

تدهور الخدمات الصحية بولاية نهر النيل

الولاية تعاني من نقص مريع في الكوادر المتخصصة خاصة الاسنان والكلى والقلب



مستشفى

بصورة كبيرة على ذلك النمط التقليدي ولا زالت الأعمال التحسين ورعاية الامومة والطفولة والصحة المدرسية والصحة المهنية والاهتمام بصحة البيئة فى الفترة الاخيرة أضحت إدارة التامين الصحى تستحوذ على معظم المراكز الصحية بمدينة عطبرة بتضع المراكز الصحية تحت ادارتها اى ادارة الشئون الاجتماعية والتي لا تعتبر الرعاية الصحية الأولية هى احدى همومها ولكن ترمى بكل ثقلها على الصحة العلاجية وتوفير الدواء وحتى فى هذا الجانب فهى لا تغطى الا اقل من ٣٠٪ من المواطنين بمظلة التامين الصحى وبهذه السياسة سياسة الاستحواذ على المراكز الصحية تهدم كل الطموحات التي وضعتها وزارة الصحة لتكون المراكز الصحية هى الوحدات الاساسية لتقديم الرعاية الصحية الأولية على شمولها.

عدد المراكز الصحية بالمدينة ١٨ مركز صحى ،و المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة مباشرة هى (المزاد- الداخلة- الحصاية الفرجابى-المربعات)، والمراكز الصحية تابعة لهيئات خيرية هى مركز صحى الموردة- الحصاية- الوكالة الاسلامية (مبانى من الجالوص وتعمل مساء فقط وتقدم خدمة علاجية فقط) مركز صحى حى المطار- الصندوق الكويتى (تقدم خدمة علاجية فى الاساس اضافة الى اوجه الرعاية الصحية الأولية) مركز صحى الشمالى (الشهيد محمد الماحى)- هيئة الاعمال الخيرية. المراكز الصحية التابعة لتامين الصحى هى: مركز صحى الشهداء الفلكى مدنى- الوحدة- خليوة- الشمالى- الشرقى- حى المطار- الداخلة.

مراكز صحية تم اغلاقها هى :
١- مركز صحى امبول قفل هذا المركز بدعوى قربه من مستشفى الشرطة ومركز الرعاية الاجتماعية ومن مركز الوكالة الاسلامية بالموردة، هذه المؤسسات لا تقوم بخدمات الرعاية الصحية الأولية.
٢- مركز صحى حى السيلية وكان هذا المركز مؤجراً فى الاصل وتم الاستغناء عن خدماته.
٣- ومركز صحى المربعات كان هذا المركز يخدم حى الموردة والمربعات تم تحويله الى مركز للصحة الانجابية ورعاية الامومة والطفولة لكل المدينة.

العلاج بالمراكز الصحية اى كان تبعيتها تتم على اساس العلاج الاقتصادى التجارى وليس على اساس انها خدمات رعاية صحية اولية يجب ان تقدم بالمجان حتى علاج الاطفال لا يتم بالمجان وفق قرارات رئاسة الجمهورية وليس هناك من دواء مجاني الا دواء واحد للملاريا كما ان معظمها تقدم خدماتها على اساس دوام واحد الا فيما ندر كما ان بعض المراكز الصحية تعمل فقط الفترة المسائية. هكذا ورغم رفع شعار الرعاية الصحية الأولية الا ان الواقع يعكس الوضع غير العلمى والبعيد عن اهداف الرعاية الصحية الأولية والتي تشكل فيها المراكز الصحية رأس الرمح فى تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية وبالمجان وفى متناول الجميع وببيسر.

الاهتمام بالطب العلاجى والرعاية الصحية

اوصت الدراسة بضرورة تحسين صحة المواطنين وتطوير الطب العلاجى والاهتمام بالرعاية الصحية الأولية، ووضعت عدة حلول لذلك منها:
* الدفاع عن مجانية الرعاية الصحية الأولية بكافة اركانها ورفع مظلة التامين الصحى الى ما فوق ٧٥٪ مع التخطيط السليم فى كافة المجالات الصحية.
* توفير الكادر المتخصص فى كل مجالات الصحة وخاصة فى مجال الرعاية الأولية بكل مكوناته.
* تاهيل الكوادر الطبية والصحية والاخذ بمبدأ التدريب المتواصل لكل الكوادر الطبية والصحية مع تاهيل المراكز الصحية والمرافق الصحية والاهتمام بقضايا صحة البيئة وتوفير المياه الصالحة الامة للشرب.
* التخطيط العمرانى السليم والصحى
* التمويل اللازم والكافى للخدمات الصحية واعطاء الاولوية لمشاريع الرعاية الصحية الأولية
* الغاء البيضان النقابى الحالى (نقابة المنشأ) والعودة الى النقابات الفئوية فى مجال الصحة كحق دستورى.
* دعم مشاركة الهيئات الاهلية فى مجال الصحة وحماية البيئة.

مكونات الرعاية الصحية الأولية:
* خدمات التوعية الصحية.
* خدمات صحة الامومة والطفولة بما فى ذلك التحصين ضد امراض الطفولة.
* التغذية والوعى الغذائى.
* توفير المياه الامنة للشرب.
* مكافحة الامراض المتوطنة والوبائية.
* اصحاح البيئة ومنع التلوث والتخلص من الفضلات.
* علاج الحالات المرضية الشائعة.
* توفير الادوية الاساسية كما ونوعا وببيسر.
نلاحