα επίπεδα, ώστε να βοηθήσει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων σε αυτό. Συμπληρωματικά, υποστήριζε την εφαρμογή ανάντης Πολιτικής και της προσπάθειας να μεταφερθούν απευθείας οι ευθύνες εφαρμογής και τα κεφάλαια σε εθνικούς φορείς, στο κοντινό μέλλον (19).

Το 2015 εκδόθηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης (ΕΣΔ) 2015-2020 για τις γυναίκες, την ειρήνη και την ασφάλεια, εφαρμόζοντας την απόφαση 1325 (UNSCR 1325) και άλλες σχετικές του συμβουλίου ασφαλείας του ΟΗΕ (14). Η απόφαση 1325 είχε ψηφιστεί από τον ΟΗΕ το 2000, αναγνωρίζοντας την ευπάθεια των γυναικών κατά τη διάρκεια ενόπλων συγκρούσεων και θέλοντας να προστατεύσει τα δικαιώματά τους. Το ΕΣΔ υποστηρίχτηκε από τους UN WOMEN, UNMISS και το Υπουργείο Φύλου, Παιδιού και Κοινωνικής Πρόνοιας του ΝΣ. Ο σκοπός του ήταν η προστασία των γυναικών και κοριτσιών, συμπεριλαμβανομένου αυτών με αναπηρίες, από τη σεξουαλική βία, η αύξηση της συμμετοχής τους στην πρόληψη και λύση των συρράξεων και στην ανοικοδόμηση της ειρήνης, η ευαισθητοποίηση όλων των φορέων και η συλλογή δεδομένων πάνω στο θέμα, καθώς και η συμπερίληψη των αναγκών του γυναικείου φύλου στις προτεραιότητες του εθνικού προϋπολογισμού. Οι στρατηγικοί στόχοι (αύξηση γυναικείας συμμετοχής στην ηγεσία και ανοικοδόμηση της ειρήνης, υποστήριξη μεταρρυθμίσεων στον τομέα ασφαλείας, με βάση την UNSCR 1325, και προστασία του γυναικείου φύλου έναντι βίας, με παράλληλη καταδίκη των αυτουργών και υποστήριξη των θυμάτων) αναλύονταν με τους επιμέρους σκοπούς, τις δράσεις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα, τους δείκτες αξιολόγησης, τη χρονική διάρκεια και τους υπεύθυνους φορείς. Η θεσμική ενίσχυση κρινόταν αναγκαία και αποτελούσε προτεραιότητα, ώστε να εξαλειφθούν οι επιβλαβείς πρακτικές από τη χώρα (γυναικείος ακρωτηριασμός, παιδικός γάμος, βία) (14).

Τον Μάρτιο του 2017, η χώρα προχώρησε στην αναθεωρημένη έκδοση της Πολιτικής της Υγείας για τα επόμενα δέκα χρόνια (2016-2025), με την παράλληλη έκδοση της πρωτοβουλίας για τα Boma (20). Στην εισαγωγή, τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της υγειονομικής κατάστασης της χώρας προέρχονται από το 2006 και το 2010, γεγονός που υποκρύπτει πιθανόν την αδυναμία συλλογής μεταγενέστερων στατιστικών στοιχείων. Για πρώτη φορά, παρουσιάζεται όραμα στην Πολιτική Υγείας, «ένας υγιής και παραγωγικός πληθυσμός που θα ζει μία αξιοπρεπή ζωή», ενώ η αποστολή της αλλάζει και γίνεται «η βελτίωση του επιπέδου υγείας του λαού με την αποτελεσματική παράδοση του BPHNS, μέσω προαγωγής της υγείας, πρόληψης των ασθενειών, του τραύματος και της αναπηρίας, υπηρεσιών θεραπείας και αποκατάστασης, με την πλήρη συμμετοχή του λαού». Ο στόχος της Πολιτικής είναι «ένα ενδυναμωμένο ΣΥ και συνεργασίες που ξεπερνούν εμπόδια, ώστε να παρέχουν το BPHNS και να ανταποκρίνονται αποτελεσματικώς στα θέματα ποιότητας και ασφάλειας των κοινοτήτων, με παράλληλη προστασία των πολιτών από φτωχοποίηση και κοινωνικό ρίσκο». Οι αξίες επίσης αλλάζουν και συμπεριλαμβάνουν την ισότητα στην πρόσβαση, ασφάλεια, ειλικρίνεια, διαφάνεια, ακεραιότητα, ευθύνη, δέσμευση στο όραμα, στην αποστολή και στους στόχους, την αξιοπρέπεια και τον σεβασμό, το ομαδικό πνεύμα, την επαγγελματική ηθική και την προστασία του περιβάλλοντος (21).

Οι γενικοί σκοποί είναι τρεις (21):

ενδυνάμωση της οργάνωσης του ΣΥ και ανάπτυξη δομών για αποτελεσματική και ισότιμη παροχή του BPHNS, με καθολική κάλυψη υγείας

ενίσχυση της ηγεσίας και του μάνατζμεντ του ΣΥ, καθώς και αύξηση των πόρων για το ΣΥ για βελτιωμένες επιδόσεις

ενίσχυση συνεργασιών (διατμηματικές, Ιδιωτικός-Δημόσιος τομέας κλπ) στην παροχή ΥπΥ και ανάπτυξη του ΣΥ.

Η ΠΦΥ, η συμμετοχή των κοινοτήτων στην παροχή ΥπΥ και η αποκέντρωση παραμένουν στις βασικές αρχές για την επίτευξη της Πολιτικής Υγείας, ανάμεσα σε άλλες. Όσον αφορά στην παραδοσιακή Ιατρική, αναφέρεται ότι θα διατηρηθούν οι πρακτικές που προάγουν την υγεία και θα αποθαρρυνθούν όσες βλάπτουν, με πολιτιστικά ευαισθητοποιημένο τρόπο (21).

Το τρίτο κεφάλαιο του κειμένου αναφέρεται αναλυτικά στους στόχους της ανανεωμένης Πολιτικής. Έτσι, η Κυβέρνηση καθορίζεται υπεύθυνη να ρυθμίσει τις αρχές παροχής του BPHNS, να αναπτύξει διατμηματικές συνεργασίες για την προαγωγή υγείας με ενεργό συμμετοχή των κοινοτήτων (σύμφωνα και με το Ottawa Charter για την προαγωγή υγείας του ΠΟΥ, 1986), να μειώσει τη βρεφική, παιδική και μητρική θνησιμότητα, ενισχύοντας την αναπαραγωγική υγεία, την αντιμετώπιση θυμάτων σεξουαλικής βίας και την πρόληψη και θεραπεία των πιο κοινών παιδικών ασθενειών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων. Επιπλέον, δεσμεύεται στην πρόληψη και θεραπεία των μεταδοτικών και μη ασθενειών, των παραμελημένων τροπικών, των ψυχικών νόσων, στην αντιμετώπιση του υποσιτισμού και των επαγγελματικών κινδύνων, στη στήριξη των ανθρώπων με αναπηρίες, στην ανάπτυξη στοματικής υγείας, στην αύξηση ετοιμότητας για επιδημίες και καταστροφές και στην παροχή ποιοτικών ΥπΥ, μέσω δημιουργίας κατευθυντηρίων οδηγίων/πρωτοκόλλων και εφαρμογής αξιολογήσεων. Για τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, προβλέπονται επενδύσεις για διαγνωστικά μέσα, οργάνωση τραπεζών αίματος και εθνικής υπηρεσίας ασθενοφόρων για διακομιδές. Οι ΔΥ αναφέρεται ότι θα πρέπει να χτίζονται με συγκεκριμένες προδιαγραφές, όσον αφορά στα συστήματα ηλεκτρισμού, υδροδότησης και αποβλήτων, αλλά και να διαθέτουν συγκεκριμένο εξοπλισμό (21).

Όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό το ΥΥ δεσμεύεται να προσλάβει εκπαιδευμένο προσωπικό από τη χώρα, τη διασπορά, αλλά και τις γειτονικές χώρες, να τους καταλείψει ισομερώς γεωγραφικά, να οργανώσει τη συνεχιζόμενη επαγγελματική τους κατάρτιση και να δημιουργήσει κατάλληλη στρατηγική κινήτρων για να τους διατηρήσει. Για τα ιατρικά και φαρμακευτικά προϊόντα, προβλέπεται να υιοθετηθούν αποτελεσματικοί μέθοδοι προμήθειας, αποθήκευσης και διανομής, καθώς και να ενισχυθεί η DFCA στη διενέργεια ποιοτικών ελέγχων και αδειοδότησης προϊόντων. Ακόμη μία φορά αναφέρεται ότι ο προϋπολογισμός πρέπει να κινηθεί προς τα όρια που τέθηκαν στην Abuja και να ενταχθεί η αναπτυξιακή βοήθεια στη εθνική Πολιτική και Στρατηγική. Επίσης, γίνεται λόγος για τη δυνατότητα εφαρμογής ασφάλισης (ιδιωτικής, κοινωνικής, για εξειδικευμένη φροντίδα κλπ), όπως και για εισαγωγή χρεώσεων σε ιδιωτικές πτέρυγες των Δημόσιων Νοσοκομείων (21). Καθοριστική κρίνεται και η εφαρμογή ενός HMIS για τη συγκέντρωση πληροφοριών και αξιολόγηση του ΣΥ, αλλά

και η χρήση της πληροφορικής για τηλεϊατρική, εκπαίδευση εξ αποστάσεως, παρακολούθηση χρονίως πασχόντων κλπ (21).

Η Κυβερνητική προτείνεται να ενισχυθεί με δημιουργία πρωτοκόλλων και οδηγιών, αλλά και συμβουλίων μάνατζμεντ στα Νοσοκομεία και στα Ιδρύματα Υγείας, καθώς και την εκπαίδευση των μάνατζερ σε όλα τα επίπεδα της Υγείας. Επιπλέον, προτείνεται να δοθεί η δυνατότητα αυτοδιοίκησης και ημιαυτονομίας στα Τριτοβάθμια Νοσοκομεία, με αυστηρό καθορισμό των ευθυνών και των ρόλων των Πολιτειών και του ΥΥ. Όλα αυτά θα απαιτήσουν φυσικά τη δημιουργία ενός ισχυρού θεσμικού πλαισίου που θα προστατεύει την Υγεία και θα ενισχύει την επαγγελματική ανάπτυξη των ΕΥ (21).

Η εφαρμογή της νέας Πολιτικής προέβλεπε τη δημιουργία δύο Στρατηγικών πλάνων (2016-21, 2021-26) και την παράλληλη ανάπτυξη ετήσιων επιχειρησιακών πλάνων από όλους τους φορείς και σε όλα τα επίπεδα, με μία προσέγγιση από κάτω προς τα πάνω (21). Παράλληλα, η αξιολόγηση θα γινόταν μέσω κατάλληλου πλαισίου και χρησιμοποιώντας δείκτες επίδοσης (21). Με την υποστήριξη του ΠΟΥ το πρώτο εθνικό στρατηγικό πλάνο για την υγεία 2017-2022 δημιουργήθηκε το 2017-18 και προσδιορίζει τις στρατηγικές προτεραιότητες για την επόμενη πενταετία, με τους απαραίτητους πόρους και την κατανομή τους (22).

Η πρωτοβουλία υγείας για τα Βομα (23) ξεκίνησε την ίδια εποχή με την έκδοση της νέας Πολιτικής Υγείας (στης οποίας το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται), ως κύρια στρατηγική για την δραστηριοποίηση σε επίπεδο νοικοκυριών και κοινότητας. Η εφαρμογή της σε ευρεία κλίμακα θα μπορούσε, κατά τον ΥΥ κ. Riek Gai Kok, να αυξήσει την πρόσβαση των κοινοτήτων στις ΥπΥ και να μειώσει δραματικά τον αριθμό των αποτρέψιμων θανάτων, με την προϋπόθεση να αντιμετωπιστούν τα τρέχοντα κωλύματα του ΣΥ (24). Η πρωτοβουλία αυτή έχει ως τελικό στόχο να αντικαταστήσει την κατακερματισμένη υγεία σε επίπεδο κοινοτήτων, που παρέχεται από ΜΚΟ, χρηματοδοτείται από διαφορετικούς δωρητές και επικεντρώνεται σε “κάθετα” προγράμματα που είναι περιορισμένα γεωγραφικά και χρονικά. Σύμφωνα με την

προτεινόμενη πρωτοβουλία, εκπαιδευμένοι CHWs θα προσφέρουν ένα συγκεκριμένο πακέτο προληπτικών και επιλεγμένων θεραπευτικών ΥπΥ, καθώς και προαγωγής Υγείας, με έμφαση στην παιδική και μητρική υγεία, στις μεταδοτικές ασθένειες και στην παρακολούθηση ασθενειών/επιδημιών, μέσω του HMIS και συγκέντρωσης στατιστικών στοιχείων (Πίνακας 3). Οι CHWs θα είναι τρεις (μία γυναίκα/τρεις) για κάθε μία από τις 2.136 Boma και θα επιλέγονται με συγκεκριμένα κριτήρια. Οι τρεις CHWs των Boma θα αποτελούν την BHT και θα παραπέμπουν τους ασθενείς στο κοντινότερο PHCU. Ο επιβλέπωντάς τους (PHO) θα βρίσκεται σε επίπεδο payam και θα καλύπτει μέχρι και 4 Boma, οργανώνοντας τακτικές συναντήσεις με τους υφισταμένους του (24).

Για την υποστήριξη της πρωτοβουλίας και την έλξη χρηματοδότησης, δημιουργήθηκε τον Απρίλιο του 2019 η ανάλυση της επενδυτικής υπόθεσης BOMA, χρησιμοποιώντας ως μεθοδολογία το Lives Saved Tool (LiST), η οποία, εκτός της οικονομικής ανάλυσης, προσέφερε σημαντικές προτάσεις μεταρρυθμίσεων για καλύτερη εφαρμογή, καθώς και ένα αναθεωρημένο μοντέλο της πρωτοβουλίας (24). Γενικά, τα βασικά κωλύματα για την εφαρμογή της πρωτοβουλίας επικεντρώνονται στην προμήθεια, ζήτηση και στην ποιότητα των ΥπΥ. Έτσι, υπάρχουν για παράδειγμα πολλά ανεξάρτητα “κάθετα” συστήματα προμήθειας ιατροφαρμακευτικών υλικών που διαχειρίζονται από διαφορετικούς δωρητές, χωρίς τη γενική επίβλεψη του ΥΥ, γεγονός που οδηγεί σε έλλειψη συντονισμού σε επίπεδο Boma. Από την άλλη, δεν υπάρχει αρκετός αποθηκευτικός χώρος και χρηματοδότηση για την προμήθεια αυτών των υλικών από το ίδιο το κράτος, αλλά ούτε και εκπαιδευμένο προσωπικό ή ανάλογα εργαλεία/συστήματα εφοδιασμού. Ακόμα και η επιλογή των CHWs και των αρμόδιων επιβλεπόντων αποτελεί πρόκληση, καθώς το 73% του πληθυσμού είναι αναλφάβητοι, με τις γυναίκες στο μεγαλύτερο ποσοστό. Επιπλέον, ο προσφερόμενος μισθός είναι μικρότερος από αυτόν που προσφέρεται από τις ΜΚΟ, γεγονός που αποθαρρύνει τους υποψήφιους CHWs να δουλέψουν για το κράτος. Η επιλογή τριών CHWs/boma ανεξάρτητα από το μέγεθός της δημιουργεί επίσης ερωτηματικά για τη δυνατότητα εξυπηρέτησης όλων των δικαιούχων, ειδικά όταν αυτοί μετακινούνται, ζουν σε απομονωμένες περιοχές, αποκλείονται λόγω πλημμυρών την εποχή των βροχών ή ζουν σε ανασφαλείς ακόμα περιοχές. Μία βασική πρόκληση για την εφαρμογή της πρωτοβουλίας είναι και η έλλειψη αποδοχής της από την κοινότητα, λόγω άγνοιας και

προκαταλήψεων, που εξακολουθούν να υπάρχουν και να αποτρέπουν τον πληθυσμό από το να ζητάει ιατρική βοήθεια, όπως και φυλετικών διακρίσεων, που περιορίζουν την αποδοχή γυναικών ως CHWs. Η έλλειψη συστήματος παραπομπών και απαραίτητου εξοπλισμού για τους CHWs δύναται να μειώσει την ποιότητα των παρεχόμενων ΥπΥ, συμπληρωματικά (24).

Επιπλέον, αναγνωρίζεται εκ νέου η έλλειψη επίσημων στατιστικών στοιχείων για τις ΥπΥ το 2017-8. Υπολογίστηκε πάντως ότι αν η υγειονομική κάλυψη αυξάνει κατά 7% τον χρόνο, φτάνοντας το 80% το 2028, θα μπορούσαν να αποφευχθούν 113.970 θάνατοι, με επιπλέον φυσικά μείωση της νοσηρότητας. Επομένως, η επένδυση στους CHWs θεωρείται βασική για την επίτευξη της καθολικής υγειονομικής κάλυψης και υπολογίζεται ότι θα μπορούσε να αποδώσει οικονομικά με αναλογία 10:1, αφού θα αυξάνει μακροπρόθεσμα την παραγωγικότητα του πληθυσμού και θα προσφέρει επιπλέον κοινωνικά οφέλη, όπως ενδυνάμωση γυναικών και αύξηση εισοδήματος των νοικοκυριών. Αναγνωρίζεται βέβαια η ανάγκη να υποστηρίξουν όλες οι ΜΚΟ το ΥΥ στην εφαρμογή της πρωτοβουλίας BOMA. Επίσης, στους CHWs προσφέρονται, επιπλέον του τακτικού μισθού, οικονομικά κίνητρα, αν εκτελέσουν συγκεκριμένες δραστηριότητες τον χρόνο (πληρωμή ανάλογα με την επίδοση, αν και η πληρωμή αναφέρεται στον αριθμό των δραστηριοτήτων και όχι των δικαιούχων που θα ευεργετηθούν), αλλά και συνεχιζόμενη εκπαίδευση (24).

Η αναθεωρημένη έκδοση της πρωτοβουλίας του Βασικού πακέτου υπηρεσιών (BPHNS) ολοκληρώθηκε το 2018, ώστε να ευθυγραμμίζεται με τις αλλαγές στη στρατηγική, τις νέες πολιτικές, αλλά και το φορτίο των ασθενειών, και αναμενόταν η ευρεία διανομή και χρήση της από το 2019 (22).

Τον Μάιο του 2019 με την υποστήριξη του ΠΟΥ και τη χρηματοδότηση της ΕΕ το ΥΥ ξεκίνησε την αναθεώρηση των Κατευθυντήριων Θεραπευτικών Οδηγιών του (SS-STGs 2019), εφόσον είχε ήδη ολοκληρώσει την Εθνική Λίστα βασικών φαρμάκων (SSEML 2018), ορόσημο για την παροχή ποιοτικών ΥπΥ στη χώρα (25). Οι οδηγίες συμπεριλαμβάνουν την πρωτοβουλία BOMA, τα PHCUs, PHCCs και τα Νοσοκομεία

και δεν είχαν αναθεωρηθεί από το 2006. Επιπλέον, η Εθνική Λίστα φαρμάκων θα διευκολύνει την προμήθεια, διανομή και χρήση επιλεγμένων φαρμάκων και υγειονομικών υλικών στις κοινότητες και στις ΔΥ (22). Η Κυβέρνηση, μέσω του ΥΥ, δεσμεύθηκε στην εφαρμογή τους, ενώ ο ΠΟΥ θα υποστήριζε την ολοκλήρωση, αλλά και την τελική εφαρμογή τους (25).

Κεφάλαιο 4

Οργάνωση Συστήματος Υγείας

Νότιου Σουδάν

4.1 Δομές Υγείας και Επίπεδα Υγειονομικής Κάλυψης

Το ΣΥ στη χώρα είναι βασισμένο σε τέσσερις πυλώνες: Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα, ΜΚΟ/Θρησκευτικές Οργανώσεις και το παραδοσιακό σύστημα. Ο Ιδιωτικός τομέας δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένος, ενώ οι ΜΚΟ/Θρησκευτικές Οργανώσεις συμπεριλαμβάνονται κάποιες φορές σε αυτόν (1). Το παραδοσιακό σύστημα δεν μπορεί

να παρέχει σύγχρονες και ποιοτικές ΥπΥ και σταδιακά προβλέπεται να καταργηθεί ή να ενσωματωθεί, μετά την κατάλληλη εκπαίδευση, στον Δημόσιο ή Ιδιωτικό τομέα (2).

Πρέπει να σημειωθεί όμως ότι υπάρχει και ο “ανεπίσημος ΤΥ” στη χώρα, που συμπεριλαμβάνει άτυπα φαρμακεία και πωλητές φαρμάκων. Συνήθως, αυτός ο τομέας είναι το πρώτο σημείο επαφής των φτωχών χρηστών με την υγεία στη χώρα, αντικαθιστώντας την έλλειψη του Δημόσιου Τομέα, αλλά έχει φυσικά επίδραση στην ποιότητα και ισότητα πρόσβασης, ενισχύοντας την ασυμμετρία της πληροφόρησης και την προκλητή ζήτηση (3).

Το Δημόσιο Σύστημα υποδιαιρείται σε τέσσερα επίπεδα (4, 5) (Διάγραμμα 2):

Πρωτοβάθμιες Μονάδες Φροντίδας Υγείας (PHCUs)

Πρωτοβάθμια Κέντρα Φροντίδας Υγείας (PHCCs)

Νοσοκομεία σε επίπεδο Νομού (CHs)

Πολιτειακά Νοσοκομεία (SHs) και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία (THs)

Τα PHCUs παρέχουν βασική, προληπτική, θεραπευτική υγεία και προαγωγή υγείας, υπηρετώντας θεωρητικά έναν πληθυσμό 15.000 ανθρώπων και υπάγονται διοικητικά στα Boma. Τα PHCCs (πρέπει να υπηρετούν 50.000 κατοίκους) υπάγονται στο επίπεδο rayam, ενώ στις αστικές περιοχές, λόγω του μεγέθους του πληθυσμού, μπορεί να υπάγονται στα Boma και στα rayam. Αποτελούν το πρώτο επίπεδο του συστήματος παραπομπών και παρέχουν επιπλέον εργαστηριακές, διαγνωστικές υπηρεσίες, φροντίδα μητρότητας και εσωτερική νοσηλεία. Υπάρχουν πάνω από 1.000 PHCCs και PHCUs σήμερα (6). Τα CHs (30-60 κρεβάτια) (7) υπάγονται διοικητικά σε επίπεδο Νομού και παρέχουν επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις, υπηρετώντας 300.000 πληθυσμό, ιδανικά. Αποτελούν το αμέσως επόμενο επίπεδο παραπομπών (4, 5). Ένας Νομός καλύπτει κατά μέσον όρο έξι με επτά rayam και υπάρχουν 2 με 3 Νομοί ανά Πολιτεία (8). Τα SHs (70-150 κρεβάτια) (7) υπηρετούν μισό εκατομμύριο πληθυσμό και μαζί με τα CHs αποτελούν το Δευτεροβάθμιο επίπεδο φροντίδας, με ειδικούς ιατρούς όπως χειρουργούς, γυναικολόγους, παιδίατρος, νοσοκόμους, μαίες και τεχνικούς

εργαστηρίων (4, 5). Ας σημειωθεί ότι με βάση το S/THC BPHS, τα CHs παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και όχι Δευτεροβάθμια (7). Τα SHs, επίσης, συμβάλλουν στην εκπαίδευση των ΕΥ, συλλέγουν δεδομένα και έχουν προγράμματα προσέγγισης της κοινότητας (πχ. εμβολιασμών) (7). Τα THs (150-300 κρεβάτια) (7) παρέχουν Τριτοβάθμια φροντίδα. Προς το παρόν όμως, παρέχουν βασικές λειτουργίες, επίσης, εξαιτίας έλλειψης τεχνολογικού εξοπλισμού, υποδομών και εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού. Επιπλέον, θα πρέπει να παρέχουν εκπαίδευση και να διενεργούν έρευνα (4, 5).

Το σύστημα παραπομπών μπορεί να λειτουργεί είτε από μία χαμηλότερη ΔΥ προς μία υψηλότερη, είτε προς την αντίθετη κατεύθυνση, ενώ οι ίδιοι πολίτες έχουν δικαίωμα να παραπέμπουν τους εαυτούς τους σε οποιοδήποτε επίπεδο, εξαιτίας έλλειψης ΔΥ σε όλη την επικράτεια. Γενικά πάντως, οι ΥπΥ που προσφέρονται από τα CHs, SHs και THs είναι παρόμοιες, αλλά διαφέρουν στον βαθμό και έκτασή τους (7).

Όσον αφορά στη Διοίκηση (Διάγραμμα 2), οι αρμοδιότητες κατανέμονται ως εξής (5, 9, 6):

Υπουργείο Υγείας (ΥΥ): γενική ηγεσία, ανάπτυξη Πολιτικής και κατευθυντήριων οδηγιών, κινητοποίηση πόρων, επίβλεψη παροχής ΥπΥ στη χώρα. Είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο και την αξιολόγηση, καθώς και τη διασφάλιση ποιότητας. Επίσης, διευθύνει άμεσα τα 3 THs και τις Κεντρικές Ιατρικές Αποθήκες και υποστηρίζει τα ΥΥΠ. Περιλαμβάνει επίσης 7 SHs και άλλες ΔΥ, όπως το Δημόσιο Εργαστήριο Αναφοράς και το Νοσοκομείο για τις γυναίκες Kirmayardit στο Rumbek.

Αποτελείται από εννέα Διευθύνσεις και την Ιατρική Επιτροπή. Κάθε Διεύθυνση διοικείται από τον αντίστοιχο Γενικό Διευθυντή, ενώ η Ιατρική Επιτροπή διευθύνεται από τον Εκτελεστικό Διευθυντή. Αυτοί αναφέρονται στον Υφυπουργό, ο οποίος αναφέρεται τελικά στον Υπουργό. Υποστηρίζεται από το DFCA και το Ιατρικό Συμβούλιο.

Οι Διευθύνσεις του ΥΥ σήμερα είναι οι εξής (Διάγραμμα 3):

1. Διοίκησης και Οικονομικών

2. Πολιτικής, Σχεδιασμού και Χρηματοδότησης
3. Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
4. Προληπτικών Υπηρεσιών Υγείας
5. Ιατρικών Υπηρεσιών
6. Ιατρικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Ανάπτυξης
7. Αναπαραγωγικής Υγείας
8. Φαρμακευτικών και Ιατρικών προμηθειών
9. Διεθνούς Ιατρικής και συντονισμού

Άλλες υπηρεσίες που εργάζονται μέσα ή σε στενή συνεργασία με το ΥΥ είναι:

1. Ιατρική Επιτροπή
2. Κεντρικές Ιατρικές Αποθήκες (CMS)
3. DFCA

Δημιουργήθηκε στα τέλη του 2012 (10), με σκοπό τον έλεγχο των εισαγόμενων φαρμάκων, τον περιορισμό των λαθραίων, τη γενική επίβλεψη, έλεγχο και συνεργασία σε θέματα σχετικά με τη φαρμακευτική βιομηχανία, καθώς και την εφαρμογή της Πολιτικής φαρμάκων, τροφής, χημικών, δηλητηρίων και κοσμητικών. Σύμφωνα με στοιχεία της εποχής άλλωστε, το 50% των φαρμάκων που χρησιμοποιούνταν στην Αφρική ήταν πλαστά (11). Στη δημιουργία της συνέβαλε η Διεύθυνση Φαρμακευτικών Υπηρεσιών του ΝΣ, σε συνεργασία με το SIAPS, που αποτέλεσε πρόγραμμα του USAID από το 2012-2016 (12). Η Αρχή αποτελεί μέλος της EAC-MRH, που δημιουργήθηκε για να εναρμονίσει τις ρυθμιστικές διαδικασίες των φαρμάκων στην Ανατολική Αφρική, σύμφωνα με εθνικά και διεθνή πρότυπα (13).

4. Ιατρικό Συμβούλιο
5. Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας

Υπουργεία Υγείας Πολιτειών (ΥΥΠ): Παρέχουν ηγεσία και διαχειρίζονται τις ΥπΥ στις αντίστοιχες Πολιτείες. Είναι υπεύθυνα για την παροχή Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τμήμα Υγείας Νομού (CHD): Υπεύθυνα για την παροχή ΠΦΥ σε επίπεδο rayam, Boma και χωριού (καλύπτει όλο τον αντίστοιχο Νομό). Στη χώρα υπάρχουν συνολικά 79 CHD σήμερα.

Επιτροπές Υγείας σε επίπεδο rayam/ Boma/ χωριό: συμμετέχουν στη διαχείριση των ΔΥ στις αντίστοιχες περιοχές ευθύνης τους.

Στα Νοσοκομεία, η ανώτερη αρχή είναι το Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από άμισθους εθελοντές, με μία ποικιλία ειδικοτήτων. Παρέχουν γενική κατεύθυνση για τη διοίκηση του Νοσοκομείου και αποτελούν τον σύνδεσμο μεταξύ της κοινότητας και του Νοσοκομείου (7). Το οργανόγραμμα Διοίκησης των Νοσοκομείων παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 4.

4.2 Προσωπικό Δομών Υγείας

Με βάση όσα αναφέρονται στο βασικό πακέτο υγείας και διατροφής του 2011 (14):

Σε επίπεδο χωριού, η φροντίδα παρέχεται από εθελοντές που επιβλέπονται από τους CHWs και CMWs. Η επιτροπή υγείας του χωριού τους παρέχει διοικητική υποστήριξη και ενίσχυση.

Στα PHCUs υπάρχουν 2 CHWs και μία CMW και πρέπει να λειτουργούν 8 ώρες/μέρα, 5 ημέρες την εβδομάδα, με προσωπικό σε ετοιμότητα τις υπόλοιπες ώρες. Στο μέλλον, COs θα ηγούνται των δομών αυτών και υπεύθυνοι Δημόσιας Υγείας θα επιβλέπουν τις δραστηριότητες στην Κοινότητα. Δεν υπάρχουν χρεώσεις σε αυτό το επίπεδο υγείας. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι CHWs δεν είναι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές, αλλά μπορούν να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν βασικά προβλήματα, όπως ελονοσία και διάρροια, να προάγουν τον οικογενειακό προγραμματισμό και να ελέγξουν παιδιά και εγκύους για υποσιτισμό. Στοιχεία του 2017 (15) τόνιζαν ότι, αν και τα PHCUs αποτελούν τις κοντινότερες ΔΥ στον αγροτικό πληθυσμό, δεν διαθέτουν ένα τυπικό προφίλ υποδομής και στελέχωσης. Έτσι, άλλα λειτουργούν με τρία άτομα προσωπικό με ελάχιστη ή καθόλου εκπαίδευση σε δομές ενός ή δύο δωματίων και άλλα με 13 άτομα, διπλωματούχους, που εργάζονται σε μία μεγάλη και καλά κατασκευασμένη ΔΥ.

Τα PHCCs πρέπει να στελεχώνονται από COs, εκπαιδευμένους νοσηλευτές και μαίες, τεχνικούς εργαστηρίων, φαρμακείου και Δημόσιας Υγείας, εμβολιαστές και CHWs. Αναμένεται να λειτουργούν 24 ώρες/24ώρο. Εξαιτίας της χαμηλής πυκνότητας πληθυσμού και των μεγάλων αποστάσεων στη χώρα, στο μέλλον, υπάρχει η σκέψη να προστεθούν υπηρεσίες μαιευτικής σε κάποια από αυτά.

Τα CHs αναμένεται να λειτουργούν 24 ώρες/24ώρο με εκπαιδευμένους νοσηλευτές, μαίες και γιατρούς μόνιμα στο Νοσοκομείο, προσφέροντας ολοκληρωμένη μαιευτική και βρεφική φροντίδα, χειρουργικές υπηρεσίες και θαλάμους νοσηλείας.

Τα SHs (7) πρέπει να διαθέτουν ειδικούς για την εξέταση, διάγνωση, σταθεροποίηση και θεραπεία ασθενών, καθώς αναμένεται να προσφέρουν νοσηλεία και επείγουσες υπηρεσίες σε υψηλότερο βαθμό από τα CHs.

Επιπλέον στοιχεία για το ανθρώπινο δυναμικό του ΣΥ παρουσιάζονται και στον Πίνακα 4.

Κεφάλαιο 5

Μελέτη Πολιτικής και Συστήματος Υγείας

5.1 Εισαγωγικά Σχόλια

Κρίνοντας από τον αριθμό των επίσημων εγγράφων στο μικρό χρονικό διάστημα που υπάρχει ως χώρα, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι διακρίνεται η πρωτοβουλία να κινηθεί προς τη σωστή κατεύθυνση και να οργανώσει ένα σύγχρονο ΣΥ, που θα προσφέρει ποιοτικές ΥπΥ. Παρατηρείται, άλλωστε, ότι στις περισσότερες αναφορές οι στρατηγικοί στόχοι υποδιαιρούνται σε σκοπούς που καταλήγουν σε σχέδια δράσης με συγκεκριμένες δραστηριότητες, χρονοδιαγράμματα εφαρμογής, κόστος, δείκτες, φορείς αξιολόγησης και αναμενόμενα αποτελέσματα. Η Πολιτική Υγείας έχει όραμα, αξίες και αποστολή. Η οργάνωση έχει καθοριστεί με βάση ένα αποκεντρωμένο σύστημα, δίνοντας τη δυνατότητα στην ίδια την κοινότητα να συμμετέχει στον καθορισμό της υγειονομικής της περίθαλψης άμεσα και ενεργά. Η ανάγκη να υπάρχει συνεργασία διαφορετικών φορέων (Υπουργείων, ΜΚΟ, εθνικών και διεθνών οργανισμών, Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα) για την διαφύλαξη και προαγωγή της Υγείας των πολιτών έχει γίνει αντιληπτή και τονίζεται παντού, θέτοντας όρους συνεργασίας, με

σκοπό το ΥΥ να αναλάβει πλήρως τις ευθύνες που του αναλογούν στο σύντομο μέλλον. Η απαίτηση χρήσης πληροφοριακών συστημάτων υγείας για συλλογή στατιστικών στοιχείων, ορθή λήψη αποφάσεων, χάραξη Πολιτικής, προμήθεια υλικών και ελέγχου, τηλεϊατρική και εκπαίδευση έχει επίσης υπογραμμιστεί και γίνονται προσπάθειες ήδη για την εφαρμογή της. Αξίζει να σημειωθεί βέβαια ότι οι προτάσεις για ανάπτυξη της ηλεκτρονικής υγείας, όπως αναφέρονται στην πρόσφατη Πολιτική Υγείας, είναι αρκετά πρωτοπόρες για τη χώρα και σίγουρα θα μπορέσουν να δώσουν λύση σε πολλά προβλήματα, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές, αλλά απαιτούν υποδομές τηλεπικοινωνιών και διαδικτύου, που προς το παρόν δεν έχουν αναπτυχθεί. Έχει, επίσης, αναγνωριστεί η ανάγκη να εκσυγχρονιστεί η ηγεσία και το θεσμικό πλαίσιο, ώστε να εφαρμοστούν τα προτεινόμενα μέτρα με διαφάνεια και να έχουν διάρκεια.

Τα βασικά προβλήματα και οι προκλήσεις που παρουσιάζονται έχουν αναγνωριστεί και όλες οι προσπάθειες στρέφονται προς επίλυσή τους, με έμφαση στη μείωση της παιδικής και μητρικής θνησιμότητας και του υποσιτισμού/τροφικής ανασφάλειας και στην καταπολέμηση μεταδοτικών και ξεχασμένων τροπικών ασθενειών. Παράλληλα, έχουν αναγνωριστεί και οι μη-μεταδοτικές ασθένειες ως σημαντικό πρόβλημα, καθώς και οι ψυχικές νόσοι, αποτέλεσμα των μακροχρόνιων πολεμικών συγκρούσεων.

Το ΣΥ στηρίζεται στην ΠΦΥ, ενισχύοντας παράλληλα την πρόληψη και προαγωγή υγείας, χωρίς υπερδιόγκωση του Νοσοκομειακού, ακριβού τομέα. Η τεράστια έκταση της χώρας σε σχέση με το γεγονός ότι είναι αραιοκατοικημένη (η πυκνότητα πληθυσμού το 2017 ήταν περίπου 21 κάτοικοι/ Km²) (1), άλλωστε, ταιριάζει απόλυτα σε αυτό το μοντέλο ανάπτυξης και για αυτό οι πρωτοβουλίες για εφαρμογή του Βασικού πακέτου ΥπΥ και του συστήματος BOMA θεωρούνται αξιόπαινες. Η χώρα, άλλωστε, έχει δεσμευτεί στη Alma-Ata Declaration, καθώς και στην Astana Declaration, με στόχο να αναβιώσει την παροχή της ΠΦΥ, και η πρωτοβουλία BOMA αποτελεί ήδη εφαρμογή ΠΦΥ σε επίπεδο Boma (2).

Από την άλλη, υπάρχουν τεράστια εμπόδια που θα πρέπει να ξεπεραστούν ώστε τα αναφερόμενα σχέδια να περάσουν σε πλήρη εφαρμογή. Καταρχήν, είναι φανερή η

αδυναμία να συγκεντρωθούν αξιόπιστα στατιστικά δεδομένα, γεγονός που προκαλεί σύγχυση, δυσκολεύει την έρευνα και μακροπρόθεσμα δε βοηθά στη χάραξη μίας εφαρμόσιμης Πολιτικής και Στρατηγικής, γεγονός που αναγνωρίστηκε τελικά στην έκδοση του Εθνικού Στρατηγικού Πλάνου για το ανθρώπινο δυναμικό στην Υγεία 2011-2015 (3). Πρέπει να σημειωθεί βέβαια ότι η χρήση διαφορετικών μεθόδων/πηγών (απογραφές, έρευνες νοικοκυριών, αρχεία υπηρεσιών κλπ) για τη συλλογή δεδομένων μπορεί από μόνη της να καταλήξει σε διαφορετικές τιμές για τους δείκτες (4). Το αποτέλεσμα είναι όμως ότι ακόμα και μέσα στην ίδια αναφορά υπάρχουν κάποιες φορές ανακρίβειες και αλληλοσυγκρουόμενα στοιχεία μεταξύ τους ή με άλλες αναφορές που εκδίδονται την ίδια εποχή. Εξαιτίας της έντονης πολιτικής αστάθειας και των συνεχόμενων στρατιωτικών συμπλοκών, μερικές αναφορές παρουσίαζαν επιπλέον χρονικές επικαλύψεις με προηγούμενες ή επόμενες, αφού το γενικότερο πολιτικοοικονομικό και κοινωνικό πλαίσιο άλλαζε διαρκώς, και μερικές δεν εφαρμόστηκαν ή δεν εκδόθηκαν ποτέ τελικά.

Όραμα εμφανίζεται για πρώτη φορά στην Πολιτική Υγείας του 2016-26, ενώ η αποστολή του ΥΥ συγκεκριμενοποιείται περισσότερο και οι αξίες διαφοροποιούνται, εμπλουτίζοντας με αυτόν τον τρόπο τις κατευθυντήριες στρατηγικές του ΥΥ. Παρόλα αυτά, υποστηρίζεται ότι οι αξίες δε θα έπρεπε να αλλάζουν (5), και έτσι θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη νέα Πολιτική λείπουν ως αξίες η «κοινοτική ιδιοκτησία» και η «υπέρ των φτωχών» πολιτική, ενώ η «καλή κυβερνητική» αναφέρεται έμμεσα. Επιπλέον, ενώ η πρώτη Πολιτική ξεκινά με μία SWOT analysis, στη νέα δεν ακολουθείται η ίδια τακτική, αν και σημειώνεται ότι υποστηρίζεται από την Εθνική Ανάλυση Κατάστασης Υγείας του 2014 (6). Οι προσαρμοστικές στρατηγικές που επιλέγονται μπορούν να χαρακτηριστούν επεκτατικές, καθώς στοχεύουν στην εγκαθίδρυση και λειτουργία του ΣΥ της νεοσύστατης χώρας και, ενώ στηρίζονται σε αυτές της προηγούμενης Πολιτικής, η ομαδοποίησή τους διαφοροποιείται και γίνονται πιο ξεκάθαρες. Προτείνονται επίσης στρατηγικές συνεργασίες με άλλους φορείς και εσωτερικής ανάπτυξης. Τα αναπτυξιακά σχέδια, ως μέρος των εκτελεστικών στρατηγικών, περιέχουν υποστηρικτικές στρατηγικές και σχέδια δράσης, τα οποία όμως θα έπρεπε να καταλήγουν σε επιχειρηματικά σχέδια και σχέδια δράσης σε επίπεδο Πολιτειών, Νομών, ΔΥ κλπ.

Σε γενικές γραμμές, η νέα Πολιτική Υγείας της χώρας ακολουθεί τις κατευθυντήριες οδηγίες του JANS (7), σε σχέση με τα πέντε βασικά γνωρίσματα μίας “καλής” Στρατηγικής Υγείας. Στηρίζεται στην Εθνική Ανάλυση Κατάστασης Υγείας του 2014, στην οποία βασίζονται οι προτεραιότητες που θέτει, και αναφέρει, αν και πολύ συνοπτικά, τη χρηματοδότηση, τις διαδικασίες λογοδοσίας και διαφάνειας, τον τρόπο εφαρμογής και τους μηχανισμούς ελέγχου/αξιολόγησης. Δεν αναφέρεται καθόλου όμως στη διαδικασία με την οποία αναπτύχθηκαν τα εθνικά πλάνα και οι στρατηγικές.

Το ΣΥ του ΝΣ παρουσιάζει στοιχεία του Αγγλοσαξονικού μοντέλου, υποστηρίζοντας την αποκέντρωση, την αυτοδιοίκηση και ημιαυτονομία των Νοσοκομείων (πρόσφατα), την ίση πρόσβαση στις ΥπΥ όλων των πολιτών, τη σημασία συμμετοχής της τοπικής αυτοδιοίκησης στην οργάνωση του ΣΥ, χωρίς όμως να διαθέτει ένα οργανωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στα πρότυπα του NHS ή του Σκανδιναβικού συστήματος. Δεν υπάρχει βέβαια σύστημα οικογενειακών ιατρών, αλλά η πρωτοβουλία BOMA, παρουσιάζει κάποιες ομοιότητες με αυτό, καθώς όλοι οι πολίτες είναι, θεωρητικά, εγγεγραμμένοι στην αντίστοιχη Boma και οι τοπικοί CHWs μπορούν να τους παραπέμπουν στα υψηλότερα επίπεδα του ΣΥ, χωρίς βέβαια να διευκρινίζεται αν θα έχουν και ρόλο “gate keeping”. Στην πράξη όμως, αν και θα έπρεπε μέχρι το 2013 (8) να υπάρχει ένα πλήρες λειτουργικό σύστημα παραπομπών, αυτό δεν δημιουργήθηκε, που σημαίνει ότι ο πολίτης μπορεί και πρέπει να αναζητήσει εξειδικευμένη βοήθεια από μόνος του (9). Το 2018 το ποσοστό των ΔΥ που διέθεταν ασθενοφόρο ή άλλο μεταφορικό μέσο για επείγουσες καταστάσεις ήταν μόλις 9,1% και πρόσβαση σε τηλέφωνο ή ασύρματο 15%. Επιπλέον, ενώ 71% των ΔΥ παρέπεμπαν ασθενείς σε άλλες δομές, μόλις 4,8% δεχόταν παραπομπές, που σημαίνει ότι υπάρχει ένα τεράστιο κενό στον τρόπο τελικής αντιμετώπισης των ασθενών (Πίνακας 4).

Από την άλλη, ένα μικρό ποσοστό Δημόσιων Υπαλλήλων του ΝΣ είναι ασφαλισμένο μέσω του NHIF και υπήρχε η σκέψη να επεκταθεί η ασφάλιση, όπως έχει ήδη προαναφερθεί (10), ώστε να ενισχυθεί η χρηματοδότηση του ΣΥ, γεγονός που εισάγει και στοιχεία του Συστήματος Bismarck. Το νομοσχέδιο για το NHIF είχε θεσπιστεί στο Σουδάν το 1994 και επεκτάθηκε στο ΝΣ το 2001. Εξαιτίας όμως του πολέμου τότε, δεν μπορούσε να εφαρμοστεί επιτυχώς, λόγω περιορισμένης πολιτικής βούλησης και

μεγάλου ποσοστού φτώχειας. Το NHIF είναι το προτεινόμενο σχήμα ασφάλισης υγείας από την Κυβέρνηση του ΝΣ και στοχεύει στην επίτευξη καθολικής κάλυψης για όλο τον πληθυσμό. Σε μία έρευνα που διεξάχθηκε στους Δημόσιους Υπαλλήλους στην Τζούμπα, βρέθηκε ότι πάνω από τα 2/3 αυτών θα δεχόταν να πληρώσουν για το NHIF και από αυτούς το 45,9% θα δεχόταν να πληρώσει μέχρι και 5% από τον μισθό τους. Χαρακτηριστικό είναι ότι περίπου οι μισοί συμμετέχοντες δε γνώριζαν τίποτα για το σχήμα αρχικά, γεγονός που σημαίνει ότι το ΥΥ θα πρέπει να ενισχύσει την εκστρατεία ενημέρωσης πάνω στο θέμα (11). Η εθελοντική ασφάλιση υγείας ως ποσοστό της τρέχουσας υγειονομικής δαπάνης ήταν μόλις 2,7% το 2017 (12).

Στο ΝΣ, οι ΥπΥ θεωρητικά είναι δωρεάν και προσβάσιμες από όλο τον πληθυσμό, τόσο σε πρωτοβάθμιο, όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο (13). Αν και αυτό συμφωνεί με την πρόταση BOMA, η πρόσβαση στις ΥπΥ πληρώνεται τελικά από τους χρήστες μέσω μεταφορικών εξόδων, αγοράς φαρμάκων (όταν υπάρχουν ελλείψεις) και ανεπίσημων πληρωμών (14). Ο ΠΟΥ σημείωνε το 2014 (15), ότι οι πληρωμές “out of pocket” ήταν συνηθισμένες, υπολογίζοντας παράλληλα ότι τα ιδιωτικά έξοδα για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών εξόδων για αυτήν άγγιζαν το 58,48% (16), με την Κυβέρνηση να ξοδεύει μόλις το 4% των συνολικών εξόδων της για την υγεία, κάνοντας πρακτικά το ΣΥ του ΝΣ ισχυρά ιδιωτικοποιημένο. Το 2015, το 61,3% των συνολικών εξόδων για την υγεία προερχόταν από ιδιωτικούς πόρους, από τους οποίους το 92,5% ήταν απευθείας “out of pocket” (11). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, το 2018, οι “out of pocket” πληρωμές μπορεί να άγγιζαν και το 79% των συνολικών εξόδων για την υγεία, γεγονός που προκαλεί ανισότητες, αυξάνει την ευαλωτότητα των νοικοκυριών σε καταστροφικά έξοδα και υποδαυλίζει την αρχή της καθολικής κάλυψης (17). Πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το προτεινόμενο μέγιστο ποσοστό «out of pocket» πληρωμών από τα νοικοκυριά, ώστε να μην οδηγηθούν σε φτωχοποίηση, είναι 20%. Στην Ουγκάντα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 37% (18).

Τέλος, εξαιτίας της φτωχής ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται, η εμπιστοσύνη στο ΣΥ της χώρας έχει μειωθεί σημαντικά και έτσι υπάρχουν αρκετοί που αναζητούν φροντίδα υγείας στις γειτονικές χώρες, όταν μπορούν να την πληρώσουν. Αυτό βέβαια ζημιώνει περαιτέρω την οικονομική κατάσταση της χώρας (19) και αυξάνει τις

πληρωμές “out of pocket” των νοικοκυριών.

5.2 SWOT Ανάλυση ΣΥ του ΝΣ, 2006/7

Πριν επιχειρηθεί μία σύγχρονη SWOT analysis του ΣΥ του ΝΣ, θα γίνει αναφορά στην πρώτη που είχε ολοκληρωθεί από το ΥΥ της Κυβέρνησης, μετά την υπογραφή της CPA, και στην οποία βασίστηκε η Πολιτική Υγείας 2006-2011. Σκοπός της ήταν να αναλυθεί η τότε κατάσταση του ΤΥ και να γίνουν τελικά προτάσεις, μέσα από τη δημιουργία της πρώτης Πολιτικής Υγείας της χώρας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 2 (20). Το κείμενο δεν την σχολίαζε διεξοδικά, αλλά αναφερόταν στις προκλήσεις που αντιμετώπιζε το ΣΥ τότε, προσθέτοντας την πτωχή οργανωτική δομή, την έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού, υλικών και διαχείρισης αποβλήτων, τις περιορισμένες δυνατότητες ηγεσίας, την έλλειψη θεσμικού πλαισίου και τον κατακερματισμό των κοινωνικών δικτύων.

Από την άλλη, ο οργανισμός USAID ολοκλήρωσε και εξέδωσε μία αξιολόγηση του ΣΥ του ΝΣ λίγο αργότερα (2007), κρίνοντάς το με βάση 6 λειτουργίες του: κυβερνητική, χρηματοδότηση, ανθρώπινο δυναμικό, παροχή υπηρεσιών, πληροφοριακά συστήματα και διαχείριση φαρμακευτικών και υγειονομικών προϊόντων (21). Η αξιολόγηση παρατίθεται περιληπτικά προς σύγκριση με την Κυβερνητική ανάλυση.

Σύμφωνα με την αξιολόγηση της USAID, υπήρχε μία έλλειψη σαφήνειας στα καθήκοντα των διαφορετικών Κυβερνητικών επιπέδων και ελάχιστη χρηματοδότηση στο επίπεδο των Νομών, που οδηγούσε σε μη λειτουργικότητά τους. Η έλλειψη συντονισμού μεταξύ των επιπέδων χειροτέρευε από την ανεπάρκεια βασικών τηλεπικοινωνιακών υποδομών. Παράλληλα, οι περισσότερες χαμηλόβαθμες θέσεις στο ΥΥ παρέμεναν κενές, ενώ η οργανωτική δομή στερούνταν καθηκοντολογίων και δεν ήταν ξεκάθαρη. Ο συντονισμός μεταξύ των Κυβερνητικών επιπέδων, των ΜΚΟ και των άλλων δωρητών χαρακτηριζόταν πτωχός. Το ΥΥ συγκροτήθηκε ολοκληρωμένα το 2007, ενώ οι Πολιτειακοί Υπουργοί Υγείας είχαν ήδη διοριστεί το 2006. Το 2007 μόνο το Western Bahr El Ghazal από τις Πολιτείες είχε οργανώσει ένα πενταετές πλάνο για

την υγεία που συμπεριελάμβανε ανάπτυξη υποδομών, πληροφοριακό σύστημα και πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής. Από την άλλη, υπογραμμιζόταν ότι το ΥΥ είχε κάνει σημαντικές προόδους, αφού είχε σκιαγραφήσει το οργανόγραμμά του (Διάγραμμα 5), είχε ήδη διορίσει 9 γενικούς διευθυντές, παράγει 7 σημαντικά έγγραφα Πολιτικής και οργανώσει ομάδες εργασίας και επιτροπές (21).

Η Κυβέρνηση του ΝΣ είχε δηλώσει ότι η βασική φροντίδα επειγόντων και υγείας θα έπρεπε να παρέχεται δωρεάν σε όλους τους πολίτες, είτε σε Δημόσιες, είτε σε δομές των ΜΚΟ. Παρόλα αυτά, οι “out of pocket” πληρωμές εξακολουθούσαν να υπάρχουν, αν και δεν υπήρχαν επίσημα στοιχεία για το ποσοστό τους. Το ΥΥ δεν παρείχε πόρους, οι προϋπολογισμοί παρέμεναν ανεκτέλεστοι, οι Πολιτείες δεν συμβουλευόταν τους Νομούς τους για τις ανάγκες τους, δεν κατέθεταν αντίστοιχους προϋπολογισμούς ή, όταν το έκαναν, δεν λάμβαναν τα ποσά πλήρως και εγκαίρως, ενώ οι ΜΚΟ συγκεντρωνόταν στην εκτέλεση “κάθετων” προγραμμάτων και κάποιες από αυτές χρέωναν τους χρήστες. Άτυπες αμοιβές και χρεώσεις για φαρμακευτικά και υγειονομικά προϊόντα αναφερόταν και στις δημόσιες δομές, χωρίς όμως να υπάρχουν επίσημα δεδομένα. Οι κύριες πηγές εσόδων για το ΥΥ την εποχή ήταν μέσω του πετρελαίου και του ΜDΤF, καθώς η κυβέρνηση δεν είχε δυνατότητα να φορολογήσει, και η στρατηγική χρηματοδότησης θεωρητικά στηριζόταν σε ένα ανάντες σύστημα (21).

Όσον αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό, παρατηρούνταν ακόμα ελλείψεις, με τις δομές της ΠΦΥ να διαθέτουν ανεπαρκές σε αριθμό προσωπικό, ενώ οι Τριτοβάθμιες να είναι υπερπλήρεις και φυσικά με μεγαλύτερη συγκέντρωση προσωπικού στις αστικές περιοχές. Ένας σημαντικός αριθμός ΕΥ μετανάστευε ακόμα στο εξωτερικό ή μετακινούνταν προς τον στρατιωτικό ή ιδιωτικό τομέα, άλλες κυβερνητικές θέσεις ή ακόμα και θέσεις του ΟΗΕ. Η ανυπαρξία υποδομών (ηλεκτρισμού, δρόμων, νερού, επικοινωνιών) και η αστάθεια καταβολής του μισθού παρακώλυε ακόμα περισσότερο την παροχή υπηρεσιών. Δεν υπήρχε κανένα επίσημο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας εκπαίδευσης, επίσης. Ένα πληροφοριακό σύστημα για το ανθρώπινο δυναμικό βρισκόταν υπό συζήτηση, η ολοκλήρωση του οποίου θα μπορούσε να

βοηθήσει σε καλύτερο στρατηγικό σχεδιασμό των ανθρωπίνων πόρων (21).

Υπήρχαν 691 ΔΥ στη χώρα, σύμφωνα με το ΥΥ, που όμως υπέφεραν από σοβαρές ελλείψεις προσωπικού, φαρμάκων, υλικών, εξοπλισμού, υποδομών, χρηματοδότησης, στρατηγικών πλάνων και κατευθυντηρίων οδηγιών. Οι ΜΚΟ, περίπου 50-75 στον αριθμό, κάλυπταν κυρίως τις επείγουσες ανάγκες, σε ανθρωπιστικό επίπεδο, χρησιμοποιώντας “κάθετα” προγράμματα, αλλά και κατακερματίζοντας ταυτόχρονα την παροχή υπηρεσιών στο ΣΥ. Τα 3 THs διέθεταν συνολικά 1.200 κρεβάτια (1,2 κρεβάτια/10.000, πολύ χαμηλότερο του δείκτη στην υποσαχάρια Αφρική, που ήταν 5,6). Επιπλέον, στο 60% της χώρας δεν παρέχόταν εμβολιασμοί ρουτίνας και, όπου ήταν διαθέσιμοι, παρέχόταν κυρίως από ΜΚΟ. Από την άλλη όμως, η πρωτοβουλία κατά της πολιομυελίτιδας, είχε φτάσει σε κάλυψη 100% και εξαφάνιση τελικά της ασθένειας (21).

Παράλληλα, το πληροφοριακό σύστημα δεν είχε αναπτυχθεί ακόμα σε εθνικό επίπεδο, ενώ οι ΜΚΟ, που ήταν μία σημαντική πηγή δεδομένων, δεν τα μοιραζόταν σε Πολιτειακό ή Κεντρικό επίπεδο, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένας κατακερματισμός και των στατιστικών στοιχείων. Το ΝΣ όχι μόνο δεν παρήγαγε δεδομένα, αλλά δεν είχε τη δυνατότητα να τα αναλύσει και να τα χρησιμοποιήσει για λήψη αποφάσεων (21).

Σημαντικό επίτευγμα χαρακτηριζόταν το ρυθμιστικό σύστημα για τη διαχείριση των φαρμακευτικών και υγειονομικών προϊόντων που είχε αναπτύξει το ΥΥ τα τελευταία 2 χρόνια, καθώς και η ολοκλήρωση της Εθνικής Φαρμακευτικής Πολιτικής το 2005. Η εφαρμογή τους όμως εμποδιζόταν από έλλειψη προσωπικού, υποδομών, πληροφοριακών συστημάτων και εκπαίδευσης, με αποτέλεσμα πολλά φάρμακα που θα έπρεπε να παρέχονται δωρεάν από το ΥΥ να αγοράζονται τελικά από ιδιωτικά φαρμακεία, λόγω ελλείψεών τους στις Δημόσιες Δομές (21). Η αξιολόγηση κατέληγε με προτάσεις βασιζόμενες σε τρεις άξονες: ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού, του μάνατζμεντ και του συντονισμού και αύξηση της συμμετοχής της κοινότητας (21).

Κεφάλαιο 6

**Σύγχρονη Αξιολόγηση του ΣΥ
του Νότιου Σουδάν**

6.1 Προκλήσεις για την εφαρμογή της Πολιτικής Υγείας

Μελετώντας την εξέλιξη των Πολιτικών Υγείας και των Αναπτυξιακών πλάνων της χώρας, παρατηρείται ότι αναφέρονται διαρκώς τα ίδια προβλήματα, γεγονός που σημαίνει ότι η πρόοδος προς τη λύση τους ήταν αργή. Επιπλέον, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ενώ υπήρχε στρατηγική σκέψη και πλάνο, έλλειπε η διαχείριση της στρατηγικής δυναμικής (“managing strategic momentum”) (1). Η ελλιπής αξιολόγηση και έλεγχος της εφαρμογής της Πολιτικής, η αδυναμία εκμάθησης από αυτήν και η κακοδιαχείρισή της, οδήγησαν τελικά στην ανακύκλωση των ίδιων πολιτικών και στρατηγικών, χωρίς ανανέωσή τους, και σε αδυναμία εφαρμογής των μέτρων. Σε κανένα αναπτυξιακό πλάνο ή Πολιτική Υγείας, άλλωστε, δεν αναφέρεται αν επιτεύχθηκαν οι στόχοι του προηγούμενου και σε ποιο ποσοστό και οι αιτίες αποτυχίας/επιτυχίας αναφέρονται περιορισμένα, δίχως ποσοτικοποιημένα δεδομένα, επίσης. Αυτό, σε συνδυασμό με το διαρκώς μεταλλασσόμενο πλαίσιο στη χώρα και την έλλειψη ευελιξίας από πολιτικής πλευράς να διαχειριστεί τις αλλαγές, ευθύνεται μερικώς για τη στασιμότητα που παρατηρείται στην εξέλιξη του ΣΥ.

Οι άναρχες μεταβολές που σημειώνονται στους πίνακες (Στατιστικοί πίνακες 1-5) των στατιστικών δεδομένων που βρέθηκαν μπορεί να σημαίνουν τις αντίστοιχες μεταβολές στην υγειονομική κατάσταση της χώρας, την έλλειψη έγκυρων στοιχείων, τη διαφορά στον τρόπο συλλογής τους από τους διαφορετικούς φορείς ή τη δυσκολία συλλογής τους, εξαιτίας της ανασφάλειας ή της έλλειψης κατάλληλης εκπαίδευσης. Η έλλειψη αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων για την υγεία, όμως, δυσκολεύει την περιγραφή του προβλήματος σε όλη την κλίμακά του (2). Παράλληλα, η έλλειψη συνδυασμού των ποσοτικών με ποιοτικά δεδομένα (θέματα ηγεσίας, περιβάλλοντος και πλαισίου) εμπόδισαν την εφαρμογή των Πολιτικών στόχων στην πράξη.

Από το 2007, είχαν ήδη εντοπιστεί τα βασικά προβλήματα του HIS, όπως περιορισμένος αριθμός προσωπικού και εξοπλισμού, έλλειψη πρωτοκόλλων, ελλιπής

εκπαίδευση του προσωπικού, έλλειψη γνώσης συλλογής δεδομένων και χαμηλή ποιότητα δεδομένων (αλληλοσυγκρουόμενα και αναξιόπιστα στοιχεία). Το 2010 αναγνωριζόταν και από Κυβερνητικές πηγές πλέον ότι κάποια δεδομένα δε συμφωνούσαν μεταξύ τους και αυτό αποδιδόταν στη χαμηλή ποιότητά τους (3). Μία έρευνα που έγινε την ίδια εποχή, όσον αφορά στην αξιολόγηση και στον έλεγχο στη χώρα (4), αποκάλυψε την έλλειψη εργαλείων και μεθόδων για συλλογή δεδομένων, την ασυνέπεια στη ροή τους και την περιορισμένη δυνατότητα ανάλυσης και χρήσης τους σε όλα τα επίπεδα του συστήματος. Το 2012, αναφερόταν ωστόσο ότι το ΥΥ είχε κάνει σημαντικά βήματα ως προς την ανάπτυξη, τον έλεγχο τέτοιων εργαλείων και τις απαραίτητες εκπαιδεύσεις, για την οργάνωση του HMIS. Έτσι, τα στοιχεία θεωρητικά συλλέγονταν από τις περιφερικές ΔΥ χειρόγραφα, αποστέλλονταν στα αντίστοιχα CHD, στα οποία γινόταν η εισαγωγή τους στο DHIS και στη συνέχεια μεταβιβάζονταν στα ΥΥΠ, μηνιαίως, χρησιμοποιώντας προσχεδιασμένες φόρμες με δείκτες υγείας, με την κεντρική μονάδα του HMIS να βρίσκεται στην Τζούμπα (5).

Προσπάθειες για να δημιουργηθούν καταστάσεις και κλίμακες μισθοδοσίας για τους επαγγελματίες Υγείας (βασικό βήμα για την μετακίνηση προσωπικού από τις ΜΚΟ στο ΥΥ) αναβάλλονταν διαρκώς, ώσπου δημιουργήθηκε τελικά ένα ηλεκτρονικό σύστημα μισθοδοσίας το 2011 (2). Ωστόσο, το 2018, το ποσοστό των ΔΥ που χρησιμοποιούσαν μία εναρμονισμένη κλίμακα μισθοδοσίας ήταν μόλις 31%, ενώ μόνο το 18% των ΔΥ είχαν παραλάβει τη μισθοδοσία για το προσωπικό τους, τους προηγούμενους 3 μήνες της έρευνας (Πίνακας 4). Ο στόχος για το 2013 ήταν το HMIS να γίνει λειτουργικό σε όλες τις Πολιτείες και τους Νομούς (6) και όλες οι 10 Πολιτείες να διαθέτουν μία λειτουργική βάση δεδομένων για το ανθρώπινο δυναμικό, καθώς και εκπαιδευμένους υπαλλήλους στο HRIS (7). Το 2014, όμως, ο ΠΟΥ σημείωνε ότι αναμενόταν ακόμα η εισαγωγή του HRHIS, υπό την υποστήριξη του JICA (8).

Μέχρι το 2018, το HMIS περισυνέλεγε κυρίως στοιχεία για τις μεταδοτικές ασθένειες, καθώς και για τη μητρική και παιδική υγεία. Με την υποστήριξη του ΠΟΥ ξεκίνησε να περισυλλέγει στοιχεία και για τις μη μεταδοτικές ασθένειες. Παράλληλα, ο ΠΟΥ υποστήριξε το ΥΥ στη δημιουργία ενός νέου DHIS (DHIS 2), ως μέρος του HIS, και εκπαιδευσε ΕΥ από 62 επαρχίες σε αυτό. Επιπλέον, 21.500 εργαλεία IDSR (όπως

εβδομαδιαίες φόρμες παρακολούθησης) παραδόθηκαν στις ΔΥ για να ενισχύσουν την παρακολούθηση ασθενειών, επιδημιών και επειγόντων, με αποτέλεσμα να ανιχνευθούν επιτυχώς 777 συναγερμοί ασθενειών το 2018, μέσω του Εθνικού Συστήματος παρακολούθησης ασθενειών (9). Το IDSR αποτελεί ξεχωριστό σύστημα αναφοράς για ασθένειες που είναι δυνητικά επιδημικές, που έχουν στοχοποιηθεί για εκκρίωση και εξάλειψη ή έχουν μεγάλη σημασία για τη Δημόσια Υγεία (10). Πρόσφατα στατιστικά δεδομένα για την κατάσταση στα πληροφοριακά συστήματα καταγράφονται στον Πίνακα 4. Ένα σύγχρονο σύστημα παρακολούθησης και αναφοράς περιπτώσεων οξείας ψυχρής παράλυσης εφαρμόστηκε μέσω κινητών τηλεφώνων το 2018, επίσης. Το σύστημα λειτουργεί μέσω μηνυμάτων, συγκεντρώνει στοιχεία εβδομαδιαία και λειτουργεί προς το παρόν σε τρεις Νομούς (9).

Ο έλεγχος της χρήσης φαρμάκων και της κατανάλωσης πρέπει να καταγράφεται στο LMIS. Το σύστημα, ωστόσο, μέχρι και το 2019, παρουσίαζε ακόμα κάποια κενά στη λειτουργία του (11). Πολλές ΔΥ σε Πολιτειακό και επίπεδο Νομού δεν το διαθέτουν, αλλά ούτε και εκπαιδευμένο προσωπικό ή τα κατάλληλα εργαλεία, με αποτέλεσμα την καταστροφή ή λήξη φαρμάκων. Παράλληλα, αρκετές ΔΥ δεν βρίσκονται καν στη λίστα των Κεντρικών Ιατρικών Αποθηκών για να παραλαμβάνουν φάρμακα (12). Το ΥΥ έχει δώσει εντολή στις CMS να οργανώνουν την διανομή, ασφαλή αποθήκευση και μεταφορά των φαρμάκων στην περιφέρεια, χρησιμοποιώντας τον γρηγορότερο τρόπο. Το αδύναμο LMIS, οι ανοργάνωτες δωρεές φαρμάκων και υλικών και η έλλειψη φαρμακευτικής απογραφής, όμως, οδηγούν συχνά σε συγκέντρωση κατεστραμμένων και ληγμένων φαρμάκων (13). Στην Ουγκάντα, συγκριτικά, η πρόσβαση σε βασικά φάρμακα και προμήθειες υγείας είχε φτάσει το 63,8% το 2014/15 (14).

Μία πρόσφατη αξιολόγηση του HIS της χώρας (11) εντόπισε τους 22 από τους 30 συνολικά χρησιμοποιούμενους δείκτες για το προφίλ μιας χώρας, αν και δεν ήταν όλοι επικαιροποιημένοι ή πλήρως ολοκληρωμένοι. Για παράδειγμα, το ΝΣ διαθέτει Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (NBS), Πολιτική και στρατηγικό πλάνο HIS (15), αλλά η χρήση του IRHIS δεν είναι πλήρως λειτουργική ακόμα (δεν υπάρχει επικαιροποιημένη εθνική βάση δεδομένων για τους ΕΥ ανά περιοχή), δεν υπάρχει στρατηγική για την

ηλεκτρονική υγεία και όλα τα στατιστικά στοιχεία της υγείας και οι αναφορές προέρχονται από το NBS, αλλά η έκδοσή τους δεν είναι τακτική (11).

Όσον αφορά στην τηλε-υγεία, ο ΠΟΥ σε μία αναφορά του το 2016 (16), είχε καταλήξει ότι δεν υπήρχε εθνική Πολιτική, ούτε στρατηγική για το HIS, σε αντίθεση με την προαναφερόμενη αξιολόγηση (11) που υποστήριζε τη δημιουργία τους το 2014-5. Παράλληλα, ο ΠΟΥ υποστήριζε ότι η ηλεκτρονική και κινητή υγεία, το θεσμικό πλαίσιο και η Πολιτική για αυτήν, η τηλε-υγεία, το σύστημα των ηλεκτρονικών φακέλων, η εφαρμογή μεθόδων e-learning και η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης για προαγωγή υγείας δεν ήταν καθόλου ανεπτυγμένα. Ας σημειωθεί ότι στην Ουγκάντα, εφαρμόζονται ήδη συστήματα ηλεκτρονικών φακέλων σε ΔΥ (17), έχει ολοκληρωθεί το εθνικό τεχνολογικό πλαίσιο για την τηλε-υγεία και έχει ήδη σχεδιαστεί η πολιτική/στρατηγική η-υγείας (14).

Στα τέλη του 2017, έγινε η εισαγωγή του συστήματος NHA, από το ΥΥ και την υποστήριξη του ΠΟΥ, το οποίο είναι ένα πλαίσιο για την καταγραφή των εξόδων για την υγεία (δημόσιων, ιδιωτικών και προερχόμενων από δωρητές). Το σύστημα είναι ένα σύγχρονο εργαλείο και διαθέτει δείκτες κλειδιά που μπορούν να διαγνώσουν την “οικονομική υγεία” του ΣΥ (18). Η τελική αναφορά αναμενόταν το 2019. Η ετήσια συλλογή των στοιχείων αυτών μπορεί να βοηθήσει το ΥΥ στη διαφοροποίηση των στρατηγικών χρηματοδότησής του, ανάλογα με τις συνθήκες (9).

Ένας επιπλέον λόγος της αποτυχίας πλήρους εφαρμογής των αναφερόμενων μέτρων για τον ΤΥ είναι η έλλειψη υποδομών στη χώρα, κάτι που αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην οικονομική ανάπτυξη (19, Στατιστικός Πίνακας 1α).

Από τους στρατηγικούς σκοπούς της αναφοράς JAM Sudan (20) ήταν η ανάπτυξη ενός δικτύου μεταφορών και καλώς διατηρημένων δρόμων μέχρι το 2011, που θα οδηγούσε σε αύξηση της παραγωγικότητας, οικονομική ανάπτυξη, δημιουργία θέσεων εργασίας και φυσικά σε αύξηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες. Έτσι το πλάνο προέβλεπε, μεταξύ άλλων, τη δημιουργία 624 χιλιομέτρων ασφαλτοστρωμένου δρόμου και 1.222

χιλιομέτρων χωματόδρομου για όλες τις καιρικές συνθήκες (21). Το 2016, ωστόσο, υπήρχαν 17.000 χιλιόμετρα δρόμου στη χώρα, αλλά μόνο 200 χιλιόμετρα ήταν ασφαλτοστρωμένα. Κατά τη διάρκεια της ξηρής περιόδου, οι περισσότεροι μη ασφαλτοστρωμένοι δρόμοι είναι προσβάσιμοι μόνο από οχήματα παντός καιρού, ενώ την περίοδο των βροχών οι περισσότεροι από αυτούς είναι μη προσβάσιμοι (22).

Επιπλέον, στο ΝΣ δεν υπάρχει εθνικό σιδηροδρομικό δίκτυο. Η γραμμή από Babanusa στον Βορρά προς το Wau στον Νότο (446 χιλιόμετρα) είναι η μόνη υπάρχουσα, που έπαυσε να λειτουργεί το 1991, λόγω καταστροφών (19). Η γραμμή των 250 χιλιομέτρων μέσα στα όρια του ΝΣ επαναλειτούργησε το 2010, έπειτα από επιδότηση μέσω του MDTF (23), αλλά ξανάκλεισε το 2013, με την επανέναρξη των συγκρούσεων στη χώρα (24). Αν και υπήρχαν σκέψεις να επαναλειτουργήσει (25) το 2018, η αποκατάσταση και διάνοιξη της γραμμής δεν έγινε ακόμη (23, 26).

Εξαιτίας της ανυπαρξίας κατάλληλων δρόμων, των πλημμυρών και της ευρείας διασποράς των ΔΥ, οι προμήθειες μεταφέρονται από τους δωρητές μέσω αεροπλάνων, γεγονός που αυξάνει τα μεταφορικά κόστη και επομένως το συνολικό κόστος αυτών (27). Επιπλέον, υπάρχουν πολλά γραφειοκρατικά εμπόδια για τη μεταφορά ρευστού, καυσίμων και φαρμάκων, με αποτέλεσμα η άδεια για πτήσεις να είναι πολύπλοκη και χρονοβόρα (28).

Το 2008/9 είχε υπολογιστεί ότι το 70% των επιχειρήσεων είχαν τις δικές τους ντίζελ γεννήτριες για την ηλεκτροδότηση, αφού λιγότερο από 1% του πληθυσμού είχε πρόσβαση στο εθνικό ηλεκτρικό δίκτυο (19). Ο στόχος ήταν μέχρι το 2020 και 2025 να ηλεκτροδοτηθούν επιλεγμένες πόλεις και το 60% των νοικοκυριών τους να έχουν ηλεκτρισμό μέχρι το 2020 (19). Τελικά, το 2020 μόνο 25% του πληθυσμού έχει πρόσβαση σε ηλεκτρικό ρεύμα (29). Σύμφωνα με το αναπτυξιακό πρόγραμμα της χώρας, το επίπεδο ηλεκτροδότησης θα έπρεπε να αυξηθεί από το 1% το 2010, στο 4% το 2016 και στο 12% το 2020 (19). Τελικά, αυξήθηκε από το 0,0% στο 5,1% στο σύνολο του πληθυσμού μεταξύ 2000 και 2012, με τις αστικές περιοχές να ηλεκτροδοτούνται κατά 12,3%, ενώ τις αγροτικές κατά 3,5% (30). Στο μεταξύ το 2014,

στο Σουδάν το 44,9% των νοικοκυριών διέθεταν ηλεκτρισμό (31), στη ΛΔΚ μόνο το 14% (32), ενώ στη Ρουάντα το 2017 το αντίστοιχο ποσοστό έφτανε το 34,5% (33).

Η επέκταση της ηλεκτροδότησης στην Τζούμπα ξεκίνησε τον Νοέμβριο του 2019, υπό τη χρηματοδότηση της Αφρικανικής Αναπτυξιακής Τράπεζας, και μία νέα θερμική και ηλιακή μονάδα παραγωγής ενέργειας αναμενόταν να τελειώσει τον Μάρτιο του 2020 (34,35,36,37) και να προσφέρει ηλεκτρισμό σε 50-70.000 νοικοκυριά στην πρωτεύουσα. Στο μεταξύ, ακόμα ένα φωτοβολταϊκό, υβριδικό εργοστάσιο υπολογίζεται να λειτουργήσει στα τέλη του 2020 και να προσφέρει ρεύμα σε ακόμα 58.000 νοικοκυριά (38).

Οι χρήστες του διαδικτύου αυξήθηκαν από 7% στο 15,9% μεταξύ των 2010-14 στη χώρα, ενώ την ίδια περίοδο παρατηρήθηκε αύξηση και στις εγγραφές κινητής τηλεφωνίας από το 14,4% στο 24,5% (30). Το 2016, ωστόσο, οι εγγραφές σε κινητή τηλεφωνία άγγιζαν μόλις το 21,22 % του πληθυσμού (16), αλλά αυξήθηκαν στο 30% το 2020 (29). Στη Ρουάντα το 2013, οι εγγραφές σε κινητή τηλεφωνία πλησίαζαν το 60% (33).

Η εγκαθίδρυση του ΣΥ της χώρας άρχισε το 2005, αλλά οποιεσδήποτε προσπάθειες έγιναν μέχρι το 2013 ακυρώθηκαν, λόγω της επαναλαμβανόμενης βίας (39). Η χώρα ήταν στις τελευταίες πέντε θέσεις όσον αφορά στους 11 από τους 22 MDGs δείκτες, για τους οποίους υπήρχαν δεδομένα, το 2011 (7).

Το 2018 η χώρα μαστιζόταν από αύξηση της φτώχειας, αυξανόμενες τιμές τροφίμων και υπερπληθωρισμό (12), ο οποίος ακριβαίνει, ανάμεσα σε άλλα, και τις επιχειρήσεις για τα επείγοντα της υγείας και επομένως σε τελική ανάλυση δυσκολεύει και την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας (40). Ο πληθωρισμός είχε φτάσει στο 379,85% το 2016 (41), ή πάνω από το 600% την ίδια χρονιά σύμφωνα με την ΕΕ (42), αλλά το 2019 έπεσε στο 40% (43). Ο αυξημένος πληθωρισμός, που είναι πάντα αρνητικό σημάδι οικονομικής ανάπτυξης, συμφωνεί με την έλλειψη υποδομών στη χώρα (μεταφορικών, ηλεκτρικού δικτύου, εργοστασίων, αποθηκών), αφού η ατελής εφοδιαστική αλυσίδα σε

συνδυασμό με αυξημένη ζήτηση, οδηγεί τελικά σε αύξηση των τιμών (44). Η Παγκόσμια Τράπεζα το 2016 σημείωνε ότι ήταν “εξαιρετικά απίθανο” βιώσιμες λύσεις να δημιουργήσουν δημοσιονομικά περιθώρια για προγράμματα ΠΦΥ και προμήθεια βασικών φαρμακευτικών ειδών (45).

Η ανασφάλεια, η υποανάπτυξη και η φτώχεια, επίσης, συνδέονται άμεσα με τις χρόνιες ανάγκες στον ΤΥ (2). Το 2016 με βάση το Global Peace Index, το ΝΣ κατατάχθηκε στην 162η θέση, ανάμεσα σε 162 χώρες (46). Όσον αφορά στη φτώχεια, το 2000, το 90% του πληθυσμού στον Νότο ζούσε με λιγότερο από 1 δολάριο την ημέρα (Στατιστικός πίνακας 1β), ποσοστό που μειώθηκε στο 50,6 % το 2011, όταν στην Υποσαχάρια Αφρική ήταν 41,1%, το ίδιο διάστημα (19), και αυξήθηκε πάλι τα επόμενα χρόνια (66% το 2016), ξεπερνώντας αρνητικά τον στόχο των 45%, σύμφωνα με τον MDG1 (Πίνακας 5), όταν στο Σουδάν ήταν 47% (47) και στη Ρουάντα 24,1 % την ίδια περίπου χρονιά (48). Ο δείκτης χάσματος φτώχειας (poverty gap index) το 2010 υπολογιζόταν στο 24% (7) και ο δείκτης σοβαρότητας φτώχειας (poverty severity index) διπλασιάστηκε από το 0,1 το 2015 στο 0,2 το 2016 (39). Στοιχεία της ΕΕ δείχνουν ότι το 2016 το 67% των ΕΥ στο Δημόσιο, κέρδιζαν λιγότερο από 12 USD τον μήνα, ένας Διευθυντής Νοσοκομείου περίπου 27 USD/μήνα και μία εκπαιδευμένη νοσηλεύτρια ή μαία 18 USD (42). Με βάση στοιχεία του 2019, υπολογίζεται ότι το ποσοστό απόλυτης φτώχειας υποχώρησε τελικά στο 51% (Στατιστικός πίνακας 1β).

Μεταξύ του 2010 και 2014, η αξία του Human Development Index του UNDP για το ΝΣ μειώθηκε με ένα ετήσιο μέσο όρο περίπου 0,15%. Ο δείκτης αυτός κατατάσσει τις χώρες με βάση τρεις βασικές διαστάσεις της ανθρώπινης ανάπτυξης: μακριά και υγιής ζωή, πρόσβαση στη γνώση και αξιοπρεπές επίπεδο ζωής (46). Το 2019, το ΝΣ κατατάχθηκε τρίτη από τις τελευταίες χώρες, υπογραμμίζοντας τα κενά που υπάρχουν ακόμα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, όπως υγείας και εκπαίδευσης, και σε βασικά πρότυπα διαβίωσης (49, Στατιστικός Πίνακας 1γ). Σε αντίθεση, στη Ρουάντα ο αντίστοιχος δείκτης αυξήθηκε από το 1995 (βρισκόταν στο 0,23), φτάνοντας το 0,483 το 2014 (33), ενώ το 2018 η ΛΔΚ κατατασσόταν 176η από 189 χώρες (50).

Η ασφάλεια στη χώρα, η σταθερή χρηματοδότηση, η πολιτική σταθερότητα, η ισχυρή ηγεσία και δέσμευση, η οικονομική ανάπτυξη και η μείωση της φτώχειας αναγνωρίστηκαν ως βασικές προϋποθέσεις για την εξασφάλιση δυνατότητας εφαρμογής της Πολιτικής Υγείας από νωρίς (51, 52, 6), αλλά η έλλειψη πολιτικής βούλησης και υποδομών και οι διαρκείς συγκρούσεις έθεταν σταθερά εμπόδια στην εφαρμογή των μέτρων, ενώ οι χαμηλές ικανότητες της Κυβέρνησης σε όλα τα επίπεδα και η ανεπαρκής χρηματοδότηση εμπόδισαν τελικά την ανάπτυξη βασικών υπηρεσιών (53). Η έλλειψη πολιτικής βούλησης, εμπιστοσύνης και δέσμευσης των πολιτικών, ενοχοποιούνται για την κατάσταση και από ντόπιους παρατηρητές (54). Κατά τον WFP (55), οι συγκρούσεις, οι μετακινήσεις και η τροφική ανασφάλεια είναι από τα πιο σοβαρά προβλήματα στο ΝΣ που απαιτούν συχνά την παρέμβαση με ανθρωπιστική βοήθεια.

Επιπλέον, η διαφθορά εμπόδισε από πολύ νωρίς τη χρησιμοποίηση των εσόδων από εθνικούς πόρους για παροχή υπηρεσιών στους πολίτες. Πρέπει να σημειωθεί ότι το ΝΣ είχε καταταγεί 171ο ανάμεσα σε 175 χώρες με βάση δείκτες διαφθοράς από τον οργανισμό “Διεθνή Διαφάνεια”, το 2014 (56), ενώ το 2019 χαρακτηρίστηκε ως το πιο διεφθαρμένο κράτος στην Ανατολική Αφρική, από τον ίδιο οργανισμό (57), αν και έχει αποδεχτεί τη συμμετοχή του στη Σύμβαση κατά της Διαφθοράς του ΟΗΕ από το 2015 (58). Ας σημειωθεί ότι το Σύνταγμα της χώρας, παράγραφος 143 και 183, υποστήριζε τη δημιουργία μίας επιτροπής κατά της διαφθοράς και επιτροπής ελέγχου (59) για τον έλεγχο των οικονομικών δραστηριοτήτων σε όλα τα επίπεδα της Κυβέρνησης, η οποία λειτουργεί με περιορισμένη ισχύ όμως.

Ακόμα και πρόσφατα, η Κυβέρνηση κατηγορείται για κατασπατάληση πόρων που καθυστέρησε την εγκαθίδρυση συναινετικής Κυβέρνησης, επέτρεψε τους στρατιώτες στα στρατόπεδα να ζουν υπό κακές συνθήκες και να πεθαίνουν λόγω έλλειψης φαγητού, φαρμάκων, νερού και στέγασης (60, 61, 62, 63, 64, 65, 66), άφησε απλήρωτους τους Δημόσιους υπαλλήλους, συμπεριλαμβανομένων και των ΕΥ και των Πανεπιστημιακών, για μήνες (67, 68, 69, 70), αν και συνεχίζει να λαμβάνει περίπου 165 εκατομμύρια USD τον μήνα, μόνο από την πώληση του πετρελαίου (71), και οδήγησε δημοσιογράφους που αποκαλύπτουν τη διαφθορά στη σύλληψη (72).

Επιπλέον, αποκαλύπτονται οικονομικά σκάνδαλα που περιλαμβάνουν υψηλά κυβερνητικά και επιχειρηματικά στελέχη (73, 74, 75) και η θεσμική διαφθορά θεωρείται υπεύθυνη για την παρεμπόδιση παροχής υπηρεσιών (76). Πρόσφατα, ο ΟΗΕ κατηγόρησε την Κυβέρνηση και τις δυνάμεις της αντιπολίτευσης ότι χρησιμοποιούν επίτηδες τον λιμό και την παρεμπόδιση πρόσβασης των πολιτών σε σωτήριες υπηρεσίες/επεμβάσεις, με βάση εθνοτικά ή πολιτικά κριτήρια, εξαιτίας της δικής τους πολιτικής αντιπαλότητας και διαφθοράς (77). Επίσης, μία επιτροπή που δημιουργήθηκε από τον ΟΗΕ για τη διερεύνηση της διαφθοράς στο ΝΣ, αναφέρει στην πρόσφατη αναφορά της (2020) ότι οι αρχηγοί του Κράτους συστηματικά χρησιμοποιούν πρακτικές διαφθοράς για να κλέψουν τον πλούτο του νεαρού έθνους (78).

Επιπλέον, οι μηχανισμοί λογοδοσίας και ευθύνης ανάμεσα στις διάφορες δομές του ΥΥ και των ΥΥΠ είναι ακόμα αδύναμοι. Έτσι, αν και το Αναπτυξιακό πλάνο του ΤΥ καθόριζε συγκεκριμένους μηχανισμούς για τον έλεγχο και την αξιολόγηση της Πολιτικής, αυτοί δεν εφαρμόστηκαν, εξαιτίας της θεσμικής και τεχνικής αδυναμίας του ΥΥ (8). Το γεγονός ότι προέκυπταν διαρκώς πιεστικές ανάγκες που έπρεπε να ικανοποιηθούν, λόγω των συγκρούσεων, και δεν άφηναν περιθώρια χρόνου για αξιολόγηση των Πολιτικών, πρέπει να σημειωθεί ωστόσο, μαζί με την πιθανή έλλειψη εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού, χρηματοδότησης ή κατανόησης της ίδιας της αξίας της αξιολόγησης, λόγοι που δυσκολεύουν τη διατήρηση ενός συστήματος αξιολόγησης γενικά (79).

Η παλαιωμένη ηγεσία κατηγορείται γενικά ότι χρησιμοποιεί κυβερνητικά δώρα προς ισχυρούς συμμάχους, για να καθησυχάσει τον πληθυσμό και να συγκρατηθεί στην εξουσία. Παράλληλα, ο γενικός κανόνας υποστηρίζει ότι ένας ηγέτης θα εφαρμόσει περισσότερες μεταρρυθμίσεις κατά την πρώτη εκλογή του, λιγότερες κατά τη δεύτερη και καθόλου σχεδόν κατά την τρίτη. Για αυτό και οι περισσότερες πολιτικές αναταραχές μετά την κρίση του 2008 στον κόσμο στράφηκαν ενάντια σε απαρχαιωμένες ηγεσίες (80). Πρέπει να σημειωθεί, λοιπόν, ότι οι δύο βασικοί εκπρόσωποι της Κυβέρνησης και Αντιπολίτευσης στο ΝΣ (S.Kiir και R.Machar) βρίσκονται στην πολιτική ηγεσία τα τελευταία 15 χρόνια και πριν από αυτά βρισκόταν

στην στρατιωτική, ήδη από τον δεύτερο Σουδανέζικο εμφύλιο πόλεμο (81,82). Ο σημερινός Υπουργός Υγείας (Dr. Riek Gai Kok) κατέχει τη θέση από το 2013 (83).

Παράλληλα, οι συνεχιζόμενες επιστροφές και μετακινήσεις του πληθυσμού εξακολουθούν να δοκιμάζουν τις ικανότητες απορρόφησης της χώρας και των τοπικών κοινοτήτων να μοιραστούν τις περιορισμένες βασικές υπηρεσίες τους, τους οικονομικούς πόρους και τις ευκαιρίες διαβίωσης (84), αν και η μεγάλη αναλογία νέων στον πληθυσμό (Στατιστικός Πίνακας 1δ) σημαίνει ότι υπάρχει ισχυρή εργατική δύναμη που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και πολλοί από τους επαναπατρισθέντες διαθέτουν καινούριες δεξιότητες. Οι μεταβολές του πληθυσμού που παρατηρούνται στη ροή των χρόνων (Στατιστικός πίνακας 1δ) εξηγούνται φυσικά, εκτός από τα ποσοστά των φυσιολογικών θανάτων και γεννήσεων, και από τις μετακινήσεις του πληθυσμού (εξωτερικά και εσωτερικά της χώρας), εξαιτίας των συγκρούσεων. Η Αιθιοπία (85), η Ουγκάντα (86, 87), το Σουδάν (88), η Κένυα, η ΛΔΚ και η Κεντροαφρικάνικη Δημοκρατία (29) υποδέχονται ακόμα καθημερινά μεγάλο αριθμό προσφύγων από το ΝΣ.

Το πολύ χαμηλό ποσοστό εγγράμματων (Στατιστικός πίνακας 1δ) σχετίζεται επίσης με χαμηλούς δείκτες υγείας, αφού έχει βρεθεί ότι οι άνθρωποι που δεν είναι εγγράμματοι έχουν και χειρότερη υγεία, καθώς καθυστερούν να ζητήσουν ιατρική βοήθεια, δεν γνωρίζουν τη σωστή πρόγνωση, ούτε τη χρήση φαρμάκων και επίσης δεν ακολουθούν σωστά την αγωγή τους (89). Με βάση στοιχεία από την UNESCO, το 2016, το ΝΣ κατατάσσεται 3^ο πριν το τέλος, μεταξύ των λιγότερο αναπτυσσόμενων χωρών, όσον αφορά στο ποσοστό ενηλίκων εγγράμματων, αφού το αντίστοιχο ποσοστό άγγιζε περίπου το 30% (30), πολύ χαμηλότερο του 100% που είχε τεθεί ως στόχος για το 2015 (Πίνακας 5), ενώ, μία αναφορά του 2013, κατέγραφε τον ίδιο δείκτη στην υποσαχάρια Αφρική στο 53% για τις γυναίκες και 70% για τους άντρες (19) και στη ΛΔΚ ήταν 64% για τις γυναίκες και 88% για τους άνδρες (32). Η Κυβέρνηση, στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει το πρόβλημα στο ΝΣ, ανακοίνωσε την αύξηση των εξόδων για την εκπαίδευση στο 9,4% του εθνικού προϋπολογισμού (αύξηση 5,3% σε σχέση με τον προηγούμενο χρόνο) για το 2018/19 (89). Παρόλα αυτά, η UNICEF υποστηρίζει ότι το

ΝΣ είναι η χώρα που ξόδεψε τα λιγότερα στην Ανατολική Αφρική για την εκπαίδευση το 2019/20. Έτσι, ενώ το διεθνές πρότυπο είναι η δημόσια εκπαίδευση να διεκδικεί το 20% του κρατικού προϋπολογισμού, το ΝΣ ξοδεύει τελικά μόνο το 5,6% (90, 91).

Αν και πάνω από το 80% του πληθυσμού ζει σε αγροτικές περιοχές (Στατιστικός πίνακας 1δ), η γεωργία είναι η κύρια πηγή εισοδήματος για πάνω από το 85% του πληθυσμού (51) και το 95% της γης του ΝΣ είναι κατάλληλη για καλλιέργεια, μόνο το 4,5% από αυτήν καλλιεργείται (92), παρόλο που το 2012 στόχος της Κυβέρνησης ήταν να επιτευχθεί τροφική αυτάρκεια στη χώρα (93). Από την άλλη, το 2010, το πετρέλαιο αποτελούσε το 60% του GDP της χώρας και για αυτό ήδη από τα πρώτα χρόνια μετά την ανεξαρτησία, η Αφρικανική Τράπεζα ανάπτυξης προειδοποιούσε ότι το ΝΣ έπρεπε να διαφοροποιήσει την οικονομία του, αν θα ήθελε να διατηρήσει τα επίπεδα εξόδων του, αφού τα έσοδα από την παραγωγή πετρελαίου αναμενόταν να παρουσιάσουν πτώση την επόμενη δεκαετία (19). Παρόλα αυτά, το 2016 το 80% του GDP οφειλόταν σε δραστηριότητες που σχετίζονταν με το πετρέλαιο (45), ποσοστό που παραμένει πάνω από 40% το 2019 (94). Πρόσφατα, ο Πρόεδρος S.Kiir υποστήριξε ότι εφόσον το πετρέλαιο προσφέρει το 98% των κρατικών εσόδων, αυτά τα έσοδα θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν για την υποστήριξη του αγροτικού τομέα, με στόχο την αύξηση παραγωγής τροφής (95).

Πρέπει να σημειωθεί ότι η παραγωγή πετρελαίου σε αρκετές αναπτυσσόμενες χώρες περιγράφεται ως “κατάρρα”, αφού οδήγησε αρκετές φορές στο “πάγωμα” ή στη μείωση του μέσου εισοδήματος των πολιτών τους. Αυτό οφείλεται στον ανταγωνισμό που φέρνει η παραγωγή πετρελαίου ανάμεσα στις διαφορετικές ελίτ της χώρας, για την εξασφάλιση μεγαλύτερων κερδών, παρά για την επένδυση σε δρόμους, ηλεκτρικά εργοστάσια κλπ (96).

Το ΝΣ βρίσκεται σε μία φάση ανοικοδόμησης του Κράτους, που σημαίνει ότι προσπαθεί να ενισχύσει την Κρατική εξουσία, δυναμικότητα και νομιμότητα (97,98). Σε αδύναμα και υπό συγκρούσεις κράτη όμως, υπάρχει δυσκολία να δοθεί προτεραιότητα στην ανοικοδόμηση του Κράτους ή στην επείγουσα παροχή βασικών υπηρεσιών στον πληθυσμό, αν και τα δύο αυτά συνδέονται μεταξύ τους (99). Εύθραυστα Κράτη επομένως στηρίζονται περισσότερο σε μη Κρατικούς παρόχους για

την παροχή υπηρεσιών, αλλά δυσκολεύονται να αναλάβουν και έναν ρυθμιστικό ρόλο, που θα στήριζε τη συνεργασία των μη-κρατικών φορέων, την εναρμόνιση και ενσωμάτωσή τους (100).

6.2 Ανάλυση Φορέων του ΤΥ στο ΝΣ

Οι φορείς γενικά που σχετίζονται με μία εργασία (101) μπορούν να διαιρεθούν σε αυτούς που επηρεάζονται από την εργασία (πρωταρχικοί), σε αυτούς που επηρεάζουν την εργασία (δευτερογενείς), σε φορείς κλειδιά, που μπορούν άμεσα να επηρεάσουν ή είναι σημαντικοί για την εργασία, και σε εξωτερικούς φορείς, που ενδιαφέρονται για το αποτέλεσμα, αλλά δεν εμπλέκονται άμεσα στην εργασία. Με βάση αυτή τη διαίρεση, οι βασικοί φορείς που επιχειρούν στον ΤΥ στο ΝΣ, μπορούν να καταταγούν όπως φαίνεται στον Πίνακα 6 (δεν είναι εξαντλητικός, όσον αφορά στους φορείς, και αντανακλά τις προσωπικές απόψεις της συγγραφέως).

Από τους πρωταρχικούς φορείς, ο πληθυσμός παίζει πέντε βασικούς ρόλους που σχετίζονται με την υγεία (102), αφού περιλαμβάνει ασθενείς, με ανάγκη περίθαλψης, καταναλωτές, με προσδοκίες για την αντιμετώπισή τους, φορολογούμενους, που χρηματοδοτούν το ΣΥ, πολίτες, που θεωρούν την πρόσβαση στο ΣΥ ως δικαίωμα, και συμπαραγωγούς υγείας, μέσω της συμπεριφοράς κάθε μέλους του. Οι ασθενείς δεν είναι οργανωμένοι σε ενώσεις και επομένως η διαπραγματευτική τους δύναμη δεν είναι ισχυρή, αν και είναι αυτοί που επηρεάζονται περισσότερο από τις εξελίξεις στον ΤΥ. Σημαντικό εμπόδιο σε αυτό αποτελεί φυσικά ο υψηλός αναλφαβητισμός, η φτώχεια και η έλλειψη επικοινωνιακών μέσων. Οι ΕΥ αν και διαθέτουν περισσότερη δύναμη, δεν έχουν υψηλά κίνητρα για να προκαλέσουν αλλαγές, προτιμώντας τον ιδιωτικό ή τον ανθρωπιστικό χώρο εργασίας και όχι τον Δημόσιο. Σε αντίθεση, οι ομάδες της κοινωνίας των πολιτών (αποτελούνται κυρίως από νέους και ενεργούς πολίτες) έπαιξαν σημαντικό ρόλο κατά τις διαπραγματεύσεις για την υπογραφή της ειρηνευτικής διαδικασίας, οπότε σίγουρα θα μπορούσαν να επεκτείνουν και τις δραστηριότητες τους στον ΤΥ και να επηρεάσουν την κατάσταση. Άλλωστε, τελευταία έχει αναγνωριστεί ο θετικός ρόλος μίας ισχυρής κοινωνίας των πολιτών στη Δημοκρατία, πρόοδο και στην υγεία (103).

Η έλλειψη συντονισμού και συγκεκριμένης ατζέντας της κοινωνίας των πολιτών στο ΝΣ, είχε γίνει αντιληπτή πρόσφατα και για αυτό οργανώθηκε ένα αντίστοιχο Φόρουμ το 2017, που κατέληξε στην έκδοση αρχών και προτεραιοτήτων της, με δημιουργία συγκεκριμένης Πολιτικής σε θέματα Κυβερνητικής, Ειρηνευτικής διαδικασίας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Στην προτεραιότητα 4, η κοινωνία των πολιτών αναφέρεται στην ευθύνη της Κυβέρνησης να παρέχει βασικές υπηρεσίες στους πολίτες της και συγκεκριμένα να αντιμετωπίσει τη φτώχεια, πείνα, τις ασθένειες, ξηρασίες και πλημμύρες, ενώ στην προτεραιότητα 6 υποστηρίζει και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης στους πολίτες (104). Στο ίδιο κείμενο υποστηρίζεται ότι η συνεισφορά των εθνικών και τοπικών ΜΚΟ στον ανθρωπιστικό τομέα της χώρας δεν έχει αναγνωριστεί, καθώς οι διαδικασίες καθοδηγούνται διεθνώς (105). Με βάση αυτό, η κοινωνία των πολιτών αναζητά μία νέα προσέγγιση στο χτίσιμο του νέου Κράτους, αναγνωρίζοντας παράλληλα τη σημασία των τοπικών παραγόντων στην πορεία (104). Ενδιαφέρον προκαλεί και η πρόσφατη παρέμβαση μελών της να συμμετέχουν στην υψηλή ομάδα εργασίας για τον Covid 19 στη χώρα, καθώς η τελευταία αποτελείται κυρίως από Πολιτικούς (106). Σύμφωνα με όλα αυτά, η κοινωνία των πολιτών θα μπορούσε και θα έπρεπε στο προσεχές μέλλον να μεταβεί στους δευτερογενείς φορείς.

Οι δευτερογενείς φορείς είναι αυτοί που αναπτύσσουν την επίσημη Πολιτική της χώρας (ΥΥ, Αντιπολίτευση), σε συνεργασία με άλλους φορείς, αλλά και όλοι οι ξένοι οργανισμοί, ΜΚΟ, Θρησκευτικές Οργανώσεις και φορείς που εργάζονται στον ΤΥ της χώρας, υποστηρίζοντας διαφορά προγράμματα. Επιπλέον, ο Ιδιωτικός και Πανεπιστημιακός τομέας της χώρας επηρεάζουν τον ΤΥ. Οι ΕΥ, οι παραδοσιακοί θεραπευτές και η ηγεσία στα διαφορετικά επίπεδα επίσης μπορούν να καταταγούν σε αυτή την κατηγορία, αφού με τις δράσεις τους μετατρέπουν την Πολιτική σε πράξη, επηρεάζοντας άμεσα την κατάσταση στον ΤΥ.

Συγκεκριμένα, οι θρησκευτικές οργανώσεις, μέσω των εκπροσώπων τους όλων των δογμάτων, προσπαθούν να επηρεάσουν άμεσα την κατάσταση και ζητούν από την Κυβέρνηση να τους αναθέσει ρόλο στην σταθεροποίηση της ειρήνης (107). Παράλληλα, αναλαμβάνουν και άλλες πρωτοβουλίες, όπως για παράδειγμα, θέσεις υπέρ της καταπολέμησης της σεξουαλικής βίας κατά των γυναικών (108) και παίζουν

ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η Ρωμαιοκαθολική Εκκλησία ειδικά είναι αρκετά ισχυρή σε επίπεδο PHCC/περιοχικό, αλλά διαθέτει περιορισμένη εθνική αντιπροσώπευση. Τέλος, το CHASS είναι σχεδόν ανενεργό και αποκομμένο από τις Εκκλησίες/μέλη του (109).

Όσον αφορά στους παραδοσιακούς θεραπευτές, ο SSGMC σκόπευε να ξεκινήσει επαφές μαζί τους σχετικά με τον ρόλο του ως ρυθμιστικό σώμα στις ιατρικές και θεραπευτικές πρακτικές, αλλά λόγω έλλειψης χρηματοδότησης αυτές δεν ξεκίνησαν ποτέ (110).

Οι φορείς κλειδιά είναι αυτοί που μπορούν να επηρεάσουν άμεσα, μέσω χρηματοδότησης, παροχής προστασίας για τη μεταφορά ανθρωπιστικής βοήθειας, πολιτικής ή κοινωνικής επιρροής. Στην ίδια κατηγορία εντάσσονται και όσες Υπηρεσίες εργάζονται σε άλλες Πολιτικές που όμως μπορούν να επηρεάσουν την υγεία (πχ. περιβάλλον, ενέργεια, εκπαίδευση, υποδομές νερού/ υγιεινής).

Συγκεκριμένα, ο Ιατρικός Σύλλογος του ΝΣ (SSGMC) (111) ιδρύθηκε το 2014 και περιλαμβάνει το σώμα των Ιατρών, Οδοντιάτρων και Φαρμακοποιών στον Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα (μόνο το 47% όμως των 700 ιατρών που είναι εγγεγραμμένοι στο ΥΥ της χώρας είναι επίσης εγγεγραμμένοι στον Σύλλογο), ενώ ρυθμίζει και χορηγεί αδειοδοτήσεις στα Ινστιτούτα υγείας (Νοσοκομεία, Νοσηλευτικά σπίτια, κλινικές, ιατρικά εκπαιδευτικά κέντρα κ.α.) και στους οργανισμούς υγείας (συμπεριλαμβανομένων των MKO) της χώρας (110). Η Ένωση Ιατρών (SOSDA) (112) είναι ένας μη-κυβερνητικός, μη κερδοσκοπικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 2005 στο Σουδάν, από Νοτιο-Σουδανούς ιατρούς και στοχεύει στην αποκατάσταση βασικών, προσβάσιμων από όλους και ποιοτικών ΥπΥ στη χώρα, παράλληλα με την προώθηση της ιατρικής ηθικής, των δικαιωμάτων και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των μελών της και της έρευνας, διατηρώντας έναν συμβουλευτικό ρόλο προς τις Αρχές. Η Ένωση Νοσηλευτών και μαιών (SSNAMA) (113) ιδρύθηκε το 2011 για την ενίσχυση των αντίστοιχων υπηρεσιών στη χώρα. Δυστυχώς, ο SSGMC έχει περιέλθει σε “ακινήσια” από το 2018, όταν η θητεία του τελευταίου συμβουλίου του έληξε και δεν ορίστηκε νέο

(111), εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών και έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού, που οφειλόταν σε απουσία πολιτικής βούλησης να υποστηριχτεί, σύμφωνα με τον τελευταίο Πρόεδρό του (110). Επίσης, το SSNAMA site δεν έχει παρουσιάσει νέες δραστηριότητες μετά το 2018 (113).

Τέλος, οι εξωτερικοί φορείς προσπαθούν να επηρεάσουν την επίσημη πολιτική διαδικασία στον ΤΥ, αφού ενδιαφέρονται για ένα βέλτιστο αποτέλεσμα, αλλά δεν εμπλέκονται άμεσα στον ΤΥ. Οι τοπικοί/παραδοσιακοί αρχηγοί έχουν ισχυρή επιρροή σε τοπικό επίπεδο και οι αποφάσεις τους γίνονται ακόμα σεβαστές, αλλά είναι ίσως περισσότερο προσκολλημένοι στις παραδοσιακές πρακτικές. Τα ΜΜΕ αν και εκτελούν το καθήκον τους, συχνά λογοκρίνονται και οι δημοσιογράφοι υπόκεινται βία και φυλακίσεις.

Σίγουρα, οι διάφοροι φορείς έπαιξαν έναν σημαντικό ρόλο πριν, κατά τη διάρκεια του πολέμου, αλλά και μετά την ανεξαρτησία. Ένα σημαντικό πρόβλημα είναι ότι αρκετά συχνά η βοήθεια που προσφέρουν εξαρτάται από τους σκοπούς, τα κίνητρα και τις δυνατότητές τους και όχι από το τι χρειάζονται ή επιθυμούν οι Νοτιο-Σουδανοί. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα κάποιες περιοχές να είναι υπερκαλυμμένες από ΥπΥ, ενώ κάποιες άλλες να παραμένουν ακάλυπτες. Το παρόν σύστημα θα μπορούσε να χαρακτηριστεί επομένως ότι κινείται με γνώμονα την προσφορά, παρά τη ζήτηση (2).

Επιπλέον, συμβόλαια μεταξύ Κυβέρνησης και ΜΚΟ με βάση τις επιδόσεις των τελευταίων είχαν προταθεί από το USAID, το 2007, ως μέσο για τη δημιουργία παραγωγικού ανταγωνισμού μεταξύ τους στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (114). Το αναπτυξιακό πλάνο του ΤΥ 2011-15, είχε υιοθετήσει παρόμοια πρόταση (115), αλλά μέχρι το 2014, ο ΠΟΥ υποστήριζε ότι τα συμβόλαια των ΜΚΟ δεν ήταν απαραίτητα βασισμένα στις επιδόσεις τους (8). Από την πλευρά τους οι ΜΚΟ υποστηρίζουν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση των πληθυσμών και στη μεταφορά βοήθειας και για αυτό, ενώ το 2016 υπήρχαν πάνω από 100 που εργάζονταν στον ΤΥ στη χώρα, στα μέσα του 2018 μειώθηκαν στις 40 (116). Υπάρχουν ακόμα ερωτηματικά, ωστόσο, ως προς τον αν οι ανθρωπιστικές οργανώσεις επιδείνωναν την κατάσταση την εποχή

των συγκρούσεων, «επιτρέποντας» την αναβολή πολιτικής λύσης από τη Διεθνή κοινότητα ή την αναζήτηση των πραγματικών αιτιών των συγκρούσεων, παρέχοντας τη βοήθεια ως άλλοθι για αυτό, χωρίς αυτό να υποβιβάζει παρόλα αυτά την υποστήριξη που παρείχαν τελικά στον πληθυσμό που υπέφερε (117).

Ωστόσο, υπάρχουν πολλές δομές για την προώθηση συνεργασίας μεταξύ των φορέων του ΤΥ, όπως το HSTWG (για την ενίσχυση των θεσμικών και τεχνικών δυνατοτήτων του ΥΥ στον στρατηγικό σχεδιασμό) (8). Αυτό αποτελείται από όλους τους συνεργάτες για την ανάπτυξη της υγείας, που, μαζί με την ηγεσία του ΥΥ, συμμετέχουν στον διάλογο για την ευθυγράμμιση της βοήθειας με τις προτεραιότητες του αναπτυξιακού πλάνου της χώρας. Άλλα συντονιστικά όργανα είναι forums MKO, το cluster Υγείας (8), τα Humanitarian Country Team, Inter-Cluster Working Group, Needs Analysis Working Group (NAWG), Access and Cash Working Groups (CWG) και ομάδες συντονισμού, όπως οι Local Inter-Cluster Working Group (118). Επίσης, πρωτοβουλίες για τη συνεργασία και τον συντονισμό κρατικών και μη οργανισμών είναι, μεταξύ άλλων, το NHSWG (συνεργασία WHO και ΥΥ που παρέχει στρατηγική διεύθυνση και κατεύθυνση στον ΤΥ) και το H6 (WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, UNWOMEN, Παγκόσμια Τράπεζα. Υποστηρίζει την αναπαραγωγική, μητρική, νεογνική, παιδική και εφηβική υγεία και διατροφή) (9).

Παρά την ύπαρξη όμως μεγάλου αριθμού μηχανισμών συντονισμού μεταξύ των δωρητών, αυτοί τείνουν να περιορίζονται μόνο στην ανταλλαγή πληροφοριών, παρά στην προώθηση μίας κοινής προσέγγισης βασισμένης σε αμοιβαία ανάλυση και συναίνεση (53). Η ΕΕ σε μία αναφορά της το 2017 σημείωνε ότι δεν υπήρχε ξεκάθαρη ευθυγράμμιση των εταίρων για μια ενοποιημένη προσέγγιση στα θέματα του ΤΥ στη χώρα (42). Επιπλέον, η συμμετοχή της Κυβέρνησης και η ηγεσία κρίνονται πτωχές, όσον αφορά στις δομές συνεργασίας, και η λειτουργία του HSTWG ανεπαρκής (8).

6.3 Το ΣΥ του ΝΣ με Δείκτες Υγείας

Η παρακάτω ταξινόμηση έγινε με βάση τους 100 Βασικούς Δείκτες Υγείας του ΠΟΥ (119). Καταγράφονται οι δείκτες για τους οποίους βρέθηκαν τιμές κατά τη ροή των χρόνων. Παράλληλα, με βάση αυτήν την ανάλυση και τα προηγούμενα στοιχεία έγινε και η σύγχρονη SWOT ανάλυση του ΣΥ της χώρας, που αναλύεται στον Πίνακα 7.

6.3.1 Επίπεδο Υγείας

1. Θνησιμότητα ανά ηλικία και φύλο (Στατιστικός Πίνακας 2α).

Παρατηρείται ότι το προσδόκιμο επιβίωσης στη γέννηση έχει αυξηθεί από τα 49 χρόνια το 2000 στα 57, το 2017, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης στην υποσαχάρια Αφρική το 2013 αναφερόταν ως 47 (19) και το 2015 58,5 χρόνια (120). Συγκριτικά, στο Σουδάν το 2016 το προσδόκιμο επιβίωσης για τους άνδρες και γυναίκες ήταν 63 και 67 χρόνια αντίστοιχα, που θεωρείται ο ΜΟ στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες (121, 122), και το 2017 στη ΛΔΚ 59 και 61,6 αντίστοιχα (123), ενώ στη Ρουάντα ήταν 66,6 χρόνια για τα δύο φύλα (33).

Η θνησιμότητα κάτω των 5 χρόνων παρουσίασε επίσης μία σταθερή μείωση από το 1990 μέχρι το 2015/6 (124), αγγίζοντας τελικά τον ΜΟ για την Υποσαχάρια Αφρική (91,2/1.000 ζωντανές γεννήσεις) (120), αν και στο Σουδάν την ίδια χρονιά ήταν 77/1.000 (121), στη Ρουάντα 50/1.000 (33), στη ΛΔΚ το 2014 104/1.000 (32) και στην Τανζανία το 2012 68/1.000 (125). Ο στόχος του Αναπτυξιακού πλάνου του ΤΥ 2012 (Πίνακας 8) επιτεύχθηκε επομένως, αλλά όχι και ο MDG 4 (Πίνακας 5). Στη συνέχεια, το ποσοστό αυξήθηκε, φτάνοντας τις 99/1.000 ζωντανές γεννήσεις το 2019, υψηλότερο ακόμα του ποσοστού υποσαχάριας Αφρικής που μειώθηκε στο 78/1.000 (29).

Όσον αφορά στη βρεφική θνησιμότητα, παρατηρήθηκε μείωση από το 1990 ως το 2019 (από τις 152 στις 64/1.000 ζωντανές γεννήσεις), εκπληρώνοντας τον στόχο του ΤΥ για το 2015 (Πίνακες 8 και 9). Ο ίδιος δείκτης το 2014 στη ΛΔΚ ήταν 58/1.000 (32), το 2015 στην υποσαχάρια Αφρική 60,8/1.000 (120) και το 2017 στη Ρουάντα 55/1.000 (33).

Η νεογνική θνησιμότητα μειώθηκε επίσης από το 67/1.000 το 1990, στις 40/1.000 το 2018, χωρίς όμως να αναφέρεται συγκεκριμένος στόχος σε κανένα κείμενο από όσα εξετάστηκαν. Το αντίστοιχο ποσοστό στη ΛΔΚ το 2015 ήταν 28/1.000 (126) και στην υποσαχάρια Αφρική το 2017 27,7/1.000 (127).

Το UN IGME παρουσιάζει συγκεντρωτικές σειρές δεδομένων σε σχέση με την παιδική θνησιμότητα (κάτω των 5 ετών, βρεφική και νεογνική) μετρημένες με διαφορετικές μεθόδους, ξεκινώντας από το 1955 και φτάνοντας μέχρι το 2015 (128). Οι σημαντικές διαφορές που παρουσιάζονται στις τιμές ακόμα και για την ίδια χρονιά δημιουργούν ερωτηματικά για την ποιότητα των στοιχείων και τον τρόπο συγκέντρωσής τους από τους διαφορετικούς φορείς.

2. Θνησιμότητα ανά αιτία (Στατιστικός Πίνακας 2β).

Η μητρική θνησιμότητα, σύμφωνα με επίσημα κρατικά στοιχεία, παρουσίασε αύξηση από το 2000 μέχρι το 2006 (1.700/100.000 στο 2.054/100.000 ζωντανές γεννήσεις) και στη συνέχεια, παρέμεινε σταθερή μέχρι το 2010/1, ενώ την ίδια εποχή περίπου στην Τανζανία ήταν 578 (129), στην Ουγκάντα 550, στην Κένυα 560 (7) και στη ΛΔΚ 670/100.000 (130). Με βάση στοιχεία του ΠΟΥ, στη συνέχεια μειώθηκε ικανοποιητικά μέχρι το 2018 στις 730/100.000, περίπου 42% υψηλότερα ακόμη, ωστόσο, από τον MDG 5 για το 2015 (Πίνακες 5 και 10), αν και οι στόχοι του ΤΥ για την ίδια χρονιά φαίνεται να επιτεύχθηκαν (Πίνακες 8 και 9). Ο ΟCHA την υπολογίζει στο 789/100.000 το 2018 (29). Ήδη, άλλωστε, από το 2011, η Κυβέρνηση στόχευε στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας κατά 20% τα πρώτα 3 χρόνια της κρατικής της υπόστασης (7) και, υπογράφοντας την παγκόσμια κίνηση FP2020 το 2016 (12), είχε δεσμευτεί να μειώσει τη μητρική θνησιμότητα κατά 10% μέχρι το 2020. Γενικά, ο ετήσιος ρυθμός μείωσης της μητρικής θνησιμότητας ήταν από το 2000-2017 στο 2,4%, ενώ από το 2010-2017 είχε αρνητική τιμή, -0,7% (131). Η εγκυμοσύνη και οι επιπλοκές από τους τοκετούς αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας για τις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας στο ΝΣ (132). Το 2015, στο Σουδάν, το αντίστοιχο ποσοστό έφτασε το 360/100.000 (122), στη ΛΔΚ το 693/100.000 (126) και στη Ρουάντα το 210/100.000 (33).

Τόσο το IPoA, όσο και οι SDGs (Πίνακας 11) υποστηρίζουν τη μείωση της νεογνικής, κάτω των 5 ετών και της μητρικής θνησιμότητας, με τους SDGs 3.1 και 3.2 να ζητούν πιο συγκεκριμένα τη μείωση της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας κάτω των 70/100.000 ζωντανές γεννήσεις, της νεογνικής τουλάχιστον στο 12/1.000 ζωντανές γεννήσεις και κάτω των 5 ετών στο 25/1.000 ζωντανές γεννήσεις, μέχρι το 2030 (30).

Για τη θνησιμότητα από φυματίωση και HIV/AIDS βρέθηκαν ελάχιστα στοιχεία για να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις.

Το 2005, 48% των θανάτων σε παιδιά <5 χρόνων οφειλόταν σε ασθένειες σχετιζόμενες με το νερό (51), το 2011 οι κύριες αιτίες θανάτου ήταν η πνευμονία, η διάρροια, η ελονοσία και ο υποσιτισμός (133), ενώ με βάση στοιχεία του 2016 (134), η χώρα ανήκε στις 15 κορυφαίες που συνεισέφεραν στο παγκόσμιο φορτίο παιδικών θανάτων εξαιτίας πνευμονίας και διάρροιας. Επιπλέον, το 2018, η ICRC υποστήριζε ότι το 70% των θανάτων στο ΝΣ προκαλούνταν από θεραπεύσιμες ασθένειες, όπως ελονοσία, λοιμώξεις του αναπνευστικού και διάρροια (135). Την ίδια χρονιά, οι μεταδοτικές ασθένειες παρέμεναν ένα μεγάλο πρόβλημα Δημόσιας υγείας, αφού η ελονοσία, διάρροια και πνευμονία αποτελούσαν το 77% των διαγνώσεων στους εξωτερικούς ασθενείς στα παιδιά κάτω των 5 χρόνων (9). Το 2019, βρέθηκε ότι 75% των θανάτων των παιδιών αποδίδονται ακόμα στη διάρροια, ελονοσία και πνευμονία (136). Αρχές του 2020, 44% των πολιτών κινδυνεύουν από μεταδοτικές και μη-μεταδοτικές ασθένειες και 75% των παιδικών θανάτων οφείλονται ακόμα σε αποτρέψιμες ασθένειες, όπως διάρροια, ελονοσία και πνευμονία (118, 137). Συγκριτικά, στη ΛΔΚ, οι κύριες αιτίες θανάτου παιδιών κάτω των 5 ετών είναι επίσης υποσιτισμός, ελονοσία, πνευμονία και διάρροια (126), στην Τανζανία ελονοσία, πνευμονία και διάρροια (138) και στην Ουγκάντα η ελονοσία, η πνευμονία και η αναιμία (14).

Το ποσοστό αυτοκτονιών στη χώρα μειώθηκε από το 4,8 στο 3,7/100.000 μεταξύ των ετών 2000-16, αλλά πρόσφατα παρατηρείται αύξηση τους στους νέους ενήλικες (19-35 χρ.) στην Malakal και στο αντίστοιχο POC (139), με το 55% αυτών να αφορά γυναίκες,

και τους λόγους να οφείλονται πιθανόν στις χρόνιες συγκρούσεις, στη βία, κατάθλιψη, κακή υγεία και μοναξιά. Στην πόλη Wau επίσης καταγράφηκαν 5 περιπτώσεις σε 2 μόλις μήνες, στις αρχές του 2020 (140).

Οι θάνατοι από μη σκόπιμη δηλητηρίαση μειώθηκαν από το 6,1/100.000 το 2000 στο 4/100.000 το 2016. Αντίθετα, οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα αυξήθηκαν μεταξύ 2013-6 από το 27,9 στο 29,9/100.000. Τέλος, οι θάνατοι εξαιτίας τραυμάτων αυξήθηκαν από το 6,2% στο 9,3% των συνολικών τραυμάτων, από το 2000 μέχρι το 2016, σύμφωνα με τον OCHA (141).

3. Γονιμότητα (Στατιστικός πίνακας 2γ)

Ο στόχος ήταν να μειωθεί στο 5,7 μέχρι το 2015 (Πίνακας 8) και με βάση τα στοιχεία έφτασε το 4,9 εκείνη την εποχή, ενώ το 2017 μειώθηκε περαιτέρω στο 4,7/γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας (141). Στη μεσοανατολική και βόρειο Αφρική το αντίστοιχο ποσοστό το 2008 ήταν 2,9 (115), ενώ το 2015 (120) στην υποσαχάρια Αφρική ήταν 5,1/γυναίκα. Στη Ρουάντα εξακολουθεί να παραμένει υψηλότερο (6/γυναίκα, στοιχεία 2017) (33), όπως και στη ΛΔΚ (6,6/γυναίκα, στοιχεία 2013) (32).

4. Νοσηρότητα (Στατιστικός Πίνακας 2δ)

Με βάση τα υπάρχοντα δεδομένα ο επιπολασμός του HIV/AIDS παρέμεινε σταθερός περίπου στο 2,6% από το 2001 μέχρι το 2018, με μικρότερη αναφερόμενη, ενδιάμεση τιμή το 2,4% και μεγαλύτερη το 12%. Ο στόχος ήταν το 2015 να μειωθεί στο 2,1 % (15-24 χρ, μεικτός πληθυσμός) (Πίνακας 9), αν και το αναπτυξιακό πλάνο του ΤΥ 2012 ανέφερε ως στόχο το 3% για τις γυναίκες 15-24 χρ. την ίδια χρονιά (Πίνακας 8). Πρόσφατα, (142), η εθνική επιτροπή για το AIDS (SSAC) κατηγόρησε τις παραδοσιακές πρακτικές, όπως την αρνητική αντίληψη για το προφυλακτικό, ως υπεύθυνες για την αύξηση των μολύνσεων στη χώρα και υποστήριξε ότι υπάρχουν πάνω από 2 εκατομμύρια πολίτες μολυσμένοι. Συγκριτικά, η Ουγκάντα βρίσκεται σε χειρότερη θέση, αφού ο επιπολασμός του HIV/AIDS εκεί βρισκόταν στο 7,3% το 2011 (14), όπως και η Ρουάντα με επιπολασμό στο 11,2% το 2017 (33). Στη ΛΔΚ ήταν 4,5%

το 2006, με υψηλότερες τιμές μεταξύ των ομάδων υψηλής επικινδυνότητας (143), αλλά μειώθηκε στο 1,2% το 2013/4 (32).

Όσον αφορά στη φυματίωση, αυτή παρουσίασε πάνω από 50% μείωση επίπτωσης από το 2002 μέχρι το 2018, φτάνοντας τελικά το 146/100.000 και πετυχαίνοντας τον στόχο της Εθνικής Πολιτικής Υγείας 2006, που στόχευε σε μείωση <325 μέχρι το 2011 (Πίνακας 12).

Σχετικά με την ελονοσία, φαίνεται ότι η επίπτωσή της παρουσιάζει σταθερή πτώση από το 2000 μέχρι το 2017 (από το 291,16 στο 141,68/1.000 πληθυσμό σε κίνδυνο) (141).

Το πρώτο PHEOC εγκαινιάστηκε το 2018 με σκοπό να συντονίζει την ετοιμότητα της χώρας στις επείγουσες καταστάσεις και να παρακολουθεί την εμφάνιση επιδημιών και έχει έκτοτε συμβάλλει πολύ στην ανίχνευση, έρευνα, επιβεβαίωση και ανταπόκριση σε κρούσματα επιδημιών (9).

6.3.2 Παράγοντες Κινδύνου

1. Διατροφή (Στατιστικός Πίνακας 3α).

Ο οξύς υποσιτισμός σε παιδιά κάτω των 5 χρόνων μειώθηκε, όχι γραμμικά, από το 21% στο 16%, μεταξύ των ετών 2000 και 2019, με μία σύντομη αύξηση ως το 24,6%, το 2008. Για τον σοβαρό οξύ υποσιτισμό (<5 ετών), βρέθηκαν στοιχεία για τα έτη 2006-2011, διαφορούμενα ωστόσο, αφού άλλα τον υπολογίζουν στο 3% και άλλα περίπου στο 7%, ακόμα και για την ίδια χρονιά. Ο χρόνιος υποσιτισμός στην ίδια ηλικιακή ομάδα αυξήθηκε από το 20% στο 31,1%, σε 14 χρόνια, μέχρι το 2014. Αν συγκριθούν αυτά τα δεδομένα με τους στόχους που είχαν τεθεί, παρατηρείται ότι ο δείκτης έφτασε όντως κοντά στο 30% το 2011 (Πίνακας 12), αυξανόμενος όμως από το 2000, και όχι στο 22% το 2015 (Πίνακας 8). Όσον αφορά στον οξύ, και σύμφωνα με τον MDG 1 (Πίνακες 5 και 10), έπρεπε να είχε επιτευχθεί μείωση στο 11% μέχρι το 2015.

Συγκριτικά, στο Σουδάν το 2014 ο χρόνιος υποσιτισμός στην ίδια ηλικιακή ομάδα ήταν 38,2% και ο οξύς 16,3 %, με τον σοβαρό οξύ στο 4,5% (31) και στη ΛΔΚ ο χρόνιος έφτανε το 43% και ο οξύς το 8% (32). Πρέπει να σημειωθεί ότι, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το όριο έκτακτης ανάγκης του οξύ υποσιτισμού είναι το 15% (53, 118), ενώ για τον σοβαρό οξύ είναι το 2% (118). Επίσης, πολλές λοιμώξεις και ασθένειες, που θα μπορούσαν να θεραπευτούν πλήρως υπό άλλες συνθήκες, μπορεί να καταλήξουν σε θάνατο, με τη συνύπαρξη υποσιτισμού (28).

Το 2010 το θέμα της διατροφής αποτελούσε ένα χρόνιο επείγον σε 6 από τις 10 Πολιτείες (53). Ο γενικότερος πληθυσμός οδηγήθηκε σε σοβαρές ελλείψεις τροφής, όπως για παράδειγμα μετά τη φτώχη σοδειά του 2011, που επηρέασε τον πληθυσμό σε 5 από τις 10 Πολιτείες (144). Επιπλέον, οι δείκτες υγείας συμβαδίζουν με την υποβάθμιση της κατάστασης, λόγω των συγκρούσεων, όπως η αύξηση της τροφικής ανασφάλειας το 2015/6 από 400.000 σε πάνω από 1.000.000 πληθυσμό (145) και του οξέος υποσιτισμού από το 4 στο 8% (146), εξαιτίας της επανέναρξης των συρράξεων. Το 2014 το 69% του πληθυσμού της ΛΔΚ υπέφερε επίσης από υποσιτισμό (123). Ο υποσιτισμός συνέχισε να συνιστά επείγον Δημόσιας Υγείας σε πολλές περιοχές της χώρας και το 2016-17 (147). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι εντοπισμένοι λιμοί σταμάτησαν το 2017, αλλά η σοβαρή τροφική ανασφάλεια συνέχιζε να αυξάνει για 5^η συνεχή χρονιά (148). Το 2020, 6,4 εκατομμύρια βιώνουν ακόμα σοβαρή τροφική ανασφάλεια (118, 149), αν και το ποσοστό επείγουσας ή καταστροφικής τροφικής ανασφάλειας μειώθηκε στο 54% το 2019, από το 59% το 2018 (118). Το 2018 άλλωστε, η ετήσια παραγωγή σοδειάς έπεσε στα χαμηλότερα επίπεδα από το ξεκίνημα των συγκρούσεων το 2013 (29). Με βάση στοιχεία επίσης, ο πληθυσμός που έχει ανάγκη βοήθειας, από το 2014 και μετά, παραμένει μεταξύ 7-7,5 εκατομμύρια, με εξαίρεση το 2015-16 που έπεσε στα 6,1-6,5 εκατομμύρια (118), ενώ εξακολουθούν να πεθαίνουν παιδιά, λόγω οξέος υποσιτισμού (150). Σύμφωνα με τον ΟCHA, οι αιτίες του υποσιτισμού είναι κυρίως η τροφική ανασφάλεια, η υποτυπώδης παιδική φροντίδα και οι διατροφικές πρακτικές, η νοσηρότητα, η έλλειψη ασφαλούς νερού και συνθηκών υγιεινής, οι εσωτερικές μετακινήσεις και οι συγκρούσεις (29). Στο Σουδάν πρόσφατα στοιχεία (2018) υποστηρίζουν ότι η τροφική ανασφάλεια επηρεάζει 4,6 εκατομμύρια ανθρώπους, αλλά

το ποσοστό αυξάνεται κατά τη διάρκεια της ξηρής περιόδου (151).

2. Λοιμώξεις

Το 2010 μόνο το 8,6% των γυναικών ηλικίας 15-49 χρόνων στο ΝΣ είχαν ολοκληρωμένη γνώση για τον τρόπο πρόληψης του HIV/AIDS (3). Ας σημειωθεί ότι το 2018 το Υπουργείο Εκπαίδευσης εισήγαγε τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ ΜΚΟ και οργανισμοί του ΟΗΕ συνέχισαν να ενημερώνουν τους πληθυσμούς των εσωτερικά μετατοπισμένων και των προσφύγων για το θέμα (152).

3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου (Στατιστικός Πίνακας 3β).

Το 2006, ο μέσος χρόνος (με επιστροφή) μέχρι μία πηγή πόσιμου νερού ήταν 45,3 λεπτά (153), αν σε μερικές περιοχές άγγιζε τις 8 ώρες, όπως έχει ήδη προαναφερθεί. Το 2010 μόνο το 2,1 % των νοικοκυριών είχαν νερό στο σπίτι. Από τα υπόλοιπα, το 33% ταξίδευαν τουλάχιστον 30 λεπτά (με επιστροφή) για να αποκτήσουν πρόσβαση σε νερό και το 33,5% περισσότερο από 30 λεπτά (3). Πριν την ανεξαρτησία, παρατηρείται γενικά αύξηση στην πρόσβαση σε πόσιμο νερό (από το 48,3% του πληθυσμού το 2006, στο 68,7% το 2010), ενώ την εποχή της ανεξαρτησίας το ποσοστό πέφτει στο λιγότερο του 50%, για να αυξηθεί με αργό ρυθμό μέχρι το 58,7% το 2013/4. Τα πιο πρόσφατα δεδομένα αναφέρουν ότι μόνο το 27% του πληθυσμού έχει τελικά πρόσβαση σε καθαρό νερό, ενώ το 60% ακόμα βασίζεται σε μη επεξεργασμένα ή επιφανειακά ύδατα (118). Στο Σουδάν, το 2017, η πρόσβαση σε ασφαλές/πόσιμο νερό κυμαινόταν από 30% στο Βόρειο Νταρφούρ ως το 95% στο Χαρτούμ (154), ενώ στη Ρουάντα το 2015 είχε ήδη φτάσει στο 85% (33) και στη ΛΔΚ το 2014 ήταν 49% (32).

Παράλληλα, η πρόσβαση σε βασικές συνθήκες υγιεινής παρέμεινε ιδιαίτερα χαμηλή μέχρι το 2015, οπότε και άρχισε να αυξάνει σταδιακά μέχρι το 2019, ως το 19% (συμπεριλαμβανομένων των τουαλετών κοινής χρήσης). Στη Ρουάντα, συγκριτικά, η πρόσβαση σε συνθήκες υγιεινής ήταν 83% το 2015 (33) και στη ΛΔΚ 54% το 2014 (32). Επιπλέον, τα νοικοκυριά στο ΝΣ που είχαν πρόσβαση σε νερό και σε βασικές

συνθήκες υγιεινής ταυτόχρονα έφταναν το 6% το 2010 (3), ενώ μειώθηκαν στο 3,3% το 2016 (153).

Όταν γραφόταν το σχέδιο δράσης για τις υποδομές της χώρας από την Αφρικανική Τράπεζα Ανάπτυξης, σε συνεργασία με την Κυβέρνηση του ΝΣ, δεν υπήρχε επίσημος στόχος για την πρόσβαση στο νερό. Οι συγγραφείς του συγκεκριμένου σχεδίου δράσης υπολόγιζαν όμως ότι το 2017 η αστική πρόσβαση θα έφτανε στο 40% και η αγροτική κοντά στο 60%, ενώ το 2020 θα άγγιζαν και οι δύο το 70% (19). Οι στόχοι που είχαν τεθεί το 2005 στην αναφορά JAM Sudan, ήταν η αύξηση της πρόσβασης σε πόσιμο νερό στο 64% που πληθυσμού και σε συνθήκες υγιεινής στο 58%, μέχρι το 2015 (Πίνακας 5). Για το μέλλον, οι SDGs 6.1 και 6.2 στοχεύουν στην καθολική και ίση πρόσβαση σε ασφαλές, πόσιμο νερό και επαρκείς συνθήκες υγιεινής για όλους, με ιδιαίτερη έμφαση στο γυναικείο φύλο (30, Πίνακας 11).

Τελευταία, έχει αρχίσει να αναφέρεται υψηλή νοσηρότητα και αυξημένες γεννήσεις παιδιών με γεννητικές ανωμαλίες στις περιοχές που παράγουν πετρέλαιο, εξαιτίας ρύπανσης της γης, αέρα και του νερού (155), χωρίς όμως να υπάρχουν επίσημα στατιστικά δεδομένα για την έκταση του φαινομένου. Το πρόβλημα είχε εντοπιστεί δυστυχώς από το 2011 (156), αφού είχε σημειωθεί αποδεκάτιση κάποιων ειδών χλωρίδας και πανίδας και αύξηση περιπτώσεων διάρροιας και αποβολών σε περιοχές που παρήγαγαν πετρέλαιο.

4. Μη μεταδοτικές ασθένειες

Οι μη μεταδοτικές ασθένειες (κυρίως καρδιαγγειακές και διαβήτη) αυξάνονται σταθερά. Παράλληλα, παγκόσμιος μηχανισμός για την καταπολέμηση του καπνίσματος ή των μη μεταδοτικών ασθενειών βρίσκονται σε προκαταρκτικά στάδια (9). Σύμφωνα με υπολογισμούς του ΠΟΥ, το 2016, οι μη μεταδοτικές ασθένειες ευθύνονταν για το 27% των θανάτων στο ΝΣ (9), παρουσιάζοντας σταδιακή αύξηση από το 2000 (20,1%) (141).

5. Τραύματα/ επιβλαβείς παραδοσιακές πρακτικές

Το 2006 το ποσοστό των γυναικών στο ΝΣ που είχαν παντρευτεί πριν τα 15 τους χρόνια ήταν 16,7% και πριν τα 18 40,7% (153). Το 2010 τα ποσοστά μεταβλήθηκαν σε 7,3% και 45% αντίστοιχα (3), ενώ το 2014 στο Σουδάν ήταν 11,9% και 38%, αντίστοιχα (31) και στη ΛΔΚ 37% των γυναικών είχαν παντρευτεί πριν τα 18 χρόνια τους (32). Η φτώχεια, λόγω των συγκρούσεων, και η τροφική ανασφάλεια ήταν οι κύριοι λόγοι για τους γάμους σε νεαρή ηλικία, σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα στο ΝΣ (29).

Με βάση στοιχεία του 2019, η γέννηση των παιδιών ξεκινά επίσης πολύ νωρίς στη χώρα, με το 31% των γυναικών 15-19 χρόνων να έχουν ήδη γεννήσει, αφού περίπου 45% αυτών παντρεύονται πριν τα 18 τους χρόνια, από τα υψηλότερα ποσοστά στον κόσμο (157) και 9% πριν τα 15. Αυτό σημαίνει υψηλά ποσοστά σχολικής εγκατάλειψης, κινδύνους υγείας, διαζύγια, απόρριψη από την οικογένεια, κοινωνικό στιγματισμό και ανασφαλείς εκτρώσεις (12). Το 2013, το 27% των γυναικών 15-19 ετών είχαν ήδη γεννήσει στη ΛΔΚ (32).

Το 2010 το 79% του πληθυσμού πίστευε ότι οι άντρες είχαν δικαίωμα να χτυπούν τις γυναίκες ή τις συντρόφους τους κατά τις λογομαχίες ή μετά το κάψιμο του φαγητού (3). Έρευνες της IRC το 2016 έδειξαν ότι 65% των γυναικών είχαν ήδη βιώσει σωματική ή σεξουαλική βία στη ζωή τους (158). Το 2018, αναφέρθηκαν 5.140 περιπτώσεις βίας βασιζόμενης στο φύλο, το 98% των οποίων αφορούσε το γυναικείο (12). Ο επιπολασμός της βίας ενάντια στις γυναίκες από τον σύντροφό τους στο σπίτι αγγίζει το 47% με στοιχεία του 2019, το υψηλότερο μεταξύ των 167 χωρών υπό εξέταση (159), ενώ μόνο 20% του γυναικείου φύλου από ομάδες υψηλού κινδύνου έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες που σχετίζονται με τη βία βασισμένη στο φύλο (29). Σε σχέση με τον WPS Index 2019/20, που «μετράει» την ενδυνάμωση και ευεξία των γυναικών παγκόσμια, το ΝΣ κατατάσσεται στην 163η θέση (μεταξύ 167 χωρών), με απόλυτο index 0,479, όταν η καλύτερη βαθμολογία θεωρείται το 1 (159). Επιπλέον, τα παιδιά, σύμφωνα με την UNICEF, υποφέρουν ακόμα και τώρα από κακοποίηση και εκμετάλλευση, που σχετίζονται με κοινωνικές νόρμες, επιβλαβείς πρακτικές και ανασφάλεια (157).

Συγκριτικά το 2013/4, στη ΛΔΚ 52% των γυναικών είχαν βιώσει σωματική βία στη ζωή τους και 27% σεξουαλική βία, ενώ, μεταξύ των παντρεμένων γυναικών, το 57% είχαν υποστεί βία (συναισθηματική, φυσική ή σεξουαλική) από τον σύντροφό τους (32). Ας σημειωθεί ότι οι SDG 5.2 και 5.3 (Πίνακας 11) αναφέρονται στην εξάλειψη βίας και επιβλαβών πρακτικών κατά των παιδιών και του γυναικείου φύλου.

6.3.3 Κάλυψη Υπηρεσιών Υγείας

1. Αναπαραγωγική, μητρική, βρεφική, παιδική και εφηβική υγεία (Στατιστικός Πίνακας 4α)

Ο επιπολασμός της χρήσης αντισύλληψης βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα και αυξήθηκε ελάχιστα από το <1% το 2000 στο 6,5% το 2015, αλλά με βάση την Πολιτική Υγείας 2006 έπρεπε να είχε φτάσει στο 10% το 2010 (Πίνακας 12) και στο 20% το 2015 (Πίνακας 8). Αντίστοιχα στη μεσοανατολική και βόρειο Αφρική το 2008 ήταν 56% (115), στο Σουδάν 12,2% το 2014 (31) και στη ΛΔΚ 7,8% το 2015 (126).

Αν και η Κυβέρνηση συμφωνεί και επιδιώκει τη μείωση της μητρικής θνησιμότητας, όπως προαναφέρθηκε, δεδομένου της αυξημένης γονιμότητας και της πιθανότητας εγκυμοσύνης σε εφηβική ηλικία, δε χρηματοδοτείται ο οικογενειακός προγραμματισμός (2), αν και αποτελεί μέρος του BPHS και υπάρχει αντίστοιχη Πολιτική (160). Το 2010 οι μη καλυπτόμενες ανάγκες για οικογενειακό προγραμματισμό σε γυναίκες 15-49 χρονών έφταναν το 26,3 % (161). Μόνο 8,7% των ΔΥ παρείχαν αντίστοιχες υπηρεσίες το 2018 (Πίνακας 4). Παρόμοια, στη ΛΔΚ, οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού ανέρχονται μόνο στο 5% (126) και οι μη καλυπτόμενες ανάγκες για οικογενειακό προγραμματισμό το 2013 έφταναν το 28% (32).

Όσον αφορά στις προγεννητικές επισκέψεις, τα στοιχεία παρουσιάζουν αναντιστοιχίες (Στατιστικός Πίνακας 4α). Αρκετά πιθανό αυτές να οφείλονται στον διαφορετικό τρόπο καταγραφής των δεδομένων και στον προσδιορισμό ή μη εκπαιδευμένου προσωπικού κατά την επίσκεψη. Το 2014, ο αντίστοιχος δείκτης στην Ουγκάντα ήταν 32,4% (14),

στο Σουδάν 50,7% (31) και στη ΛΔΚ σχεδόν 50% (32), με το ΝΣ να βρίσκεται ακόμα στο 24%. Το 2018, στο ΝΣ μειώθηκε περαιτέρω στο 20% για 4 προγεννητικές επισκέψεις. Ο στόχος όμως ήταν να φτάσει το 40% μέχρι το 2015 (Πίνακας 8). Επιπλέον, το 2006 στο ΝΣ μόνο 1 στις 10 γυναίκες έκανε τον προγεννητικό της έλεγχο με ιατρό, ενώ το 29% ελεγχόταν από «παραδοσιακές μαίες» και το 16,4% από εκπαιδευμένες νοσοκόμες ή μαίες (153). Ο ΠΟΥ συστήνει τουλάχιστον 4 προγεννητικές επισκέψεις/ελέγχους (153).

Τα δεδομένα για τοκετούς από εκπαιδευμένο προσωπικό διαφέρουν κατά πολύ από χρονιά σε χρονιά, ακόμα και την ίδια χρονιά, όταν λαμβάνονται από διαφορετικούς φορείς. Σε αυτό σίγουρα παίζει σημαντικό ρόλο ποιο προσωπικό θεωρείται εκπαιδευμένο από τους διαφορετικούς φορείς. Έτσι, τα επίσημα στοιχεία της Σουδανικής Κυβέρνησης σημειώνουν ποσοστά στο <6% το 2005 και το αυξάνουν μέγιστα το 2010 (15 ή 19%), ενώ ο ΠΟΥ καταλήγει στο 12,6% για το 2018. Οι στόχοι που είχαν τεθεί για τον δείκτη αυτό (και που κυμαινόταν από το 30 μέχρι το 90% για το 2015) (Πίνακες 5, 8 και 9) δεν επιτεύχθηκαν ποτέ. Το 2009/10 το αντίστοιχο ποσοστό στην Ουγκάντα και στην Κένυα ήταν 42%, στην Τανζανία 46% (7), στη Ρουάντα 66,3% (162,163) και έφτασε στο 91% το 2015, με τον Μ.Ο. στην μεσοανατολική και Βόρειο Αφρική να αγγίζει το 76% (115). Στη ΛΔΚ το 2013/4 ήταν 80% (126). Ας σημειωθεί ότι η παροχή επαγγελματικής βοήθειας κατά τον τοκετό, μειώνει τη νεογνική θνησιμότητα κατά 25-40% (164).

Οι τοκετοί σε ΔΥ αυξάνονται από το 14% στο 15% από το 2006 στο 2015, σημειώνοντας όμως πτώση λίγο πριν την ανεξαρτησία, χωρίς να εκπληρώνουν τον στόχο των 16,3% (Πίνακας 9), αλλά ούτε και του 25% (Πίνακας 8), που είχαν τεθεί για την ίδια χρονιά, το 2015. Το 2008 ωστόσο στη μεσοανατολική και βόρειο Αφρική έφταναν στο 65% (115), ενώ το 2013/4 στην Ουγκάντα ήταν 44,4% (14), στο Σουδάν 27,7% (31) και στη ΛΔΚ 80% (32).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το 2006 το 29,5% των γυναικών γέννησαν εντελώς μόνες τους, το 80,5% των γεννήσεων έγινε στο σπίτι και το 15,4 % των εγκύων

κατέληξε σε αποβολή (153). Το ποσοστό των γυναικών που γέννησαν στο σπίτι το 2010 ήταν 81% (3). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, όλες οι γυναίκες πρέπει να έχουν πρόσβαση σε ειδικευμένη φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, ώστε να αποφευχθούν οι επιπλοκές ή ένας θάνατος (165).

Επιπλέον, το ποσοστό των καισαρικών το 2010 ήταν μόλις 0,5% και αυξήθηκε στο 1% το 2018, ενώ το συνιστώμενο ποσοστό διεθνώς είναι 5-15% (8), και ο στόχος ήταν να επιτευχθεί το 5% στη χώρα μέχρι το 2015 (Πίνακες 8 και 9). Αντίστοιχα ποσοστά σε γειτονικές χώρες ήταν (2011): Ζάμπια 2,1%, Αιθιοπία 1,1%, Γκάνα 6,9%, Ρουάντα 2,9%, Σουδάν 4,5%, Ουγκάντα 3,1% και Τανζανία 3,2% (166). Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Σουδάν το ποσοστό αυξήθηκε στο 9,1% το 2014 (31), ενώ στη ΛΔΚ το 2013 ήταν 5% (126).

Αν και έχει προαναφερθεί ότι μία από τις κύριες αιτίες θανάτου παιδιών κάτω των 5 ετών ήταν η διάρροια, τα στοιχεία δείχνουν ότι το 63,3% αυτών ακολούθησε θεραπεία το 2006 και μόλις το 22,7%, σύμφωνα με κρατικά δεδομένα, ή το 60,4%, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2010. Ο στόχος όμως ήταν η αύξηση της διάθεσης ORT στο 80% των παιδιών με διάρροια μέχρι το 2015 (Πίνακας 8). Στη ΛΔΚ το 2013/4 42% των παιδιών με διάρροια ακολουθούσε θεραπεία με ORT (32).

2. Εμβολιασμοί (Στατιστικός Πίνακας 4β).

Δυστυχώς, τα δεδομένα δείχνουν ότι τα ποσοστά των εμβολιασμών μειώνονται ανησυχητικά. Το ποσοστό των παιδιών που ήταν 1-2 χρόνων και δεν έλαβαν κανένα εμβόλιο μέχρι 12 μηνών αυξήθηκε από 42,5% (ή το 32%) στο 45,9%, μεταξύ 2006 και 2010. Σε αντίθεση, το 2013/4 το αντίστοιχο ποσοστό στη ΛΔΚ ήταν μόλις 6% (32). Παράλληλα, παιδιά 1-2 χρόνων πλήρως εμβολιασμένα το 2006 σε ολόκληρο το Σουδάν ήταν 41,4% και στον Νότο μόλις 17,3% (153). Το 2010, πλήρως εμβολιασμένα παιδιά 1-2 χρ. στο ΝΣ ήταν μόνο 6,3% (3) και μειώθηκαν περαιτέρω στο 5,8% το 2012 (167). Στη ΛΔΚ, 45% των παιδιών της ίδιας ηλικιακής ομάδας ήταν πλήρως εμβολιασμένα το 2013/4 (32). Για το 2015, η Κυβέρνηση σκόπευε να αυξήσει το ποσοστό των παιδιών κάτω του ενός έτους που θα ήταν πλήρως εμβολιασμένα στο 50% (Πίνακες 8 και 9).

Μόνο ο πλήρης εμβολιασμός με το εμβόλιο DTP σε παιδιά < 1 έτους παρουσιάζει θετική αύξηση, φτάνοντας το 26% το 2016, αν και θα έπρεπε να αγγίξει το 90% ήδη το 2015 (Πίνακας 9), με το 2010 να παρουσιάζονται όμως σημαντικές διαφορές ως προς τους υπολογισμούς από διαφορετικούς φορείς. Σχεδόν όμως 83 χώρες δεν έχουν φτάσει ακόμα (στοιχεία 2018) τον στόχο κάλυψης 90% ή περισσότερο που έθεσε το Global Vaccine Action Plan (GVAP) για το DTP3 (168).

Τα επίπεδα εμβολιασμών έχουν μειωθεί από το 2012, ειδικά στις περιοχές που είχαν συγκρούσεις, εξαιτίας έλλειψης προσωπικού και καταστροφής των ΔΥ. Σύμφωνα με το HMIS, το 2017, μόνο 75% των παιδιών κάτω του ενός έλαβαν την πρώτη δόση του εμβολίου της Ιλαράς και 58% την τρίτη δόση εμβολίων για την πολιομυελίτιδα και το πενταδύναμο (169). Αρχές του 2020, το επίπεδο των εμβολιασμών εξακολουθεί να παραμένει χαμηλό, με 43% κάλυψη μόνο για το PENTA 3, σε παιδιά κάτω του 1 χρόνου (118), ενώ στην Ουγκάντα το 2013/4 είχε ήδη φτάσει το 93% (14) και στο Σουδάν το 63,9% (31). Έπειτα από το ξέσπασμα επιδημίας ιλαράς τον Ιανουάριο του 2019, που οδήγησε σε 26 θανάτους, εξαιτίας της χαμηλής κάλυψης του πληθυσμού (μόνο 59%) (170), το ΥΥ αποφάσισε να εφαρμόσει μία εκστρατεία εμβολιασμού κατά της νόσου (170, 171), με στόχο να πετύχει κάλυψη πάνω από 95%.

Ας σημειωθεί ότι σημαντικό εμπόδιο στον εμβολιασμό αποτελεί, μεταξύ άλλων, και η διατάραξη της ψυχρής αλυσίδας (28). Στοιχεία του ΥΥ δείχνουν ότι η παροχή βασικών εμβολιασμών, με παρουσία του αντίστοιχου εξοπλισμού, προσφέρεται από το 46% των ΔΥ (Πίνακας 4).

3. HIV/AIDS (Στατιστικός Πίνακας 4γ).

Η κάλυψη με αντιρετροϊκή θεραπεία παρουσίασε αύξηση από το 0,76% το 2007 στο 16% 11 χρόνια αργότερα, χωρίς φυσικά να είναι αρκετή. Το 2008 η κάλυψη στην Τανζανία έφτανε ήδη το 14% (138). Το 2014, ο έλεγχος και η ψυχολογική υποστήριξη κάλυπτε κάτω των 2% των αναγκών στο ΝΣ (8). Το 2017, η χώρα υιοθέτησε την Πολιτική “Treat all” (άσχετα με τον αριθμό των CD4) (152) του ΠΟΥ για το HIV/AIDS, η οποία εφαρμόστηκε στη χώρα το 2018 και αφαίρεσε όλους τους

περιορισμούς για τη λήψη αντιρετροϊκών φαρμάκων από όσους τα έχουν ανάγκη (9). Επίσης, η πρόσβαση στη θεραπεία επεκτάθηκε από 27 σε 56 ΔΥ, αλλά η κάλυψη για έλεγχο και θεραπεία παραμένει χαμηλή. Έτσι, μόνο το 68,9% παρέμειναν σε διαρκή 12μηνιαία θεραπεία το 2016/7, εξαιτίας της πολιτικής αστάθειας, έλλειψης τροφικής ασφάλειας και της οικονομικής κρίσης, που οδήγησαν σε μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών (152). Ωστόσο, ακόμα και το 2019, μόνο το 10% των μολυσμένων λάμβαναν θεραπεία, σύμφωνα με τον ΠΟΥ (172). Συγκριτικά, στην Ουγκάντα το ποσοστό κάλυψης είχε φτάσει το 42% το 2015 (14).

Η PMTCT βρισκόταν στο 0 μέχρι το 2007 και στη συνέχεια αυξήθηκε σταδιακά μέχρι το 56%, το 2018 (141). Το 2012, με βάση κρατικά δεδομένα, είχαν δημιουργηθεί 17 θεραπευτικά κέντρα, 55 κέντρα πρόληψης μετάδοσης από τη μητέρα στο παιδί (PMTCT) και πάνω από 105 κέντρα ελέγχου και ψυχολογικής υποστήριξης (HTC) (6). Στοιχεία του 2018 ωστόσο υπολόγιζαν 157 ΔΥ στη χώρα που πρόσφεραν υπηρεσίες PMTCT (152). Το ΥΥ (Πίνακας 4) υποστηρίζει ότι βασικές υπηρεσίες για HIV/AIDS, συμπεριλαμβανομένου PMTCT, παρέχονται μόνο στο 32% των PHCCs.

Κατευθυντήριες οδηγίες για PrEP έχουν αναπτυχθεί, αλλά δεν έχουν πρακτικά εφαρμοστεί ακόμα (152).

4. Φυματίωση (Στατιστικός Πίνακας 4δ).

Η κάλυψη θεραπείας για τη φυματίωση ήταν 91% το 2018, παρουσιάζοντας μία σταθερή αύξηση την τελευταία δεκαετία.

5. Ελονοσία (Στατιστικός Πίνακας 4ε).

Τα παιδιά διαγνωσμένα με πυρετό που αντιμετωπίζονται με ανθελονοσιακά έχουν μειωθεί από το 46,1% το 2006, στο 31,9% το 2013 (141). Αντίθετα, το ποσοστό των παιδιών κάτω των 5 ετών που κοιμούνται κάτω από κουνουπιέρες επεξεργασμένες με εντομοκτόνο, αυξήθηκε στο 45,8% το 2013 (141), από το 21% το 2006, ενώ στη ΛΔΚ το 2013/4 έφτανε το 56% (32).

6. Ξεχασμένες τροπικές ασθένειες

Αν και το 2005 (51) το ΝΣ είχε το 70% του εναπομένοντος παγκόσμιου φορτίου του Guinea Worm, τον Δεκέμβριο του 2016, καταγράφηκε το τελευταίο περιστατικό του (148) και η χώρα έμεινε ελεύθερη όλο το 2017. Δυστυχώς όμως 10 νέες περιπτώσεις εμφανίστηκαν το 2018 (9). Το 2017 το ΝΣ ήταν ήδη ελεύθερο από πολιομυελίτιδα για πάνω από 8 χρόνια (148), αφού η τελευταία περίπτωση της ασθένειας εμφανίστηκε το 2009 (9).

7. Ψυχική Υγεία

Η ψυχική υγεία αποτελούσε προτεραιότητα για την Πολιτική Υγείας ήδη από το 2006 (173). Παρόλα αυτά, το 2018 η χώρα διέθετε μόνο 3 ψυχιάτρους και 12 κρεβάτια για ψυχικές νόσους (9, 139), ενώ, σύμφωνα με άλλα στοιχεία (39), την ίδια χρονιά υπήρχε μόνο ένας ψυχίατρος σε ολόκληρη τη χώρα. Ο ΠΟΥ κάνει προσπάθειες να επεκταθεί η ψυχική υγεία σε 14 RHCCs και στα γενικά νοσοκομεία της χώρας (9), αφού το 2020 υπολογίζεται ότι 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουν μία ψυχική διαταραχή, ενώ περίπου 900.000 παιδιά έχουν ήδη προσβληθεί από ψυχολογικά τραύματα (118). Ας σημειωθεί ότι η προώθηση της ψυχικής υγείας και ευεξίας αποτελεί τον SDG 3.4, για το 2030 (Πίνακας 11).

8. Βασικές υπηρεσίες υγείας (Στατιστικός Πίνακας 4ζ).

Η πρόσβαση σε ΔΥ μπορεί να περιλαμβάνει το οικονομικό βάρος από τους δικαιούχους, τη διαθεσιμότητα των πόρων σε αυτές, την ποιότητα της φροντίδας, την αποδοχή και τη γεωγραφική προσβασιμότητα (174,175). Στο ΝΣ η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας θεωρείται από τις φτωχότερες στην Αφρική (176).

Με βάση τελευταία στοιχεία (12), η κάλυψη βασικών ΥπΥ είναι 30%, πολύ χαμηλότερη του 42% κατά ΜΟ της υποσαχάριας Αφρικής, αν και ο ΤΥ στόχευε να αυξήσει την υγειονομική κάλυψη της χώρας στο 73% μέχρι το 2015 (20). Ας σημειωθεί

επίσης ότι στόχος ήταν το βασικό πακέτο υπηρεσιών (BPHS) να παρέχεται στο 50% των ΔΥ μέχρι το 2015 (6), αλλά μόνο το 3,7 % των 1.332 ΔΥ που έδωσαν αναφορά το παρείχαν το 2018 (39). Μέχρι το 2019 το 56% του πληθυσμού δεν είχε πρόσβαση στην ΠΦΥ (118) και η πρωτοβουλία BOMA είχε αναπτυχθεί μέχρι το 2018 μόνο σε οκτώ από τους 80 Νομούς, αν και είχε δημιουργηθεί μία ομάδα εργασίας για τον συντονισμό της, με την υποστήριξη του ΠΟΥ (9). Το 2020 το 40% του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες ΠΦΥ, ενώ 4 στις 5 ΔΥ υπάγονται σε ΜΚΟ (29). Ας σημειωθεί ότι το 80% της φροντίδας υγείας στη χώρα εξακολουθεί να παρέχεται από ΜΚΟ.

Η γεωγραφική πρόσβαση σε ΔΥ έχει μεταβληθεί προς το χειρότερο από το 2012, όταν αναφερόταν ότι για πάνω από το 1/3 του πληθυσμού η κοντινότερη ΔΥ βρισκόταν σε απόσταση 30-60 λεπτά περπάτημα (177). Το 2012 (2, 178) μεταξύ 40-45% του πληθυσμού διέμενε σε απόσταση 5 χιλιομέτρων από μία ΔΥ, αλλά το 2016 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 28,6% (ή 40% με βάση τη UNICEF), ενώ το ΥΥ είχε στοχεύσει στο 70% (22, Πίνακας 8). Μόνο 3 Νομοί (Kajo Keji, Yei και Torit) έφτασαν τον στόχο της πρόσβασης στην υγεία στο 70% μέχρι το 2015. Στο 91% των Νομών λιγότερο από το 50% του πληθυσμού ήταν σε απόσταση 5 χιλιομέτρων από μία ΔΥ (22). Τελικά, το 2017 (22), 75% περίπου του πληθυσμού ζούσε πιο μακριά από 1 ώρα περπάτημα από κάποια ΔΥ. Η ICRC, το 2018, υπογράμμισε ότι μόνο 20% των ανθρώπων μπορούσαν να φτάσουν σε ένα Νοσοκομείο μέσα σε 24 ώρες (135). Στη γειτονική Ουγκάντα, το ποσοστό του πληθυσμού που ζούσε σε απόσταση 5 χιλιομέτρων από μία ΔΥ ήταν 72% το 2015 (14). Σύμφωνα με τον SDG 3.8 η κάλυψη υγείας πρέπει να είναι καθολική μέχρι το 2030 (Πίνακας 11).

6.3.4 Σύστημα Υγείας

1. Ποιότητα και ασφάλεια φροντίδας (Στατιστικός Πίνακας 5α).

Η επιτυχία για θεραπεία της πνευμονικής φυματίωσης άγγιξε το 2010 το 80%, αυξανόμενη σταθερά από το 2006.

2. Χρήση και πρόσβαση (Στατιστικός Πίνακας 5β).

Η χρήση των ΔΥ από τους εξωτερικούς ασθενείς ανά άτομο/χρόνο υπολογιζόταν στο 0,2 το 2011 και στο 1,2 το 2018 (179, 8, 9), ενώ στις αναπτυγμένες χώρες είναι συνήθως 1-2/άτομο/χρόνο και ο ΠΟΥ συστήνει 1/άτομο/χρόνο (48). Σε αυτήν την περίπτωση, το ΥΥ πέτυχε τον στόχο του να φτάσει στο 1% το 2015 (Πίνακας 9). Συγκριτικά στη Ρουάντα, το 2014, ήταν 1,07 (48).

Ο αριθμός των ΔΥ παρουσίασε σαφώς αύξηση στον απόλυτο αριθμό του, από το 2003, όταν υπήρχαν μόνο 111 στο σύνολο, ως το 2020 που περιγράφονται 2.300. Πρέπει όμως να σημειωθεί ότι πολλές από αυτές δεν είναι ακόμη πλήρως λειτουργικές και το ποσοστό αυτό αλλάζει διαρκώς κατά τη διάρκεια των ετών, εξαιτίας των συγκρούσεων, καταστροφών των κτιρίων, ελλείψεων ανθρωπίνου δυναμικού, φαρμάκων και υλικών.

Την εποχή της ανεξαρτησίας, από τις υπάρχουσες 1.487 ΔΥ, μόνο οι 1.147 κρίνονταν λειτουργικές (Πίνακας 1), ενώ από το σύνολο των 1.487, το 23% απαιτούσε μικρή ανακαίνιση, το 18% μεγάλη, το 33% έπρεπε να αντικατασταθεί εντελώς και μόνο το 26% των ΔΥ βρίσκονταν σε καλή κατάσταση (179, 39). Με τα προαναφερόμενα στοιχεία συμφωνεί και το Βασικό Πακέτο ΥπΥ της χώρας 2011 και σημειώνει ότι η χαρτογράφηση των ΔΥ ανέφερε πάνω από 50 λειτουργικά Νοσοκομεία (166). Συνολικά, υπήρχαν 6.330 κρεβάτια νοσηλείας (0,8/1.000 κατοίκους) (115), σε αντίθεση με τα 1,62 στην Κένυα (179). Γενικά, το ποσοστό των μη λειτουργικών ΔΥ την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 16,8-22%, ενώ το 2019 υπήρχαν 1,2 ΔΥ/10.000 κατοίκους (υπολογίζοντας τον πληθυσμό με στοιχεία του 2018), ποσοστό που παρέμεινε σταθερό από το 2017 (1 ΔΥ/7.947 κατοίκους), όταν τα Νοσοκομεία υπηρετούσαν έναν πληθυσμό γύρω στους 312.000 κατοίκους, κάθε PHCC 40.373 και κάθε PHCU 10.218 (22). Μέχρι το τέλος του 2017 ωστόσο, αναφέρεται ότι πάνω από το 70% των ΔΥ της Equatoria ήταν μη λειτουργικές, εξαιτίας της ανασφάλειας, καταστροφών και διαφυγής του προσωπικού (180). Σύμφωνα με στοιχεία του ΥΥ (181) το 2018 υπήρχαν 1.424 ΔΥ, από τις οποίες οι 1.102 ήταν λειτουργικές (Πίνακας 4), στοιχεία που δε συμφωνούν με τα στοιχεία του ΟCHA για την ίδια χρονιά (Στατιστικός Πίνακας 5β). Η ΜΚΟ ΓΧΣ ανέφερε πως το 2019 στη χώρα υπήρχαν 1.500 ΔΥ, από τις οποίες τα $\frac{3}{4}$ χρειαζόταν μικρή, μεγάλη ή πλήρη ανακαίνιση, με σοβαρές ελλείψεις ντόπιου εκπαιδευμένου προσωπικού (182), γεγονός που φανερώνει την αδυναμία να

επιτευχθούν οι στόχοι της ανακαίνισης των ΔΥ που είχαν τεθεί από το Αναπτυξιακό πλάνο της χώρας 2011-13 (7) και του ΤΥ (115). Το 2020 πάνω από 1.300 ΔΥ περιγράφονται ως μη λειτουργικές (29).

Αν και το 2006, το ΥΥ δεσμευόταν ότι όλες οι ανακαινισμένες και καινούριες ΔΥ θα είχαν ικανοποιητική παροχή νερού και κατάλληλες τουαλέτες (51), το 2018 σχεδόν όλες οι ΔΥ παρουσίαζαν ακόμα ελλείψεις σε ιατρικό εξοπλισμό, μεταφορικά και τηλεπικοινωνιακά μέσα, νερό και ηλεκτρισμό (39), ενώ οι 955 από αυτές λειτουργούσαν μόνο στο 10% των δυνατοτήτων τους, εξαιτίας έλλειψης προσωπικού, φαρμάκων και προμηθειών, καθυστερήσεων στις πληρωμές των μισθών, βανδαλισμούς και λεηλασίες (12). Περισσότερες πρόσφατες λεπτομέρειες για τις υποδομές των ΔΥ αναφέρονται στον Πίνακα 4. Αναφορές για ελλείψεις φαρμάκων και καθαρού νερού στις ΔΥ εξακολουθούσαν να υπάρχουν και το 2019 (183, 184).

3. Επαγγελματίες Υγείας (Στατιστικός πίνακας 5γ, Πίνακας 4).

Σύμφωνα με το ΥΥ, στο ενεργό δυναμικό του συμπεριλαμβάνονται συνολικά 7.420 άτομα προσωπικό (από τα οποία τα 3.019 είναι γυναίκες), με μόνο όμως 5.667 να διαθέτουν επίσημα έγγραφα. Η μεγάλη πλειοψηφία αυτών ανήκει στο “Ιατρικό προσωπικό”, στο οποίο ανήκουν COs, MOs, CHWs, νοσηλευτές κοινότητας, διανομείς φαρμάκων, πτυχιούχες μαίες και νοσηλεύτριες, εργαστηριακοί βοηθοί και τεχνικοί, βοηθοί νοσηλευτών και φαρμακείου, διπλωματούχες μαίες και νοσηλεύτριες κα (185). Το μεγαλύτερο ποσοστό ιατρών και νοσοκόμων, βρίσκεται συγκεντρωμένο στις αστικές περιοχές, με βάση τα στοιχεία, ενώ ο στόχος του ΥΥ για το 2015 ήταν να υπάρχουν συνολικά 15.707 ΕΥ στη χώρα, ομοιόμορφα κατανομημένοι ανά φύλο, κατηγορία, ΔΥ και γεωγραφική περιοχή (179).

Το ποσοστό των ιατρών στον πληθυσμό τριπλασιάστηκε από το 2005 ως το 2018, φτάνοντας το 0,15/10.000 (2018), αλλά μένοντας πολύ μακριά ακόμα από τον στόχο των 0,3/10.000 που είχε τεθεί για το 2015 (Πίνακας 8). Το 2004 υπήρχαν μόνο 3 χειρουργοί σε όλη τη χώρα (186). Το 2016, υπήρχε ένας γυναικολόγος/100.000 κατοίκους και κανένας παιδίατρος, ενώ σύμφωνα με άλλα στοιχεία, υπήρχε ένας

γυναικολόγος/μαιευτήρας ανά 200.000 κατοίκους την ίδια εποχή (39). Το 2018 υπήρχαν 8 γενικοί χειρουργοί, ένας χειρουργός ενδοκρινών αδένων, ένας ουρολόγος, έξι γυναικολόγοι/μαιευτήρες και εννέα παιδίατροι εγγεγραμμένοι στον SSGMC (110). Στοιχεία του 2011 υπολογίζουν τα αντίστοιχα ποσοστά των ιατρών πολύ υψηλότερα στη ΛΔΚ (0,95/10.000) και στην Ουγκάντα (1,17/10.000) (179), ενώ το 2015 στο Σουδάν υπήρχε 1 γιατρός/3.333 κατοίκους (121).

Όσον αφορά στους νοσοκόμους, δεν μπορούν να εξαχθούν έγκυρα συμπεράσματα, καθώς οι στατιστικές που βρέθηκαν υπολογίζουν μόνο τον αριθμό των νοσοκόμων το 2005 και τον μεικτό αριθμό νοσοκόμων και μαιών το 2012 και 2018 και ο συνολικός αριθμός τους μεταβάλλεται από 1.355 το 2007 σε μόλις 100 το 2011, μετρημένος από διαφορετικούς φορείς, ωστόσο. Είναι άγνωστο αν συμπεριλαμβάνονται μόνο οι πτυχιούχοι νοσοκόμοι, μαίες ή και οι βοηθοί, πρακτικοί στον συνολικό αυτό αριθμό.

Το 2009, με βάση την Παγκόσμια Τράπεζα, υπήρχαν μόνο 10 πιστοποιημένες μαίες στη χώρα, αλλά ο αριθμός τους αυξήθηκε σε πάνω από 600 το 2018 (39). Από την άλλη, με βάση επίσημα στοιχεία της χώρας, το 2009/10 υπήρχαν 83 πτυχιούχες νοσοκόμες, 1.110 πιστοποιημένες νοσοκόμες, 19 πτυχιούχες μαίες και 132 πιστοποιημένες/κοινότητας (CMWs) για όλο το ΣΥ (187), σε αναλογία 1,49/10.000 κατοίκους, ενώ στη ΛΔΚ υπήρχαν αντίστοιχα 8,24/10.000, 2,36/10.000 στην Αιθιοπία και 13,08/10.000 στην Ουγκάντα (179). Τον Μάιο του 2010, ωστόσο, ιδρύθηκε στην Τζούμπα το Κολέγιο για νοσοκόμες και μαίες και μέχρι το 2019 είχαν ήδη αποφοιτήσει 304 φοιτητές (188).

Ο συνολικός αριθμός των ΕΥ παρουσιάζει επίσης μεταβολές, γεγονός που οφείλεται στις μετακινήσεις πληθυσμού, εξαιτίας των συγκρούσεων, αλλά και στις επιστροφές του, μετά την υπογραφή ειρήνης το 2005. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ για παράδειγμα, πριν οι συγκρούσεις φτάσουν στην Equatoria, η περιοχή διέθετε τον υψηλότερο αριθμό ΕΥ και ΔΥ (189). Στο Σουδάν μία ανάλυση του 2017, υπολόγιζε πάνω από 100.000 ΕΥ σε όλη τη χώρα, με 20 διαφορετικές ειδικότητες (190).

Μία έρευνα ωστόσο για τους ΕΥ στην Αφρική το 2007, έδειξε ότι για πάνω από 900 εκατομμύρια ανθρώπους, υπήρχαν μόνο 500 άτομα καθηγητικό σώμα πλήρους απασχόλησης, που πρόσφεραν προηγμένη δημόσια εκπαίδευση για την υγεία, ενώ 55% των χωρών δεν διέθεταν μετεκπαιδευτικά προγράμματα δημόσιας υγείας. Στο Σουδάν την εποχή εκείνη υπήρχαν 2 ιδρύματα που πρόσφεραν εκπαίδευση Δημόσιας Υγείας (191).

Διεθνώς, δεν υπάρχει ιδανικό ποσοστό ΕΥ για ένα δεδομένο πληθυσμό, αλλά έχει υπολογιστεί ότι λιγότερο από 25 ΕΥ (γιατροί, νοσοκόμοι και μαίες μόνο) ανά 10.000 πληθυσμό δεν μπορούν να πετύχουν ικανοποιητική κάλυψη για συγκεκριμένες επεμβάσεις της ΠΦΥ (165) και η χώρα θεωρείται ότι υποφέρει από σοβαρή έλλειψη προσωπικού (14). Το 2011 το ποσοστό αυτό στο ΝΣ ήταν 1,9/10.000 (179), ενώ στοιχεία του 2020 δείχνουν ότι η αναλογία εκπαιδευμένων ΕΥ προς τους ανθρώπους που έχουν ανάγκη ΥπΥ είναι 1/65.574 (29). Μόνο 7,7% των ΔΥ διαθέτουν ένα μέλος προσωπικού εκπαιδευμένου στη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, το 2018 (Πίνακας 4).

Τέλος, σε μία έρευνα του 2018 για το ανθρώπινο κεφάλαιο (επίπεδο εκπαίδευσης και υγείας σε έναν πληθυσμό) ως σημαντικό παράγοντα οικονομικής ανάπτυξης, σε 195 χώρες από το 1990 μέχρι το 2016, το ΝΣ βρέθηκε στην 194^η θέση και τις δύο χρονιές (192). Το γεγονός αυτό προβληματίζει ως προς τις τεράστιες επενδύσεις που έχουν γίνει ως τώρα στη χώρα σε σχέση με την υγεία και την εκπαίδευση και την ευθύνη τόσο της Κυβέρνησης όσο και των δωρητών για το αποτέλεσμα. Οι ελλείψεις προσωπικού δεν έχουν αντιμετωπιστεί επαρκώς ακόμα (193), αλλά, σύμφωνα με τον SDG 3.9.c, απαιτείται αύξηση του αριθμού των ΕΥ, αλλά και της δυνατότητας ανάπτυξης και εκπαίδευσής τους (Πίνακας 11), με χρονικό ορίζοντα το 2030. Επιπλέον στατιστικά δεδομένα για τους ΕΥ παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

4. Χρηματοδότηση Υγείας (Στατιστικός Πίνακας 5δ)

Η χρηματοδότηση του ΣΥ γίνεται κυρίως από διεθνείς φορείς (Παγκόσμια Τράπεζα, δωρητές, ΜΚΟ), διεθνή κονδύλια (Funds), ιδιωτικές πληρωμές και λιγότερο από τον κρατικό προϋπολογισμό και τη δημόσια ασφάλιση υγείας (NHIF).

Το MDTF ήταν ένα κονδύλιο που δημιουργήθηκε το 2005, υποστήριζε την ανάπτυξη του ΤΥ σε συνεργασία με την Κυβέρνηση του ΝΣ για τα επόμενα 3 χρόνια, διαχειριζόταν από την Παγκόσμια Τράπεζα (114) και αναμενόταν να χρησιμοποιηθεί ως το μοναδικό όργανο διοχέτευσης βοήθειας, γεγονός που θα οδηγούσε σε ισχυρό συντονισμό και ευθυγράμμιση όλων των φορέων. Όμως μέχρι το 2007, σχεδόν η μισή αναπτυξιακή βοήθεια στη χώρα διοχετευόταν εκτός αυτού, μέσω άλλων διμερών προγραμμάτων ή κονδυλίων του ΟΗΕ (194).

Το 2006 η Κυβέρνηση του ΝΣ υπέφερε από έλλειψη ρευστότητας, εξαιτίας των εξόδων της, αλλά και της πτώσης των εσόδων από το πετρέλαιο, που συνεχίστηκε μέχρι το 2017. Το αποτέλεσμα ήταν τα δημόσια έξοδα για υποδομές, υγεία, εκπαίδευση και αγροτική ανάπτυξη να μειωθούν από το 24% το 2006, στο 19% το 2007 (194).

Από την άλλη, η ανθρωπιστική βοήθεια αναμενόταν να υποχωρήσει μπροστά στη μακροπρόθεσμη, κάτι που δεν επιτεύχθηκε (194). Έτσι, η εξωτερική βοήθεια στον ΤΥ του ΝΣ είχε υπολογιστεί στα 55 εκατομμύρια δολάρια το 2002, αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό αυτής είχε ανθρωπιστικούς στόχους και επομένως δε συνέβαλλε στην υποστήριξη αναπτυξιακών δραστηριοτήτων (20). Επιπλέον, αν και η αναφορά JAM Sudan προέβλεπε τη σταδιακή μείωση της ανθρωπιστικής βοήθειας την περίοδο 2005-7, που θα επέτρεπε στους δωρητές να ξοδέψουν περισσότερα σε αναπτυξιακή στήριξη, συνέβη ακριβώς το αντίθετο (194).

Μία αναφορά του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου το 2007, σημείωνε ότι από κάθε δολάριο που έστελνε στην υποσαχάρια Αφρική, για τη μείωση της φτώχειας από το 1999-2005, μόνο 0,27 σεντς χρησιμοποιούνταν για αυτό τον σκοπό, ενώ τα υπόλοιπα χρησιμοποιούνταν για μείωση του εγχώριου χρέους ή δημιουργία συναλλαγματικών αποθεμάτων, γεγονός που προβληματίζει κατά πόσο η αύξηση της βοήθειας θα μπορούσε να διοχετευτεί τελικά στη βελτίωση της ζωής των ανθρώπων (195).

Το 2009 η Κυβέρνηση του ΝΣ παρείχε μόνο το 35,6 % της οικονομικής υποστήριξης για τη βασική υγεία, με τους δωρητές να συμπληρώνουν το υπόλοιπο ποσό, ενώ το 2010, υπήρχαν 7 διαφορετικοί μηχανισμοί διεθνών κονδυλίων (53).

Στο μεταξύ, η Κυβέρνηση του ΝΣ, αντιδρώντας στις υπερβολικές τιμές που ζητούσε το Σουδάν για τη διέλευση του πετρελαίου μέσω του αγωγού του προς τη θάλασσα, αποφάσισε τη διακοπή της παραγωγής πετρελαίου τον Ιανουάριο του 2012, οδηγώντας τη χώρα σε σοβαρή οικονομική κρίση, αφού το πετρέλαιο της απέδιδε το 98% των εσόδων της. Ως αποτέλεσμα, τα σχέδια να ξεκινήσει μία αναπτυξιακή φάση στον ΤΥ από τις ΜΚΟ, που σταδιακά θα περνούσε υπό τον έλεγχο της Εθνικής Κυβέρνησης ακυρώθηκαν (2) ακόμα μία φορά. Επιπλέον, τα δημόσια έξοδα για την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, μειώθηκαν κατά 27%, κατά την περίοδο 2012/13 (8). Τελικά, εξαιτίας του προϋπολογισμού λιτότητας που ψηφίστηκε από την Κυβέρνηση, οι διεθνείς δωρητές έπρεπε να καλύψουν το κενό, χρησιμοποιώντας όμως και κεφάλαια που προοριζόταν για αναπτυξιακά προγράμματα (2). Το ΝΣ αποτελεί μία δύσκολη αναπτυξιακή πρόκληση, άλλωστε, καθώς αντιμετωπίζει συνεχιζόμενη ανασφάλεια και πολλαπλές ανθρωπιστικές κρίσεις σε δύσκολα προσβάσιμες περιοχές, θολώνοντας τα όρια μεταξύ της επείγουσας βοήθειας και της αναπτυξιακής υγείας (2). Τον Αύγουστο του 2012 οι δύο κυβερνήσεις έφτασαν τελικά σε έναν συμβιβασμό, αλλά η εφαρμογή του καθυστέρησε, μέχρι την υπογραφή του τον Σεπτέμβριο του ίδιου χρόνου, με το ΝΣ να υποχρεώνεται να πληρώσει ένα τεράστιο πρόστιμο στο Σουδάν (196).

Αν και στόχος ήταν να αυξηθεί ο προϋπολογισμός για την υγεία από το 2% το 2011 στο 4% το 2014 (7), στην εξέταση των προϋπολογισμών από το 2012-2014, παρουσιάζεται μείωση του ποσοστού για την υγεία (από το 7% στο 4%) και παράλληλη αύξηση (από το 28% στο 35%) για την ασφάλεια/στρατιωτικό μηχανισμό. Αυτό αποδεικνύει ότι η Κυβέρνηση συνεχίζει να περιορίζει την κατανομή πόρων για την υγεία και ανάπτυξη, μειώνοντας την ικανότητά της να παρέχει βασικές κοινωνικές υπηρεσίες στους πολίτες της (197). Παράλληλα όμως, μπορεί να ειπωθεί ότι ο ρόλος που παίζουν στη χρηματοδότηση και παροχή ΥΠΥ οι αναπτυξιακοί φορείς και οι ΜΚΟ επιτρέπει στην Κυβέρνηση να δίνει προτεραιότητα σε άλλους τομείς (39). Επιπλέον, όσον αφορά στο ποσό για τις τριτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες ΔΥ στη χώρα από τον προϋπολογισμό

του 2014/5, το 1/3 αυτού προοριζόταν μόνο για τρία Νοσοκομεία (28), γεγονός που αποδεικνύει την άνιση κατανομή του προϋπολογισμού και σε τοπικό επίπεδο. Η αναφερόμενη μείωση των εσόδων από το κλείσιμο της παραγωγής πετρελαίου, μείωσε και την κρατική δυνατότητα εφαρμογής του αναπτυξιακού πλάνου 2012-16 και για αυτό, αντί να αυξηθεί ο προϋπολογισμός για την υγεία στο 10%, μειώθηκε τελικά στο 1% (8).

Όσον αφορά στα φάρμακα, κατά τη διάρκεια του εμφυλίου πολέμου Βορρά-Νότου, εισερχόταν στη χώρα μέσω της «μαύρης αγοράς» ή των ανθρωπιστικών οργανώσεων. Ο πληθυσμός πλήρωνε “out of pocket” όσα δεν μπορούσε να προμηθευτεί από τις ΜΚΟ. Το ΥΥ του ΝΣ ολοκλήρωσε την Εθνική Φαρμακευτική Πολιτική του το 2005, αλλά προβλήματα, όπως έλλειψη προσωπικού, υποδομών εκπαίδευσης και προμήθειας, συνέχιζαν να υπάρχουν (114). Μέχρι τα μέσα του 2012, η Παγκόσμια Τράπεζα χρηματοδοτούσε την προμήθεια και διανομή φαρμάκων στο ΝΣ, με τη συμφωνία το ΥΥ να συνεχίσει, λαμβάνοντας τα κατάλληλα κεφάλαια από το ΥΟ. Με τη διακοπή όμως της παραγωγής πετρελαίου και τα μέτρα λιτότητας που ακολούθησαν αυτό δεν ήταν δυνατό, με αποτέλεσμα τελικά η USAID και UK DFID να παρέμβουν με την προσφορά κεφαλαίων για την προμήθεια των φαρμάκων (2). Οι δύο αυτοί φορείς, σε συνεργασία με το Νορβηγικό Υπουργείο Εξωτερικών, ίδρυσαν το EMF και το EMF 2, κονδύλια που υποστήριξαν το ΥΥ στην προμήθεια, αποθήκευση και μεταφορά βασικών φαρμάκων στις ΔΥ από το 2012-2016 (198). Η διάθεση των φαρμάκων βασιζόταν όμως σε ένα “push” σύστημα με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός φαρμάκων να αχρηστεύονται τελικά. Έκτοτε, δημιουργήθηκε άλλος χρηματοδοτικός μηχανισμός από τους φορείς και την Παγκόσμια Τράπεζα για τα φαρμακευτικά είδη (45). Η εισαγωγή του συστήματος “pull” μέσω του SIAPS, οδήγησε στη χρήση και των δύο συστημάτων τελικά, με τα Νοσοκομεία και PHCCs να χρησιμοποιούν μερικώς το δεύτερο, στηρίζοντας τις παραγγελίες τους στην κατανάλωση, και όλες τις χαμηλότερες επιπέδου ΔΥ και αποθήκες να χρησιμοποιούν το πρώτο (199).

Στη συνέχεια, η μεγάλη πτώση των τιμών του πετρελαίου το 2014 οδήγησε την οικονομία του ΝΣ σε περαιτέρω συρρίκνωση κατά 11% το 2016 και επιπλέον κατά

6,9% το 2017, γεγονός που άφησε απλήρωτους τους δημόσιους υπαλλήλους για πάνω από μισό χρόνο (39).

Γενικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι από το 2006 μέχρι το 2018, το ποσοστό χρηματοδότησης της υγείας (Στατιστικός πίνακας 5δ) παρέμεινε μεταξύ 2,5-4% του κρατικού προϋπολογισμού, σημειώνοντας ακόμα μεγαλύτερη πτώση τα τελευταία χρόνια, αφού ήταν μόλις 1,97% το 2018, αν και σχεδόν διπλασιάστηκε από το 2016 (1%). Ακόμα όμως και αυτός ο διπλασιασμός δεν μπορεί να αντισταθμίσει τον υπάρχοντα πληθωρισμό, και συνεπάγεται στην πραγματικότητα πτώση του προϋπολογισμού πάνω από 10 μονάδες (109). Η ΕΕ σημειώνει επιπλέον ότι ο προϋπολογισμός του ΥΥ είναι “χρονίως υπό-εκτελεσμένος”, ενώ ο Εθνικός στο σύνολο του τείνει να “υπέρ-εκτελείται” (42). Ο στόχος να αυξηθεί το ποσοστό της Δημόσιας δαπάνης για την Υγεία στο σύνολο των Δημόσιων δαπανών στο 10% (Πίνακας 8) για το 2015, δεν επιτεύχθηκε ποτέ, αφού το αντίστοιχο ποσοστό άγγιξε μόλις το 2% τελικά. Το ποσοστό του εθνικού προϋπολογισμού για την υγεία και την εκπαίδευση μαζί το 2019/20 είναι μόλις 6% (29).

Το 2018 υπήρχε ένας κοινός μηχανισμός (HPF) για τη χρηματοδότηση των 8 από τις 10 Πολιτείες (παράλληλα προετοιμαζόταν η εφαρμογή του HPF3 για το 2019), ενώ η Παγκόσμια Τράπεζα υποστήριζε τις εναπομείναντες δύο, μέσω του HRRP (9, 39). Η Παγκόσμια Τράπεζα σημειώνει ότι η παροχή βασικών ΥπΥ στη χώρα παρεχόταν σχεδόν αποκλειστικά από αυτούς τους μηχανισμούς και ότι βασικές λειτουργίες του ΣΥ επίσης στηριζόταν σε αυτούς, όπως πρόσληψη και εκπαίδευση ΕΥ, πληρωμές μισθών, προμήθεια και διανομή φαρμακευτικών προϊόντων, έλεγχος και αξιολόγηση (39). Το 2020, η ανθρωπιστική βοήθεια κατευθύνεται μέσω κονδυλίων όπως του CERF και του ανθρωπιστικού κονδυλίου του ΝΣ (CBPF), τα οποία διαχειρίζεται ο OCHA (118).

Το ΝΣ λαμβάνει και ισχυρή βοήθεια, αναπτυξιακή και ανθρωπιστική, από πολλές εθνικές κυβερνήσεις, όπως της Κίνας (200), με την οποία υπογράφηκε πρόσφατα σύμβαση για συνεργασία στον ΤΥ, μέσω εκπαίδευσης φοιτητών ιατρικής, παροχής φαρμάκων και καινούριων υποδομών σε Νοσοκομεία, της Γερμανίας (201) και Ιταλίας

(202), που πρόσφεραν χρηματική βοήθεια για την αντιμετώπιση των πρόσφατων πλημμυρών, αλλά και από την Ευρωπαϊκή Ένωση (203), μέσω προγραμμάτων του WFP.

Η χώρα είχε θέσει επιπλέον ως προτεραιότητα την εκπόνηση σχεδίου ετοιμότητας για φυσικές και μη καταστροφές, καθώς και την κατανομή των απαραίτητων πόρων ήδη από το 2006 (51). Ωστόσο, μέχρι και το 2020 εμφανίζεται αδύναμη να διαχειριστεί πλήρως τις καταστροφές που προκαλούνται από τις ετήσιες πλημμύρες. Ειδικότερα, το 2019 υπήρξαν πρωτοφανείς πλημμύρες σε όλη τη χώρα (204, 205, 206, 207), με αποτέλεσμα να πεθάνουν έγκυες γυναίκες και παιδιά, λόγω έλλειψης φαρμάκων (208), να επηρεαστούν 900.000 άνθρωποι και να καταστραφεί το 15% της σοδειάς, γεγονός που σημαίνει ότι απαιτείται ισχυρή χρηματοδότηση από τις αρχές του 2020, ώστε να αντιμετωπιστεί η κατάσταση (118, 209) και να αποφευχθεί ο λιμός (210, 211, 212). Να σημειωθεί ότι τέλη του 2019 η ανθρωπιστική κοινότητα (183 οργανισμοί, από τους οποίους 100 τοπικές ΜΚΟ, πάνω από 60 διεθνείς ΜΚΟ και 11 οργανισμοί του ΟΗΕ) στη χώρα ζητούσε 1,5 δισεκατομμύρια δολάρια για το 2020 (213).

Αν και θεωρητικά η οργάνωση της υγείας βασίζεται σε ένα αποκεντρωμένο σύστημα, ουσιαστικά η Κεντρική Κυβέρνηση διατηρεί ακόμα τις περισσότερες δημοσιονομικές, ρυθμιστικές και προμηθευτικές ευθύνες (22). Έτσι, αν και αποκέντρωση στο ΣΥ σημαίνει την παραχώρηση ελέγχου χρηματοδότησης, οι κυβερνητικοί εκπρόσωποι στην Τζούμπα είναι απρόθυμοι να το κάνουν (2). Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι 32% της χρηματοδότησης των ΔΥ προέρχονται απευθείας από το ΥΥ και μόνο 7,6% από τα ΥΥΠ και 20% από τα CHDs. Επιπλέον το ΥΥ είναι η λειτουργική αρχή για το 58% των ΔΥ, σε αντίθεση με τα ΥΥΠ που φτάνουν το 4,3% και τα CHDs το 4,5% (Πίνακας 4). Αυτή η μεγάλη επικέντρωση στην Τζούμπα όμως, μπορεί τελικά να προκαλέσει αίσθηση περιθωριοποίησης στην περιφέρεια, επαναλαμβάνοντας τη σχέση Βορρά - Νότου του παρελθόντος (53).

Επίσης, το αδύναμο δημόσιο σύστημα χρηματοοικονομικής διαχείρισης εμπόδισε τελικά την εναρμόνιση του ΠΟΥ με τη χρήση των Κυβερνητικών συστημάτων για τον

προϋπολογισμό, την προμήθεια και τις οικονομικές αναφορές (8). Με λίγα λόγια, η διαφθορά και η έλλειψη πλήρους λειτουργικού συστήματος λογοδοσίας στο ΥΥ, σημαίνει ότι η ανακατεύθυνση των χρημάτων των δωρητών μέσω της Κυβέρνησης είναι εκτός των σκοπών τους (2). Επιπλέον, τα κόστη συναλλαγής και οι καθυστερήσεις στις εκταμιεύσεις από τα κονδύλια συμβάλλουν ελάχιστα στην πρόληψη των συγκρούσεων και στη διαφύλαξη της ειρήνης (53).

Διεθνώς, δεν υπάρχει προτεινόμενο επίπεδο δαπανών για την υγεία, αν και οι αυξημένες δαπάνες έχουν συνδεθεί με καλύτερα αποτελέσματα, ειδικά στις χαμηλού εισοδήματος χώρες. Όμως, αν η Κυβέρνηση δαπανά πολύ λίγα στην υγεία, τότε αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η υγεία, και η διατροφή, δεν θεωρούνται προτεραιότητές της (165). Ας σημειωθεί ότι ο SDG 3.9.c υποστηρίζει την αύξηση χρηματοδότησης για την υγεία, μέχρι το 2030 (Πίνακας 11).

5. Κυβερνητική

Στο ΝΣ η Πολιτική Υγείας (173), ανανεώθηκε το 2016 και καλύπτει μέχρι και το 2025, ενώ το εθνικό στρατηγικό πλάνο για την υγεία 2017-2022 δημιουργήθηκε το 2017-18, με την υποστήριξη του ΠΟΥ και περιγράφει τις στρατηγικές προτεραιότητες για την επόμενη πενταετία (9).

Κεφάλαιο 7

Σύγκριση με ΣΥ γειτονικών χωρών

Στο τμήμα αυτό επιλέχθηκαν να παρουσιαστούν μερικά στοιχεία από ΣΥ γειτονικών χωρών προς σύγκριση. Στον Πίνακα 13 αναφέρονται τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των χωρών αυτών.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, χώρες που έχουν βιώσει ή εξέρχονται από συγκρούσεις θα πρέπει να έχουν παρόμοιους δείκτες υγείας με το ΝΣ. Έτσι, κατά τον ΠΟΥ, η Σομαλία και το Αφγανιστάν βρίσκονταν σε παρόμοια κατάσταση το 2014, ενώ η Λιβερία και η Σιέρα Λεόνε (καθώς συνέρχονται μετά από μακρόχρονες συγκρούσεις που κατέστρεψαν τα ΣΥ τους) θα μπορούσαν να προσφέρουν πολύτιμη βοήθεια στο ΝΣ, σχετικά με τη μετάβαση από τον ανθρωπιστικό στον αναπτυξιακό προγραμματισμό (1).

7.1 Τανζανία

Η Τανζανία έγινε κράτος το 1964, μετά την ανεξαρτητοποίηση όλων των περιοχών που την αποτελούν (2). Ο πρόεδρος Nyerere έδωσε εξ'αρχής ιδιαίτερη έμφαση στη δημιουργία μίας εθνικής ταυτότητας και στην καταστολή των εθνοτικών διαχωρισμών, πετυχαίνοντας μία από τις πιο χαρακτηριστικές περιπτώσεις μετασχηματισμού ταυτότητας στην Αφρική (2). Η χώρα έχει γνωρίσει από τότε περισσότερη πολιτική σταθερότητα από την πλειοψηφία των Αφρικανικών χωρών (2), αν και το 1978-9 εισέβαλε στην Ουγκάντα (Πόλεμος Ουγκάντας-Τανζανίας) με σκοπό να απομακρύνει από την εξουσία τον πρόεδρό της, γεγονός που πέτυχε, αν και είχε σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις για την ίδια (3).

Το ΣΥ είναι αποκεντρωμένο και οργανωμένο πυραμοειδώς ξεκινώντας από τα ιατρεία (όπου γίνεται διάθεση φαρμάκων και καλύπτει 10.000 πληθυσμό), και συνεχίζοντας με τα ΚΥ (50.000 πληθυσμός), Περιφερειακά Νοσοκομεία (100-200.000 πληθυσμός),

Περιφερειακά (1.000.000 πληθυσμός) και Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία. Τα τελευταία είναι ακριβά και ακολουθούν τα διεθνή πρότυπα (4). Τέλος, υπάρχουν και τα Εθνικά ή εξειδικευμένα Νοσοκομεία (5).

Ο Δημόσιος ΤΥ διαιρείται σε δύο κυβερνητικά επίπεδα: το κεντρικό (Υπουργικό και περιφερειακό επίπεδο) και τοπικό, που υποδιαιρείται σε 158 περιοχικές, τοπικές Κυβερνήσεις. Η επιθυμία να προσφερθούν ΥΠΥ όσο το δυνατό πιο κοντά στον πολίτη, έχει ως αποτέλεσμα οι περισσότερες ασθένειες να αντιμετωπίζονται στο επίπεδο του ιατρού, που είναι σημαντικό για τις αγροτικές περιοχές, αφού η πρόσβαση σε Νοσοκομεία από εκεί είναι απαγορευτική με οικονομικούς όρους για τα νοικοκυριά. Έτσι, πάνω από το 95% των εξωτερικών ασθενών στις Δημόσιες ΔΥ της χώρας εξετάζονται σε επίπεδο ιατρού (6).

Για την προμήθεια των φαρμάκων και ιατρικών ειδών, υπάρχει ένα αυτόνομο Κυβερνητικό Τμήμα (MSD), το οποίο προμηθεύει όλες τις Δημόσιες ΔΥ, αν και τελευταία επιτράπηκε και η αγορά από ιδιωτικούς παρόχους, εξαιτίας ελλείψεων στα MSD (6).

Διαθέτει ένα πολύ καλά οργανωμένο ερευνητικό σύστημα υγείας ήδη από το 2009 (7), όταν έγινε η σχετική ανάλυση από τον COHRED. Στη χώρα βρέθηκαν αρκετά ιδρύματα σε κυβερνητικό, ακαδημαϊκό και κοινωνίας των πολιτών επίπεδο, όπως επίσης ανθρώπινοι και οικονομικοί πόροι που θα μπορούσαν να ενισχύσουν την έρευνα υγείας στη χώρα. Η πολιτική υποστήριξη ήταν σταθερή από τον Πρόεδρο της χώρας και η οικονομική τόσο από τις εγχώριες πηγές, όσο και από εξωτερικές. Ως μία πιθανή στρατηγική για το μέλλον αναγνωριζόταν η εναρμόνιση της υποστήριξης των δωρητών στην έρευνα υγείας της χώρας (8).

Από το 2001, υπάρχει εθνική ασφάλιση για όλους τους Δημόσιους υπαλλήλους (NHIF) (4), η οποία τελευταία άρχισε να προσφέρει κάλυψη και σε άλλους πολίτες (9). Γενικά,

υπάρχουν τέσσερα Δημόσια Ασφαλιστικά σχήματα Υγείας και επτά ιδιωτικά. Οι πολίτες πληρώνουν συμμετοχή από τις αρχές του 1990 για τις ΥπΥ (9) και οι “out of pocket” πληρωμές το 2009 ήταν 17% των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ η συμμετοχή του Κράτους στα έξοδα υγείας αποτελούσε το 18% των συνολικών κρατικών εξόδων. Επιπλέον, το ΣΥ χρηματοδοτείται από τις τοπικές κυβερνήσεις, εθελοντικές και θρησκευτικές οργανώσεις, συνεισφορές της κοινότητας και αναπτυξιακούς φορείς (5).

Παρόλα αυτά, ο ΤΥ αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις, όπως έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού, χαμηλά κίνητρα αυτών, έλλειψη αποτελεσματικής επίβλεψης, φτωχές υποδομές μεταφορών και επικοινωνίας και έλλειψη φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού (10). Η χρηματοδότηση κρίνεται επίσης άنيση, καθώς το 85% των δαπανών υγείας προσφέρεται στα κεντρικά Νοσοκομεία, στα οποία όμως έχει πρόσβαση μόνο το 10% του πληθυσμού (4). Επίσης, μερικές τοπικές Κυβερνήσεις παραλαμβάνουν περισσότερα από όσο θα έπρεπε, σύμφωνα με την εθνική φόρμουλα, και άλλες λιγότερα (11). Επιπλέον, το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι χαμηλό, μόνο 54% του πληθυσμού έχει πρόσβαση σε πόσιμο νερό και 24% σε βασικές συνθήκες υγιεινής. Η πλειοψηφία των πολιτών ζει κάτω από το όριο της φτώχειας (5) και ο υποσιτισμός παραμένει σημαντικό πρόβλημα σε πολλές περιοχές της χώρας (2).

7.2 Ουγκάντα

Η Ουγκάντα ανεξαρτητοποιήθηκε το 1962 και έκτοτε έχει βιώσει βίαιες συγκρούσεις, οκτάχρονη δικτατορία, ένα μακροχρόνιο εμφύλιο πόλεμο, τον πόλεμο Ουγκάντας-Τανζανίας (1979), συμμετοχή στον δεύτερο πόλεμο της ΛΔΚ, καθώς και πολιτική αστάθεια. Σύμφωνα με τη “Διεθνή Διαφάνεια” θεωρείται ως ένα από τα πιο διεφθαρμένα κράτη στον κόσμο. Ωστόσο, γνωρίζει διαρκή οικονομική ανάπτυξη, χωρίς όμως παράλληλη μείωση της φτώχειας στον πληθυσμό, και διαθέτει αναπτυγμένες υποδομές (αέριες, σιδηροδρομικές, οδικές, διαδικτύου και κινητής τηλεφωνίας) (12).

Το ΣΥ της χώρας είναι αποκεντρωμένο και αποτελείται από τον Δημόσιο και τον Ιδιωτικό Τομέα. Ο Δημόσιος τομέας διαιρείται σε έξι επίπεδα: εθνικό, περιφερειακό, Νομού, υπό-Νομού, κοινότητας και χωριού (13) και οι ΔΥ αναφέρονται ως κλινικές,

ΚΥ βαθμού II, III, IV, Γενικά Νοσοκομεία, Περιφερειακά και Εθνικά Νοσοκομεία Αναφοράς. Όλες οι 112 περιφέρειες διαθέτουν ένα Νοσοκομείο ή ένα ΚΥ βαθμού IV, αν και όχι πλήρως ανακαινισμένο ή στελεχωμένο. Σύμφωνα με το τελευταίο αναπτυξιακό πλάνο του ΤΥ της χώρας, οι στόχοι επικεντρώνονται στην προαγωγή υγείας σε όλες τις ηλικίες και στον έλεγχο και πρόληψη μεταδοτικών και μη ασθενειών. Οι τρεις κυριότερες αιτίες θνητότητας για παιδιά κάτω των 5 ετών είναι η ελονοσία, η πνευμονία και η αναιμία (14).

Όσον αφορά στη χρηματοδότηση, ο ΤΥ έλαβε το 8,7% του δημόσιου προϋπολογισμού το 2013/4, ενώ η συνολική δαπάνη υγείας την ίδια χρονιά αποτελούσε μόνο το 1,3% του GDP. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης είναι τα νοικοκυριά (37%), με την πλειοψηφία να είναι “out of pocket” πληρωμές, οι δωρητές (45%) και η κυβέρνηση (15%) κυρίως μέσω φορολόγησης, με ένα ελάχιστο ποσοστό συμμετοχής από ιδιωτικές ασφάλειες. Δεν υπάρχει δημόσια ασφάλιση υγείας ακόμα, αλλά το σύστημα, το θεσμικό πλαίσιο και η Δημόσια αντίστοιχη αρχή έχουν δημιουργηθεί, όπως επίσης και ένα κονδύλιο για την κοινωνική ασφάλιση υγείας υπέρ των φτωχών (14).

Το βασικό πακέτο υπηρεσιών υγείας έχει αναπτυχθεί σε όλα τα επίπεδα υγείας, ήδη. Επιπλέον, 85% των περιφερειών υποβάλουν τις αναφορές δεδομένων τους έγκαιρα (2013/4), ενώ οργανώνονται τριμηνιαίοι έλεγχοι ποιότητας των δεδομένων σε όλα τα επίπεδα, μεταξύ άλλων μέτρων ελέγχου και αξιολόγησης (14).

Σχετικά με το σύστημα παραπομπών, η εθνική υπηρεσία ασθενοφόρων είναι λειτουργική, αλλά το θεσμικό πλαίσιο και η πολιτική είναι υπό σχεδιασμό. Επίσης, υπάρχει εθνική αρχή για τον έλεγχο ιατρικής τεχνολογίας και προϊόντων και σχεδιασμός για τοπική παραγωγή και προμήθεια φαρμάκων (14). Η έρευνα υγείας είναι ανεπτυγμένη, αφού έχει ήδη δημιουργηθεί ειδικός οργανισμός (UNHRO) για αυτό, έχει καταγραφεί η αντίστοιχη Πολιτική και το πρόσφατο στρατηγικό πλάνο, αν και αντιμετωπίζει προβλήματα χαμηλής κρατικής χρηματοδότησης και συνεργασίας των φορέων (14). Γενικά όμως, η ικανοποίηση του πληθυσμού για τις ΥπΥ είναι χαμηλή,

καθώς η ποιότητά τους κρίνεται επίσης χαμηλή και η πρόσβαση δύσκολη, ειδικά για τους φτωχότερους (12).

7.3 Σουδάν

Το Σουδάν, μετά τον διαχωρισμό του από το ΝΣ, συνέχισε να βρίσκεται υπό δικτατορία μέχρι το 2019, οπότε και ο Ο.Bashir έχασε την εξουσία και φυλακίστηκε, έπειτα από πραξικόπημα. Ωστόσο, ο πόλεμος στο Νταρφούρ (που έχει χαρακτηριστεί ως γενοκτονία από το ICC) (15) συνεχίζεται από το 2003, ενώ το Σουδάν συγκρούστηκε και με το Τσαντ το 2005-7. Συγκρούσεις στα σύνορα με το ΝΣ και σε άλλες περιοχές στο εσωτερικό της χώρας συνεχίζονται μέχρι σήμερα (16), υπογραμμίζοντας τη σημαντική αστάθεια που επικρατεί στη χώρα.

Το ΣΥ είναι οργανωμένο σε κεντρικό (ΥΥ), Πολιτειακό (ΥΥΠ) και περιφερειακό επίπεδο. Οι ΥπΥ προσφέρονται γενικά από το κεντρικό ΥΥ, τα ΥΥΠ, στρατιωτικές, αστυνομικές, πανεπιστημιακές και ιδιωτικές ΔΥ, ενώ η περιφέρεια προσφέρει ΠΦΥ, προαγωγή υγείας και ενδυνάμωση της κοινοτικής συμμετοχής. Οι βασικές ΔΥ είναι οι δομές ΠΦΥ και τα ιατρεία (καλύπτουν 5.000 κατοίκους), στη συνέχεια απαντώνται τα ΚΥ (20.000-50.000 κάτοίκους), μετά τα αγροτικά/κοινοτικά Νοσοκομεία (100.000-250.000 κάλυψη) και τέλος τα Τριτοβάθμια/Πανεπιστημιακά και Γενικά Νοσοκομεία στις πρωτεύουσες των Πολιτειών. Παράλληλα, μεγάλη ανάπτυξη παρουσιάζει και ο ιδιωτικός τομέας σε όλα τα επίπεδα, ενώ παρουσία έχουν και διάφορες ΜΚΟ. Εξαιτίας των εσωτερικών συγκρούσεων, πολλές από τις ΔΥ όμως είτε έχουν καταστραφεί, είτε απαιτούν ανακαινίσεις, είτε δεν διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό (17). Το βασικό πακέτο υπηρεσιών που εισήχθη το 2003 περιλαμβάνει φροντίδα για παιδικούς εμβολιασμούς, διατροφή, αναπαραγωγική υγεία, αντιμετώπιση κοινών ασθενειών και συνταγογράφηση (18).

Όσον αφορά στη χρηματοδότηση, το σύνολο των δαπανών υγείας ήταν 8,4% του GDP το 2014 (19), ενώ η κύρια πηγή χρηματοδότησης προέρχεται από το ΥΟ, με τη συμμετοχή των νοικοκυριών σε ατομικό επίπεδο και μέσω ασφαλειών (20), καθώς και

από τη διεθνή βοήθεια. Έτσι, οι πληρωμές «out of pocket» είχαν φτάσει το 70% το 2011 (17) και η κάλυψη για το NHIF το 34,3% το 2012 (21). Παράλληλα, η Κυβέρνηση εισήγαγε τέλη χρήσης για τις Δημόσιες ΥπΥ, με εξαιρέσεις όμως για τον τομέα των επειγόντων και τις ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού (17).

Μία SWOT ανάλυση του ΣΥ του Σουδάν το 2017, κατέληξε στο γενικό συμπέρασμα ότι το βασικό πρόβλημά του είναι η πτωχή εφαρμογή και οργάνωση της Πολιτικής, που συνδυάζεται με ένα αδύναμο πληροφοριακό σύστημα, ενώ η γενική οικονομική αστάθεια έχει οδηγήσει στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία (17). Η μετάφραση της ανάλυσης παρατίθεται στον Πίνακα 14, για συγκριτικούς σκοπούς. Γίνεται φανερό ότι το ΣΥ του Σουδάν χαρακτηρίζεται από παρόμοια προβλήματα με αυτά του ΝΣ, για τα οποία δεν έχει βρει ακόμα ικανοποιητικές λύσεις.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη ανάλυση (2019), οι κυριότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ΣΥ του Σουδάν είναι η αύξηση των μη-μεταδοτικών ασθενειών, η αργή πρόοδος στην αντιμετώπιση των μεταδοτικών και οι χρόνιες/ενδημικές ασθένειες που παραμένουν σημαντικές, σε συνδυασμό με την αύξηση αντίστασης στα αντιβιοτικά. Τα προβλήματα αυτά σχετίζονται με την περιορισμένη πρόσβαση του πληθυσμού σε βασικές συνθήκες υγιεινής και ασφαλές, πόσιμο νερό, την έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού, την αστικοποίηση και τον σύγχρονο τρόπο ζωής (22).

7.4 Ρουάντα

Η Ρουάντα είναι μία χώρα με παρόμοιο πληθυσμό με του ΝΣ, αλλά με έκταση περίπου στο 4% αυτής του ΝΣ. Η χώρα έχει στιγματιστεί από εμφύλιες διαμάχες και γενοκτονία, που έλαβαν τέλος το 1994, κατά τη διάρκεια των οποίων οι υποδομές υγείας της καταστράφηκαν σημαντικά, αυξάνοντας παράλληλα το ποσοστό των ψυχικών νόσων (23). Μετά τη λήξη των συγκρούσεων όμως, ακολουθήθηκε μία πολιτική συμφιλίωσης με την ίδρυση του ICTR και την εφαρμογή παραδοσιακού συστήματος απόδοσης δικαιοσύνης και έκτοτε οι οικονομικοί και δημογραφικοί δείκτες της χώρας έδειξαν σημαντική ανάπτυξη (24).

Έτσι, μέχρι το 2015 η χώρα εκπλήρωσε τους περισσότερους από τους MDGs στόχους της και για αυτό ευθύνεται σίγουρα και η γρήγορη οικονομική της ανάπτυξη από τα τέλη του 1990, που την τοποθέτησαν στις 10 πιο γρήγορα αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου. Σήμερα η Ρουάντα έχει βελτιώσει σημαντικά τους δείκτες διακυβέρνησης και ανθρώπινης ανάπτυξης, υποστηρίζει την έρευνα και την καινοτομία και επεκτείνει την Τριτοβάθμια εκπαίδευση και τις πληροφοριακές τεχνολογικές υποδομές της (23).

Η σοβαρή τροφική ανασφάλεια ανήκει στο παρελθόν, αφού ο αγροτικός τομέας καλύπτει το 90% των εθνικών αναγκών σε διατροφή και παράγει πάνω από 70% των εσόδων από τις εξαγωγές (23). Στη Ρουάντα, στοιχεία του 2014, αποδεικνύουν ότι η συνολική κάλυψη ασφάλισης έφτανε το 96,15%, αφού υπάρχει Νόμος (Νρ. 62/2007) ο οποίος υποχρεώνει όλους τους πολίτες να υιοθετήσουν ένα σχήμα ασφάλισης. Το σχήμα CBHI έχει αποδειχτεί οικονομικά βιώσιμο, αν και το κόστος διαχείρισής του υπολογίστηκε υψηλό (18,71 % των συνολικών δαπανών) (25). Κάποια στοιχεία από την SWOT ανάλυση της καθολικής κάλυψης υγείας στη Ρουάντα το 2014 καταγράφονται στον Πίνακα 15, για σύγκριση με τα δεδομένα του ΝΣ.

7.5 Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό

Η ΛΔΚ είναι η μεγαλύτερη σε έκταση χώρα στην υποσαχάρια Αφρική. Έγινε ανεξάρτητη το 1960, αλλά η ιστορία της χαρακτηρίζεται από πραξικοπήματα, εμφύλιες διαμάχες, αποσταθεροποίηση από συγκρούσεις σε διπλανές χώρες (γενοκτονία Τούτσι σε Ρουάντα το 1994) και εισβολές, που οδήγησαν στον πρώτο (1996-7) και δεύτερο (1998-2003) Κονγκολέζικο πόλεμο, ενώ από το 2009 συνεχίζονται οι συγκρούσεις στο Ανατολικό τμήμα της χώρας (26).

Το 1973 δημιουργήθηκε το Εθνικό Συμβούλιο για την Υγεία και Ευεξία, ώστε να σχεδιάσει την Εθνική Πολιτική Υγείας (27), η οποία ολοκληρώθηκε τελικά για πρώτη φορά το 1984 (28). Η Πολιτική υποστήριξε από την αρχή την ΠΦΥ, την αποκέντρωση και ένα ολοκληρωμένο σύστημα παραπομπών (29). Στη συνέχεια δημιουργήθηκαν οι

Ζώνες Υγείας, που φιλοξενούν τις τελικές αποκεντρωμένες ΔΥ της χώρας (28), υπηρετώντας έναν πληθυσμό 110.000 κατοίκων η κάθε μία, και με αρκετή επιχειρησιακή αυτονομία (29), ενώ το ΣΥ είναι οργανωμένο σε τρία συνολικά επίπεδα: κεντρικό/εθνικό, ενδιάμεσο/επαρχιακό και επιχειρηματικό/Ζώνη Υγείας (30).

Οι φορείς που δρουν στο ΣΥ είναι Κρατικοί, ιδιωτικοί μη-κερδοσκοπικοί, ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί, ο πληθυσμός και εξωτερικοί δωρητές (31). Με τους τελευταίους, το Κράτος συνάπτει συμφωνίες συνεργασίας και επιζητεί τη μετάβαση προς την ανοικοδόμηση του, αν και οι περισσότερες διεθνείς ΜΚΟ επικεντρώνονται σε “κάθετα” προγράμματα, μη εναρμονισμένα μεταξύ τους, κατηγορώντας από την πλευρά τους την κυβέρνηση για διαφθορά (32). Ωστόσο, σε πολλές απομονωμένες περιοχές, όπου το Κράτος απουσιάζει, οι θρησκευτικές και ΜΚΟ αποτελούν τους μόνους παρόχους ΥπΥ, αν και συχνά σε επιχειρηματικό επίπεδο έχουν αναφερθεί περιπτώσεις έντονου ανταγωνισμού μεταξύ τους (32). Επιπλέον, άλλες φορές, υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ του κράτους και των φορέων (33). Το ΥΥ για να ξεπεράσει αυτά τα εμπόδια συνέστησε επιτροπές (όπως CNPS/CPPS), οι οποίες φαίνεται να βελτιώνουν την κατάσταση (32), καθώς και άλλους, πολλαπλούς μηχανισμούς συνεργασίας με τους φορείς (33).

Γενικά, οι κατακερματισμένες παρεμβάσεις που ακολουθήθηκαν από την πλειοψηφία των ΜΚΟ, έφεραν ανισορροπία στις σχέσεις εξουσίας κατά τις διαπραγματεύσεις με αναπτυξιακούς φορείς, ενώ παράλληλα οι Κυβερνητικές αδυναμίες συνεχίζουν να εμποδίζουν τη δημιουργία ενός συνεκτικού, ανθεκτικού και βιώσιμου συστήματος υγείας στη χώρα. Έτσι, το 2014 στην επαρχία του Βόρειου Κίβου, υπήρχαν πάνω από 100 Διεθνείς ΜΚΟ που εργαζόταν στον ΤΥ, αλλά μόνο 4 από αυτές ακολουθούσαν αναπτυξιακή προσέγγιση. Στη ΛΔΚ υπάρχουν πολλοί μη κυβερνητικοί φορείς που σχετίζονται με το ΣΥ και εκτελούν πολλαπλούς και μερικές φορές αλληλοεπικαλυπτόμενους ρόλους με το Κράτος (32). Έτσι, τα Κρατικά Νοσοκομεία μπορεί να συναγωνίζονται τα ΚΥ που χρηματοδοτούνται από άλλους φορείς, διαταράσσοντας το σύστημα παραπομπών, αφού τα τελευταία μεταλλάσσονται, για να ανταποκριθούν στις ανάγκες των “κάθετων” προγραμμάτων των φορέων (34). Ο ΠΟΥ

αναγνωρίζει το κατακερματισμένο ΣΥ και την ανεπαρκή πρόσβαση σε ΥΠΥ ως τα βασικά προβλήματα της χώρας (35).

Όσον αφορά στο πληροφοριακό σύστημα, βρίσκεται ακόμα σε αβέβαιη κατάσταση, αν και υπάρχει πολιτική βούληση για την ανάπτυξή του, καθώς και επιτυχής εφαρμογή του DHIS 2 σε κάποιες επαρχίες και του IMS σε μερικά Νοσοκομεία. Η σύνδεση στο διαδίκτυο παραμένει προβληματική, όπως και στο ηλεκτρικό δίκτυο, και έτσι το “χαρτί” συνεχίζει να χρησιμοποιείται στη Διοίκηση. Το 2014, μόνο 2 από τις 11 επαρχίες και 30 από τις 516 Ζώνες Υγείας χρησιμοποιούσαν εργαλεία πληροφορικής για να μεταφέρουν δεδομένα υγείας στο κεντρικό επίπεδο, ενώ το 98% των Νοσοκομείων χρησιμοποιούσε χειρόγραφες αναφορές. Επιπλέον, τα δεδομένα παρουσιάζουν φτωχή ποιότητα, υπάρχουν ανεπαρκείς υποδομές πληροφορικής (hardware και software), έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, διαχείρισης αυτού, ηγεσίας και εναρμόνισης μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων του ΣΥ, καθώς και τυποποίησης (36).

Η λογιστική και προμηθευτική αλυσίδα παραμένουν αδύναμες επίσης (33), ώστε αρκετές Ζώνες Υγείας να αγοράζουν φάρμακα από ιδιωτικούς παρόχους ή να τα προμηθεύονται από θρησκευτικές οργανώσεις και ΜΚΟ. Το 2005 το 1/3 των ασθενών στρεφόταν στους ανεπίσημους πωλητές φαρμάκων, παρά στους επίσημους γιατρούς για θεραπεία, αν και η χώρα από το 1987 διαθέτει λίστα βασικών φαρμάκων και Εθνική Φαρμακευτική Πολιτική (29).

Επιπλέον, πολλές ΔΥ βρίσκονται σε κακή κατάσταση (33), καθώς συχνά γίνονται στόχος βίας και λεηλασιών (29). Πρέπει να σημειωθεί ότι στη χώρα παρατηρείται επίσης έλλειψη δρόμων και μέσων μεταφοράς, που περιορίζουν την ασφαλή και άμεση πρόσβαση σε ΔΥ, όταν υπάρχει ανάγκη, έχοντας σοβαρό αντίκτυπο στη μητρική θνησιμότητα. Η διαχείριση των περισσότερων Νοσοκομείων γίνεται από το Κράτος, αλλά αρκετά ανήκουν σε θρησκευτικές οργανώσεις και θεωρητικά πρέπει να αριθμούν όσες και οι Ζώνες Υγείας (29).

Όσον αφορά στη μητρική και παιδική υγεία, παρατηρείται έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού, άνιση κατανομή του, πτωχές υπηρεσίες, καθώς και οικονομικά και κοινωνικοπολιτιστικά εμπόδια που εμποδίζουν τις γυναίκες και τα παιδιά να έχουν πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες (33). Τα 2/3 άλλωστε των ασθενών στη χώρα δε βασίζονται στο επίσημο ΣΥ για θεραπεία, είτε επειδή δεν υπάρχουν υπηρεσίες, είτε επειδή είναι κακής ποιότητας, είτε επειδή δεν μπορούν να τις πληρώσουν (34).

Το ΣΥ προσφέρει ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών, που πρέπει να προσφέρεται σε όλα τα ΚΥ και ένα συμπληρωματικό πακέτο που παρέχεται από τα Νοσοκομεία αναφοράς. Λίγες όμως από τις ΔΥ μπορούν τελικά να προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες που περιλαμβάνονται σε αυτό, εξαιτίας χρόνιων ελλείψεων σε οικονομικούς, υλικούς και ανθρώπινους πόρους (29).

Η χρηματοδότηση του ΤΥ γίνεται από τον Κρατικό προϋπολογισμό, εξωτερικούς φορείς και από τους χρήστες (70% του λειτουργικού κόστους). Το ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού είναι πολύ μικρό, όπως ακριβώς και η εκτέλεσή του (34). Έτσι, το 2004 στον ΤΥ προσφέρθηκε το 7% του προϋπολογισμού, αλλά πρακτικά μόνο το 1/3 αυτού του ποσοστού αποδόθηκε χρηματικά (29). Η χρηματοδότηση από εξωτερικούς φορείς κατευθύνεται κυρίως σε “κάθετα” προγράμματα, περιθωριοποιώντας έτσι τη στρατηγική για την ανάπτυξη της ΠΦΥ και της Ζώνης Υγείας ως επιχειρηματικής μονάδας. Ας σημειωθεί ότι για αρκετά χρόνια η χρηματοδότηση από τη διεθνή κοινότητα εκπροσωπούσε σχεδόν τα 3/4 του συνόλου της χρηματοδότησης υγείας (34). Στοιχεία του 2013, δείχνουν ότι το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ήταν το 1,6% του GDP, ενώ των δημοσίων 1,9% του GDP (33).

Οι ΕΥ παρουσιάζουν σημαντική αύξηση, ωστόσο. Το 1998 υπήρχαν μόνο 2.000 γιατροί (3,6/100.000 πληθυσμό) και 27.000 νοσοκόμοι στη χώρα (50/100.000), άνισα κατανομημένοι, υπέρ των αστικών περιοχών (29). Το 2006 όμως η χώρα διέθετε σχεδόν 60 εκπαιδευτικά ιδρύματα που εκπαίδευαν γιατρούς και νοσηλευτές, και περίπου 1.500 γιατροί αποφοιτούσαν ετησίως μόνο από τα Πανεπιστήμια της Kinshasa και του

Lubumbashi, ενώ περίπου 7.000 νοσηλευτές αποφοιτούσαν το ίδιο διάστημα από τα Τεχνικά Ιατρικά Ινστιτούτα. Παρόλα αυτά, οι χαμηλοί κρατικοί μισθοί και κίνητρα οδηγούν τελικά σε έλλειψη προσωπικού στις κρατικές δομές, αφού οι ΕΥ στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα (34) ή καταφεύγουν σε άλλες Αφρικανικές χώρες για καλύτερες συνθήκες εργασίας (29). Ας σημειωθεί ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει αναπτυχθεί άναρχα, χωρίς ποιοτικούς ελέγχους, αυξάνοντας τα υγειονομικά κόστη και οδηγώντας σε μεγαλύτερη φτώχεια τα νοικοκυριά (34).

Η μειωμένη χρηματοδότηση, η δυσλειτουργική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και η έλλειψη ηγεσίας στο ΥΥ (37) αποδίδονται στην κατάρρευση του Κράτους και της οικονομίας, έπειτα από 30 χρόνια μη διακυβέρνησης (38), στις εμπόλεμες συγκρούσεις και στην περιθωριοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού της υγείας (34), στοιχεία που παρουσιάστηκαν και στο ΣΥ του ΝΣ.

7.6 Συμπεράσματα

Το ΝΣ παρουσιάζει παρόμοιο ιστορικό μακροχρόνιων συγκρούσεων με το Σουδάν, τη ΛΔΚ, την Ουγκάντα και τη Ρουάντα. Οι συγκρούσεις και η πολιτική αστάθεια συνεχίζονται ωστόσο μόνο στις τρεις πρώτες χώρες. Το ΝΣ είναι η φτωχότερη όλων (Πίνακας 13) και διαθέτει επίσης τους χειρότερους στην πλειοψηφία δείκτες υγείας, όπως φαίνεται από τα συγκριτικά στοιχεία που έχουν ήδη αναφερθεί.

Από την παραπάνω ανάλυση, γίνεται φανερό ότι όλα τα προαναφερόμενα ΣΥ, όπως και αυτό του ΝΣ, υποστηρίζουν την αποκέντρωση, την επέκταση της ασφάλισης (ή διαθέτουν ήδη ένα οργανωμένο σύστημα, όπως η Ρουάντα) και την προσφορά ενός βασικού πακέτου υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη, αντιμετωπίζουν παρόμοιες προκλήσεις, όπως μειωμένη κρατική χρηματοδότηση, σημαντική αύξηση των “out of pocket” πληρωμών, έλλειψη εκπαιδευμένων ΕΥ και σύγχρονων, πλήρως εξοπλισμένων ΔΥ, καθώς και έλλειψη κρατικών υποδομών (τηλεπικοινωνιακών, μεταφορικών, υγιεινής και πόσιμου νερού) που συμβάλλουν στην αύξηση των μεταδοτικών νόσων. Το Σουδάν με τα προβλήματα στη συγκέντρωση ποιοτικών δεδομένων, την οικονομική του αστάθεια και τη δυσκολία στην εφαρμογή και στον έλεγχο/αξιολόγηση των μέτρων

εντείνει περισσότερο την ομοιότητα του με το ΝΣ. Η περιγραφόμενη σχέση με τους εξωτερικούς φορείς, και κυρίως με τις ΜΚΟ, στη ΛΔΚ θυμίζει επίσης έντονα την παρόμοια σχέση που επικρατεί στο ΝΣ.

Γενικότερα ίσως, η κατάσταση στο ΣΥ του ΝΣ, αλλά και στον πολιτικό χώρο, παρομοιάζεται ισχυρότερα με αυτή στο Σουδάν και στη ΛΔΚ. Η Ρουάντα κατάφερε να ξεπεράσει τις εμφύλιες διαμάχες, ακολουθώντας ισχυρή πολιτική συμφιλίωσης, να αναπτυχθεί οικονομικά, να οικοδομήσει ένα ισχυρό σχετικά Κράτος και ένα σύγχρονο και λειτουργικό ΣΥ και παρουσιάζεται οικονομικά πλουσιότερη και πολιτικά σταθερότερη. Η Ουγκάντα, αν και συνεχίζει να βιώνει πολιτική αστάθεια και συγκρούσεις, εμφανίζει οικονομική ανάπτυξη που συμβάλλει στην ενίσχυση και του ΣΥ της, αν και εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις. Η περίπτωση της Τανζανίας που κατάφερε να αποφύγει τις εμφύλιες συγκρούσεις, χάριν στην πολιτική ανοχής και συμφιλίωσης που εφάρμοσε, στην υποστήριξη της εξάλειψης των εθνοτικών διαφορών και της δημιουργίας κοινής εθνικής ταυτότητας, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως παράδειγμα προς μίμηση για το ΝΣ. Τέλος, η ανάπτυξη της έρευνας υγείας στην Τανζανία, αλλά και στην Ουγκάντα, μπορούν να προσφέρουν αξιόλογη εμπειρία και τεχνογνωσία για παρόμοια ανάπτυξη στο ΝΣ.

Κεφάλαιο 8

Προτάσεις Μεταρρύθμισης και Συμπεράσματα

Η ανάπτυξη του ΤΥ στο ΝΣ προϋποθέτει την ανάπτυξη της χώρας σε πολιτικοοικονομικό και κοινωνικό επίπεδο. Έτσι, η νέα Συναινετική Κυβέρνηση είναι αναγκαίο, βασιζόμενη στη διαφάνεια, και εκμεταλλευόμενη ως δύναμη την πλούσια πολιτιστική κληρονομιά και ποικιλομορφία των εθνοτήτων της χώρας, να δημιουργήσει ένα ισχυρό θεσμικό πλαίσιο και κεντρική Διοίκηση, που θα ενδυναμώσει τις τοπικές Κυβερνήσεις, στα πλαίσια του αποκεντρωτικού συστήματος, ώστε να λυθούν οι τοπικές συγκρούσεις, να αποκατασταθεί η ασφάλεια και να αναπτυχθούν οι ΥΠΥ, σε συνεργασία με όλους τους φορείς, αναπτύσσοντας παράλληλα τις υποδομές της χώρας (μεταφορών, επικοινωνιών, ηλεκτρισμού, υγιεινής κλπ), ενισχύοντας το εκπαιδευτικό σύστημα και δημιουργώντας οικονομικές ευκαιρίες και θέσεις εργασίας για τον πληθυσμό, ιδιαίτερα τον νέο. Η πολιτική δέσμευση και βούληση είναι προαπαιτούμενα της ανάπτυξης ενός υγιούς Συστήματος και ΤΥ στη χώρα. Για να επιτευχθούν όλα αυτά όμως απαιτούνται (1) “φιλόδοξοι, αλλά εφικτοί στόχοι”.

Η Ιστορία διδάσκει ότι ακόμα και πολύ ισχυροί ηγέτες, χάνουν τη δυναμική της μεταρρύθμισης, όταν παραμένουν πολλά χρόνια στην εξουσία. Έτσι, ένας ηγέτης στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει περισσότερες πιθανότητες να υποστηρίξει μεταρρυθμίσεις

με θετικό αντίκτυπο στην οικονομία κατά τα πρώτα χρόνια της διακυβέρνησής του (2). Για παρόμοιους λόγους, πολλοί διπλωμάτες δεν υποστηρίζουν ότι η νεοσύστατη συναινετική Κυβέρνηση θα σταματήσει τον κύκλο της βίας στη χώρα. Σύμφωνα με αυτούς, η νέα συμφωνία αντιπροσωπεύει το ίδιο μοντέλο κατανομής εξουσίας που έχει όμως αποτύχει πολλές φορές στο παρελθόν και επομένως δεν αφήνει περιθώρια για αισιόδοξες διαφορετικές προβλέψεις στο μέλλον (3). Η ανανέωση στο πολιτικό σκηνικό είναι κάτι που επιζητούν αρκετοί διεθνείς, αλλά και τοπικοί παράγοντες.

Με βάση την Παγκόσμια Τράπεζα, η οικονομία του κράτους θα αυξανόταν με ρυθμό 1,8% το 2019, αν διατηρούνταν η ειρήνη, και 0,3%, αν η ειρηνευτική διαδικασία αποτύγχανε (4). Τελικά, αρχές του 2020 το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο αναγνώρισε σταθερή οικονομική ανάκαμψη και πρόβλεψε ότι το ΝΣ θα βιώσει τη γρηγορότερη οικονομική ανάπτυξη στην Αφρική το 2020, με ένα ποσοστό 8,2% (5).

Αναγκαία όμως είναι η επέκταση και διαφοροποίηση της οικονομίας, με έμφαση στη γεωργία, κτηνοτροφία, στα μεταλλεύματα, στη βιομηχανία, στο εμπόριο και στον τουρισμό, καθώς και η αύξηση της διαφάνειας στην οικονομική διαχείριση του πετρελαίου (6, 1). Η διαφοροποίηση θα οδηγήσει σε δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, ειδικά στο επαρχιακό δίκτυο, και θα συμβάλει στη μείωση της φτώχειας στη χώρα, ανεβάζοντας το βιοτικό επίπεδο.

Αν και έχουν γίνει σημαντικά βήματα για την ενίσχυση του θεσμικού πλαισίου σε σχέση με θέματα υγείας, όπως η πρόσφατη πρόταση θέσπισης νόμου για τη βία που βασίζεται στο φύλο και η ίδρυση εξειδικευμένων κέντρων για την αντιμετώπιση τέτοιων περιπτώσεων (7, 8), υπάρχουν περιθώρια για περαιτέρω ανάπτυξη. Έτσι για παράδειγμα, πρέπει να ενισχυθεί η κάλυψη ομάδων υψηλού κινδύνου HIV/AIDS και επιπλέον να καταπολεμηθούν δεισιδαιμονίες, κακές πρακτικές, ο κοινωνικός στιγματισμός για ασθένειες, όπως το HIV/AIDS (9), και τα φυλετικά εμπόδια, ενδυναμώνοντας τη θέση των γυναικών. Είναι ευρέως αποδεκτό άλλωστε ότι στη χώρα υπάρχουν αρκετές κοινωνικές, πολιτιστικές νόρμες και παραδοσιακές πρακτικές που ανταγωνίζονται συχνά τις επίσημες ΥπΥ (10).

Η αύξηση της χρήσης των ΥπΥ αποτελεί πρόκληση, καθώς υπάρχει συνεχιζόμενη βία και δυσκολία στη γεωγραφική πρόσβαση (10). Οι διαφορετικές εθνότητες βρίσκονται ακόμα πίσω από τη βία, αφού ο λαός κινητοποιείται με βάση αυτές εναντίον των “άλλων”, συνεχίζοντας τις συγκρούσεις (11). Είναι ανάγκη επομένως να δημιουργηθεί μία μοναδική Εθνική ταυτότητα, κάτι που ήταν στόχος ήδη από το 2011 (1), σε όλες τις διαφορετικές εθνότητες της χώρας, γεγονός που προϋποθέτει ειρήνη, ασφάλεια, ενότητα και συμφιλίωση.

Βασικό βήμα προς την εθνική συμφιλίωση αποτελεί και η απόδοση δικαιοσύνης για τα εγκλήματα που έχουν διαπραχθεί, από το Υβριδικό Δικαστήριο, όπως έχει οριστεί στο Κεφάλαιο V της ειρηνευτικής συμφωνίας. Με την τελική δημιουργία της συναινετικής Κυβέρνησης το Υβριδικό Δικαστήριο πρέπει να εγκαθιδρυθεί άμεσα, με την υποστήριξη της Αφρικανικής Ένωσης. Στο μεταξύ, η Επιτροπή για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα του ΟΗΕ στο ΝΣ εργάζεται για τη συγκέντρωση και διαφύλαξη στοιχείων που θα χρησιμοποιηθούν (12). Στην τελευταία αναφορά της, υποστηρίζει ότι χωρίς δικαιοσύνη και λογοδοσία, η σταθεροποίηση και ο εκδημοκρατισμός της χώρας δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί (13).

Ο αποτελεσματικός αφοπλισμός, η δημιουργία εκπαιδευμένης και αξιόπιστης αστυνομικής δύναμης, η δημιουργία δρόμων και προγραμμάτων που στοχεύουν στους νέους είναι προτεραιότητες κλειδιά για να δημιουργηθεί το κατάλληλο περιβάλλον για την παροχή υπηρεσιών (14). Υπάρχει επίσης ισχυρή διασύνδεση μεταξύ υγείας και τροφικής ασφάλειας από τη μία και των πόρων ζωής, νερού και συνθηκών υγιεινής από την άλλη (15). Άλλωστε, οι χώρες που δεν επενδύουν παρουσιάζουν και αδύναμη ανάπτυξη. Έτσι, στην Αφρική για παράδειγμα, ενώ πολλοί άνθρωποι διαθέτουν κινητά τηλέφωνα, η μετακίνηση σε γειτονικές χώρες οδικώς ή με σιδηρόδρομο είναι εξαιρετικά δύσκολη ακόμη. Αυτό οδηγεί σε διαταραχή της προμηθευτικής αλυσίδας και μακροπρόθεσμα σε εμφάνιση πληθωρισμού. Οι καλύτερες επενδύσεις είναι, κατά κανόνα, αυτές που στρέφονται προς την βιομηχανοποίηση, την τεχνολογία και τις υποδομές, όπως δρόμους, ηλεκτρικό δίκτυο, υδροδότηση (16) και επικοινωνίες. Η

επένδυση στις υποδομές θα μειώσει τη γεωγραφική ανισότητα στην υγεία και φυσικά τον πληθωρισμό, που με τη σειρά του θα ελαττώσει και την οικονομική ανισότητα. Επιπλέον, θα μειώσει την εμφάνιση και εξάπλωση μεταδοτικών ασθενειών και θα βελτιώσει το επίπεδο υγείας έμμεσα.

Η ανάπτυξη του τηλεπικοινωνιακού δικτύου και της κάλυψης του διαδικτύου κρίνεται απαραίτητη επίσης για την ανάπτυξη της η-υγείας. Η τηλεϊατρική θα μπορούσε να βοηθήσει στην επίλυση πολλών προβλημάτων σε απομακρυσμένες, απροσπέλαστες περιοχές, όπου δεν υπάρχουν Δομές ή ΕΥ. Το γεγονός της διάδοσης των κινητών τηλεφώνων θα μπορούσε να συμβάλλει και στην ανάπτυξη της κινητής υγείας, ταχύτερα ακόμα και από την η-υγεία.

Η βελτίωση των κρατικών υποδομών σε συνδυασμό με την ανακαίνιση των υπάρχοντων ΔΥ, το χτίσιμο νέων ή την επέκτασή τους, ώστε να συμπεριλαμβάνουν φαρμακευτικές αποθήκες και δυνατότητες “ψυχρής αλυσίδας”, τον κατάλληλο εξοπλισμό και στελέχωσή τους, με βάση διεθνή και εθνικά πρότυπα και προδιαγραφές (πρόσβαση σε νερό, ηλεκτρικό δίκτυο, συνθήκες υγιεινής, καταστροφή αποβλήτων κλπ), δύναται να αυξήσει την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας στη χώρα σημαντικά και να μειώσει την ανισότητα στην παροχή ΥπΥ. Εκτός του εξοπλισμού των ΔΥ με τα κατάλληλα ιατρικά μηχανήματα, είναι αναγκαία βέβαια και η συντήρησή τους από εκπαιδευμένο προσωπικό. Στο μεταξύ έχει ήδη προταθεί (17) να προσφέρονται ΥπΥ σε σχολικές εγκαταστάσεις (συνέργεια Εκπαίδευσης-Υγείας), όπου δεν υπάρχουν PHCUs, αφού υπάρχει διπλάσιος αριθμός σχολείων από PHCUs.

Για την ενδυνάμωση του ΣΥ στο ΝΣ, οι προτάσεις της USAID το 2007, παραμένουν ακόμα επίκαιρες (18): ενδυνάμωση του ανθρώπινου δυναμικού, των συστημάτων διαχείρισης και συντονισμού και αύξηση της συμμετοχής της κοινότητας.

Η πρωτοβουλία BOMA πρέπει να ενισχυθεί με παροχή κινήτρων (οικονομικών και μη,

βασισμένων στην επίδοση, όπως επαγγελματική αναγνώριση, ανέλιξη και κατάρτιση) στους CHWs, κατάλληλο εξοπλισμό τους, τακτική μισθοδοσία και τοποθέτηση επαρκούς αριθμού τους ανά κοινότητα ανάλογα με τον πληθυσμό της. Η ομάδα BOMA θα μπορούσε να εδράζεται (17) σε μία ΔΥ, ένα σχολείο ή ακόμα και να αποτελείται μόνο από το ανθρώπινο δυναμικό της. Η εγκαθίδρυση ενός επίσημου συστήματος παραπομπών με ύπαρξη ασθενοφόρων για τη μεταφορά ασθενών, όταν απαιτείται, θα λειτουργήσει προσθετικά. Μία ενισχυμένη όμως ομάδα BOMA θα μπορούσε να αντιμετωπίσει την πλειονότητα των περιστατικών σε τοπικό επίπεδο και να ελαττώσει σημαντικά τις αχρείαστες παραπομπές, παρόμοια με την περίπτωση της Τανζανίας που προαναφέρθηκε.

Γενικά, το Δημόσιο ΣΥ πρέπει να δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις, συναγωνιζόμενο με τις διάφορες τοπικές και διεθνείς ΜΚΟ και οργανισμούς/δωρητές, ώστε να κρατήσει το εκπαιδευμένο προσωπικό στις γραμμές του, ειδικά στην περιφέρεια, όπου παρουσιάζονται οι μεγαλύτερες ελλείψεις. Παρόμοια επιτυχημένη Πολιτική ακολούθησε το Καμερούν, σε συνεργασία με το EVIPNet, προσφέροντας κίνητρα (οικονομικά και μη, όπως στέγαση, επαγγελματική εκπαίδευση, χρηματικά μπόνους) για τους ΕΥ στις επαρχίες του (19). Ο καθορισμός συγκεκριμένων καθηκοντολογίων, η δημιουργία ετήσιων αξιολογήσεων με βάση τις επιδόσεις και η αναθεώρηση του συστήματος μισθοδοσίας και προαγωγών (Πίνακας 16) θα προσθέσουν θελκτικά κίνητρα, όπως και η διαφανής και με αξιοκρατικά κριτήρια στελέχωση των αντίστοιχων θέσεων. Η διαδικασία αξιολόγησης των ακαδημαϊκών πιστοποιητικών του Ιατρικού σώματος είχε ήδη ξεκινήσει από τον SSGMC, αλλά διακόπηκε μετά την “ακινητοποίησή” του (20).

Απαιτείται επίσης μεγαλύτερος συντονισμός μεταξύ των Τομέων Υγείας και Εκπαίδευσης, ώστε να ανανεωθούν τα εκπαιδευτικά προγράμματα των ΕΥ, σύμφωνα με τις σύγχρονες ανάγκες και τις απαιτούμενες δεξιότητες, να προστεθούν νέα, αν απαιτείται, αλλά και να εξισορροπηθούν οι υπάρχουσες κενές θέσεις με τον αριθμό και την ειδικότητα των πτυχιούχων. Το συγκεκριμένο μέτρο συμπεριλαμβανόταν στους στρατηγικούς σκοπούς του SSGMC, αλλά δεν επιτεύχθηκε ποτέ, εξαιτίας έλλειψης

χρηματοδότησης (20). Η έλλειψη καθηγητικού σώματος στα εκπαιδευτικά Ιδρύματα θα μπορούσε να καλυφθεί προσφέροντας κίνητρα στη Νοτιοσουδανέζικη διασπορά να επιστρέψει ή σε αντίστοιχο προσωπικό από τις γειτονικές χώρες, μέχρι η χώρα να αναπτύξει το δικό της εγχώριο δυναμικό εκπαιδευτών.

Όσον αφορά στην ΠΦΥ, υπάρχει πρόταση για ηλεκτροδότησή των RHCCs από ηλιακή ενέργεια και στελέχωση από μία πολυεπιστημονική ομάδα, που θα προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες κλινικής και Δημόσιας Υγείας. Παράλληλα, θα καταγράφει και όλους τους δικαιούχους της περιοχής με έναν μοναδικό, αναγνωριστικό αριθμό και θα συγκεντρώνει επιδημιολογικά στοιχεία μέσω συστήματος συμβατού με το ICD-10 (21).

Το ΥΥ του ΝΣ συνεργάζεται στενά με τον ΠΟΥ για την καταπολέμηση μεταδοτικών (HIV/AIDS, φυματίωσης, πολιομυελίτιδας), μη μεταδοτικών και ξεχασμένων τροπικών ασθενειών, ενισχύοντας τους εμβολιασμούς (22). Περισσότερο όμως θα μπορούσε να βοηθήσει, δεδομένου και του υψηλού επιπέδου αναλφαβητισμού, η ενίσχυση της προώθησης υγείας και των προληπτικών μέτρων, η “εκπαίδευση” των ασθενών στην Υγεία και στην υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και η καταπολέμηση επικίνδυνων παραδοσιακών πρακτικών και προκαταλήψεων. Αυτό θα μπορούσε να γίνει οργανώνοντας διαφημιστικές εκστρατείες και ομαδικές ή ατομικές συνεδρίες, κατά το τέλος της εξέτασης από τον γιατρό (23), όπως έχει δοκιμαστεί και σε αρκετές ανεπτυγμένες χώρες. Η τοπική επιτροπή υγείας, οι CHWs της πρωτοβουλίας BOMA, η ΠΦΥ και οι τοπικοί αρχηγοί και παραδοσιακοί θεραπευτές αποτελούν τους βασικούς συντελεστές που μπορούν να συμπεριληφθούν στη συγκεκριμένη διαδικασία.

Η συμμετοχή της χώρας σε παγκόσμια και περιοχικά φόρουμ, όπως στην Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία, στη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ και σε άλλες περιοχικές επιτροπές, κρίνεται ως ευκαιρία για τη χώρα να συμμετέχει στην παγκόσμια ατζέντα, προσφέροντας τη δική της εμπειρία στην εκρίζωση των ξεχασμένων τροπικών ασθενειών (24) και όχι μόνο. Άλλωστε, με βάση τη διεθνή διπλωματία Υγείας (25), οι πολιτικοί παράγοντες Υγείας πρέπει να διαπραγματεύονται με μεγάλη ποικιλία άλλων παραγόντων σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Η υγεία επηρεάζεται έτσι και αλλιώς από ορίζουσες εκτός του ΣΥ, όπως η διατροφή, ο καπνός, η φαρμακευτική βιομηχανία (26),

το περιβάλλον κ.α. Το ΥΥ επομένως πρέπει να ενισχύσει τις διατμηματικές συνεργασίες με τα υπόλοιπα Υπουργεία, ώστε το θέμα της Υγείας να συμπεριληφθεί και στις υπόλοιπες Πολιτικές της χώρας (γεωργία, περιβάλλον, εμπόριο, εκπαίδευση κλπ), ορίζοντας κατάλληλους αντιπροσώπους για κάθε περίπτωση.

Έρευνες δείχνουν ότι η κυριότερη αιτία θανάτου σε χώρες χαμηλού εισοδήματος με συγκρούσεις δεν είναι η βία, αλλά οι δευτερεύουσες συνέπειές της, όπως οι αρρώστιες, η πείνα και η καταστροφή της αγοράς, των υποδομών και των μέσων διαβίωσης, εξαιτίας των μετακινήσεων του πληθυσμού. Είναι ανάγκη επομένως να ενισχυθεί το τοπικό ΣΥ, με τη συνεργασία των ανθρωπιστικών φορέων και των τοπικών ΕΥ, προχωρώντας προς ένα αναπτυξιακό μοντέλο βοήθειας, με βάση τις ανάγκες του ντόπιου πληθυσμού. Η ενδυνάμωση των τοπικών επιτροπών υγείας κάθε χωριού και της τοπικής κοινότητας θα συμβάλλει προς την ίδια κατεύθυνση (15). Ας σημειωθεί ότι, αν και η συμμετοχή της κοινότητας και των επιτροπών υγείας σε επίπεδο *rayam* και *boma* υποστηρίζεται από την επίσημη Πολιτική Υγείας, αυτές υπολειπονται (18). Η αμφίδρομη επικοινωνία μεταξύ κεντρικής και τοπικής κοινότητας υγείας πρέπει να ενισχυθεί επίσης, καθώς και η συμμετοχή των δεύτερων στη λήψη των αποφάσεων, εφαρμόζοντας μία συμμετοχική προσέγγιση στην Κυβερνητική της φροντίδας υγείας (15). Άλλωστε, η δράση μέσω ενός κεντρικού ιδρύματος δεν είναι αποτελεσματική στον έλεγχο της συμπεριφοράς του κοινού και εμπορευματοποιεί τον ΤΥ, καθώς δεν έχει τη δύναμη τοπικού ελέγχου και ενδυνάμωσης (27).

Είναι σημαντικό η αποκέντρωση να γίνει πράξη, τόσο ως προς τη λήψη των αποφάσεων, όσο και ως προς τη χρηματοδότηση. Η ενδυνάμωση των τοπικών επιτροπών υγείας με τη συλλογή δεδομένων, την αποστολή τους μέσω ενός ισχυρού DHIS και την τακτική κατάθεση αναφορών, απογραφών και παραγγελιών (“pull” σύστημα), με τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών, μπορεί να οδηγήσει στη διεκδίκηση και κατανομή δίκαιων προϋπολογισμών σε τοπικό επίπεδο, αρκεί και το κεντρικό επίπεδο να συμφωνήσει να παρέχει στην περιφέρεια όσα ορίζουν οι ήδη δημοσιευμένες Πολιτικές Υγείας και τα Αναπτυξιακά Πλάνα. Η λήψη αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο ικανοποιεί πάντα καλύτερα τις ανάγκες του πληθυσμού και προσφέρει

στο κεντρικό επίπεδο χρόνο να ασχοληθεί με τη χάραξη γενικότερων κατευθυντηρίων οδηγιών.

Τα περισσότερα προγράμματα που εστιάζουν σε μία μόνο ασθένεια ή υπηρεσία (“κάθετα” προγράμματα), δεν μπορούν να φέρουν από μόνα τους βελτιώσεις στο σύνολο του ΣΥ της χώρας, καθώς επικεντρώνονται σε δράσεις σε ατομικό επίπεδο, παρά σε τοπικό ή εθνικό/διεθνές, και πετυχαίνουν βραχυπρόθεσμους στόχους, εμποδίζοντας ωστόσο την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων, βιώσιμων οικονομικά στρατηγικών (28). Επιπλέον, ο διαχωρισμός της χώρας σε περιοχές που εξυπηρετούνται από διαφορετικά προγράμματα δωρητών ενισχύει τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες στο ΣΥ (17) και τον κατακερματισμό του ΤΥ. Η αντίδραση του ΣΥ όμως στις τυπικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει πρέπει να είναι ευρύτερη και να αντιμετωπίζει τις ρίζες των προβλημάτων, όπως φαίνεται και από τις προτάσεις στον Πίνακα 16 (28). Από τη μελέτη του συγκεκριμένου πίνακα φαίνεται ότι πολλές από τις λύσεις που εφαρμόζονται αυτή τη στιγμή στο ΝΣ βρίσκονται σε επίπεδο “κάθετων” προγραμμάτων και επομένως πρέπει να μεταφερθούν σε επίπεδο απόκρισης του ΣΥ, με την απορρόφηση των πρώτων στο δεύτερο.

Για παράδειγμα, η χρήση κινητών μονάδων υγείας σε μία χώρα μεγάλης έκτασης και αραιοκατοικημένη, σίγουρα βελτιώνει τη γεωγραφική πρόσβαση, ξεπερνώντας τα προβλήματα της απόστασης ή της έλλειψης μεταφορικών μέσων από την πλευρά των πολιτών και μπορεί να συμπληρώσει το σύστημα παραπομπών. Αυτό όμως αποτελεί μία βραχυπρόθεσμη λύση που δεν είναι λειτουργική άλλωστε την εποχή των βροχών ή συγκρούσεων, για παράδειγμα. Κρίνεται αναγκαία λοιπόν η κατασκευή και στελέχωση ΔΥ σε ολόκληρη την επικράτεια, με τη βελτίωση των υποδομών (ηλεκτρικού και οδικού δικτύου) και τη δημιουργία επίσημου συστήματος παραπομπών.

Από άλλους, υποστηρίζεται βέβαια ότι η Πολιτική Υγείας της χώρας δίνει περισσότερο έμφαση στην ανάπτυξη των ΔΥ (υποδομές, εργαλεία, τεχνολογία), παρά στη διαδικασία παροχής ΥπΥ (15). Αυτοί συμφωνούν με τον Donabedian που υποστηρίζει

ότι οι δομικοί δείκτες συνδέονται πολύ ασθενώς με τα βελτιωμένα αποτελέσματα στην Υγεία, σε γενικά πλαίσια. Έτσι, προτείνουν για παράδειγμα ότι η εκπαίδευση των πολυάριθμων TBAs (που θεωρούνται κατώτερες των προτύπων, με βάση το ΥΥ του ΝΣ, τον ΠΟΥ και την UNICEF), κατά τη διάρκεια της εργασίας, αλλά και μέσω επίσημης εκπαίδευσης (15), θα μπορούσε να μειώσει την αυξημένη μητρική θνησιμότητα, παρέχοντας κάλυψη σε μεγαλύτερες περιοχές της χώρας. Για το θέμα αυτό, η στρατηγική για την αναπαραγωγική υγεία της χώρας, προτείνει οι TBAs να μετατραπούν σταδιακά σε CHWs και οι θέσεις τους να πληρώνονται προοδευτικά από διπλωματούχες μαιές (29). Η δεύτερη πρόταση αποτελεί επίλυση του προβλήματος σε επίπεδο ΣΥ.

Όσον αφορά στο σύστημα διάθεσης φαρμάκων, είναι ανάγκη να εφαρμοστεί το “pull” σύστημα (30), με βάση την κατανάλωση και την πρόβλεψη για τις ανάγκες του επόμενου τριμήνου σε όλη τη χώρα. Ήδη το σύστημα έπρεπε να έχει εφαρμοστεί από το 2013, αλλά η έλλειψη δεδομένων, συστημάτων απογραφής και εκπαίδευσης στις διαδικασίες το καθυστέρησαν. Μέχρι την πλήρη εφαρμογή ενός τέτοιου συστήματος, το υπάρχον σύστημα θα μπορούσε να συμπληρώνεται με επιπλέον παραγγελίες, βασισμένες στις μετακινήσεις πληθυσμών και να εκτελείται μέσω του DHIS (15). Το “push” σύστημα που χρησιμοποιείται είναι άλλωστε περισσότερο αποτελεσματικό σε επείγουσες καταστάσεις (31). Η χρήση ηλεκτρονικού συστήματος προμηθειών (LMIS) θα μειώσει και την πιθανότητα διεφθαρμένων χειρισμών της διαδικασίας. Επιπλέον, οι αποθήκες σε τοπικό επίπεδο και οι ΔΥ θα πρέπει να ακολουθούν τις κατευθυντήριες οδηγίες της χώρας για τις δωρεές, ώστε να μην παραλαμβάνουν μη θεμιτά φαρμακευτικά και ιατρικά προϊόντα (30), καθώς και αυτές για την ανακατανομή του μεγάλου αριθμού ή κοντά στη λήξη προϊόντων, μεταξύ των ΔΥ (32). Παράλληλα, είναι αναγκαίο να αναπτυχθούν επίσημα πρωτόκολλα για την ασφαλή απόρριψη φαρμακευτικών και ιατρικών αποβλήτων, σε συνεργασία με το DFCA και το ΥΥ, αφού η χώρα δε διαθέτει ως τώρα (33).

Μεγαλύτερη συνεργασία μεταξύ του Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα στη χώρα μπορεί να ενισχύσει τη χρηματοδότηση, την καινοτομία, αλλά και την προσφορά ΥπΥ στον

πληθυσμό, συνδυάζοντας τους πόρους τους. Είναι όμως αναγκαίο (29) να χαρτογραφηθούν και αδειοδοτηθούν και όλες οι ιδιωτικές ΔΥ από το ΥΥ, να λειτουργούν με βάση τις εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες και να υπόκεινται στους ίδιους ελέγχους με τις δημόσιες δομές. Η συνεργασία αυτή μπορεί να επεκταθεί και στην έρευνα υγείας, ώστε να αντιμετωπιστούν σημαντικά προβλήματα υγείας στη χώρα, με την προϋπόθεση να υπάρχει ενισχυμένο θεσμικό πλαίσιο, αποτελεσματική διακυβέρνηση και πολιτική δέσμευση, ικανότητα παραγωγής και ισχυρή ερευνητική βάση (ερευνητές και ινστιτούτα). Ακόμα μεγαλύτερη επέκταση της συνεργασίας μπορεί να γίνει σε διεθνές επίπεδο με συνεργασίες Νότου-Νότου ή Βορρά-Νότου και τη συμβολή της Νοτιοσουδανέζικης διασποράς (34).

Εξαιτίας των υπαρχόντων ανισοτήτων μεταξύ των Νομών, αυτοί με τους χαμηλότερους δείκτες υγείας θα πρέπει να στοχοποιηθούν ως προτεραιότητες για την επέκταση των ΥπΥ (35). Επιπλέον, καθώς παρατηρείται ότι οι δείκτες γενικά είναι χειρότεροι στις επαρχιακές περιοχές σε σχέση με τα αστικά κέντρα, μεγαλύτερες επενδύσεις πρέπει να κατευθυνθούν προς αυτές (36), με ιδιαίτερη πάντα έμφαση στους ευαίσθητους και περιθωριοποιημένους πληθυσμούς, όπως μειονότητες, φτωχότεροι, γυναίκες, ανάπηροι, έφηβοι κλπ. Η ορθολογική και αποδοτική κατανομή των ελάχιστων πόρων μπορεί να βοηθηθεί από οικονομικές αξιολογήσεις σε σχέση με τα προσδοκώμενα οφέλη. Για παράδειγμα, παρατηρείται ότι, ενώ το HIV/AIDS παρουσιάζει σχετικά χαμηλό επιπολασμό σε σχέση με τις γειτονικές χώρες, αναφέρεται στο Σύνταγμα της χώρας και αντιμετωπίζεται με βάση συγκεκριμένη στρατηγική που έχει αναπτυχθεί ακόμα πριν από την ανεξαρτησία, αν και αυτό θα μπορούσε βέβαια να δικαιολογηθεί (29) από τον φόβο μίας πιθανής επέκτασής του, λόγω των συνεχιζόμενων εισροών προσφύγων από τις γειτονικές χώρες στις οποίες είναι περισσότερο διαδεδομένο. Αντίθετα, για ασθένειες όπως η διάρροια, ελονοσία και πνευμονία που αποτελούν ακόμα τις συχνότερες αιτίες θανάτων σε παιδιά και μεγάλο κίνδυνο για τους ενήλικες δεν υπάρχει ιδιαίτερη στρατηγική, αυξάνοντας το οικονομικό βάρος στον υγειονομικό προϋπολογισμό, κάτι που μπορεί να ξεπεραστεί με την ανάπτυξη της έρευνας υγείας.

Η έρευνα υγείας είναι ανάγκη να αναπτυχθεί “οριζόντια”, ώστε να αυξηθεί η ικανότητα

της χώρας να θέσει τις δικές της προτεραιότητες και να βρει την ισορροπία μεταξύ αυτών και των παγκόσμιων (37), αφού συχνά σε χαμηλού εισοδήματος χώρες παρατηρείται η εξωτερική βοήθεια να προσφέρει το μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης για την εγχώρια έρευνα, αλλά να έχει διαφορετικές προτεραιότητες από τις τοπικές (38). Έχει αναγνωριστεί άλλωστε η ανάγκη να δοθούν λύσεις στα τοπικά προβλήματα της Αφρικής με βάση τις τοπικές δεξιότητες και όχι τα συμφέροντα της ξένης βοήθειας (39). Η εμπλοκή των τοπικών υπεύθυνων χάραξης Πολιτικής Υγείας στην εγχώρια έρευνα για την Υγεία είναι αναγκαία επίσης, ώστε να καθοριστούν επακριβώς οι προτεραιότητες, τα ερωτήματα προς απάντηση και η μεθοδολογία, αλλά και να μπορέσουν να μετατραπούν τελικά σε πράξη τα αποτελέσματα (40). Οι προτεραιότητες πρέπει να καθοριστούν με βάση τόσο κριτήρια Δημόσιας Υγείας, όσο και αποδοτικότητας, εξαιτίας των περιορισμένων πόρων.

Η έρευνα Υγείας άλλωστε είναι σημαντική για την αναγνώριση, ιεράρχηση και αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών ενός πληθυσμού και η ενίσχυσή της επηρεάζει άμεσα τα αποτελέσματα υγείας στη χώρα (41, 42, 43, 44, 45), αποτελώντας αναπτυξιακή επένδυση. Εκτός της ανάπτυξής της σε εγχώριο επίπεδο όμως, είναι ανάγκη να αυξηθεί και το ποσοστό των παγκόσμιων επενδύσεων στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι αναπτυσσόμενες χώρες, αφού το χάσμα 10/90 είχε αναγνωριστεί ήδη από τη δεκαετία του ενενήντα (37).

Ο οργανισμός COHRED Africa (46) παρέχει τεχνική υποστήριξη στις Αφρικανικές χώρες για την ανάπτυξη ενός βιώσιμου συστήματος έρευνας υγείας και μπορεί να συμβάλλει στην ενδυνάμωση του συστήματος στο ΝΣ. Επιπλέον, μπορεί να βοηθήσει και το EVIPNet, δίκτυο που συστάθηκε από τον ΠΟΥ για την “προώθηση της συστηματικής και διαφανούς χρήσης των αποδεικτικών στοιχείων της έρευνας υγείας στην Πολιτική Υγείας” και σήμερα αποτελείται από 36 χαμηλού και μέσου εισοδήματος χώρες, ενισχύοντας τη συνεργασία σε επίπεδο χωρών, αλλά και διεθνώς, μεταξύ των δημιουργών Πολιτικής, της κοινωνίας των πολιτών και των ερευνητών (19). Το ΝΣ δεν αποτελεί μέλος του δικτύου. Η είσοδός του στο δίκτυο θα μπορούσε να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αντιμετωπίζει το ΣΥ της χώρας και να ενδυναμώσει τις τοπικές δεξιότητες για τη δημιουργία Πολιτικής Υγείας βασισμένης σε αποδείξεις. Προς αυτή την κατεύθυνση θα απαιτηθεί

η συνεργασία της τοπικής επιστημονικής και ακαδημαϊκής κοινότητας με τον Ιδιωτικό Τομέα, τους δωρητές, διεθνείς οργανισμούς, αλλά και τους υπεύθυνους χάραξης Πολιτικής.

Η λήψη αποφάσεων σε Πολιτικό επίπεδο απαιτεί πληροφορίες που είναι αξιόπιστες και έγκαιρες. Κρίνεται, επομένως, απαραίτητη η ενίσχυση ολόκληρου του πληροφοριακού συστήματος της χώρας, που θα συμπεριλαμβάνει Δημόσιο και Ιδιωτικό τομέα, και όχι μόνο η εστίαση σε συγκεκριμένες ασθένειες ή σε δεδομένα που απαιτούνται από διαφορετικά Υπουργεία ή Κέντρα και το κατακερματίζουν. Επιπλέον, πρέπει να επιδιωχθεί η ενδυνάμωση της τοπικής ηγεσίας στην παραγωγή και χρήση της πληροφορίας, σύμφωνα με τα πρότυπα που έχει θέσει το δίκτυο HMN, υπό την αιγίδα του ΠΟΥ, καθώς και στην προώθηση λήψης αποφάσεων με βάση αποδεικτικά δεδομένα. Η παραγωγή της πληροφορίας πρέπει να συνδεθεί με τη χρήση της σε εθνικό (ΥΥ και ΥΟ) και διεθνές επίπεδο (δωρητές, αναπτυξιακές τράπεζες, φορείς), μετά την αντίστοιχη ανάλυση και την παρουσίασή της σε κατανοητή από μη-ειδικούς μορφή (47), ώστε να διευκολυνθούν οι υπεύθυνοι χάραξης Πολιτικής. Για λόγους διαφάνειας, αυτά τα δεδομένα υγείας θα πρέπει να δημοσιοποιούνται επίσης τακτικά (48). Προς τον σκοπό αυτό θα βοηθούσε η δημιουργία ενός στρατηγικού πλάνου για το HIS στη χώρα, καθώς και η βασική εκπαίδευση, κατάλληλη μισθοδοσία και επαγγελματική ανέλιξη εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού σε όλα τα επίπεδα. Ευρεία ύπαρξη και ορθή χρήση συμβατών μεταξύ τους τεχνολογικών και επικοινωνιακών μέσων αποτελεί φυσικά προϋπόθεση για την επιτυχία (47). Επίσης, οι ΜΚΟ θα πρέπει να χρησιμοποιούν προτυποποιημένες φόρμες για τη συλλογή των στοιχείων τους και να υποχρεώνονται να τα μοιράζονται με τις σχετικές κυβερνητικές δομές στα αντίστοιχα επίπεδα (κεντρικό ή περιφερειακό) (18).

Από το HIS, θα πρέπει να εξάγεται και το σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης μίας χώρας. Η Πολιτική Υγείας πρέπει να εμβαθύνει περισσότερο σε αυτές τις διαδικασίες στη χώρα. Η χρήση επιλεγμένων δεικτών για την αξιολόγηση σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα αποτελεί άλλωστε αναπόσπαστο κομμάτι της Πολιτικής και βασικό βήμα της εφαρμογής της. Δεν υπάρχει άριστος αριθμός δεικτών που θα πρέπει να

χρησιμοποιηθούν, αλλά εμπειρικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι για τη λήψη στρατηγικών αποφάσεων σε εθνικό επίπεδο, οι δείκτες δε θα πρέπει να ξεπερνούν τους 25, αφού είναι ενδεικτικοί της πραγματικότητας και δεν στοχεύουν να την περιγράψουν πλήρως. Η διαχείριση χαμηλού επιπέδου προγραμμάτων, μπορεί να απαιτεί βέβαια την χρήση επιπρόσθετων δεικτών. Ο καθορισμός των ρόλων και αρμοδιοτήτων σε κάθε διοικητικό επίπεδο ως προς τη συλλογή, διαχείριση και ανάλυση των δεδομένων πρέπει να είναι ξεκάθαρος από το σύστημα αξιολόγησης (48). Η τοποθέτηση κομβικών προσώπων σε κάθε Νομό, που θα είναι οι σύνδεσμοι μεταξύ κεντρικής και τοπικής Κυβέρνησης πάνω στο θέμα, αποτελεί προτεραιότητα, επίσης (18). Η τελική αξιολόγηση κάθε Πολιτικής θα πρέπει να αποτελεί την ανάλυση της κατάστασης για τη δημιουργία της επόμενης. Είναι επιθυμητό όλα τα εξειδικευμένα προγράμματα υγείας (πχ. HIV/AIDS) να ακολουθούν το ίδιο πλαίσιο ελέγχου και αξιολόγησης. Τελικά (48), η ίδια η διαδικασία ελέγχου θα πρέπει να ελέγχεται τακτικά, ανά 2-3 χρόνια, ώστε να επιβεβαιώνεται η εύρυθμη λειτουργία της, η ορθή χρήση των δεικτών και να λαμβάνονται τα οποιαδήποτε διορθωτικά μέτρα απαιτούνται.

Παράλληλα, η αύξηση λογοδοσίας σε όλα τα Κυβερνητικά επίπεδα λήψεως αποφάσεων με ενίσχυση των εσωτερικών και εξωτερικών ελέγχων στις δομές και υπηρεσίες υγείας, για την καταπολέμηση διεφθαρμένων πρακτικών, αλλά και του εθνικού ρόλου της κεντρικής επιτροπής κατά της διαφθοράς, με ισχυρή συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών και των τοπικών επιτροπών υγείας είναι επιτακτική. Οι επιτροπές αυτές πρέπει να λειτουργούν ανεξάρτητα και ουδέτερα από οποιεσδήποτε Κυβερνητικές επιδράσεις.

Η καταπολέμηση της διαφθοράς σε όλα τα επίπεδα θα αυξήσει την εμπιστοσύνη των φορέων στις δυνατότητες και στα κίνητρα της Κυβέρνησης, ώστε να υπάρξει καλύτερη συνεργασία μεταξύ τους και προώθηση των εξωτερικών οικονομικών πόρων κεντρικά, μέσω του ΥΥ. Η αναδιάρθρωση του ΥΥ με νέους, εκπαιδευμένους μάνατζερ, εγχώριους πτυχιούχους ή της διασποράς, θα εισαγάγει νέες δεξιότητες και διαπραγματευτικές ικανότητες για την επικαιροποίηση των προτεραιοτήτων, με βάση τις πραγματικές τοπικές ανάγκες.

Όσον αφορά στην ποιότητα των ΥπΥ, μπορεί να ενισχυθεί με τη δημιουργία επιτροπών ποιότητας στις ΔΥ και στα διαφορετικά επίπεδα οργάνωσης του ΣΥ. Οι επιτροπές αυτές θα πρέπει να είναι ανεξάρτητες και να λειτουργούν με βάση ένα κεντρικά ορισμένο σύστημα πιστοποίησης των υπηρεσιών, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα. Η τακτική δημοσίευση των συμπερασμάτων τους θα αποτελούσε ένα επιπλέον κίνητρο για βελτίωση των υπηρεσιών, καθώς θα υπηρετούσε τη διαφάνεια και θα λειτουργούσε ως μηχανισμός συγκριτικής αξιολόγησης σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

Η συστηματική συγκριτική αξιολόγηση επιπλέον με γειτονικές χώρες, ως προς τα αποτελέσματα, τις διαδικασίες, την ποιότητα και άλλους παράγοντες θα μπορούσε να αναγνωρίσει κενά, αλλά και να προσφέρει λύσεις για την ικανοποίησή τους. Η δημιουργία μίας εθνικής επιτροπής Ελέγχου και Αξιολόγησης θα μπορούσε να επιβλέπει και να ορίζει τη συγκεκριμένη διαδικασία.

Η ανάλυση της Πολιτικής Υγείας στο ΝΣ θα πρέπει μάλλον να αντιμετωπιστεί με μία πολιτικο-οργανωσιακή προσέγγιση, παρά τεχνικά (26). Το διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον στη χώρα δεν επιτρέπει άλλωστε την ανάλυση συγκεκριμένων σταδίων που ακολουθούνται διαδοχικά, όπως στην τεχνική ανάλυση. Αντίθετα, η Πολιτική πρέπει να αντιμετωπιστεί η ίδια ως διαδικασία (49), καθώς η διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση στη χώρα πιέζει για αλλαγές στην Πολιτική που σχεδιάζεται όμως για να αλλάξει τη συγκεκριμένη κατάσταση. Ο ρόλος των φορέων σε αυτού του είδους την προσέγγιση είναι ιδιαίτερα σημαντικός και σύμφωνα με μερικούς “η Πολιτική Υγείας είναι συνώνυμη της Πολιτικής και ασχολείται με αυτούς που επηρεάζουν τη χάραξη Πολιτικής, το πώς χρησιμοποιούν την επιρροή τους και κάτω υπό ποιες συνθήκες” (50). Η καλύτερη κατανόηση των φορέων, του βαθμού επιρροής και των συμφερόντων τους επομένως συμβάλλει και στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο επηρεάζεται η Πολιτική και λαμβάνονται τελικά τα μέτρα για την ενίσχυση του ΣΥ (26).

Με βάση την κατάταξη των φορέων επομένως στο Διάγραμμα 6 (δεν είναι εξαντλητικό, όσον αφορά στους φορείς), γίνεται φανερό ότι οι προσπάθειες ευαισθητοποίησης και

επιρροής πρέπει να στραφούν προς τους φορείς Α2, που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επιρροή, αλλά και ενδιαφέρον να προκαλέσουν αλλαγές στην οργάνωση και εύρυθμη λειτουργία του ΣΥ της χώρας. Παράλληλα, θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες ώστε οι ομάδες κοινωνίας των πολιτών, το ΥΟ και τα υπόλοιπα Υπουργεία/Υπηρεσίες που επηρεάζουν την Υγεία να μετακινηθούν στο Α2. Οι υπόλοιποι φορείς του Α1 δεν τοποθετούν το ΣΥ της χώρας στο άμεσο ενδιαφέρον τους, καθώς έχουν διαφορετικές εντολές ή κύρια ενδιαφέροντα, μπορούν όμως να το επηρεάσουν εμμέσως (και το έχουν κάνει ήδη στο παρελθόν) μέσω Πολιτικών αποφάσεων ή προστασίας της βοήθειας και χρηματικών δωρεών. Αυτοί επίσης πρέπει να λαμβάνουν μηνύματα ευαισθητοποίησης, αλλά σε μικρότερο βαθμό, ώστε να διατηρούν ζωννό το ενδιαφέρον τους, χωρίς να “κουράζονται”. Οι φορείς στο Α4 (ηγεσία Υγείας σε περιφερειακό/τοπικό επίπεδο, ασθενείς, ΕΥ και σύλλογοί τους, ιδιωτικός ΤΥ, Θρησκευτικές Οργανώσεις) πρέπει να ενδυναμωθούν και να μπορέσουν να μετακινηθούν στο Α2 στο προσεχές μέλλον, αφού δέχονται σημαντικό αντίκτυπο από τις εξελίξεις στο ΣΥ και θα έπρεπε, εξαιτίας της θέσης τους, να μπορούν να το επηρεάσουν περισσότερο. Για αυτή τη μετάβαση, απαιτείται διαρκής ενημέρωση και “εκπαίδυσή” τους σε θέματα υγείας. Η επανεκκίνηση των ενώσεων SSGMC και SSNAMA κρίνεται αναγκαία. Τέλος, για τους φορείς στο Α3, αν και υπό άλλες συνθήκες λόγω των χαρακτηριστικών τους θα έπρεπε να αποφεύγονται, είναι απαραίτητο να αυξηθεί η δύναμη και η επίδρασή τους στην Υγεία, καθώς η δική τους ενδυνάμωση αποτελεί ενδυνάμωση της βάσης ενός ομαλά οργανωμένου, αποκεντρωμένου και διαφανούς ΣΥ, ώστε να μετακινηθούν και αυτοί στις άλλες ομάδες. Ειδικότερα, τα ΜΜΕ μπορούν να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σχετικά με θέματα υγείας και υγιεινού τρόπου ζωής, μέσω μετάδοσης μηνυμάτων, αλλά και στην ενδυνάμωσή του, υποστηρίζοντας και συνηγορώντας για τα δικαιώματά του σε ένα ισότιμο, σύγχρονο και προσβάσιμο ΣΥ.

Η οργανωμένη κοινωνία των πολιτών έχει να παίξει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της ισότητας στην υγεία και στην έρευνα υγείας, όπως αναγνωρίστηκε ήδη από το 2009 (51). Σύμφωνα με τα συμπεράσματα του Παγκόσμιου Υπουργικού Φόρουμ για την έρευνα Υγείας (38), οι οργανισμοί της κοινωνίας των πολιτών μπορούν και πρέπει να συμμετέχουν στις αποφάσεις για την έρευνα Υγείας, όπως στον καθορισμό των προτεραιοτήτων, στη διεξαγωγή έρευνας και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων για περαιτέρω δράσεις, ενώ οι υπεύθυνοι χάραξης Πολιτικής πρέπει να ενθαρρύνουν τη

συμμετοχή τους.

Γενικά, θα μπορούσε να προταθεί η ενίσχυση της σχετικιστικής άποψης στην παραγωγή γνώσης και στην εκμάθηση από τους διάφορους φορείς, ώστε να κατανοηθεί η αντίδραση των κοινωνικών παραγόντων στην πραγματικότητα της χώρας και να βοηθηθούν οι υπεύθυνοι χάραξης Πολιτικής να διαπραγματευτούν αμοιβαία αποδεκτές λύσεις στα προβλήματα, σταματώντας παράλληλα τη θετικιστική, απλή μεταφορά γνώσης από το ένα περιβάλλον στο άλλο, χωρίς να λαμβάνονται υπόψιν οι τοπικές συνθήκες. Παράλληλα, πρέπει να αναγνωριστεί η πολλαπλή υπαιτιότητα των αποτελεσμάτων υγείας, ως απόρροια της δράσης των πολλών και διαφορετικών φορέων που μεταφράζουν και αναλύουν υπό τις δικές τους, διαφορετικές προοπτικές τα προβλήματα υγείας στη χώρα, προσπαθώντας να δώσουν λύση (26).

Η αύξηση της χρηματοδότησης υγείας από τον κεντρικό προϋπολογισμό δεν πρέπει να καθυστερήσει περισσότερο. Η λήψη όλων των αναφερόμενων μέτρων άλλωστε, δε μπορεί να πραγματοποιηθεί, χωρίς χρηματοδότηση. Η μετατόπιση του βάρους από την ασφάλεια και τον στρατιωτικό τομέα προς τις κοινωνικές υπηρεσίες (υγεία, εκπαίδευση) θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα της Συναινετικής Κυβέρνησης. Έτσι, θα ενισχυθεί και η παροχή του βασικού πακέτου ΥπΥ δωρεάν από όλες τις ΔΥ.

Επίσης, η επέκταση της δημόσιας ασφάλισης υγείας για το σύνολο των πολιτών και η χρηματοδότησή της από κεφάλαια εξωτερικών δωρητών, αλλά και τη δημόσια φορολογία, ώστε να περιοριστεί η συνεισφορά των ίδιων των χρηστών, κατά τα πρότυπα της Γκάνας (52), θα μπορούσε να αυξήσει την οικονομική πρόσβαση στις ΥπΥ, αλλά και να χρηματοδοτήσει το ΣΥ. Με αυτόν τον τρόπο, τα κεφάλαια των δωρητών θα διοχετευόταν για την οριζόντια ενδυνάμωση του ΣΥ και όχι τη λειτουργία “κάθετων” προγραμμάτων.

Όσον αφορά στο μέλλον, οι σύγχρονες παγκόσμιες προκλήσεις, όπως η κλιματική αλλαγή, προβλέπονται να έχουν αρνητική επίδραση στην πρόσβαση σε πόσιμο νερό, σε βελτιωμένες συνθήκες υγιεινής και στην ασφάλεια τροφής στη χώρα. Επιπλέον,

πιθανόν να υπάρξει έξαρση ασθενειών που σχετίζονται με το κλίμα ή λιμών, λόγω ξηρασίας και πλημμυρών, όπως έχει ήδη συμβεί σε αρκετές περιπτώσεις στο παρελθόν, καθώς και ανταγωνισμού και συγκρούσεων για τους φυσικούς πόρους (6). Το 2017, το ΝΣ άλλωστε κατατασσόταν στις πέντε περισσότερο πληγείσες χώρες παγκοσμίως σύμφωνα με τον Δείκτη Ευαισθησίας για την Κλιματική αλλαγή (53).

Η αύξηση της αστικοποίησης, χωρίς σχεδιασμό και αποτελεσματικό σύστημα αποχετεύσεων, οδήγησε ήδη σε συμφόρηση μέσα και γύρω από τις μεγάλες πόλεις και δύναται να εκθέσει τους πολίτες σε διάδοση μεταδοτικών ασθενειών (πχ φυματίωση ή χολέρα) στο προσεχές μέλλον. Επιπλέον, η παρουσία μεγάλου αριθμού ατόμων ακόμα στα POCs οδηγεί σε υποβάθμιση (υπερεκμετάλλευση των τοπικών πόρων) του γύρω φυσικού περιβάλλοντος, καθώς τα δέντρα χρησιμοποιούνται ως καύσιμα για παράδειγμα, ενώ οι πηγές νερού και η γη μολύνονται από τις φτωχές συνθήκες υγιεινής, κάτι που μπορεί να προκαλέσει “ανθρωπογενή λιμό” στο μέλλον. Η λύση φυσικά είναι η επιστροφή του πληθυσμού στις εστίες του, όπου μπορεί να ξεκινήσει ξανά την καλλιέργεια της γης, μειώνοντας την τροφική ανασφάλεια και βελτιώνοντας την υγεία του (6).

Θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι το ΝΣ είναι ακόμα ένα “νεαρό” έθνος, με περιορισμένες δυνατότητες, και είναι αλήθεια, αλλά αυτό δεν μπορεί να χρησιμοποιείται πάντα ως προκάλυψη για την έλλειψη πολιτικής βούλησης και επενδύσεων για τις απαιτούμενες αλλαγές ή την αντιμετώπιση της διαφθοράς. Άλλωστε, στη χώρα είχαν ήδη δημιουργηθεί θεσμικές δομές από το 1994, στο Chukudum, με τη διεθνή υποστήριξη (11). Η νέα Συναινετική Κυβέρνηση επομένως πρέπει να εκπληρώσει τις ελπίδες του πληθυσμού και, χρησιμοποιώντας τις δυνάμεις της, να συμβάλλει στην εξασφάλιση της ειρήνης και της οικονομικής ανάπτυξης, στα πλαίσια Πολιτικής σταθερότητας. Υπό αυτές τις συνθήκες, ο πληθυσμός θα μπορέσει να απολαύσει τις υπηρεσίες ενός σύγχρονου, αποτελεσματικού, προσβάσιμου και αποδοτικού ΣΥ.

Άλλωστε, το “Όραμα για το 2040” του ΝΣ (1), που είχε εκδοθεί από την εποχή της Ανεξαρτησίας, αναφερόταν στη “δημιουργία ενός Έθνους εκπαιδευμένου και πληροφορημένου, παραγωγικού και ευημερούντος, ελεύθερου, δίκαιου και ειρηνικού, δημοκρατικού και υπόλογου, ασφαλούς και υγιούς, ενωμένου και περήφανου, συμπονετικού και ανεκτικού”.

Βιβλιογραφία

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγικές Πληροφορίες

1. Government of Southern Sudan. The Transitional Constitution of the Republic of South Sudan, 2011. Juba. 2011.
2. Διαδικτυακός τόπος “Africanews”. <https://www.africanews.com/2020/02/15/south-sudan-s-president-agrees-to-have-10-states//> (26/05/2020)
3. United Nations Security Council. Situation in South Sudan. Report of the Secretary-General. New York. 2020.
4. Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Arlington. 2019.
5. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/South_Sudan (26/05/2020).
6. National Bureau of Statistics. South Sudan Population Census in 2018. Juba. 2018

7. Διαδικτυακός τόπος “United Nations News”. <https://news.un.org/en/story/2018/09/1018671> (26/05/2020).
8. Ministry of Health, Republic of South Sudan. South Sudan National Strategic Plan for Human Resources for Health 2011-2015. Juba. 2011.
9. Διαδικτυακός τόπος “Sudan Tribune”. <https://www.sudantribune.com/spip.php?article52556> (26/05/2020)
10. Ministry of Environment of Republic of South Sudan, UN Environment. South Sudan First State of Environment and Outlook Report, 2018. Nairobi. 2018.

Κεφάλαιο 2. Ιστορική Αναδρομή

1. Jok Madut J. Islamic Militancy, Memory of the Conflict and State Illegitimacy. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 156-184.
2. Government of the Republic of South Sudan. South Sudan Development Plan 2011-2013. Juba. 2011.
3. Jok Madut J. The Political History of South Sudan. In: Mckulka T. ed. A shared struggle. The people and cultures of South Sudan. Denmark: Ministry of Culture, Youth and Sports, Government of the Republic of South Sudan and United Nations Mission in South Sudan; 2013. p. 85-143.
4. Johnson D. The Root Causes of Sudan’s civil wars. Oxford: James Currey; 2003.
5. Collins R. Shadows in the Grass: the British in Southern Sudan, 1918-1956. New Haven: Yale University Press; 1983.
6. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/Anglo-Egyptian_Sudan (26/05/2020).
7. Martin M. Fault lines. In: Martin M. ed. The State of Africa. A history of fifty years of independence. Berkshire: Cox & Wyman Ltd. Reading; 2006. p. 344-361.
8. Jok Madut J. The Military-Islamic Complex and the North-South Divide. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 49-80.

9. Jok Madut J. Arabism, Islamism and the Resource Wars in Darfur. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 115-155.
10. Martin M. Revolt on the Nile. In: Martin M. ed. The State of Africa. A history of fifty years of independence. Berkshire: Cox & Wyman Ltd. Reading; 2006. p. 30-43.
11. Ferguson J. Global Shadows: Africa in the Neoliberal World Order. Durham NC: Duke University Press; 2006.
12. World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. I (Synthesis. Framework for sustained Peace, Development and Poverty Eradication). Sudan. 2005.
13. Jok Madut J. Conclusion. Which way Sudan? In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 275-297.
14. Jok Madut J. Race, Religion and the Politics of Regional Nationalism. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 81-114
15. Secure Livelihoods Research Consortium. Researching livelihoods and services affected by conflict. State building and legitimacy. Experiences of South Sudan. Report 15. London. 2017.
16. Jok Madut J. Introduction. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 1-48.
17. Jok Madut J. Insurgency and Militarization of Society. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 212-237.
18. Intergovernmental Authority on Development (IGAD). Agreement on the Resolution of the Conflict in the Republic of South Sudan. Addis Ababa. 2015.
19. Jok Madut J. Sudan and the Rest of the World: The Search for Peace and Security. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p.238-274.
20. Martin M. The honor of living. In: Martin M. ed. The State of Africa. A history of fifty years of independence. Berkshire: Cox & Wyman Ltd. Reading; 2006. p. 588-599.
21. Arop Dudi N. Peoples and Cultures of South Sudan: a journey to collective belonging. In: Mckulka T. ed. A shared struggle. The people and cultures of South Sudan. Denmark: Ministry of Culture, Youth and Sports, Government of the

- Republic of South Sudan and United Nations Mission in South Sudan; 2013. p. 13-14.
22. Διαδικτυακός τόπος “United Nations Mission in South Sudan”. <https://unmis.unmissions.org/comprehensive-peace-agreement> (26/05/2020).
 23. Jok Madut J. A deadly combination: Militant Islam and Oil production. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 185-211.
 24. Ministry of Health, Government of South Sudan. Health Sector Development Plan 2011-2015. Juba. 2011.
 25. World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. III (Capacity Building and Institutional Development). Sudan. 2005.
 26. Ministry of Health, Republic of South Sudan. South Sudan National Strategic Plan for Human Resources for Health 2011-2015. Juba. 2011.
 27. Jok Madut J. Postscript: Sudan after secession. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 298-320.
 28. Young J. The Fate of Sudan: The origins and consequences of a flawed Peace process. London and New York: Zed Books; 2012.
 29. ITAD Ltd. United Kingdom and Channel Research, Belgium. Aiding the Peace. A Multi-donor Evaluation of Support to Conflict Prevention and Peace building Activities in Southern Sudan 2005-2010. Netherlands. 2010.
 30. Small Arms Survey. Small Arms and Armed Violence in Sudan and South Sudan. An assessment of empirical research undertaken since 2005. Geneva. 2016.
 31. Government of the Republic of South Sudan and United Nations Country Team (UNCT). United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) for the Republic of South Sudan 2012-2013. Juba. 2012.
 32. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/2011_South_Sudanese_independence_referendum (26/05/2020).
 33. Διαδικτυακός τόπος “BBC news”. <https://www.bbc.com/news/world-africa-12379431> (26/05/2020).
 34. United Nations Security Council. Resolution 1996 (2011). Adopted by the Security Council at its 6576th meeting, on 8 July 2011. New York. 2011.
 35. Ministry of Health, Republic of South Sudan. Health Sector Development Plan 2012-2016. Juba. 2012.

36. Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Secondary and Tertiary Health Care. Juba. 2011.
37. United Nations Mission in the Republic of South Sudan (UNMISS). Conflict in South Sudan: A Human Rights Report. Juba. 2014
38. United Nations Security Council. Resolution 2155 (2014). Adopted by the Security Council at its 7182nd meeting, on 27 May 2014. New York. 2014.
39. WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014.
40. WHO. Country Cooperation Strategy at a glance. Juba. 2018.
41. Διαδικτυακός τύπος “BBC news”. <https://www.bbc.com/news/world-africa-36140423> (26/05/2020).
42. Republic of South Sudan. South Sudan National Action Plan 2015-2020 on UNSCR 1325 on women, peace and security and related resolutions. Juba. 2015.
43. Διαδικτυακός τύπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/South_Sudanese_Civil_War (26/05/2020).
44. Center for civilians in conflict. Under Fire: The July 2016 Violence in Juba and UN response. USA. 2016.
45. Διαδικτυακός τύπος “Al Jazeera”. <https://www.aljazeera.com/news/2016/08/south-sudan-riek-machar-khartoum-medical-care-160823161508776.html> (26/05/2020).
46. Watchlist on children and armed conflict (“Watchlist”). The impact on children of attacks on Health care and denial of humanitarian access in South Sudan. “Everyone and Everything is a target”. New York.
47. Διαδικτυακός τύπος “Reuters”. <https://www.reuters.com/article/us-southsudan-aid/kidnapped-aid-workers-in-south-sudan-released-u-n-rebels-idUSKBN1EE22I> (26/05/2020).
48. Διαδικτυακός τύπος “Al Jazeera”. <https://www.aljazeera.com/news/2016/11/starvation-threat-numbers-soar-south-sudan-161125134045296.html> (26/05/2020).
49. Διαδικτυακός τύπος “UNICEF”. <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/> (26/05/2020).
50. UNICEF. Childhood under attack. The staggering impact of South Sudan’s crisis on children. 2017.
51. OCHA. Humanitarian Bulletin South Sudan. Issue 10. Juba. June 2017.
52. OCHA. Humanitarian needs overview 2018 South Sudan. Juba. 2017.

53. Διαδικτυακός τόπος “United Nations”. <https://www.un.org/press/en/2018/sc13176.doc.htm> (26/05/2020).
54. World Bank. The World Bank Protection of Essential Health Services Project (P168926). New York. 2018.
55. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Estimates of crisis-attributable mortality in South Sudan, December 2013-April 2018. London. 2018.
56. Διαδικτυακός τόπος “Al Jazeera”. <https://www.aljazeera.com/news/2018/09/south-sudan-president-signs-peace-deal-rebel-leader-180912185452831.html> (26/05/2020).
57. Georgetown Institute for Women, Peace and Security and the Peace Research Institute Oslo (PRIO). Women, Peace and Security Index 2019/20: Tracking sustainable peace through inclusion, justice and security for women. Washington DC. 2019.
58. Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Arlington. 2019.
59. World Health Organization. South Sudan, Emergency type: Humanitarian crisis in South Sudan. Situation report issue nr 15. 30 April - 6 May 2018.
60. Διαδικτυακός τόπος “UN news”. <https://news.un.org/en/story/2020/02/1057941> (26/05/2020).
61. Διαδικτυακός τόπος “CGTN”. <https://newsus.cgtn.com/news/2020-02-24/South-Sudan-s-new-government-takes-shape-OkM6dJWP2o/index.html> (26/05/2020).
62. Διαδικτυακός τόπος “US Department of State”. <https://www.state.gov/troika-statement-formation-of-south-sudans-revitalized-transitional-government-of-national-unity/> (26/05/2020).
63. Διαδικτυακός τόπος “Xinhuanet news”. http://www.xinhuanet.com/english/2019-12/03/c_138600603.htm (27/05/2020).
64. Διαδικτυακός τόπος “VOA news”. <https://www.voanews.com/africa/aid-group-says-gunmen-stormed-its-compound-south-sudan> (27/05/2020).
65. Διαδικτυακός τόπος “Eye radio”. <https://eyeradio.org/unhcr-condemns-bunj-attack-on-aid-workers/> (27/05/2020).
66. Διαδικτυακός τόπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/us-embassy-condemns-attack-on-aid-workers-in-maban> (27/05/2020).
67. OCHA. Humanitarian Response Plan South Sudan. South Sudan. 2019.

68. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/attack-on-aid-convoy-in-jonglei-wounds-one-official> (27/05/2020).
69. Διαδικτυακός τύπος “Mail on line”. <https://www.dailymail.co.uk/wires/ap/article-8107471/UN-welcomes-encouraging-peace-developments-South-Sudan.html> (27/05/2020).
70. Διαδικτυακός τύπος “International Rescue Committee”. <https://www.rescue.org/article/top-10-crises-world-should-be-watching-2020> (27/05/2020).
71. Διαδικτυακός τύπος “Radio Miraya-UNMISS”. “SSDF and SPLM-IO trade accusations over renewed clashes in Maiwut” (7 January 2020). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (27/05/2020).
72. United Nations Security Council. Situation in South Sudan. Report of the Secretary-General. New York. 2020.
73. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/4-people-killed-5-children-abducted-in-bieh-attacks-official> (27/05/2020).
74. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/death-toll-from-western-lakes-ethnic-fighting-rises-to-over-50> (27/05/2020).
75. Διαδικτυακός τύπος “Gurtong”. <http://www.gurtong.net/ECM/Editorial/tabid/124/ctl/ArticleView/mid/519/articleId/21983/UNMISS-Concerned-About-Clashes-In-Central-And-Northern-South-Sudan.aspx> (27/05/2020).
76. Διαδικτυακός τύπος “Sudan tribune”. <https://www.sudantribune.com/spip.php?article68702> (27/05/2020).
77. Διαδικτυακός τύπος “United Nations Human Rights. Office of the High Commissioner”. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25686&LangID=E> (27/05/2020)
78. Διαδικτυακός τύπος “Sudan Tribune”. <https://www.sudantribune.com/spip.php?article69045> (27/05/2020).
79. Διαδικτυακός τύπος “Radio Miraya-UNMISS”. Twelve SSPDF soldiers killed in clashes with armed cattle keepers in Tonj state” (2 December 2019). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (27/05/2020).

80. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”.
<https://radiotamazuj.org/en/news/article/duk-pagak-youth-rescue-four-abducted-girls> (27/05/2020).
81. Διαδικτυακός τύπος “Sudan Tribune”.
<http://www.sudantribune.com/spip.php?article68616> (27/05/2020).
82. Διαδικτυακός τύπος “Sudan Tribune”.
http://sudantribune.com/spip.php?iframe&page=imprimable&id_article=68586 (27/05/2020).
83. Διαδικτυακός τύπος “UN News”. <https://news.un.org/en/story/2019/11/1052121> (27/05/2020)
84. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”.
<https://radiotamazuj.org/en/news/article/five-killed-in-fighting-at-kakuma-refugee-camp> (27/05/2020).
85. Διαδικτυακός τύπος “The East African news”.
<https://www.theeastafrican.co.ke/news/ea/Refugees-host-community-fight-in-Uganda/4552908-5385550-wti2kwz/index.html> (27/05/2020)
86. OCHA. Humanitarian needs overview 2020 South Sudan. South Sudan. 2019.
87. Saferworld. Civilian disarmament in South Sudan. A legacy of struggle. 2012.
88. Διαδικτυακός τύπος “The East African news”.
<https://www.theeastafrican.co.ke/news/ea/weapons-embargo-on-South-Sudan-lapses/4552908-5541198-442k19/index.html> (27/05/2020).
89. Διαδικτυακός τύπος “Eye radio”. <https://eyeradio.org/malnutrition-hit-ikotos-loses-18-children/> (27/05/2020).
90. Διαδικτυακός τύπος “Eye radio”. <https://eyeradio.org/nptc-urged-to-feed-starving-cantoned-soldiers/> (27/05/2020).
91. Διαδικτυακός τύπος “Catholic Radio Network”.
<http://catholicradionetwork.org/?q=node/31881> (27/05/2020).
92. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/us-warns-its-citizens-against-travel-to-south-sudan> (27/05/2020).

Κεφάλαιο 3. Πολιτική Υγείας και Στρατηγική στο Νότιο Σουδάν

1. World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. I (Synthesis. Framework for sustained Peace, Development and Poverty Eradication). Sudan. 2005.
2. World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. III (Capacity Building and Institutional Development). Sudan. 2005.
3. Ministry of Health, Government of Southern Sudan. Health Policy for the Government of Southern Sudan, 2006-2011. Reviewed version. Juba. 2007.
4. WHO, Alliance for Health Policy and Systems Research. Health Policy and Systems Research. A Methodology Reader. Geneva. 2012.
5. Southern Sudan AIDS Commission (SSAC). Southern Sudan HIV/AIDS Policy 2008. Juba. 2008.
6. Sudan People's Liberation Movement (SPLM), Social and Services Commission, Secretariat of Health. HIV/AIDS Policy and Control Strategies for the New Sudan. Juba. 2001.
7. Boo T. The HIV situation in Southern Sudan: An overview of available data with comments upon program implications. Juba, Southern Sudan: US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2007.
8. Διαδικτυακός τόπος "WHO". https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/ (27/05/2020).
9. Government of Southern Sudan. The Transitional Constitution of the Republic of South Sudan, 2011. Juba. 2011.
10. Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Primary Health Care. Juba. 2011.
11. Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Secondary and Tertiary Health Care. Juba. 2011.
12. Ministry of Health, Government of South Sudan. Health Sector Development Plan 2011-2015. Juba. 2011.
13. Government of the Republic of South Sudan. South Sudan Development Plan 2011-2013. Juba. 2011.
14. Republic of South Sudan. South Sudan National Action Plan 2015-2020 on UNSCR 1325 on women, peace and security and related resolutions. Juba. 2015.
15. Ministry of Health, Republic of South Sudan. South Sudan National Strategic Plan for Human Resources for Health 2011-2015. Juba. 2011.

16. Government of the Republic of South Sudan and United Nations Country Team (UNCT). United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) for the Republic of South Sudan 2012-2013. Juba. 2012.
17. Ministry of Health, Republic of South Sudan. Health Sector Development Plan 2012-2016. Juba. 2012.
18. Διαδικτυακός τόπος “WHO Regional office for Africa”. <https://www.afro.who.int/news/launch-south-sudan-national-health-policy-review-workshop> (27/05/2020).
19. WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014.
20. Διαδικτυακός τόπος “Xinhuanet news”. http://www.xinhuanet.com/english/2017-04/01/c_136175383.htm (27/05/2020).
21. Ministry of Health, The Republic of South Sudan. National Health Policy 2016-2026. Juba. 2016.
22. WHO South Sudan. The work of WHO in South Sudan in 2018. Juba. 2018.
23. Διαδικτυακός τόπος “WHO Regional office for Africa”. <https://www.afro.who.int/news/who-supports-new-initiative-more-easily-allow-people-living-south-sudans-rural-communities> (27/05/2020).
24. Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Arlington. 2019.
25. Διαδικτυακός τόπος “WHO Regional office for Africa”. <https://www.afro.who.int/news/south-sudan-revises-its-national-standard-treatment-guidelines-improve-quality-care-community?country=876&name=South%20Sudan> (27/05/2020).

Κεφάλαιο 4. Οργάνωση Συστήματος Υγείας Νότιου Σουδάν

1. Ministry of Health, Government of the Republic of South Sudan. National Reproductive Health Policy. Juba. 2013.
2. Ministry of Health, Government of the Republic of South Sudan. National Family Planning Policy. Juba. 2013.

3. Adwok J. Regulatory Challenges in a Complex Emergency Environment: An update on South Sudan. 13th International Conference on Medical Regulation (IAMRA). Dubai. 2018.
4. Ministry of Health, Republic of South Sudan. South Sudan National Strategic Plan for Human Resources for Health 2011-2015. Juba. 2011.
5. Ministry of Health, Republic of South Sudan. Health Sector Development Plan 2012-2016. Juba. 2012.
6. Διαδικτυακός τόπος “Ministry of Health Republic of South Sudan”. https://moh-rss.org/?page_id=264 (27/05/2020).
7. Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Secondary and Tertiary Health Care. Juba. 2011.
8. Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Arlington. 2019.
9. Ministry of Health, Government of South Sudan. Health Sector Development Plan 2011-2015. Juba. 2011.
10. Ministry of Justice, Republic of South Sudan. Laws of South Sudan. Drug and Food Control Authority Act, 2012. ACT no. 37. Juba. 2012.
11. Διαδικτυακός τόπος “Gurtong”. <http://www.gurtong.net/ECM/Editorial/tabid/124/ctl/ArticleView/mid/519/articleId/8755/South-Sudan-Launches-Drug-And-Food-Control-Authority.aspx> (27/05/2020).
12. Διαδικτυακός τόπος “Systems for Improved Access to Pharmaceutical and Services (SIAPS)”. <http://siapsprogram.org/wherewework/south-sudan/> (27/05/2020).
13. Διαδικτυακός τόπος “Tanzania Medicine and Medical Devices Authority”. <https://www.tmda.go.tz/programs/hamornization-and-international-collaboration> (27/05/2020).
14. Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Primary Health Care. Juba. 2011.
15. Delegation of the European Union to South Sudan and the Ministry of Health - Government of the Republic of South Sudan. Forward-looking analysis of funding and structural options for the Health Sector going forward and how they could be operationalized. Final report: Narrative report. 2018.

Κεφάλαιο 5. Μελέτη Πολιτικής και Συστήματος Υγείας

1. Ministry of Environment of Republic of South Sudan, UN Environment. South Sudan First State of Environment and Outlook Report, 2018. Nairobi. 2018.
2. Jervase A. Forty years of primary health care programming and its future in South Sudan. *South Sudan Medical Journal* 2019; 12(2): 36-37.
3. Ministry of Health, Republic of South Sudan. South Sudan National Strategic Plan for Human Resources for Health 2011-2015. Juba. 2011.
4. WHO and Health Metrics Network (HMN). Framework and Standards for Country Health Information Systems. Second edition. Italy. 2012.
5. Walston SL., Chou AF. Strategic Thinking and Achieving Competitive Advantage. In: Burns LR, Bradley EH, Weiner BJ. eds. Shortell and Kaluzny's Health Care Management Organization Design and Behavior. New York: Delmar, Cengage Learning; 2012. p. 282-312.
6. Ministry of Health, The Republic of South Sudan. National Health Policy 2016-2026. Juba. 2016.
7. International Health Partnership (IHP) and WHO. Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability. Geneva. 2011.
8. Government of the Republic of South Sudan. South Sudan Development Plan 2011-2013. Juba. 2011.
9. Διαδικτυακός τόπος "Future Learn. Online courses". <https://www.futurelearn.com/courses/geohealth/0/steps/19307> (27/05/2020).
10. Ministry of Health, Republic of South Sudan. Health Sector Development Plan 2012-2016. Juba. 2012.
11. Basaza R., Alier PK, Kirabira P, Ogubi D, Loro Lako RL. Willingness to pay for National Health Insurance Fund among public servants in Juba City, South Sudan: a contingent evaluation. *International Journal for Equity in Health* 2017; 16:158.
12. Διαδικτυακός τόπος "Knoema". <https://knoema.com/atlas/South-Sudan/topics/Health/Health-Expenditure/Voluntary-health-insurance-as-a-share-of-current-health-expenditure> (27/05/2020).

13. UNICEF South Sudan. Social Assessment Report for Essential Health Services Project (EHSP). Juba. 2018.
14. Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Arlington. 2019.
15. WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014.
16. WHO. Country Cooperation Strategy at a glance. Juba. 2018.
17. World Bank. The World Bank Protection of Essential Health Services Project (P168926). New York. 2018.
18. Ministry of Health, The Republic of Uganda. Health Sector Development Plan 2015/16-2019/20. Kampala. 2015.
19. South Sudan General Medical Council (SSGMC). Annual Report and Financial Statements 2018. Juba. 2018.
20. Ministry of Health, Government of Southern Sudan. Health Policy for the Government of Southern Sudan, 2006-2011. Reviewed version. Juba. 2007.
21. USAID. Southern Sudan Health System Assessment. Maryland. 2007.

Κεφάλαιο 6. Σύγχρονη Αξιολόγηση του ΣΥ του Νότιου Σουδάν

1. Swayne LE, Duncan WJ, Ginter PM. The Nature of Strategic Management. In: Swayne LE, Duncan WJ, Ginter PM eds. Strategic Management of Health Care Organizations. West Sussex: Jossey-Bass; 2008. p. 3-33.
2. Center For Strategic and International Studies (CSIS). A report of the CSIS Global Health Policy Center. The State of Public Health in South Sudan. Critical Condition. Washington DC. 2012.
3. Ministry of Health, Government of Southern Sudan and National Bureau of Statistics. The Republic of South Sudan: The Sudan Household Health Survey (SHHS) 2010. Juba. 2010.

4. Camino CM, Vargas W, Valadez J. M&E Scoping Mission, Program of Technical Assistance to Health Priorities of South Sudan. Liverpool Associates in Tropical Health 2010.
5. Laku R, Camino CM, Stoops N, Ali M. Implementing a routine health management information system in South Sudan. South Sudan Medical Journal 2012; 5(1): 21-24.
6. Ministry of Health, Republic of South Sudan. Health Sector Development Plan 2012-2016. Juba. 2012.
7. Government of the Republic of South Sudan. South Sudan Development Plan 2011-2013. Juba. 2011.
8. WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014.
9. WHO South Sudan. The work of WHO in South Sudan in 2018. Juba. 2018.
10. Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Secondary and Tertiary Health Care. Juba. 2011.
11. Διαδικτυακός τύπος “Measure evaluation. Health Information Systems Strengthening Resource Center”. <https://www.measureevaluation.org/his-strengthening-resource-center/country-profiles/south-sudan> (27/05/2020).
12. Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Arlington. 2019.
13. Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS). Building Pharmaceutical Management Capacity in South Sudan. Arlington. 2017.
14. Ministry of Health, The Republic of Uganda. Health Sector Development Plan 2015/16-2019/20. Kampala. 2015.
15. Διαδικτυακός τύπος “The National Bureau of Statistics. The Republic of South Sudan”. <https://ssnbs.org/> (27/05/2020).
16. WHO. South Sudan e-health indicators. Retrieved from <http://origin.who.int/goe/publications/atlas/2015/ssd.pdf> (08/05/2020).
17. Lumala A., Wasing ya-Kasereka L, Opio M, Ntacyo J, Mugisha S, Kellett J. What is the best way for healthcare systems to charge sick patients? South Sudan Medical Journal 2019; 12(2): 62-65.
18. Διαδικτυακός τύπος “WHO Regional Office for Africa”. <https://www.afro.who.int/news/south-sudan-implements-road-map-introduce-and-institutionalize-national-health-accounts> (27/05/2020).

19. African Development Bank Group. South Sudan: An Infrastructure Action Plan. A Program for Sustained Strong Economic Growth. Tunis-Belvedere. 2013.
20. World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. III (Capacity Building and Institutional Development). Sudan. 2005.
21. Implementing the JAM infrastructure Recommendations. Progress and way forward. Presentation to the Infrastructure Break out Session of the Paris Meeting of the Sudan Consortium. 9-10 March 2006.
22. Macharia PM, Ouma PO, Gogo EG, Snow RW, Noor AM. Spatial accessibility to basic public health services in South Sudan. *Geospat Health* 2017; 12(1): 510.
23. Διαδικτυακός τόπος “Logistics Capacity Assessment”. <https://dlca.logcluster.org/display/public/DLCA/2.4+South+Sudan+Railway+Assessment> (28/05/2020).
24. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/Babanusa-Wau_Railway (28/05/2020).
25. Διαδικτυακός τόπος “Gurtong”. <http://www.gurtong.net/ECM/Editorial/tabid/124/ctl/ArticleView/mid/519/articleId/21200/Sudan-Railway-To-Resume-Its-Operation-To-South-Sudan.aspx> (28/05/2020).
26. Διαδικτυακός τόπος “Index Mundi”. https://www.indexmundi.com/south_sudan/railways.html (28/05/2020).
27. Health Cluster. Health Cluster Bulletin #6. Juba. 30 June 2017.
28. CARE International. Critical diagnosis: The case for placing South Sudan’s Healthcare System at the heart of the Humanitarian Response. Juba. 2014.
29. OCHA. Humanitarian needs overview 2020 South Sudan. South Sudan. 2019.
30. UN-OHRLLS (United Nations Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States). State of the least developed countries 2016 (Follow up of the implementation of the Istanbul Programme of Action for the Least Developed Countries). USA. 2016.
31. Ministry of Cabinet, Sudan. Central Bureau of Statistics, Sudan. UNICEF, Sudan. Sudan, Multiple Indicator Cluster Survey 2014. Final Report. Khartoum. 2016.
32. Ministry of Monitoring, Planning and Implementation of the Modern Revolution, Ministry of Public Health and ICF International. Democratic Republic of Congo Demographic and Health Survey 2013-4. Key findings. Maryland. 2014.

33. Republic of Rwanda. UNESCO. Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). Country profile-Rwanda. Kigali. 2017.
34. Διαδικτυακός τόπος “Radio Miraya-UNMISS”. “Electrification of Juba city to be completed by end of December” (22 November 2019). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (28/05/2020).
35. Διαδικτυακός τόπος “Sudan Tribune”. <http://www.sudantribune.com/spip.php?article68564> (28/05/2020).
36. Διαδικτυακός τόπος “Power engineering”. <https://www.power-eng.com/2020/01/20/south-sudan-completing-100-mw-hybrid-plant-by-march/?topic=58731> (28/05/2020).
37. Διαδικτυακός τόπος “The Guardian”. <https://guardian.ng/business-services/south-sudans-ppp-grid-expansion-offers-nigeria-new-cues/> (28/05/2020).
38. Διαδικτυακός τόπος “Amwal Al Ghad”. <https://en.amwalalghad.com/elsewedy-electric-signs-45mln-pv-plant-with-s-sudan/> (28/05/2020).
39. World Bank. The World Bank Protection of Essential Health Services Project (P168926). New York. 2018.
40. World Health Organization. South Sudan, Emergency type: Humanitarian crisis in South Sudan. Situation report issue nr 15. 30 April - 6 May 2018.
41. Διαδικτυακός τόπος “Statista”. <https://www.statista.com/statistics/727347/inflation-rate-in-south-sudan/> (28/05/2020).
42. Delegation of the European Union to South Sudan and the Ministry of Health - Government of the Republic of South Sudan. Forward-looking analysis of funding and structural options for the Health Sector going forward and how they could be operationalized. Final Report Annex D: MOH Policies and FY2017/18 Budget. 2018.
43. Διαδικτυακός τόπος “Xinhuanet news”. http://www.xinhuanet.com/english/2019-04/04/c_137950744.htm (28/05/2020).
44. Sharma R. The price of onions. In: Sharma R. ed. The Rise and Fall of Nations. Ten rules of change in the post-crisis world. UK: Penguin Books; 2017. p. 234-261.
45. The World Bank. International Development Association project paper on a proposed second additional IDA grant in the amount of SDR 28,6 million (US\$40 million equivalent) to the Republic of South Sudan for Health Rapid Results project. 2016.

46. Ministry of Environment of Republic of South Sudan, UN Environment. South Sudan First State of Environment and Outlook Report, 2018. Nairobi. 2018.
47. Federal Ministry of Health, Republic of the Sudan, Federal Ministry of Health. Joint financial management Assessment. Khartoum. 2016.
48. Nyandekwe M., Nzayirambaho M, Kakoma JB. Universal Health coverage in Rwanda: dream or reality. PanAfrican Medical Journal 2014; 17:232.
49. Διαδικτυακός τόπος “Radio Miraya- UNMISS”. “2019 Human Development index indicates inequalities in access to basic services” (10 December 2019). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (28/05/2020).
50. Διαδικτυακός τόπος “UNDP. Human Development Reports”. <https://web.archive.org/web/20180914203906/http://hdr.undp.org/en/2018-update> (28/05/2020).
51. Ministry of Health, Government of Southern Sudan. Health Policy for the Government of Southern Sudan, 2006-2011. Reviewed version. Juba. 2007.
52. Southern Sudan AIDS Commission (SSAC). Southern Sudan HIV/AIDS Policy 2008. Juba. 2008.
53. ITAD Ltd. United Kingdom and Channel Research, Belgium. Aiding the Peace. A Multi-donor Evaluation of Support to Conflict Prevention and Peace building Activities in Southern Sudan 2005-2010. Netherlands. 2010.
54. Διαδικτυακός τόπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/opinion-is-lack-of-political-will-an-incurable-disease-in-south-sudan> (28/05/2020).
55. Διαδικτυακός τόπος “Kma News Agency”. <https://kmaupdates.com/s-sudan-hunger/> (28/05/2020).
56. Secure Livelihoods Research Consortium. Researching livelihoods and services affected by conflict. State building and legitimacy. Experiences of South Sudan. Report 15. London. 2017.
57. Διαδικτυακός τόπος “Daily Monitor”. <https://www.monitor.co.ug/News/National/East-Africa-S-Sudan-most-corrupt-Rwanda-least-report/688334-5434258-ffk3km/index.html> (28/05/2020).
58. Διαδικτυακός τόπος “United Nations Office on drugs and crime”. <http://www.unodc.org/unodc/en/corruption/ratification-status.html> (28/05/2020).
59. Government of Southern Sudan. The Transitional Constitution of the Republic of South Sudan, 2011. Juba. 2011.

60. Διαδικτυακός τύπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/kiir-told-to-demand-financial-accountability-from-nptc/> (28/05/2020).
61. Διαδικτυακός τύπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/nptc-urged-to-feed-starving-cantoned-soldiers/> (28/05/2020).
62. Διαδικτυακός τύπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/peace-soldiers-die-from-poor-conditions-despite-release-of-funds/> (28/05/20).
63. Διαδικτυακός τύπος “Radio Miraya-UNMISS”. “IGAD special envoy says food and non-food items to be transported to training sites” (27/01/2020). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (28/05/2020).
64. Διαδικτυακός τύπος “Radio Miraya-UNMISS”. “Mom cantonment site complains of lack of basic needs” (28/01/2020). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (28/05/2020).
65. Διαδικτυακός τύπος “Relief web”. <https://reliefweb.int/report/south-sudan/government-and-opposition-forces-endure-difficult-living-conditions-maridi> (28/05/2020).
66. Διαδικτυακός τύπος “Radio Miraya-UNMISS”. “Lirongo Cantonment site in Western Equatoria appeals for food and other essential needs” (02/01/2020). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (28/05/2020).
67. Διαδικτυακός τύπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/govt-can-pay-civil-servants-monthly-ex-nra-chief/> (28/05/2020).
68. Διαδικτυακός τύπος “Radio Miraya-UNMISS”. “Public University lecturers strike demanding implementation of new salary structure” (29 November 2019). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (28/05/2020).
69. Διαδικτυακός τύπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/govt-effects-new-pay-structure-for-lecturers/> (28/05/2020).
70. Διαδικτυακός τύπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/prof-akech-warns-of-industrial-action/> (28/05/2020).
71. Διαδικτυακός τύπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/cantoned-soldiers-drinking-dirty-water-ambassador/> (28/05/2020).
72. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/journalist-arrested-in-rumbek-for-covering-corruption> (28/05/2020).
73. Διαδικτυακός τύπος “Sudan Tribune”. <http://www.sudantribune.com/spip.php?article68628> (28/05/2020).

74. Διαδικτυακός τόπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/evidence-of-the-sentry-corruption-expose-is-weak-kiirs-office/> (28/05/2020).
75. Διαδικτυακός τόπος “South Sudan News Agency”. <https://southsudannewsagency.org/index.php/2020/02/17/leaked-south-sudans-president-has-secret-business-dealings-in-pibor/> (28/05/2020).
76. The Dawn Newspaper. “NGO says institutionalized corruption hampering services delivery” (09/12/2019).
77. Διαδικτυακός τόπος “VOA news”. <https://www.voanews.com/africa/un-south-sudanese-civilians-deliberately-starved-along-ethnic-lines> (28/05/2020).
78. Διαδικτυακός τόπος “South Sudan News Agency”. https://southsudannewsagency.org/index.php/2020/03/10/un-accuses-south-sudan-of-widespread-corruption-calls-for-criminal-probe/?utm_source=rss&utm_medium=rss&utm_campaign=un-accuses-south-sudan-of-widespread-corruption-calls-for-criminal-probe (28/05/2020).
79. Hodgkin C, Carandang ED, Fresle DA, Hogerzeil HV. Monitoring and evaluation. In: Hodgkin C, Carandang ED, Fresle DA, Hogerzeil HV eds. How to develop and implement a national drug policy (WHO). Second edition. Updates and replaces Guidelines for Developing National Drug Policies, 1988. Geneva: WHO; 2001. p. 77-78.
80. Sharma R. The circle of life. In: Sharma R. ed. The Rise and Fall of Nations. Ten rules of change in the post-crisis world. UK: Penguin Books; 2017. p. 58-94.
81. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/Riek_Machar (28/05/2020).
82. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/Salva_Kiir_Mayardit (28/05/2020).
83. Διαδικτυακός τόπος “Ministry of Health, Republic of South Sudan”. <https://moh-rss.org/> (28/05/2020).
84. Διαδικτυακός τόπος “Future Learn. Online courses”. <https://www.futurelearn.com/courses/geohealth/0/steps/19307> (28/05/2020).
85. Διαδικτυακός τόπος “Xinhuanet news”. http://www.xinhuanet.com/english/2020-01/25/c_138733800.htm (28/05/2020).
86. Διαδικτυακός τόπος “Al Jazeera”. <https://www.aljazeera.com/news/2017/03/uganda-breaking-point-sudan-refugee-crisis-170323190028200.html> (28/05/2020).

87. Διαδικτυακός τόπος “Fox News”. <https://www.foxnews.com/world/fighting-sends-3000-south-sudanese-into-uganda-this-week.amp> (28/05/2020).
88. Διαδικτυακός τόπος “Médecins Sans Frontières”. <https://www.msf.org/south-sudanese-refugees-sudan-what-you-need-know> (28/05/2020).
89. Mayol Kurt C. How can we bridge the gap between literacy and health in South Sudan? *South Sudan Medical Journal* 2019; 12(2): 66-69.
90. Διαδικτυακός τόπος “Anadolu Agency”. <https://www.aa.com.tr/en/africa/unicef-ssudan-spends-least-in-region-on-education/1708648> (28/05/2020).
91. Διαδικτυακός τόπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/government-urged-to-increase-its-public-spending-in-education> (28/05/2020).
92. United Nations Food and Agriculture Organization (FAO). *South Sudan Resilience Strategy 2016-2018*. Rome. 2016.
93. Διαδικτυακός τόπος “Sudan Tribune”. <https://www.sudantribune.com/spip.php?article68780> (28/05/2020).
94. Διαδικτυακός τόπος “The World Bank”. <https://www.worldbank.org/en/country/southsudan/overview> (28/05/2020).
95. Διαδικτυακός τόπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/kiir-says-oil-money-should-support-agriculture-sector> (28/05/2020).
96. Sharma R. Factories first. In: Sharma R. ed. *The Rise and Fall of Nations. Ten rules of change in the post-crisis world*. UK: Penguin Books; 2017. p. 201-233.
97. Gravingholt J, Ziaja S, Kreibaum M. State-fragility: towards a multi-dimensional empirical typology. *German Development Institute Discussion Paper*, 3. 2012.
98. The World Bank. *Guidance for Supporting State-building in Fragile and Conflict-affected States: A Tool-kit*. Washington, DC. 2012.
99. Batley R, McLoughlin C. Engagement with non-state service providers in fragile states: reconciling state-building and service delivery. *Development Policy Review* 2010; 28: 131–154.
100. Provan KG, Milward HB. Do networks really work? A framework for evaluating public-sector organizational networks. *Public Administration Review* 2001; 61: 414–423.
101. Ministry of Health, Republic of Rwanda. *National Guide for the Health Sector Policy and Strategic Plan Development*. Kigali. 2014.

102. WHO, Alliance for Health Policy and Systems Research. Health Policy and Systems Research. A Methodology Reader. Geneva. 2012.
103. Council on Health Research For Development. The Case for National Health Research. A contribution to Global Health Watch (an alternative world health report) 2005-2006. 2005.
104. Civil Society South Sudan. Civil Society in South Sudan Advocacy Priorities and Principles 2017-2020. Toward sustainable peace and development in South Sudan. Entebbe. 2017.
105. CAFOD and Trócaire in Partnership, Christian Aid, Oxfam GB, and Tearfund. Missed out: The role of local actors in the humanitarian response in the South Sudan conflict. London. 2016.
106. Διαδικτυακός τόπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/activists-call-for-expansion-of-covid-19-action-committee/> (28/05/2020).
107. Διαδικτυακός τόπος “Catholic Radio Network”. <http://catholicradionetwork.org/?q=node/30856> (28/05/2020).
108. Διαδικτυακός τόπος “Radio Miraya-UNMISS”. “Religious leaders join hands to fight SGBV” (04 December 2019). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (28/05/2020).
109. Delegation of the European Union to South Sudan and the Ministry of Health - Government of the Republic of South Sudan. Forward-looking analysis of funding and structural options for the Health Sector going forward and how they could be operationalized. Final report: Narrative report. 2018.
110. South Sudan General Medical Council (SSGMC). Annual Report and Financial Statements 2018. Juba. 2018.
111. Διαδικτυακός τόπος “South Sudan General Medical Council”. <http://southsudangmc.org/> (28/05/2020).
112. South Sudan Doctors’ Association. Southern Sudan Medical Journal 2010; 3(3): 66.
113. Διαδικτυακός τόπος “South Sudan Nurses and Midwives Association”. <http://web.ssnamea.org/> (28/05/2020).
114. USAID. Southern Sudan Health System Assessment. Maryland. 2007.
115. Ministry of Health, Government of South Sudan. Health Sector Development Plan 2011-2015. Juba. 2011.

116. Διαδικτυακός τύπος “ICRC”. <https://www.icrc.org/en/document/south-sudan-health-care-medical-services-rural-communities> (28/05/2020).
117. Jok Madut J. Introduction. In: Jok Madut J. ed. Sudan. Race, Religion and Violence. London: Oneworld Publications; 2016. p. 1-48.
118. OCHA. Humanitarian Response Plan South Sudan. South Sudan. 2019.
119. World Health Organization. 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva. 2018.
120. United Nations Development Program (UNDP). Human development report 2015: work for human development. New York. 2015.
121. Ebrahim EMA, Ghebrehiwot L, Abdalghar T, Hanafiah Juni M. Health Care System in Sudan: Review and Analysis of Strength, Weakness, Opportunity and Threats (SWOT Analysis). Sudan Journal of Medical Sciences 2017; 12(3): 133-150.
122. Διαδικτυακός τύπος “WHO Regional Office for Africa”. <https://www.who.int/countries/sdn/en/> (28/05/2020).
123. Διαδικτυακός τύπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/Health_in_the_Democratic_Republic_of_the_Congo (28/05/2020).
124. Διαδικτυακός τύπος “WHO”. <http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx?iso=ssd> (28/05/2020).
125. WHO. United Republic of Tanzania: Health profile. 2013.
126. UNFPA, Global Affairs Canada, UNICEF. Democratic Republic of the Congo. End line evaluation of the H4+ Joint programme Canada and Sweden (SIDA) 2011-2016. New York. 2017.
127. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and trends in child mortality: report 2017, estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation. New York. 2017.
128. Διαδικτυακός τύπος “UN IGME”. <https://childmortality.org/data/South%20Sudan> (28/05/2020).
129. Tanzania National Bureau of Statistics. Tanzania Demographic and Health Survey, 2004-2005. 2005.
130. UNFPA, International Confederation of Midwives, WHO. The State of World’s midwifery 2014. A Universal Pathway. A woman’s right to health. USA. 2014.

131. WHO. Maternal mortality in 2000-2017 South Sudan. https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/ssd.pdf?ua=1 (07/05/2020).
132. Republic of South Sudan. South Sudan National Action Plan 2015-2020 on UNSCR 1325 on women, peace and security and related resolutions. Juba. 2015.
133. Government of South Sudan. National Bureau of Statistics. Juba. 2011.
134. International Vaccine Access Center (IVAC). Pneumonia and Diarrhea Progress Report 2016: Reaching Goals through Action and Innovation. Baltimore.2016.
135. ICRC. South Sudan Facts and Figures. January-June 2018. Reaching rural communities with Medical Services (newsletter). Juba. 2018.
136. UNICEF. Facts and Figures South Sudan. 22 October 2015. Juba. 2015.
137. UNICEF, Country office South Sudan. Health briefing note, December 2019. Juba. 2019.
138. Διαδικτυακός τόπος “WHO”. https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/MLHWCountryCaseStudies_annex5_Tanzania.pdf (Annex 5_Tanzania). (28/05/2020).
139. Διαδικτυακός τόπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/suicide-cases-on-the-rise-in-malakal-poc-site> (28/05/2020).
140. Διαδικτυακός τόπος “Catholic Radio Network”. <http://catholicradionetwork.org/?q=node/31479> (28/05/2020).
141. Διαδικτυακός τόπος “Humanitarian Data Exchange (HDX)” (provided by OCHA). <https://data.humdata.org/dataset/world-bank-health-indicators-for-south-sudan> (28/05/2020).
142. Διαδικτυακός τόπος “Juba Monitor”. <https://www.jubamonitor.com/over-two-million-people-living-with-hiv-virus-in-s-sudan/> (28/05/2020).
143. Democratic Republic of the Congo. Ministry of Health. Secretariat General. Health-System Strengthening Strategy. Kinshasa. 2006.
144. USAID, Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET). South Sudan Food Security Outlook Update for August 2012. Juba. 2012.
145. ACAPS. Food Security and Nutrition, South Sudan. Briefing Note 5 April 2017. Juba. 2017 (διαθέσιμο στο https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20170405_acaps_briefing_note_south_sudan_food_security_and_nutrition.pdf).

146. Διαδικτυακός τόπος “Relief web”. <https://reliefweb.int/report/south-sudan/widespread-conflict-between-dinka-and-non-dinka-equatorias> (29/05/2020).
147. UNICEF South Sudan. Mid-year situation report (20 July 2017). Juba. 2017. (διαθέσιμο στο [https://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF South Sudan MidYear Humanitarian_SitRep_20_July_2017.pdf](https://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_South_Sudan_MidYear_Humanitarian_SitRep_20_July_2017.pdf)).
148. WHO South Sudan. The work of WHO in South Sudan in 2017. Juba. 2017.
149. Διαδικτυακός τόπος “Prensa Latina”. <https://www.plenglish.com/index.php?o=rn&id=52456&SEO=fao-alerts-on-acute-famine-threat-in-south-sudan> (29/05/2020).
150. Διαδικτυακός τόπος “Eye radio”. <https://eyeradio.org/malnutrition-hit-ikotos-loses-18-children/> (29/05/2020).
151. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO). Early warning early action report on food security and agriculture. Rome. 2018.
152. Global AIDS Monitoring 2018. Country progress report-South Sudan. 2018.
153. Ministry of Health, Government of Southern Sudan and Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation (SSCCSE). Southern Sudan Household Health Survey (SHHS), 2006. Juba. 2006.
154. WHO and UNICEF Joint Monitoring Programme. Progress on drinking water, sanitation and hygiene 2017. World Health Organization. 2017.
155. Διαδικτυακός τόπος “BNN Bloomberg”. <https://www.bnnbloomberg.ca/clouds-of-black-smoke-darken-south-sudan-s-growing-oil-profits-1.1393435> (29/05/2020).
156. Government of South Sudan. South Sudan Vision 2040. Towards Freedom, Equality, Justice, Peace and Prosperity for all. Torit. 2011.
157. Διαδικτυακός τόπος “Xinhuanet News”. http://www.xinhuanet.com/english/2019-11/18/c_138564427.htm (29/05/2020).
158. UNICEF South Sudan. Social Assessment Report for Essential Health Services Project (EHSP). Juba. 2018.
159. Georgetown Institute for Women, Peace and Security and the Peace Research Institute Oslo (PRIO). Women, Peace and Security Index 2019/20: Tracking sustainable peace through inclusion, justice and security for women. Washington DC. 2019.
160. Ministry of Health, Government of the Republic of South Sudan. National Family Planning Policy. Juba. 2013.

161. Διαδικτυακός τόπος “WHO”.
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-SSD> (29/05/2020).
162. National Institute of Statistics of Rwanda. Rwanda Interim Demographic and Health Survey 2007-2008. 2009.
163. National Institute of Statistics of Rwanda. Rwanda Demographic and Health Survey 2010. 2011.
164. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014; 384:347–370.
165. WHO. Nutrition Landscape Information System (NLIS). Country profile indicators Interpretation Guide. Geneva. 2010.
166. Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Primary Health Care. Juba. 2011.
167. Government of the Republic of South Sudan and United Nations Country Team (UNCT). United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) for the Republic of South Sudan 2012-2013. Juba. 2012.
168. Διαδικτυακός τόπος “UNICEF Data”. <https://data.unicef.org/topic/child-health/%20immunization/> (29/05/2020).
169. South Sudan Ministry of Health. 2017 EPI Report. Juba. 2017.
170. Διαδικτυακός τόπος “Radio Tamazuj”.
<https://radiotamazuj.org/en/news/article/south-sudan-kicks-off-nationwide-measles-vaccination-drive> (29/05/2020).
171. Διαδικτυακός τόπος “Xinhuanet News”.
http://www.xinhuanet.com/english/2020-02/04/c_138755637.htm (29/05/2020).
172. Διαδικτυακός τόπος “News 24”.
<https://www.news24.com/Africa/News/worldaidsday-hiv-campaign-tackles-sex-taboos-in-south-sudan-20191201> (29/05/2020).
173. Ministry of Health, The Republic of South Sudan. National Health Policy 2016-2026. Juba. 2016.
174. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981; 19:127–140.
175. Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. *Int J Health Geogr*. 2004; 3:3–10.

176. WHO and The World Bank. Tracking Universal Health coverage. First Global Monitoring Report. Geneva. 2015.
177. National Bureau of Statistics (NBS), Republic of South Sudan. National Baseline Household Survey 2009 Report. Juba. 2012.
178. The World Bank. A health project in South Sudan is helping provide critical services for women and children in the midst of conflict. 2014.
179. Ministry of Health, Republic of South Sudan. South Sudan National Strategic Plan for Human Resources for Health 2011-2015. Juba. 2011.
180. OCHA. Humanitarian needs overview 2018 South Sudan. Juba. 2017.
181. Διαδικτυακός τόπος “Ministry of Health, South Sudan. South Sudan Health Information Dashboard”. <https://www.southsudanhealth.info/> (29/05/2020).
182. Διαδικτυακός τόπος “Médecins Sans Frontières”. <https://www.msf.org/there%E2%80%99s-lot-be-done-address-uncountable-health-needs-south-sudan> (29/05/2020).
183. Διαδικτυακός τόπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/no-medicines-in-ajeep-county-aweil-east> (29/05/2020).
184. Διαδικτυακός τόπος “Radio Miraya-UNMISS”. “Liria county in Jubek state cut off from health access” (19 December 2019). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (29/05/2020).
185. Διαδικτυακός τόπος “HRIS: Human Resource Information System. Ministries of Health and Education in the Republic of South Sudan”. <https://hrisrss.org/?tab=MOH> (29/05/2020).
186. Διαδικτυακός τόπος “Sudan Tribune”. <https://www.sudantribune.com/spip.php?article1616> (29/05/2020).
187. Διαδικτυακός τόπος “South Sudan Medical Journal”. <http://www.southsudanmedicaljournal.com/archive/may-2011/special-supplement-development-of-nursing-and-midwifery-services-in-south-sudan.html> (29/05/2020).
188. Modong AA. Juba College of Nursing and Midwifery milestones in 2018. South Sudan Medical Journal 2019; 12(2): 76.
189. Διαδικτυακός τόπος “Global Health Workforce Alliance. South Sudan”. <http://www.who.int/workforcealliance/countries/ssd/en/> (29/05/2020).

190. Federal Ministry of health, Directorate General of Human Resources for Health. Development National Human Resources for Health Strategic Plan for Sudan. Khartoum. 2016.
191. IJsslmuiden CB, Nchinda TC, Duale S, Tumwesigye NM, Serwadda D. Mapping Africa's advanced public health education capacity - the AfriHealth project (article submitted for publication to WHO Bulletin, June 2007).
192. Lim SS, Updike RL, Kaldjian AS, Barber RM, Cowling K, York H et al. Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990-2016. *The Lancet* 2018; 392: 1217-1234.
193. Διαδικτυακός τόπος "Radio Miraya-UNMISS". "Kotobi County in Ama State to recruit more health personnel to address gap" (06 January 2020). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (29/05/2020).
194. Evaluation Department of Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad). Mid-term evaluation of the Joint Donor team in Juba, Sudan (evaluation report 2/2009). Oslo. 2009.
195. Διαδικτυακός τόπος "WHO". https://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_declaration/en/ (29/05/2020).
196. Διαδικτυακός τόπος "Reuters". <https://www.reuters.com/article/us-southsudan-oil/south-sudan-owes-sudan-1-3-billion-from-2012-oil-deal-official-idUSKBN1DZ2XK> (29/05/2020).
197. UNDP South Sudan. An analysis of Government Budgets in South Sudan from a human development perspective (Discussion paper 08/2014). 2014.
198. USAID/Deliver Project. Final Country Report South Sudan. Arlington. 2016.
199. Directorate of Pharmaceutical Services and Supplies, Ministry of Health, Republic of South Sudan. Guidelines for redistribution of excess and near-expiry essential medicines between Public Health facilities in South Sudan. Juba. 2016.
200. Διαδικτυακός τόπος "Radio Tamazuj". <https://radiotamazuj.org/en/news/article/china-hands-over-new-juba-teaching-hospital-buildings> (29/05/2020).
201. Διαδικτυακός τόπος "VOA News". <https://www.voanews.com/africa/germany-donates-millions-wfp-south-sudan-flooding> (29/05/2020).

202. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/italy-supports-flood-victims-in-south-sudan> (29/05/2020).
203. Διαδικτυακός τύπος “World Food Program (WFP).” <https://www.wfp.org/news/european-union-powers-humanitarian-activities-south-sudan> (29/05/2020).
204. Διαδικτυακός τύπος “UNMISS”. <https://unmiss.unmissions.org/heavy-flooding-devastates-already-poverty-stricken-community-akobo> (29/05/2020).
205. Διαδικτυακός τύπος “Eye Radio”. <https://eyeradio.org/eac-states-soon-to-be-forced-to-intervene-in-flooding-situations/> (29/05/2020).
206. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/food-shortage-hits-atar-county-official> (29/05/2020).
207. Διαδικτυακός τύπος “VOA news”. <https://www.voanews.com/africa/south-sudan-focus/starvation-stalks-counties-south-sudan-cut-floods-insecurity> (29/05/2020).
208. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”. <https://radiotamazuj.org/en/news/article/floods-worsen-humanitarian-situation-in-kongder-county> (29/05/2020).
209. UNICEF South Sudan. Humanitarian Situation Report South Sudan, Sitrep #138. Juba. November 2019.
210. Διαδικτυακός τύπος “Press TV:.” <https://www.presstv.com/Detail/2019/12/12/613502/Catastrophic-Floods-Famine-in-South-Sudan-World-Food-Program> (29/05/2020).
211. Διαδικτυακός τύπος “UN News”. <https://news.un.org/en/story/2019/12/1053321> (29/05/2020).
212. Διαδικτυακός τύπος “Anadolu Agency”. <https://www.aa.com.tr/en/africa/un-urgently-needs-270m-to-avert-famine-in-south-sudan/1678732> (29/05/2020).
213. Διαδικτυακός τύπος “Radio Miraya-UNMISS”. “Humanitarian community to launch 1,5 billion dollar joint appeal for 2020” (12/12/2019). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (29/05/2020).

Κεφάλαιο 7. Σύγκριση με ΣΥ γειτονικών χωρών

1. WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014.
2. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Tanzania> (29/05/2020).
3. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/Uganda%E2%80%93Tanzania_War (29/05/2020).
4. Διαδικτυακός τόπος “Medizinische Missionshilfe Community Health Development”. <http://www.mmh-mms.org/mmh-mms.com/gesundheitsversorgung/gesundheitsystem-in-tanzania/index.php> (29/05/2020).
5. Διαδικτυακός τόπος “WHO”. https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/MLHWCountryCaseStudies_annex5_Tanzania.pdf (Annex 5_Tanzania). (29/05/2020).
6. URBAN Institute. Decentralized Local Health Services in Tanzania. Are Health Resources Reaching Primary Health Facilities or are they getting stuck at the District Level? (Research Report). Washington DC. 2015.
7. Council on Health Research for Development (COHRED). Priority setting for Research for Health. A management process for countries. Geneva. 2010.
8. Council on Health Research for Development (COHRED). Tanzania. An assessment of the health research system. A country report of the AHA series. Geneva. 2009.
9. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/Healthcare_in_Tanzania (29/05/2020).
10. Kwesigabo G., Mwangu MA, Kakoko DC, Warriner I, Mkony CA, Killewo J et al. Tanzania’s health system and workforce crisis. Journal of Public Health Policy 2012; 33:35-44.
11. Boex, Jamie. Reviewing Resource Allocation Formulas for Local Government Authorities in Tanzania (Final Report). Dar es Salaam. 2015.
12. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Uganda> (29/05/2020).
13. Atari OD, McKague K. Using livelihoods to support primary health care for South Sudanese refugees in Kiryandongo, Uganda. South Sudan Medical Journal 2019; 12(2): 38-43.
14. Ministry of Health, The Republic of Uganda. Health Sector Development Plan 2015/16-2019/20. Kampala. 2015.

15. Διαδικτυακός τόπος “International Criminal Court”.
<https://web.archive.org/web/20090325100539/http://www2.icc-cpi.int/menus/icc/press%20and%20media/press%20releases/press%20releases%20%282008%29/a> (30/05/2020).
16. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Sudan> (30/05/2020).
17. Ebrahim EMA, Ghebrehiwot L, Abdalgfar T, Hanafiah Juni M. Health Care System in Sudan: Review and Analysis of Strength, Weakness, Opportunity and Threats (SWOT Analysis). Sudan Journal of Medical Sciences 2017; 12(3): 133-150.
18. WHO, Regional Health System Observatory EMRO (Eastern Mediterranean Regional Office). Health System Profile Sudan. Cairo. 2006.
19. Διαδικτυακός τόπος “WHO Regional Office for Africa”.
<https://www.who.int/countries/sdn/en/> (30/05/2020).
20. Mohamed GK, Financing health care in Sudan: Is it a time for a bolishing of user charge. Sudan J Public Heal 2007; 2(1): 38–47.
21. Gaafar R, Tarin E, Salih E, Abdallah F. Sudan Health System Financing: review and recommendations. Evid - Public Heal Institute’s Q Newsl. 2014;(10).
22. Charani E, Cunnington AJ, Yousif AHA, Ahmed MS, Ahmed AEM, Babiker S et al. In transition: current health challenges and priorities in Sudan. BMJ Global Health 2019;4:e001723. doi:10.1136/bmjgh-2019-001723
23. Republic of Rwanda. UNESCO. Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). Country profile-Rwanda. Kigali. 2017.
24. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Rwanda> (30/05/2020).
25. Nyandekwe M., Nzayirambaho M, Kakoma JB. Universal Health coverage in Rwanda: dream or reality. PanAfrican Medical Journal 2014; 17:232.
26. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”.
https://en.wikipedia.org/wiki/Democratic_Republic_of_the_Congo (30/05/2020).
27. RDC/MINISANTE. Recueils des Normes d’Organisation et Fonctionnement des Structure Sanitaires de la Zone de Santé en RDC. Kinshasa. 2006.
28. RDC/MINISANTE. Stratégie de Renforcement de Système de Santé. Kinshasa. 2006.

29. The World Bank, Africa Region Development and The Ministry of Health, Democratic Republic of Congo. Democratic Republic of Congo Health, Nutrition and Population. Country Status Report (Report No. 35626-ZR). 2005.
30. Bukonda NK, Chanda M, Disashi TG, Lumbala CWM, Mbiye B. Health care entrepreneurship in the Democratic Republic of the Congo: an exploratory study. *Journal of African Business* 2012; 13: 87–100.
31. RDC/MINISANTE. Vade Mecum du Partenaire dans le Secteur de la Santé. Kinshasa. 2003.
32. Bwimana A. Health Sector Network Governance and State-building in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Health Policy and Planning* 2017; 32(10): 1476-1483.
33. UNFPA, Global Affairs Canada, UNICEF. Democratic Republic of the Congo. End line evaluation of the H4+ Joint programme Canada and Sweden (SIDA) 2011-2016. New York. 2017.
34. Democratic Republic of the Congo. Ministry of Health. Secretariat General. Health-System Strengthening Strategy. Kinshasa. 2006.
35. WHO. Country Cooperation Strategy at a glance (DR Congo). 2015.
36. Verbeke F, Shamashanga P, Amisi C, Karara G. Developing a national e-health strategy for DR Congo: a preliminary analysis of business needs, existing information systems and solutions. *Journal of Health Informatics in Africa (JHIA)* 2014; DOI: 10.12856/ JHIA-2014-v2-i2-102
37. HLSP. GAVI-Health System Strengthening Support Evaluation: Democratic Republic of Congo (Case Study, RFP-0006-08). London. 2009.
38. WHO. Improving Health System Efficiency. Democratic Republic of the Congo: Improving Aid Coordination in the Health Sector. Geneva. 2015.

Κεφάλαιο 8. Προτάσεις Μεταρρύθμισης και Συμπεράσματα

1. Government of South Sudan. South Sudan Vision 2040. Towards Freedom, Equality, Justice, Peace and Prosperity for all. Torit. 2011.
2. Sharma R. The circle of life. In: Sharma R. ed. *The Rise and Fall of Nations. Ten rules of change in the post-crisis world.* UK: Penguin Books; 2017. p. 58-94.

3. Διαδικτυακός τύπος “Foreign Policy news”.
<https://foreignpolicy.com/2020/03/05/south-sudan-peace-deal-diplomats-fear-collapse/> (30/05/2020).
4. The World Bank. South Sudan, Recent Developments. 2020. (διαθέσιμο στο pubdocs.worldbank.org/en/713731492188171377/mpo-ssd.pdf).
5. United Nations Security Council. Situation in South Sudan. Report of the Secretary-General. New York. 2020.
6. Ministry of Environment of Republic of South Sudan, UN Environment. South Sudan First State of Environment and Outlook Report, 2018. Nairobi. 2018.
7. Διαδικτυακός τύπος “Radio Miraya-UNMISS”. “One-stop centers for SGBV survivors enable successful prosecution of perpetrators” (26/11/2019).
<https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (30/05/2020).
8. Διαδικτυακός τύπος “Radio Tamazuj”.
<https://radiotamazuj.org/en/news/article/unfpa-urges-elimination-of-sexual-violence-in-south-sudan> (30/05/2020).
9. Global AIDS Monitoring 2018. Country progress report-South Sudan. 2018.
10. The World Bank. International Development Association project paper on a proposed second additional IDA grant in the amount of SDR 28,6 million (US\$40 million equivalent) to the Republic of South Sudan for Health Rapid Results project. 2016.
11. Secure Livelihoods Research Consortium. Researching livelihoods and services affected by conflict. State building and legitimacy. Experiences of South Sudan. Report 15. London. 2017.
12. Διαδικτυακός τύπος “Human Rights Watch”.
<https://www.hrw.org/news/2020/03/09/renew-mandate-south-sudan-commission> (30/05/2020).
13. Διαδικτυακός τύπος “United Nations Human Rights. Office of the High Commissioner”.
<https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=25686&LangID=E> (30/05/2020).
14. ITAD Ltd. United Kingdom and Channel Research, Belgium. Aiding the Peace. A Multi-donor Evaluation of Support to Conflict Prevention and Peace building Activities in Southern Sudan 2005-2010. Netherlands. 2010.

15. CARE International. Critical diagnosis: The case for placing South Sudan's Healthcare System at the heart of the Humanitarian Response. Juba. 2014.
16. Sharma R. Factories first. In: Sharma R. ed. The Rise and Fall of Nations. Ten rules of change in the post-crisis world. UK: Penguin Books; 2017. p. 201-233.
17. Delegation of the European Union to South Sudan and the Ministry of Health - Government of the Republic of South Sudan. Forward-looking analysis of funding and structural options for the Health Sector going forward and how they could be operationalized. Final report: Narrative report. 2018.
18. USAID. Southern Sudan Health System Assessment. Maryland. 2007.
19. WHO. EVIPNet in action. 10 years stories. Geneva. 2016.
20. South Sudan General Medical Council (SSGMC). Annual Report and Financial Statements 2018. Juba. 2018.
21. Vuni VJ, Hakim E. Integrated Primary Health Care (iPHC) for developing countries: a practical approach in South Sudan. South Sudan Medical Journal 2019; 12(2): 44-47.
22. WHO South Sudan. The work of WHO in South Sudan in 2018. Juba. 2018.
23. Mayol Kurt C. How can we bridge the gap between literacy and health in South Sudan? South Sudan Medical Journal 2019; 12(2): 66-69.
24. WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014.
25. Smith R, Hanson K. What is a health system (ch.1). In: Smith R, Hanson K, eds. Health systems in low- and middle-income countries: an economic and policy perspective. Oxford: Oxford University Press; 2011.
26. WHO, Alliance for Health Policy and Systems Research. Health Policy and Systems Research. A Methodology Reader. Geneva. 2012.
27. Adwok J. Regulatory Challenges in a Complex Emergency Environment: An update on South Sudan. 13th International Conference on Medical Regulation (IAMRA). Dubai. 2018.
28. Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA et al. Overcoming Health-Systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. Lancet 2004; 364: 900-906.
29. Government of the Republic of South Sudan, Ministry of Health. National Reproductive Health Policy. Juba. 2013.
30. Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS). Building Pharmaceutical Management Capacity in South Sudan. Arlington. 2017.

31. Weiss W, Morris S. Health Systems and infrastructure. In: Christensen RE ed. The John Hopkins and Red Cross Red Crescent Public Health Guide in Emergencies. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent; 2007. p. 44-97.
32. Directorate of Pharmaceutical Services and Supplies, Ministry of Health, Republic of South Sudan. Guidelines for redistribution of excess and near-expiry essential medicines between Public Health facilities in South Sudan. Juba. 2016.
33. USAID, SIAPS. Improving storage conditions through De-Junking at County Health Department Medical Stores in South Sudan. Arlington. 2016.
34. Kennedy A, IJsselmuiden C. Building Public-Private Partnerships for Health in Africa (presentation). International Workshop on Science, Technology and Innovation for Public Health in Africa. Kampala 23 July 2007.
35. Macharia PM, Ouma PO, Gogo EG, Snow RW, Noor AM. Spatial accessibility to basic public health services in South Sudan. *Geospat Health* 2017; 12(1):510.
36. Government of the Republic of South Sudan. South Sudan Development Plan 2011-2013. Juba. 2011.
37. Council on Health Research For Development. The Case for National Health Research. A contribution to Global Health Watch (an alternative world health report) 2005-2006. 2005.
38. Global Ministerial Forum on Research for Health. Communique. Bamako Mali, 17-19 November 2008.
39. Διαδικτυακός τόπος “Foreign Affairs”. <https://www.foreignaffairs.com/articles/2007-01-01/challenge-global-health> (30/05/2020).
40. Council on Health Research for Development (COHRED). Priority setting for Research for Health. A management process for countries. Geneva. 2010.
41. Mullan F., Frehywot S., Omaswa F., Buch E., Chen C., et al. Medical schools in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2011; 377:1113-1121.
42. Global Forum for Health Research (Yvo Nuyens). No Development without Research. Geneva. 2005.
43. Pang T., Sadana R., Hanney S., Bhutta Z.A., Hyder A.A., Simon J. Knowledge for better health — a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81:815-820.
44. Bates I., Taegtmeier M., Bertel Squire S., Ansong D., Nhlema-Simwaka B., Baba A. et al Indicators of sustainable capacity building for health research: Analysis of

- four African case studies. *Health Research Policy and Systems* 2011; 9,14
doi:10.1186/1478-4505-9-14.
45. World Health Organization. *The world health report 1996: Fighting disease, fostering development*. Geneva. 1996.
 46. Διαδικτυακός τόπος “COHRED Africa”. <http://www.cohred.org/about-cohred-africa/> (30/05/2020).
 47. WHO and Health Metrics Network (HMN). *Framework and Standards for Country Health Information Systems*. Second edition. Italy. 2012.
 48. International Health Partnership (IHP) and WHO. *Monitoring, evaluation and review of national health strategies. A country-led platform for information and accountability*. Geneva. 2011.
 49. Thomas A. Introduction. In: Thomas A, Chataway J, Wuyts M, eds. *Finding out fast: investigative skills for policy and development*. London: Sage Publications; 1998. p. 1–18.
 50. Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy*. Berkshire: Open University Press; 2005.
 51. Council on Health Research for Development (COHRED). *Bamako Global Ministerial Conference on Research for Health, Post meeting evaluation. COHRED comments*. Mali. February 2 2009.
 52. Seiter A. Key elements of a successful Pharmaceutical Policy. In: Seiter A. ed. *A practical approach to Pharmaceutical Policy*. Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank; 2010. p. 81-122.
 53. Verisk Maplecroft. *Climate Change Vulnerability Index 2017*. (διαθέσιμο στο reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/verisk%20index.pdf).

Παράρτημα Α

Πίνακες και Διαγράμματα

Πίνακας 1: Δομές Υγείας στο Νότιο Σουδάν, το 2011

ΔΟΜΗ ΥΓΕΙΑΣ

Πηγή: South Sudan National Strategic Plan for Human Resources for Health 2011-2015 (Table 1)

Πίνακας 2: SWOT Analysis Συστήματος Υγείας Νότιου Σουδάν, 2006

ΔΥΝΑΜΕΙΣ	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ
<p>Πολιτική βούληση και δέσμευση Πολιτική Υγείας 1998 και δημιουργία νέας το 2005 Πλούτος εμπειρίας Ευρεία κλίμακα συνεργατών Συμμετοχή κοινότητας</p>	<p>Εξάρτηση από εξωτερικές πηγές Φτωχές υποδομές Λίγοι εκπαιδευμένοι επαγγελματίες Υγείας Ανυπαρξία Πολιτικής για το ανθρώπινο δυναμικό Ελλειψη στατιστικών δεδομένων Κατάρρευση του προγράμματος ελέγχου ενδημικών ασθενειών Πτώχή ποιότητα φροντίδας υγείας</p>
ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ	ΑΠΕΙΛΕΣ
<p>Η υπογραφή ειρήνης (CPA) Το προσωρινό Εθνικό Σύνταγμα, το Σύνταγμα του ΝΣ και η διακήρυξη των δικαιωμάτων Αναξιοποίητες πηγές Σημαντική “διασπορά” Επαναπατρισθέντες με υλικούς πόρους και δεξιότητες Συμμετοχή κοινότητας Η ΠΦΥ μπορεί να βοηθήσει στην αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών και σε καλύτερη ποιότητα ζωής Αναμενόμενη αποκέντρωση Κυβέρνησης και των ΥπΥ Μερικές καλές πρακτικές παραδοσιακής Ιατρικής Καλές σχέσεις με τους αναπτυξιακούς συνεργάτες Τοπικές ΜΚΟ, Θρησκευτικές οργανώσεις και πάροχοι πολύ ενεργοί, που έχουν δυνατότητες ενσωμάτωσης στο ΣΥ</p>	<p>Ανασφάλεια Υπονόμευση της Συμφωνίας Ειρήνης Τα κεφάλαια δεν προέρχονται ή εκταμιεύονται αργά από τις εθνικές και διεθνείς πηγές Χαμηλά επίπεδα αλφαριθμητισμού, ειδικά μεταξύ των γυναικών Διαφθορά Εμφάνιση επιδημιών / νέων ασθενειών Δύσκολο περιβάλλον πχ βάλτοι, κλίμα, πλημμύρες και λιμός Ανθυγιεινός τρόπος ζωής Καθυστέρηση στην αναζήτηση υγιεινών τρόπων ζωής Μεγάλες μετακινήσεις πληθυσμών πχ επαναπατρισθέντες και εσωτερικά μετατοπισμένοι Υψηλές και αυξανόμενες προσδοκίες των ανθρώπων για τις ΥπΥ Περιορισμένοι Κυβερνητικοί πόροι, με παράλληλη ανάγκη να αυξηθεί γρήγορα η παροχή βασικών, ποιοτικών ΥπΥ</p>

Πηγή: Ministry of Health, Government of Southern Sudan. Health Policy for the Government of Southern Sudan, 2006-2011. Reviewed version. Juba. 2007.

Πίνακας 3: Βασικό Πακέτο Υπηρεσιών ΒΟΜΑ

ΜΕΤΑΛΛΟΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

	ία: καταγραφή γεννήσεων και θανάτων
--	-------------------------------------

Πηγή: Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Arlington. 2019. Annex 1, April 2019

Πίνακας 4: Χαρτογράφηση του ΤΥ από το ΥΥ, με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2018

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ

Ποσοστό ΔΥ που έχουν σύστημα ελέγχου παρουσίας προσωπικού: 59%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν ένα τουλάχιστον μέλος του προσωπικού εκπαιδευμένο στη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού: 7,7%

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ

Ποσοστό RHCCs που έχουν τουλάχιστον έναν CO ή βοηθό ιατρού: 5,1%

Ποσοστό RHCCs ή RHCUs που έχουν ένα τουλάχιστον CHW: 4,1%

Ποσοστό ΔΥ που χρησιμοποιούν μία εναρμονισμένη κλίμακα μισθοδοσίας: 31%

Ποσοστό RHCCs που έχουν τουλάχιστον μία μαία: 40%

Ποσοστό RHCCs που έχουν τουλάχιστον μία νοσοκόμα: 98%

Ποσοστό ΔΥ που παρέλαβαν τον μισθό για το προσωπικό τους τελευταίους 3 μήνες: 18%

Ποσοστό ΔΥ που διαθέτουν ένα μέλος προσωπικού τουλάχιστον εκπαιδευμένο στο IMCI: 46%

Ποσοστό ΔΥ που διαθέτουν ένα μέλος προσωπικού τουλάχιστον εκπαιδευμένο στη διάγνωση και θεραπεία ελονοσίας: 43%

Ποσοστό ΔΥ που διαθέτουν ένα μέλος προσωπικού τουλάχιστον εκπαιδευμένο στη μαιευτική φροντίδα: 6,4%

ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΔΥ

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ

Ποσοστό ΔΥ που είναι εξοπλισμένες*: 41%

*: μία μονάδα δίνεται σε κάθε ΔΥ που έχει ένα από τα παρακάτω 20 αντικείμενα. Στη συνέχεια το άθροισμα ποσοτικοποιείται για όλες τις ΔΥ:

Ζυγαριά ενηλίκων, ζυγαριά βρεφών/παιδική, σφυγμομανόμετρο, στηθοσκόπιο, θερμόμετρο, κουτιά για ψυχρή αλυσίδα, κιτ για τοκετούς, τραπέζι τοκετών, αντισηπτικό, ψυγείο για εμβόλια, εξεταστικό τραπέζι, εμβρυοσκόπιο, καρτέλες εμβολιασμών, γάντια latex, κλίμακες μέτρησης ύψους/μήκους για παιδιά, δωμάτιο εξέτασης που τηρεί την ιδιωτικότητα, ζυγαριά Salter, σύριγγες, κουτί απόρριψης αιχμηρών, σαπούνι.

ΥΠΟΔΟΜΕΣ

Ποσοστό ΔΥ με πρόσβαση σε κοινές τουαλέτες με λάκκους ή καζανάκι: 54%

Ποσοστό ΔΥ που διαθέτουν μία πηγή πόσιμου νερού στις εγκαταστάσεις τους: 59%

Ποσοστό ΔΥ που αποτελούνται από μόνιμες υποδομές: 73%

Ποσοστό ΔΥ με πρόσβαση σε ηλεκτρισμό: 18%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν ασφαλή τρόπο αποθήκευσης (πχ. ντουλάπια που κλειδώνουν) για τα φάρμακα με περιορισμούς: 29%

Ποσοστό ΔΥ που διαθέτουν στέγαση για το προσωπικό: 5,6%

ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Ποσοστό ΔΥ που διαθέτουν κατευθυντήριες οδηγίες για πρόληψη μολύνσεων: 37%

Ασφαλής απόρριψη ιατρικών αποβλήτων, συμπεριλαμβανομένων βελονών: 52%

Ποσοστό PHCCs και Νοσοκομείων που διαθέτουν θεραπευτικές οδηγίες (μέγιστο σκορ 21, ένα για κάθε θεραπευτική οδηγία): 44%

Ποσοστό PHCUs που διαθέτουν θεραπευτικές οδηγίες (μέγιστο σκορ 9, ένα για κάθε θεραπευτική οδηγία): 32%

ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΗΣΗ ΤΥ

Σύνολο ΔΥ που ελέγχθηκαν: 1.424

Αριθμός λειτουργικών ΔΥ: 1.107

(Ας σημειωθεί ότι η κεντρική σελίδα των δεδομένων αναφέρει 1.102 μη λειτουργικές ΔΥ).

ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΥΘΥΝΗΣ

Ποσοστό ΔΥ με γνωστή περιοχή ευθύνης: 44%

ΜΟ πληθυσμού που υπηρετούνται από μία ΔΥ (υπολογιζόμενες από τις ίδιες τις δομές, μπορεί να είναι ανακριβές): 10.770 κάτοικοι

ΔΥ που παρέχουν κινητές μονάδες για υπηρεσίες ανοσοποίησης, ORT, ελέγχου υποσιτισμού και ανάπτυξης, προωθητικές υπηρεσίες, οικογενειακό προγραμματισμό: 27%

ΕΠΙΒΛΕΨΗ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Ποσοστό PHCCs που διαθέτουν DHIS: 29%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν αρκετές φόρμες ΥΥ για την καταγραφή δεδομένων στο HMIS: 53%

Ποσοστό ΔΥ που διαθέτουν το σύστημα IDSR: 50%

Ποσοστό ΔΥ που δέχθηκαν μία επίσκεψη από επιβλέποντα τους τελευταίους 6 μήνες: 51%

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Ποσοστό ΔΥ με κατευθυντήριες οδηγίες για τον σχεδιασμό και χρηματοδότηση: 2%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν βάση χρηματοδότησης το ΥΥ: 32%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν βάση χρηματοδότησης τα ΥΥΠ: 7,6%

Ποσοστό ΔΥ που χρηματοδοτούνται από CHDs: 20%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν βάση χρηματοδότησης ΜΚΟ ή άλλους εταίρους: 46%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν βάση χρηματοδότησης τα τέλη ασθενών: 2,2%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν βάση χρηματοδότησης προγράμματα: 0,88%

Ποσοστό ΔΥ με χρηματοδότηση από θρησκευτικές Οργανώσεις: 2,3%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν βάση χρηματοδότησης τοπικές συνεισφορές: 2,1%

Ποσοστό ΔΥ με διορισμένο υπεύθυνο οικονομικών: 65%

Ποσοστό ΔΥ με λογαριασμό Τραπέζης στον οποία κατατίθενται τα κεφάλαια χρηματοδότησης: 5,6%

Ποσοστό ΔΥ που υποβάλλει οικονομικές αναφορές: 7,4%

Ποσοστό ΔΥ που έγιναν συναντήσεις της επιτροπής συντονισμού ΤΥ (CHD, ΜΚΟ, επιτροπή Υγείας της ΔΥ και προσωπικό ΔΥ): 33%

Ποσοστό ΔΥ που το προσωπικό τους έλαβε επίδομα μόλυνσης: 3,4%

ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΗ

ΥΥ ως λειτουργική Αρχή: 58%

ΥΥΠ ως λειτουργική Αρχή: 4,3%

CHD ως λειτουργική Αρχή: 4,5%

Κοινότητα ως λειτουργική Αρχή: 0%

Συμμετοχή της κοινότητας στη διαχείριση της ΔΥ: 50%

Θρησκευτική οργάνωση ως λειτουργική Αρχή: 1,8%

Διεθνής ΜΚΟ ως λειτουργική Αρχή: 1,8%

Εθνική ΜΚΟ ως λειτουργική Αρχή: 0,68%

Στρατός ως λειτουργική Αρχή: 0,08%

Αστυνομία ως λειτουργική Αρχή: 0,08%

Φυλακή ως λειτουργική Αρχή: 0,17%

Ιδιωτικός τομέας ως λειτουργική Αρχή: 0,51%

Παρουσία λειτουργικής επιτροπής υγείας σε ΔΥ: 44%

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

Επιτροπή διαχείρισης/επίβλεψης (7 μέλη)/ ΔΥ: 167

Αριθμός ΡΗCCs που διαθέτουν μητρώο παρουσιών προσωπικού: 233

Ποσοστό αποδοχής ετήσιου προϋπολογισμού (φόρμα Β) από την επιτροπή διαχείρισης ΡΗCC: 0%

Ποσοστό ΡΗCCs που κατέθεσαν την φόρμα Β: 26%

Αριθμός ΡΗCCs που εκπληρώνουν τις απαιτήσεις για να έχουν μόνιμο θάλαμο γενικής νοσηλείας: 308

Αριθμός ΔΥ που εκπληρώνουν τις απαιτήσεις για να έχουν μόνιμα εξωτερικά ιατρεία: 308

Αριθμός ΡΗCCs που ανήκουν στην Κυβέρνηση, ΜΚΟ ή θρησκευτικές οργανώσεις: 313

Αριθμός ΡΗCCs που έχουν υποβάλλει την τακτική μηνιαία αναφορά DHIS για τουλάχιστον 2 από τους 3 τελευταίους μήνες: 92

ΑΛΥΣΙΔΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΩΝ

ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

Απόσταση μεταξύ αρχικού και τελικού σημείου παραπομπής μικρότερη των 15 χιλιομέτρων: 36%

ΔΥ που δέχονται παραπομπές: 4,8%

ΔΥ που στέλνουν παραπομπές: 71%

ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ

Ποσοστό ΔΥ που έχουν πρόσβαση σε τηλέφωνο ή ασύρματο: 15%

Ποσοστό ΔΥ που έχουν ασθενοφόρο ή άλλο μεταφορικό μέσο για επείγουσες ανάγκες: 9,1%

ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Εφηβική υγεία (εφηβική αναπαραγωγική υγεία, έλεγχος για Σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, συμβουλευτική για HIV/AIDS, εκπαίδευση υγείας, διανομή προφυλακτικών, οικογενειακός προγραμματισμός): 10%

Προγεννητικός έλεγχος (προφυλακτική θεραπεία για ελονοσία, συμπληρώματα σιδήρου και φολικού οξέος, εμβολιασμός για τέτανο): 51%

Παιδική Υγεία (έλεγχος για υποσιτισμό, συμπληρώματα βιταμίνης Α/σιδήρου/φολικού οξέος, ORT, προώθηση ελέγχου ανάπτυξης, αντιμετώπιση πνευμονίας/ελονοσίας και IMCI): 42%

Βασική επείγουσα μαιευτική και νεογνική υγεία: 14%

Επιπλέον υπηρεσίες μαιευτικής (βασικές συν δυνατότητα καισαρικών και μετάγγισης): 11%

Υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού (ανδρικά και γυναικεία προφυλακτικά, χάπι αντισύλληψης, ενέσιμα, εμφυτεύματα, ενδομήτριες συσκευές, ανδρική και γυναικεία στείρωση, ενδοκολπικές ταμπλέτες, διάφραγμα, επείγουσα αντισύλληψη): 8,7%

Βασικές υπηρεσίες HIV, συμπεριλαμβανομένου PMTCT στα PHCCs: 32%

Παροχή βασικών εμβολιασμών και βασικού εξοπλισμού (ψυγεία και κουτιά “ψυχρής αλυσίδας”, κάρτες εμβολιασμού, δοχεία απόρριψης αιχμηρών): 46%

Ποσοστό PHCUs που παρέχουν θεραπεία για ελονοσία και το προσωπικό τους έχει εκπαιδευτεί στη διάγνωση και θεραπεία αυτής: 62%

Ποσοστό PHCCs που διαθέτουν διάγνωση και θεραπεία ελονοσίας, συμπεριλαμβανομένων και εργαστηριακών τεστ: 67%

Παρουσία διατροφικών κέντρων σε Νοσοκομεία και PHCCs: 0,29%

Ποσοστό ΔΥ που παρέχουν έλεγχο για υποσιτισμό: 53%

Ποσοστό ΔΥ που είναι ανοικτές 24/ημέρα: 19%

Ποσοστό ΔΥ που παρέχουν υπηρεσίες για σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και το προσωπικό έχει εκπαιδευτεί στη διάγνωση και θεραπεία τους: 28%

Ποσοστό υπηρεσιών για φυματίωση (διάγνωση, θεραπεία DOT) και έλεγχο φυματίωσης/λέπρας: 29%

Πηγή: Διαδικτυακός τόπος “Ministry of Health, South Sudan. South Sudan Health Information Dashboard”. <https://www.southsudanhealth.info/> (02/06/2020)

Πίνακας 5: Στόχοι του Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν για το 2015 (τα “πρόσφατα” στοιχεία είναι από το 1999/2000, εκτός και αν αναφέρεται διαφορετικά)

MDGs

5%

64%

58%

Πηγή: World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. I (Synthesis. Framework for sustained Peace, Development and Poverty Eradication). Sudan. 2005.

Πίνακας 6: Βασικοί φορείς που επιχειρούν στον ΤΥ του ΝΣ

Πρωταρχικοί φορείς

Μέσα μαζικής ενημέρωσης (δημοσιογράφοι, τύπος)
Τοπικοί, παραδοσιακοί αρχηγοί

Πίνακας 7: Σύγχρονη SWOT Analysis Συστήματος Υγείας Νότιου Σουδάν

ΔΥΝΑΜΕΙΣ

Δημιουργία ηλεκτρονικού συστήματος μισθοδοσίας ΕΥ

Εγκαθίδρυση σύγχρονων συστημάτων, όπως τα HMIS, HRIS, Εθνικό Σύστημα παρακολούθησης ασθενειών, LMIS και DHIS 2.

Εισαγωγή χρήσης κινητών τηλεφώνων για συλλογή δεδομένων υγείας.

Εισαγωγή συστημάτων NHA, PHEOC, IDSR.

Ολοκλήρωση καταγραφής ΔΥ και προσωπικού σε όλη τη χώρα.

Το ΣΥ βασίζεται σε μοντέλο που υποστηρίζει την αποκέντρωση.

Εγκαθίδρυση Κυβερνητικών Ιδρυμάτων και επιτροπών (πχ. HIV/AIDS).

Μικρή βελτίωση δεικτών υγείας, μείωση στο φορτίο μη μεταδοτικών ασθενειών.

Ύπαρξη Πολιτικής Υγείας, Αναπτυξιακών πλάνων ΤΥ, ανανέωση κατευθυντήριων οδηγιών, βασικής λίστας φαρμάκων, βασικού πακέτου ΥΠΥ.

Μεγάλη ποικιλομορφία πολιτιστικών και εθνικών παραδόσεων, αξιών και ιδεών σε μία μόνο χώρα.

ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ

Έλλειψη αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων/δεικτών για την υγεία, μη τακτική έκδοση αυτών.

Τα HMIS, LMIS, DHIS 2, IRHIS παρουσιάζουν ακόμα ελλείψεις στη λειτουργία τους.

Ιδιαίτερα η μη σωστή εφαρμογή του LMIS οδηγεί σε καταστροφή και σπατάλη φαρμάκων, ελλείψεις σε ΔΥ και περαιτέρω σπατάλες για το ΣΥ. Γενικώς, η λογιστική αλυσίδα για την προμήθεια φαρμάκων, υλικών και εξοπλισμού δε λειτουργεί σωστά.

Έλλειψη υποδομών για ανάπτυξη η-υγείας και κινητής υγείας.

Περιορισμένη χρήση πληροφοριών για ορθή λήψη αποφάσεων.

Έλλειψη ισχυρής ηγεσίας και κατάλληλης εκπαίδευσης των μάνατζερ στον ΤΥ και στην παροχή ΥπΥ.

Αδύναμοι μηχανισμοί ελέγχου, παρακολούθησης και λογοδοσίας σε όλα τα επίπεδα του ΥΥ και των ΥΥΠ.

Μειωμένη θεσμική και τεχνική δυνατότητα του ΤΥ.

Περιορισμένη ικανότητα για κανονισμούς και εξασφάλιση ποιότητας ιατρικών προϊόντων.

Δυσκολίες στη μεταφορά βοήθειας σε όλο τον πληθυσμό, λόγω μη προσβασιμότητας, και υψηλά μεταφορικά κόστη φαρμάκων/ υλικών, που σε συνδυασμό με ελλείψεις αποθηκευτικών χώρων, οδηγούν σε ελλείψεις τους στις ΔΥ.

Πρόσβαση στη φροντίδα υγείας από τις φτωχότερες στην Αφρική. 80% της φροντίδας προσφέρεται από ΜΚΟ.

Έλλειψη ουσιαστικής συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ φορέων και ΥΥ.

Περιορισμένη διατμηματική συνεργασία μέσα στον ΤΥ.

Θεσμικοί μηχανισμοί, όπως Διεθνείς Κανόνες Υγείας, Πρωτοβουλία κατά του καπνίσματος και μη-μεταδοτικών ασθενειών βρίσκονται σε προκαταρκτικό στάδιο ακόμα (WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014).

Πολλοί δείκτες υγείας σε χαμηλότερα επίπεδα των διεθνώς αποδεκτών, αυτών των γειτονικών χωρών ή πάνω από τα όρια έκτακτης ανάγκης του ΠΟΥ.

Υψηλό ποσοστό θανάτων από εύκολα θεραπεύσιμες ασθένειες.

Ελάχιστοι στόχοι των αναπτυξιακών πλάνων του ΤΥ έχουν επιτευχθεί. Αργή πρόοδος προς στόχους της Υγείας.

Υψηλό ποσοστό μη λειτουργικών ΔΥ. Επιπλέον, οι υποδομές των ΔΥ δεν είναι σύγχρονες, χρειάζονται ανακαινίσεις, παρουσιάζουν ελλείψεις εξοπλισμού και προσωπικού.

Έλλειψη εκπαιδευμένων ΕΥ, χαμηλή δυνατότητα για εθνική παραγωγή τους. Επαγγελματική εξουθένωση όσων εργάζονται στον Δημόσιο ΤΥ.

Έλλειψη κινήτρων για συγκράτηση ΕΥ στον δημόσιο τομέα (απλήρωτοι δημόσιοι υπάλληλοι/όχι σταθερότητα καταβολής μισθών, χαμηλοί μισθοί, ανυπαρξία δια βίου μάθησης).

Μη εξισορροπημένη κατανομή ΔΥ και ΕΥ ανά περιοχή στη χώρα.

Έλλειψη επίσημου συστήματος παραπομπών στο ΣΥ.

Χαμηλή κάλυψη βασικών επεμβάσεων (προγεννητική φροντίδα, καισαρικές, αντισύλληψη, εξωτερικοί ασθενείς, LLITN, κλπ) (WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014) και υπηρεσιών (έλλειψη τραπεζών αίματος, εργαστηρίων) (Ministry of Health, Government of the Republic of South Sudan. National Reproductive Health Policy. Juba. 2013), μη εφαρμογή του βασικού πακέτου υπηρεσιών υγείας.

Χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών.

Δεν εφαρμόζεται η λειτουργία της αποκέντρωσης στο ΣΥ (μπορεί να δημιουργήσει αστάθεια και συγκρούσεις για πόρους στο σύντομο μέλλον).

Έλλειψη σταθερής και υψηλής χρηματοδότησης του ΤΥ από την Κυβέρνηση.

Υψηλά ποσοστά “out of pocket” πληρωμών από τα νοικοκυριά προς το Δημόσιο ΣΥ, που περιορίζουν την πρόσβαση των χρηστών.

Αδυναμία εφαρμογής της Πολιτικής και των Αναπτυξιακών Πλάνων ΤΥ σε όλο το εύρος τους, ελλιπής αξιολόγηση και έλεγχος.

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ

Δημιουργία συναινετικής Κυβέρνησης (Φεβρουάριος 2020).

Η χώρα βρίσκεται στα πρώτα στάδια δημιουργίας του Έθνους και ανάπτυξης των κοινωνικών υπηρεσιών, στρεφόμενη από τον ανθρωπιστικό στον αναπτυξιακό

προγραμματισμό (WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014).

Βελτίωση θεσμικού πλαισίου (ύπαρξη συντάγματος, ψήφιση νόμων για την υγεία).

Επέκταση ηλεκτροδότησης της χώρας με κατασκευή νέων εργοστασίων παραγωγής ενέργειας.

Ίδρυση και λειτουργία νέων σχολών εκπαίδευσης για ΕΥ.

Επιστροφή διασποράς (με καινούριες δεξιότητες, επιθυμία να παραμείνουν και να εργαστούν στη χώρα τους).

Υψηλό ποσοστό νέων στον πληθυσμό (μεγάλη εργατική δύναμη).

Έμπειροι ντόπιοι ΕΥ που εργάζονται χρόνια με τις ΜΚΟ και τους Διεθνείς φορείς, που θα μπορούσαν να απορροφηθούν από τον δημόσιο ΤΥ, αν εφαρμοστούν οι κατάλληλες πολιτικές προσέλκυσης.

Μεγάλος αριθμός φορέων στη χώρα (ΜΚΟ, διεθνείς οργανισμοί, αντιπροσωπείες χωρών, ΕΥ, ΤΡΟΙΚΑ κλπ), με πρόθεση και μέσα (οικονομικά και μη) να βοηθήσουν.

Πολλές δομές συνεργασίας μεταξύ φορέων και κυβέρνησης (HSTWG, forums, clusters, H6, NHSWG κλπ).

Υψηλά δημόσια έσοδα από την πώληση του πετρελαίου.

Συμμετοχή σε περιοχικά φόρουμ (Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία, η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ).

Ενεργός παρουσία κοινωνίας πολιτών και νέων στις διαπραγματεύσεις για την ειρήνη (θα μπορούσαν να εμπλακούν και στην αξιολόγηση, επανασχεδιασμό του ΣΥ).

ΑΠΕΙΛΕΣ

Χαμηλή κατάταξη σε διεθνείς δείκτες (πχ. HDI του UNDP, WPS Index, Διαφθοράς της «Διεθνούς Διαφάνειας»)

Έλλειψη πολιτικής δέσμευσης και βούλησης, έλλειψη εμπιστοσύνης μεταξύ πολιτικών αντιπάλων.

Πολιτική αστάθεια.

Διαφθορά σε όλα τα κυβερνητικά επίπεδα, αδύναμο σύστημα χρηματοοικονομικής διαχείρισης.

Έλλειψη μηχανισμών διατμηματικής συνεργασίας και συντονισμού. Αν και έχει αναγνωριστεί ο σημαντικός ρόλος όλων των κλάδων στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, η προαγωγή της Υγείας στις υπόλοιπες Πολιτικές της χώρας είναι απύσχα (WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014)

Έλλειψη ορθολογικού μανάτζμεντ των δημόσιων οικονομικών της χώρας.

Κακή οικονομική κατάσταση χώρας (υπερπληθωρισμός, αύξηση φτώχειας, οικονομία βασισμένη κυρίως στο πετρέλαιο/μη διαφοροποιημένη).

Η ανθρωπιστική βοήθεια είναι ακόμα απαραίτητη (υψηλή ευαισθησία σε ανθρωπιστικές κρίσεις) και λαμβάνει πολύ μεγαλύτερη χρηματοδότηση από την αναπτυξιακή.

Τα προγράμματα των ΜΚΟ, θρησκευτικών οργανώσεων και άλλων φορέων δεν έχουν ακόμα πλήρως ενσωματωθεί στο ΣΥ της χώρας, αλλά λειτουργούν ανεξάρτητα.

Η βοήθεια από τους φορείς/ΜΚΟ κινείται με βάση την προσφορά και όχι τη ζήτηση.

Υψηλή ευαισθησία σε επιδημίες (κακές συνθήκες υγιεινής, χαμηλοί εμβολιασμοί, χαμηλή εκπαίδευση υγείας).

Αύξηση ψυχικών νόσων.

Υψηλό φορτίο μεταδοτικών (ελονοσία, φυματίωση, HIV/AIDS) και μη μεταδοτικών ασθενειών (τροχαία).

Πολύ υψηλό επίπεδο αναλφαβητισμού.

Ισχυρή παρουσία παραδοσιακών επικίνδυνων πρακτικών, προλήψεων και ανθυγιεινού τρόπου ζωής, λόγω έλλειψης εκπαίδευσης.

Χαμηλή χρηματοδότηση για την εκπαίδευση.

Συνεχιζόμενη βία με εθνοτικές συγκρούσεις, έλλειψη ασφάλειας, εύθραυστη κατάσταση ειρήνης.

Συνεχιζόμενες επιθέσεις και καταστροφές ΔΥ.

Άρνηση όλων των εσωτερικά μετακινούμενων ή προσφύγων να επιστρέψουν στα σπίτια τους, εξαιτίας ανασφάλειας.

Επιπλέον επιβάρυνση του ΣΥ με τις επιστροφές του πληθυσμού.

Συνεχιζόμενη τροφική ανασφάλεια.

Η μεγάλη πλειοψηφία της γης δεν καλλιεργείται.

Χαμηλή διείσδυση υψηλής τεχνολογίας στη χώρα.

Η θέση των γυναικών στην κοινωνία δεν είναι ισχυροποιημένη και υπάρχουν ακόμα πολλά φυλετικά εμπόδια.

Έλλειψη σύγχρονων υποδομών σε όλη τη χώρα (μεταφορικού και ηλεκτρικού δικτύου).

Έλλειψη καθολικής πρόσβασης σε νερό και βασικές συνθήκες υγιεινής (νοικοκυριών και ΔΥ).

Πίνακας 8: Στόχοι του Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν για το 2015

ΔΕΙΚΤΕΣ

ς HMIS αναφορές

(δεν υπάρχουν στοιχεία)

Πηγή: Ministry of Health, Republic of South Sudan. Health Sector Development Plan 2012-2016. Juba. 2012.

Πίνακας 9: Στόχοι του Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν για το 2015

ΔΕΙΚΤΗΣ

		5%
--	--	----

Πηγή: Ministry of Health, Government of South Sudan. Health Sector Development Plan 2011-2015. Juba. 2011.

Πίνακας 10: Μερικοί από τους Millennium Development Goals (MDGs)

MDG 1: μείωση μεταξύ 1990 και 2015 κατά 50% της απόλυτης φτώχειας και των ανθρώπων που υποφέρουν από πείνα.

MDG 4: Μείωση παιδικής θνησιμότητας κατά 2/3.

MDG 5: Μείωση κατά $\frac{3}{4}$ της μητρικής θνησιμότητας μεταξύ 2006 και 2015.

MDG 7: Μείωση κατά 50% του ποσοστού των ανθρώπων χωρίς πρόσβαση σε πόσιμο νερό και βασικές συνθήκες υγιεινής.

Πηγή: Evaluation Department of Norwegian Agency for Development Cooperation (Norad). Mid-term evaluation of the Joint Donor team in Juba, Sudan (evaluation report 2/2009). Oslo. 2009.

Πίνακας 11: Μερικοί από τους Sustainable Development Goals (SDGs) για το 2030

SDG 1.1: Μέχρι το 2030 να εξαλειφθεί η απόλυτη φτώχεια

SDG 2.2: Μέχρι το 2030 να εξαφανιστούν όλες οι μορφές του υποσιτισμού

SDG 3.1: Μέχρι το 2030, να μειωθεί η μητρική θνησιμότητα σε λιγότερο του 70/100.000 ζωντανές γεννήσεις

SDG 3.2: Μέχρι το 2030, να μειωθεί η νεογνική θνησιμότητα τουλάχιστον στο 12/1.000 ζωντανές γεννήσεις και κάτω των 5 ετών τουλάχιστον στο 25/1.000 ζωντανές γεννήσεις.

SDG 3.3: Μέχρι το 2030, να τερματιστεί η επιδημία του HIV/AIDS, φυματίωσης, ελονοσίας και παραμελημένων τροπικών ασθενειών και να καταπολεμηθεί η ηπατίτιδα, οι ασθένειες που μεταδίδονται από μολυσμένο νερό και άλλες μεταδοτικές ασθένειες.

SDG 3.4: Μέχρι το 2030 να μειωθεί κατά 1/3 η πρόωγη θνησιμότητα από μη-μεταδοτικές ασθένειες, μέσω πρόληψης και θεραπείας, και να προαχθεί η ψυχική υγεία και ευεξία.

SDG 3.8: Μέχρι το 2030 πρέπει να επιτευχθεί καθολική κάλυψη υγείας.

SDG 3.9.c: Αύξηση χρηματοδότησης υγείας και πρόληψης, ανάπτυξης, εκπαίδευσης και συγκράτησης ΕΥ στις αναπτυσσόμενες χώρες, ειδικά στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες

SDG 5.2: Εξάλειψη κάθε είδους βίας κατά των γυναικών και κοριτσιών στη δημόσια και ιδιωτική σφαίρα.

SDG 5.3: Εξάλειψη πρακτικών όπως παιδικό ή καταναγκαστικό γάμο και γυναικείο γεννητικό ακρωτηριασμό.

SDG 6.1: Μέχρι το 2030, να επιτευχθεί καθολική και ίση πρόσβαση σε πόσιμο νερό για όλους.

SDG 6.2: Μέχρι το 2030, να επιτευχθεί πρόσβαση σε κατάλληλες συνθήκες υγιεινής για όλους.

SDG 7.1: Μέχρι το 2030, να εξασφαλιστεί παγκόσμια κάλυψη σε οικονομικές, αξιόπιστες και μοντέρνες υπηρεσίες ενέργειας.

Πηγή: WHO. EVIPNet in action. 10 years stories. Geneva. 2016.

Πίνακας 12: Στόχοι Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν, μέχρι το 2010 και 2011

MDG

v 15-49 χρ.)

<1%

Πηγές: Ministry of Health, Government of Southern Sudan. Health Policy for the Government of Southern Sudan, 2006-2011. Reviewed version. Juba. 2007.
World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. III (Capacity Building and Institutional Development). Sudan. 2005.

Πίνακας 13: Βασικά Δημογραφικά Στοιχεία χωρών των οποίων το ΣΥ συγκρίθηκε με αυτό του ΝΣ

ΧΩΡΑ

Πηγές:

1. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Sudan> (02/06/2020)
2. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/Democratic_Republic_of_the_Congo (02/06/2020)
3. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Rwanda> (02/06/2020)
4. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Uganda> (02/06/2020)
5. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. <https://en.wikipedia.org/wiki/Tanzania> (02/06/2020)
6. Διαδικτυακός τόπος “Wikipedia”. https://en.wikipedia.org/wiki/South_Sudan (02/06/2020)

Πίνακας 14: SWOT Analysis Συστήματος Υγείας Σουδάν, το 2017

Πηγή: Ebrahim EMA, Ghebrehiwot L, Abdalqfar T, Hanafiah Juni M. Health Care System in Sudan: Review and Analysis of Strength, Weakness, Opportunity and Threats (SWOT Analysis). Sudan Journal of Medical Sciences 2017; 12(3): 133-150.

Πίνακας 15: SWOT Analysis Καθολικής Κάλυψης Υγείας (μέσω του CBHI) στη Ρουάντα, 2000-2012

ΔΥΝΑΜΕΙΣ

	ομικοί περιορισμοί.
--	---------------------

Πηγή: Nyandekwe M., Nzayirambaho M, Kakoma JB. Universal Health coverage in Rwanda: dream or reality. PanAfrican Medical Journal 2014; 17:232.

Πίνακας 16: Προκλήσεις και απαντήσεις σε επίπεδο Προγραμμάτων και Συστήματος Υγείας

ΠΡΟΒΛΗΜΑ

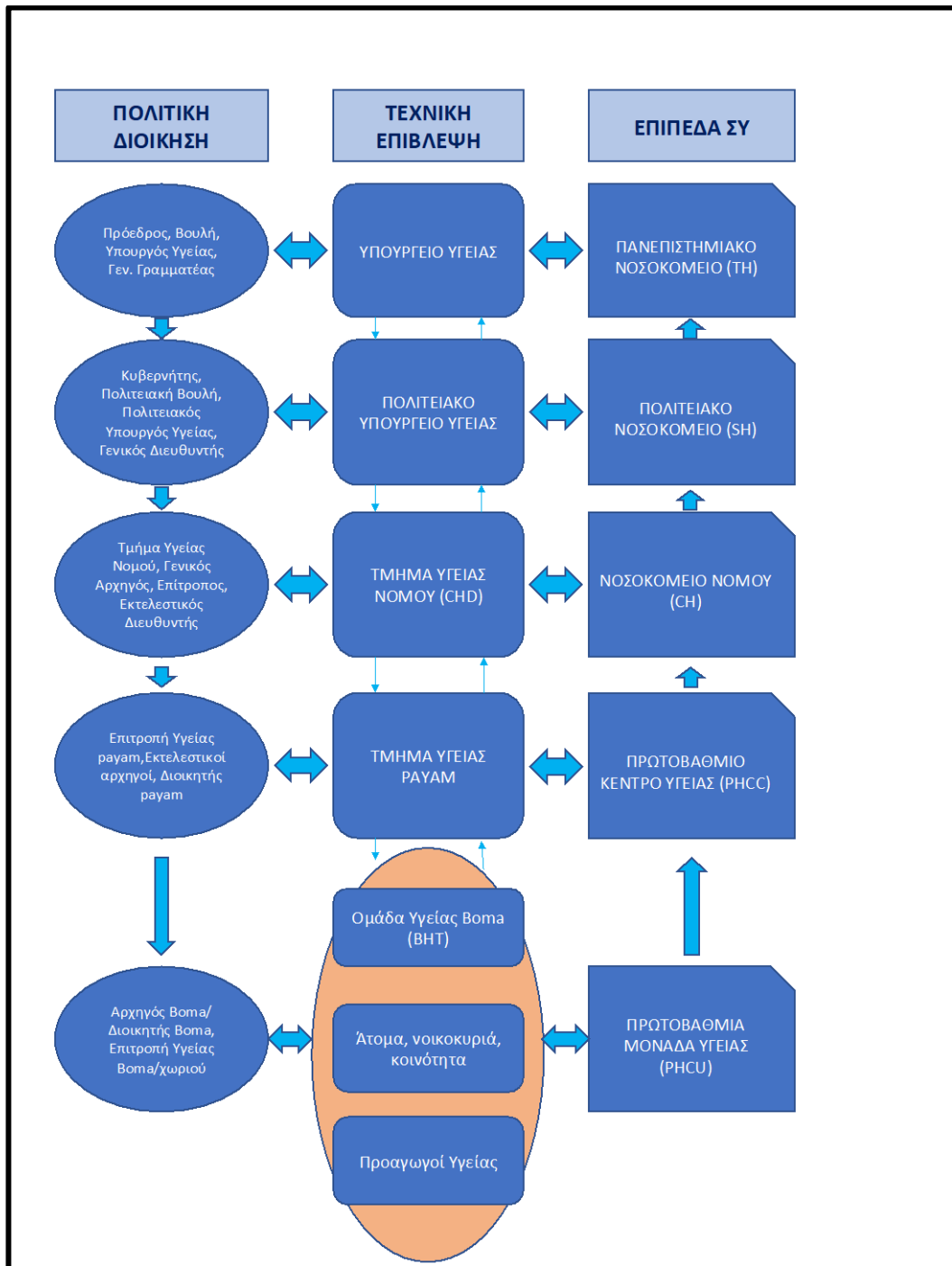
--	--	--

Πηγή: Travis P, Bennett S, Haines A, Pang T, Bhutta Z, Hyder AA et al. Overcoming Health-Systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. Lancet 2004; 364: 900-906.



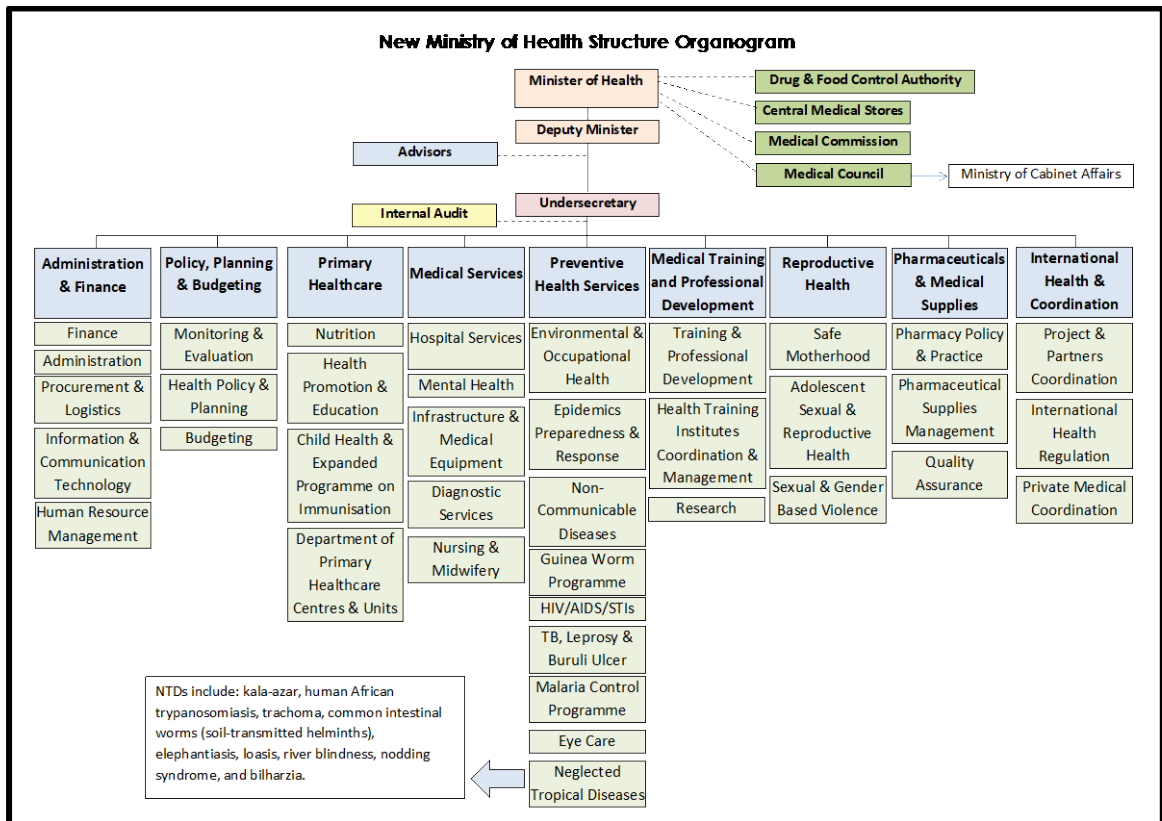
Διάγραμμα 1: Χάρτης Νότιου Σουδάν

Πηγή: OCHA. Humanitarian needs overview 2020 South Sudan. South Sudan. 2019



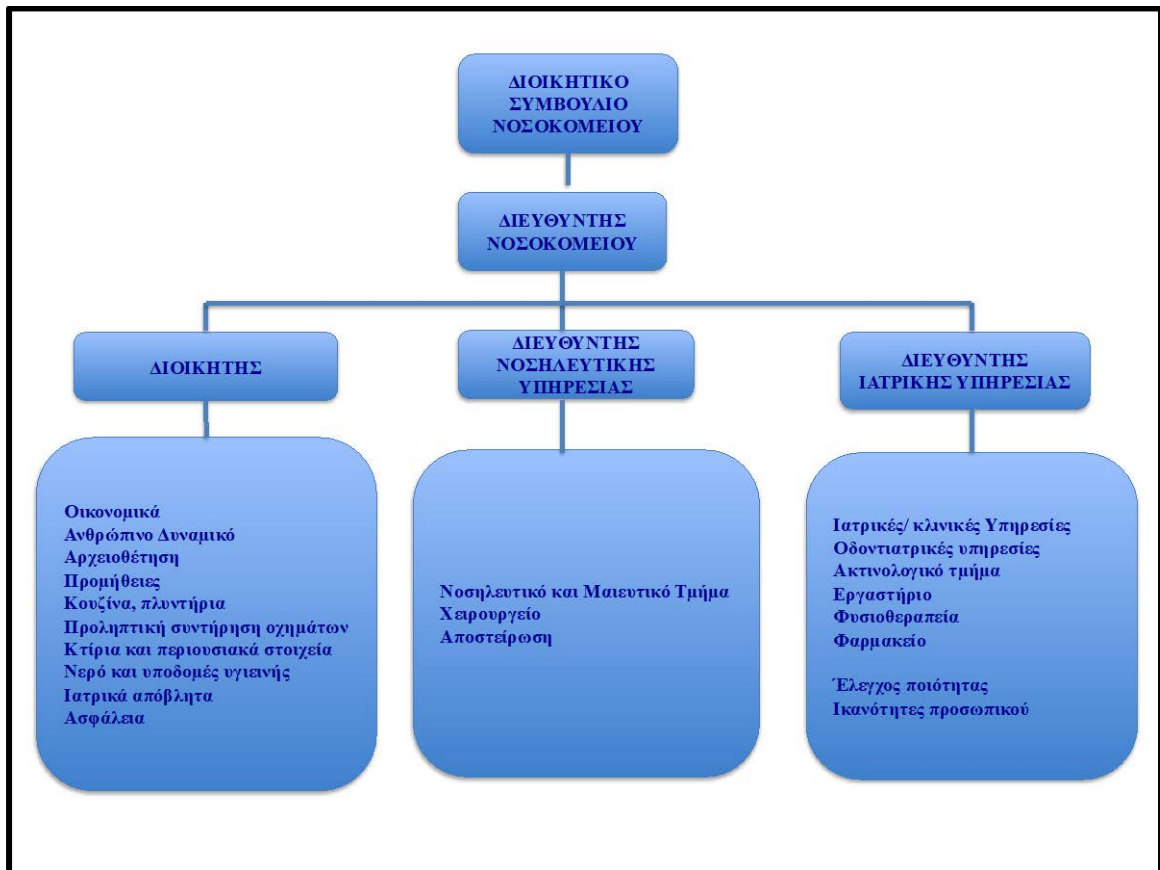
Διάγραμμα 2: Οργάνωση Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν σε επίπεδα

Πηγή: Βασισμένο στο Διάγραμμα 2 του Ministry of Health, Republic of South Sudan. Health Sector Development Plan 2012-2016 και στο Διάγραμμα 3 του Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis.



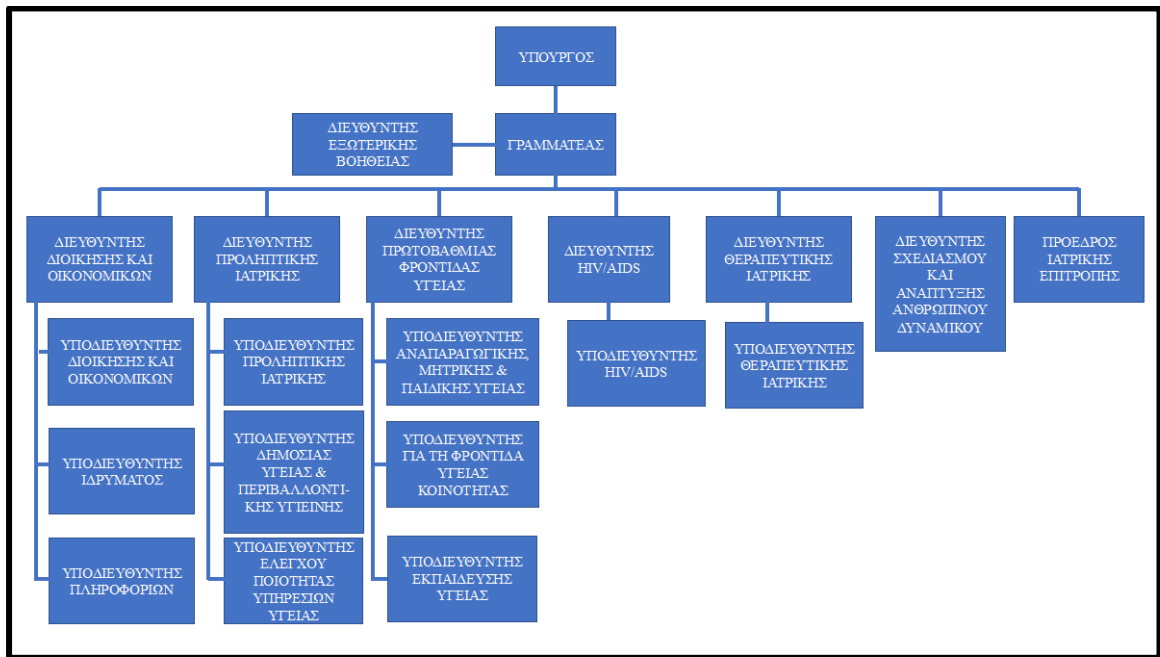
Διάγραμμα 3: Σύγχρονο Οργανόγραμμα Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν

Πηγή: Διαδικτυακός τόπος “Ministry of Health Republic of South Sudan”. https://moh-rss.org/?page_id=264 (02/06/2020)



Διάγραμμα 4: Οργανόγραμμα Νοσοκομειακών Δομών Νότιου Σουδάν

Πηγή: Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Secondary and Tertiary Health Care. Juba. 2011.



Διάγραμμα 5: Οργανόγραμμα Υπουργείου Υγείας Νότιου Σουδάν, 2007

Πηγή: USAID. Southern Sudan Health System Assessment. Maryland. 2007

Επιρροή στη διαδικασία/ αποτελέσματα

A1.	A2.
<p>Ομάδες κοινωνίας πολιτών Αντιπολίτευση UN οργανισμοί (UNWOMEN, WFP) UNMISS IGAD AU Εθνικές Κυβερνήσεις ξένων χωρών Τρόικα Ευρωπαϊκή Κοινότητα Υπουργείο Οικονομικών ΝΣ Άλλα Υπουργεία/Υπηρεσίες που επηρεάζουν την υγεία</p>	<p>Ηγεσία Υγείας (ΥΥ) UN οργανισμοί (UNHCR, IOM, UNICEF, WHO) OCHA ΜΚΟ (ICRC, MSF) Παγκόσμια Τράπεζα Πανεπιστημιακοί φορείς Εξωτερικοί δωρητές</p>
A3.	A4.
<p>MME Τοπικοί, παραδοσιακοί αρχηγοί Πληθυσμιάς ΝΣ</p>	<p>Ηγεσία Υγείας (ΥΥΠ, επίπεδο Νομού, χωριού/rayan/boma, ΔΥ) Ασθενείς ΝΣ Επαγγελματίες Υγείας Παραδοσιακοί θεραπευτές Σύλλογοι Επαγγελματιών Υγείας Ιδιωτικός ΤΥ ΜΚΟ (μικρότερες διεθνείς ή τοπικές) Θρησκευτικές Οργανώσεις</p>

Ενδιαφέρον/υποστήριξη στο ΣΥ

Διάγραμμα 6: Ανάλυση φορέων που δρουν στον Τομέα Υγείας του Νότιου Σουδάν (με βάση την ανάλυση φορέων που προτείνεται από το Ministry of Health, Republic of Rwanda. National Guide for the Health Sector Policy and Strategic Plan Development. Kigali. 2014)

Παράρτημα Β

Στατιστικοί Πίνακες

B1. Παρουσίαση Στατιστικών Πινάκων

Στατιστικός Πίνακας 1α: Πρόσβαση σε δίκτυα ηλεκτρισμού και τηλεπικοινωνιών στο Νότιο Σουδάν (2000-2020)

ΥΠΟΔΟΜΕΣ	2000	2001	2005	2009	2012	2016	2020
ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΙΣΜΟ	0,0% (1)		15% πληθυσμού Σουδάν (2)		5,1% (1)	<1% (3)	25% (4)
ΕΠΙΓΕΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΑ		<1 / 1.000 ανθρώπους (2)		120 / 1.000 (κινητά μόνο) (5)			30% πρόσβαση σε δίκτυο κινητής ή/και έχει κινητά (4)

Στατιστικός Πίνακας 1β: Επίπεδα φτώχειας στο Νότιο Σουδάν (2000-2019)

ΦΤΩΧΕΙΑ	2000	2005	2009	2011	2015	2016	2018	2019
ΠΟΣΟΣΤΟ ΦΤΩΧΕΙΑΣ				55% (6). 44,7% (7)	65,9% (7).			
ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΟΛΥΤΗΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ (<1 USD ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ)	90% για ΝΣ (2)	90% (2, 8)	52% (9)	50,6% (10,11). 80% (6)		66% (9)	80% (12)	51% (13)

* Η γραμμή φτώχειας για τη χώρα είναι 1,9 USD/ημέρα

Στατιστικός Πίνακας 1γ: Κατάταξη του Νότιου Σουδάν με βάση τον Δείκτη HDI (2005-2019)

HDI	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
HUMAN DEVELOPMENT INDEX RANK	139/177 χώρες (για το Σουδάν, χωρίς να συμπεριλαμβάνει το ΝΣ. Αν το συμπεριλάμβανε, σημειώνεται ότι θα ήταν χειρότερα). (2)	150 / 182 (εκτός του Νότιου Σουδάν) (14)					169 / 188 (15)		181/188 (16)		185/189 (17)	186/189 (17)
HUMAN DEVELOPMENT INDEX			0,41 (18)	0,42 (18)	0,39 (18)	0,39 (18)	0,4 (18)	0,4 (18)	0,39 (18)	0,39 (18)		

Στατιστικός Πίνακας 1δ: Βασικά Δημογραφικά Στοιχεία πληθυσμού Νότιου Σουδάν (2000-2020)

Στατιστικός
Θνησιμότητα ανά
στο Νότιο Σουδάν

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		2000	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ			7.500.000 (μει- πυλώσεων 4.000.000 μετανάστες και αποδηφτες) (19)			9.700.000 (20)	9.700.000 (21) 10.600.000 (22)				9.000.000 (23) 10.314.000 (24)			12.339.800 (15) 13.249.924 (25)	12.231.000 (26)	12.323.420 (7)	12.300.000 (27)			
ΛΥΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ/ΕΤΟΣ			3% (8)				2,2% (22)				2,2% (10)			2,9% (7)			3% (27)			
% ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ <15 ΧΡ			53% < 18 ζωνων (28)				51% < 18 ζωνων(6)							42,1% (15)			51% <18 ζωνων (13)			>53% (29)
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ < 30 ΧΡ							72% (6)										72% (13)			
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ								83% (21)		82% (31)	90% (10)		81% (18)			81% (18)				83% (13)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΩΝ			Ηλικίες 15- 24: 31% (2)	Ηλικίες 15-24 ζρ:- 24% αυγμάτων (28)	Ηλικίες 15-24 ζρ:- 16% (2)	2,5% γυν 15-24 ζρ στο ΝΣ (32)		27% αυγμάτων (33)			27% αυγμάτων (6) Γυναικες: 12% και Ανδρες: 37% (10, 11). 13,4% σε γυν. 15-24 ζρ (34)			32% > 15 ζωνων (1, 36)			34,5% (36)	27% αυγμάτων (7,13)		

Πίνακας 2α:
ηλικία και φύλο
(1990-2019)

Στατιστικός Πίνακας 2β:
στο Νότιο Σουδάν (2000-

	2000	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑ ΑΙΤΙΑ																	
ΜΗΤΡΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ (ανά 100.000 ζωντανές γεννήσεις)	1.700 / 100.000 (2)	1.660 / 100.000 (31)	1.610 / 100.000 (31)	1.700 / 100.000 (40), 1.480 / 100.000 (31)	1.410 / 100.000 (31), 2.054 / 100.000 (32)	1.330 / 100.000 (31)	1.250 / 100.000 (31)	1.170 / 100.000 (31)	2.054 / 100.000 (45), 1.100 / 100.000 (31)	2.054 / 100.000 (6), 1.070 / 100.000 (31)	1.050 / 100.000 (31)	1.090 / 100.000 (31)	1.140 / 100.000 (31)	789 / 100.000 (15), 1.110 / 100.000 (31)	789 / 100.000 (41)	1.150 / 100.000 (46)	730 / 100.000 (42), 789 / 100.000 (4)
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ								24 / 100.000 (47)		65 / 100.000 (11)							
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΠΟ HIV/AIDS										119 / 100.000 (31)							
ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΠΟΥ ΑΠΟΔΟΧΤΑΙ ΣΕ ΜΗ ΣΚΟΠΙΜΗ ΑΛΛΗΓΗΡΙΑΣΗ	6,1/100.000 (44)			5,5/100.000 (44)					4,8/100.000 (44)					4/100.000 (44)	4/100.000 (44)		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ (ΜΕΙΚΤΟΣ ΠΑΘΥΣΜΟΣ)	4,8/100.000 (44)			4,6/100.000 (44)					4,1/100.000 (44)					3,7/100.000 (44)	3,7/100.000 (44)		

Θνησιμότητα ανά αιτία
2018)

Στατιστικός Πίνακας 2γ: Ποσοστά γονιμότητας στο Νότιο Σουδάν (2000-2017)

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ	2000	2006	2008	2010	2015	2017
ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑΣ	6,223/ γυναίκα (44)	6,7/ γυναίκα (47). 5,721/ γυναίκα (44)	6,7/ γυναίκα (22). 5,5/ γυναίκα (44)	6,7 / γυναίκα (43). 5,3/ γυναίκα (44)	4,9/ γυναίκα (44)	4,7/ γυναίκα (44)

Στατιστικός Πίνακας 2δ:
φυματίωση, ελονοσία στο

ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	2000	2001	2002	2005	2006	2007	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ HIV/AIDS		2,6% (2)		Άγνωστος, 8% (40), 2,5% (31)	2,6% (47)	1-12% (48)	3% (49)	2,4% (15-49 γρ) (31)				3% (45)				2,6% (42)
ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ			325 / 100.000 (2)	325 / 100.000 (2) (40)			209 / 100.000 (47)		146 / 100.000 (31)	140 / 100.000 (11), 146 / 100.000 (31)	146 / 100.000 (31)	140 / 100.000 (45), 146 / 100.000 (31)	146 / 100.000 (31)			146 / 100.000 (50)
ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΛΟΝΟΣΙΑΣ (ανά πληθυσμό σε κίνδυνο)	291,16 / 1.000 (44)							192,72 / 1.000 (44)	185,62 / 1.000 (44)	168,08 / 1.000 (44)	152,73 / 1.000 (44)	144,72 / 1.000 (44)	151,95 / 1.000 (44)	142,2 / 1.000 (44)	141,68 / 1.000 (44)	

Νοσηρότητα (HIV/AIDS,
Νότιο Σουδάν (2000-2018)

Στατιστικός Πίνακας 3α: Υποσιτισμός (χρόνιος και οξύς) σε παιδιά κάτω των 5 ετών, στο Νότιο Σουδάν (2000-2019)

ΔΙΑΤΡΟΦΗ/ΘΡΕΨΗ	2000	2005	2006	2008	2010	2011	2014	2018	2019
ΧΡΟΝΙΟΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ (< 5 ΧΡ.)	20% (51)	45% (40)	33,4 % (32)	36,2 % (1)	31,1% (34)		31,1% (1)		
ΣΟΒΑΡΟΣ ΧΡΟΝΙΟΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ (<5 ΧΡ.)			18% (32)		17,1% (34)				
ΟΞΥΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ (< 5 ΧΡ.)	21% (2)		19% (47). 21,9 % (32)	24,6% (1)	22,7% (34)	19%(47)	22,7 % (1)	13% (41)	16 % (41)
ΣΟΒΑΡΟΣ ΟΞΥΣ ΥΠΟΣΙΤΙΣΜΟΣ (<5 ΧΡ.)			3% (47). 7% (32).		7,63% (20)	3% (47)			

Στατιστικός Πίνακας 3β:
Κινδύνου στο Νότιο Σουδάν
βασικές συνθήκες υγιεινής)

	2000	2005	2006	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2017	2019
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ												
ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΠΟΣΙΜΟ ΝΕΡΟ	ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: 25-30%, ΑΣΤΙΚΕΣ: 60% (2)	ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: 25-30%, ΑΣΤΙΚΕΣ: 60% (52)	48,3% (32)	55% (6)	68,7% (34)	<80% (10, 11)	57% (3)	58,7% (ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: 56,9%, ΑΣΤΙΚΕΣ: 66,7%) (1)	58,7%, (ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: 56,9%, ΑΣΤΙΚΕΣ: 66,7%) (1)		50% (53)	27% (13)
ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ	15% (2)	25% (40)	6,4% στον Νότο (32)		7,4% (34) 13% (6)	20% (6) <7% (10, 11)		6,7% (ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: 4,5 %, ΑΣΤΙΚΕΣ: 16,4 %) (1)	6,7% (ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: 4,5 %, ΑΣΤΙΚΕΣ: 16,4 %) (1)		10% (53)	19%, συμπεριλαμβανόμενου κοινών τουαλέτων (41)

Περιβαλλοντικοί Παράγοντες
(πρόσβαση σε πόσιμο νερό και
(2000-2019))

Στατιστικός
Στοιχεία
Μητρικής, Βρεφικής,
Εφηβικής Υγείας στο
(2000-2018)

	2000	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2014	2015	2016	2017	2018
ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ, ΜΗΤΡΙΚΗ, ΒΡΕΦΙΚΗ, ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	<1% (2)	<1% (40)	<3% (47), 3,5% (31), 3,5% (32)		1,73% γυναίκες υποσπέρμιο γυναικείας πρακτικής (20)	4% (34)			6,5% γυναίκες 15-49 ετών (54)			
ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ			40,1% γυν. 15-49 ετών, 3,5% (32)	48% τουλάχιστον μια φορά στο 4 φάρμακ (47)		9,3% αποσπόμενων και τις 4 ANC επισκέψεις (45), 10% και τις 4 επισκέψεις (6), 17% και τις 4 επισκέψεις (34), 46,7% τολάχιστον 1 επίσκεψη (20), 17% τολάχιστον μια επίσκεψη με ακαταδωμένο προσοπικό (34)		53% μία επίσκεψη και 24% 4 ή περισσότερες (55)		50,3% μία επίσκεψη και 22,6% 4 ή περισσότερες (55)	17% 4 επισκέψεις τολάχιστον (42)	20% 4 επισκέψεις τολάχιστον (42)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΓΚΥΣΩΝ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ			40,1% γυν. 15-49 ετών, 3,5% (32)	48% τουλάχιστον μια φορά στο 4 φάρμακ (47)		9,3% αποσπόμενων και τις 4 ANC επισκέψεις (45), 10% και τις 4 επισκέψεις (6), 17% και τις 4 επισκέψεις (34), 46,7% τολάχιστον 1 επίσκεψη (20), 17% τολάχιστον μια επίσκεψη με ακαταδωμένο προσοπικό (34)		53% μία επίσκεψη και 24% 4 ή περισσότερες (55)		50,3% μία επίσκεψη και 22,6% 4 ή περισσότερες (55)	17% 4 επισκέψεις τολάχιστον (42)	20% 4 επισκέψεις τολάχιστον (42)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΚΕΤΩΝ ΑΠΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	5% (2), 10% (46)	<6% (40), 14% (46)	10,02% στο ΝΣ (32)	15% (6)		19,4% (15), 14,7% (45), 19% (34), 20% (46), 15% (6)	10% (47)	19% ζωντανών γεννήσεων (56)	8% (7), 26% (46)		11,5% (42), 29% (46)	12,6% (42)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΚΕΤΩΝ ΣΕ ΔΥ			14% στο ΝΣ (32)			11,5% (34)			15% (7)			
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ			2,3% στο ΝΣ (32)			0,5% (45)	0,5% (47), <1% (34)					1% (9)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΠΑΙΔΩΝ <5 ΕΤ. ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΟΡΓ ΓΙΑ ΔΙΑΡΡΟΙΑ			63,3% (32)			22,7% (11), 60,4% παιδιά <5 ετών (31)						

Πίνακας 4α:
Αναπαραγωγικής,
Παιδικής και
Νότιο Σουδάν

Στατιστικός Πίνακας 4β: Στοιχεία ανοσοποίησης παιδιών στο Νότιο Σουδάν (2006-2016)

ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗ	2006	2009	2010	2016
ΠΑΙΔΙΑ <1 ΧΡ. ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ DTP3	20,2 % πλήρης ανοσοποίηση με 3 δόσεις (32)		45 % (45). 13,8% (11). 71% (47)	26% (15)
ΠΑΙΔΙΑ <5 ΧΡ. ΠΛΗΡΩΣ ΚΑΛΥΜΜΕΝΑ ΜΕ DTP		43% (20)	13,8% (20)	
ΠΑΙΔΙΑ <1 ΧΡ. ΠΛΗΡΩΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΕΝΑ	32 % (32). 42,5% (παιδιά που δεν έλαβαν κανένα εμβόλιο μέχρι 12 μηνών και είναι 1-2 χρ.) (34)		45,9 % (παιδιά που δεν έλαβαν κανένα εμβόλιο μέχρι 12 μηνών και είναι 1-2 χρ.) (34)	

Στατιστικός Πίνακας 4γ: Στοιχεία αναφορικά με τη θεραπεία και πρόληψη του HIV/AIDS, στο Νότιο Σουδάν (2007-2018)

HIV	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ΠΟΣΟΣΤΟ ΡΜΤΣΤ ΚΑΛΥΨΗΣ	0% (44)	1% (44)	2% (44)	9% (44)	12% (44)	15% (45). 13% (44)	23% (44)	15% (45). 13% (56). 21% (44)	45% (44)	30% (44)	56% (44)	56% (44)
ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ ΜΕ ΑΝΤΙΡΕΤΡΟΪΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	0,76% (57)					10% (45)		10% (45)			13% (18)	16% (44)

Στατιστικός Πίνακας 4δ: Στοιχεία για τη θεραπεία της φυματίωσης στο Νότιο Σουδάν (2011-2018)

ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ						
	2011	2012	2013	2014	2015	2018
ΚΑΛΥΨΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗΣ	50% (31)	57% (31)	42% (31)	54% (31)	62% (31)	91% (50)

Στατιστικός Πίνακας 4ε: Στοιχεία για την πρόληψη και θεραπεία της ελονοσίας στο Νότιο Σουδάν (2006-2015)

ΕΛΟΝΟΣΙΑ						
	2006	2009	2013	2010	2013	2015
ΠΑΙΔΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΑ ΜΕ ΕΛΟΝΟΣΙΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΤΙΣ ΠΡΩΤΕΣ 24 ΩΡΕΣ	3,6 % (32)	12% (47, 20)		24% (45)		8% (54)
ΠΑΙΔΙΑ <5 ΧΡ. ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝ ΚΟΥΝΟΥΠΕΡΕΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΜΕΝΕΣ ΜΕ ΕΝΤΟΜΟΚΤΟΝΟ	21% (31, 44)	25,3% (44)	45,8% (44)	2% (45)		
ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΑΝΘΕΛΟΝΟΣΙΑΚΑ (% ΤΩΝ <5 ΕΤΩΝ ΜΕ ΠΥΡΕΤΟ)	46,1% (44)	35,8% (44)		51,2% (44)	31,9% (44)	

Στατιστικός Πίνακας 4ζ: Πρόσβαση σε Υπηρεσίες Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2005-2018)

ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥπΥ								
	2005	2006	2011	2012	2014	2016	2017	2018
ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	25% (47, 40)		13% (6)	<40% (11, 35). 25-33% (58, 59, 60)		40% (38)	30% (61)	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΜΚΟ	80% (47)		80% (45)		80% (45)			80% (4, 62)
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ		<25% (47)					30% (7)	

Στατιστικός Πίνακας 5α: Στοιχεία για επιτυχή θεραπεία της πνευμονικής φυματίωσης στο Νότιο Σουδάν (2006-2010)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ			
	2006	2008	2010
ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ	78% (11)	79% (11)	80% (11)

Στατιστικός Πίνακας 5β: Χρήση και Πρόσβαση Δομών Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2003-2020)

ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗ									
	2003	2006	2010	2011	2016	2017	2018	2019	2020
ΧΡΗΣΗ ΩΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ /ΑΤΟΜΟ/ΧΡΟΝΟ				0,2 (10, 45)			1,2 (42)		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΥ *	17 νοσοκομεία και 94 κέντρα υγείας (63)	ΥΥ: 691 σύνολο (29 νοσοκομεία, 111 κέντρα υγείας και 551 μονάδες υγείας). ΠΟΥ: 673 σύνολο (19 νοσοκομεία, 103 ΡΗC, 551 ΡΗU) (8)	20% ΠΦΥ μη λειτουργικές (47)	1.487 σύνολο, 1.147 λειτουργικές (10, 20)	1.747 Δημόσιες ΔΥ, συμπεριλαμβανομένου 294 μη λειτουργικών (64). 1.542 (54) 1.500 (9)	1.900 σύνολο, 20% έκλεισαν, 400 πλήρως λειτουργικές (65)	1.893 σύνολο, αλλά 22% μη λειτουργικές (66)	1.500 σύνολο (67)	2.300 σύνολο με 1.300 μη λειτουργικές (62)

* Κανονικά ο δείκτης είναι Αριθμός ΔΥ (Δημόσιες και Ιδιωτικές)/ 10.000 πληθυσμό

Στατιστικός Πίνακας 5γ: Στοιχεία για τους Επαγγελματίες Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2005-2018)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ								
	2005	2007	2009	2010	2011	2012	2016	2018
ΑΡΙΘΜΟΣ ΙΑΤΡΩΝ	0,5 ιατροί/100.000 πληθυσμό. ΑΣΤΙΚΕΣ: 126, ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: <40. (40)	225 (8)				120 (65)	1,5 / 100.000 (11)	1,5 / 100.000 (9)
ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ	9 νοσοκόμοι/ 100.000 πληθυσμό. ΑΣΤΙΚΕΣ: 1.100, ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: 650. (40)	1.355 (8)	10 πιστοποιημένες μαιές σε όλη τη χώρα (14)		100 (65)	2 (νοσοκόμες και μαιές) / 100.000 (11)		121 (νοσοκόμοι και μαιές) / 100.000 (7)
ΣΥΝΟΛΟ ΕΥ	ΑΣΤΙΚΕΣ: 1.500, ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ: 4.600. (40)	11.800 (8)		4.048 (10)				

Στατιστικός Πίνακας 5δ: Στοιχεία για τη χρηματοδότηση της Υγείας στο Νότιο Σουδάν (2006-2018)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2016	2018
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	7,9 % κρατ.προϊοδότηση (47), 3,5-4% κρατ. προϊοδότηση (11),	2,5% κρατ. προϊοδότηση (11),	5,5% κρατ.προϊοδότηση (19), 2,5 % κρατ. προϊοδότηση (11),	Όριακα >4% κρατ. προϊοδότηση (11),	4,2% κρατ.προϊοδότηση (47), Αίτηο κρατ. προϊοδότηση (11),	2% κρατ. προϊοδότηση (6), 2% κρατ.προϊοδότηση (68), Αίτηο κρατ. προϊοδότηση (11), 1% (45),	2,6 % GDP (69), 7% κρατ. προϊοδότηση (70)	2,4% κρατ. προϊοδότηση (70)	2,74% GDP ή αλλιώς 4% κρατ. προϊοδότηση (68),	1% κρατ. προϊοδότηση (68), 2,2% GDP (71)	1,97% κρατ. προϊοδότηση (68)
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΩΣ % GDP Ή ΩΣ ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ											

B2. Βιβλιογραφία Στατιστικών Πινάκων

1. UN-OHRLLS (United Nations Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States). State of the least developed countries 2016 (Follow up of the implementation of the Istanbul Programme of Action for the Least Developed Countries). USA. 2016.
2. World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. I (Synthesis. Framework for sustained Peace, Development and Poverty Eradication). Sudan. 2005.
3. Ministry of Environment of Republic of South Sudan, UN Environment. South Sudan First State of Environment and Outlook Report, 2018. Nairobi. 2018.
4. OCHA. Humanitarian needs overview 2020 South Sudan. South Sudan. 2019.
5. African Development Bank Group. South Sudan: An Infrastructure Action Plan. A Program for Sustained Strong Economic Growth. Tunis-Belvedere. 2013.
6. Government of the Republic of South Sudan. South Sudan Development Plan 2011-2013. Juba. 2011.
7. Ministry of Health of South Sudan, Management Sciences for Health, UNICEF, Government of Canada. The Boma Health Initiative Costing and Investment Case Analysis. Arlington. 2019.
8. USAID. Southern Sudan Health System Assessment. Maryland. 2007.
9. World Bank. The World Bank Protection of Essential Health Services Project (P168926). New York. 2018.
10. Ministry of Health, Republic of South Sudan. South Sudan National Strategic Plan for Human Resources for Health 2011-2015. Juba. 2011.
11. Ministry of Health, Republic of South Sudan. Health Sector Development Plan 2012-2016. Juba. 2012.
12. Διαδικτυακός τόπος “UNDP in South Sudan”. http://www.ss.undp.org/content/south_sudan/en/home/countryinfo.html (05/05/2020).
13. Διαδικτυακός τόπος “The National Bureau of Statistics, The Republic of South Sudan”. <https://ssnbs.org/> (07/05/2020).
14. ITAD Ltd. United Kingdom and Channel Research, Belgium. Aiding the Peace. A Multi-donor Evaluation of Support to Conflict Prevention and Peace building Activities in Southern Sudan 2005-2010. Netherlands. 2010.
15. WHO. Country Cooperation Strategy at a glance. Juba. 2018.

16. Διαδικτυακός τόπος “UNDP”. Human Development Report 2016. <http://hdr.undp.org/en/2016-report> (05/05/2020).
17. Διαδικτυακός τόπος “Radio Miraya-UNMISS”. “2019 Human Development index indicates inequalities in access to basic services” (10 December 2019). <https://unmiss.unmissions.org/radio-miraya-news> (08/06/2020).
18. Διαδικτυακός τόπος “PHCPI (Primary Health Care Performance Initiative)”. South Sudan Core Indicators. <https://improvingphc.org/sub-saharan-africa/south-sudan> (05/05/2020).
19. Ministry of Health, Republic of South Sudan. Southern Sudan HIV/AIDS Policy 2008. Juba. 2008.
20. Ministry of Health, Republic of South Sudan. The Basic Package of Health and Nutrition Services in Primary Health Care. Juba. 2011.
21. Sudan Central Bureau of Statistics. 5th Sudan Population and Housing Census (2008).
22. South Sudan Centre for Statistics and Evaluation. Census 2008. Juba. 2008.
23. International Committee of the Red Cross (ICRC). South Sudan: Desperate Struggle for Health Care in World’s Newest Nation (news release) July 6, 2012.
24. Countdown to 2015 (Maternal, Newborn and Child Survival). South Sudan. 2013.
25. Διαδικτυακός τόπος “WHO Regional Office Africa. South Sudan”. <https://www.afro.who.int/countries/south-sudan> (05/05/2020).
26. Διαδικτυακός τόπος “WHO”. <https://www.who.int/countries/ssd/en/> (05/05/2020).
27. National Bureau of Statistics. South Sudan Population Census in 2018. Juba. 2018.
28. New Sudan Centre for Statistics and Evaluation, in association with UNICEF. Towards a Baseline: Best Estimates of Social Indicators for Southern Sudan. Juba. 2004.
29. South Sudan Population Working Group. Population estimates for 2020. Juba. 2020.
30. World Bank. South Sudan Overview. 2016.
31. Διαδικτυακός τόπος “WHO, Global Health Observatory country views”. South Sudan statistics summary (2002- present) <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-SSD> (07/05/2020).
32. Ministry of Health, Government of Southern Sudan and Southern Sudan Commission for Census, Statistics and Evaluation (SSCCSE). Southern Sudan Household Health Survey (SHHS), 2006. Juba. 2006.

33. Central Intelligence Agency. The World Factbook 2009. Washington, DC. 2009.
34. Ministry of Health, Government of Southern Sudan and National Bureau of Statistics. The Republic of South Sudan: The Sudan Household Health Survey (SHHS) 2010. Juba. 2010.
35. Government of the Republic of South Sudan and United Nations Country Team (UNCT). United Nations Development Assistance Framework (UNDAF) for the Republic of South Sudan 2012-2013. Juba. 2012.
36. Διαδικτυακός τόπος “Κνοεμα, World Data Atlas”. South Sudan Adult Literacy rate, 1960-2019. <https://knoema.com/atlas/South-Sudan/topics/Education/Literacy/Adult-literacy-rate> (07/05/2020).
37. Διαδικτυακός τόπος “countryeconomy.com”. South Sudan - Life expectancy at birth. <https://countryeconomy.com/demography/life-expectancy/south-sudan> (07/05/2020).
38. UNICEF. The State of the World’s children 2016. A fair chance for every child. New York, 2016.
39. UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Levels and Trends in Child Mortality. Report 2018. New York. 2018.
40. World Bank and the United Nations. Joint Assessment Mission (JAM) Sudan, vol. III (Capacity Building and Institutional Development). Sudan. 2005.
41. OCHA. Humanitarian Response Plan South Sudan. South Sudan. 2019.
42. WHO South Sudan. The work of WHO in South Sudan in 2018. Juba. 2018.
43. Ministry of Health, The Republic of South Sudan. National Health Policy 2016-2026. Juba. 2016.
44. Διαδικτυακός τόπος “Humanitarian Data Exchange (HDX) (provided by OCHA)”. <https://data.humdata.org/dataset/world-bank-health-indicators-for-south-sudan> (07/05/2020).
45. WHO. Country Cooperation Strategy 2014-2019 South Sudan. South Sudan. 2014.
46. WHO. Maternal mortality in 2000-2017 South Sudan (διαθέσιμο στο https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/ssd.pdf?ua=1) (07/05/2020).
47. Ministry of Health, Government of South Sudan. Health Sector Development Plan 2011-2015. Juba. 2011.
48. US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The HIV situation in Southern Sudan: An overview of available data with comments upon program implications. Juba. 2007.

49. Southern Sudan HIV/AIDS Commission. MoH Southern Sudan ANC Sentinel Surveillance Report. Juba. 2009.
50. Διαδικτυακός τόπος “WHO”. Tuberculosis profile: South Sudan. https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&iso2=%22SS%22&main_tabs=%22est_tab%22 (07/05/2020).
51. World Bank/AFTH3. Sudan Health Status Report (by Decaillet F. and Mullen P.). Draft version 1. Sudan. 2003.
52. Ministry of Health, Government of Southern Sudan. Health Policy for the Government of Southern Sudan, 2006-2011. Juba. Reviewed version 2007.
53. UNICEF. Childhood under attack. The staggering impact of South Sudan’s crisis on children. 2017.
54. UNICEF. Social Assessment Report for Essential Health Services Project (EHSP). South Sudan. 2018.
55. Ministry of Health. Health Management Information System Annual Report 2015 (2016) as cited in 2017 Draft Update on the Situation of Children and Women in South Sudan.
56. UNICEF and WHO. Fulfilling the Health Agenda for Women and Children. The 2014 Report. Washington. 2014.
57. Sudan People’s Liberation Movement (SPLM), Social and Services Commission, Secretariat of Health. HIV/AIDS Policy and Control Strategies for the New Sudan. Juba.2001.
58. CRED (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters). Working Paper 282. Health data in civil conflicts: South Sudan under scrutiny. Brussels. 2011.
59. WHO. Country Cooperation Strategy for WHO and Sudan. 2008-2013. Cairo. 2009.
60. Cometto G, Fritsche G, Sondorp E. Health sector recovery in early post conflict environments: experience from southern Sudan. *Disasters*. 2010; 34:885–909.
61. WHO and World Bank. Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report. Geneva. 2017.
62. OCHA. Humanitarian needs overview 2019 South Sudan. Juba. 2018.
63. World Bank. Sudan Health Status Report. Washington, DC. 2003.
64. Macharia P., Ouma P., Gogo E., Snow R., Noor A. Spatial accessibility to basic public health services in South Sudan. *Geospat Health*. 2017; 12(1): 510-525.

65. Watchlist on children and armed conflict (“Watchlist”). The impact on children of attacks on Health care and denial of humanitarian access in South Sudan. “Everyone and Everything is a target”. New York.
66. OCHA. Humanitarian needs overview 2018 South Sudan. Juba. 2017.
67. Διαδικτυακός τόπος “Médecins Sans Frontières”. “There’s a lot to be done to address the uncountable health needs”. <https://www.msf.org/there%E2%80%99s-lot-be-done-address-uncountable-health-needs-south-sudan> (08/05/2020).
68. Mugo J., Said M. What South Sudan must do to reduce high maternal and infant deaths: increase health and social sector budgets by at least 30%. South Sudan Medical Journal. 2019; 12(2): 78-79.
69. Basaza R., Alier P.K., Kirabira P., Ogubi D., Lino Loro Lako R. Willingness to pay for National Health Insurance Fund among public servants in Juba City, South Sudan: a contingent evaluation. International Journal for Equity in Health. 2017; 16: 158.
70. UNDP. Discussion paper 08/2014. An analysis of Government Budgets in South Sudan from a human development perspective. South Sudan. 2014.
71. WHO. South Sudan e-health indicators. (διαθέσιμο στο <http://origin.who.int/goe/publications/atlas/2015/ssd.pdf>) (08/05/2020).

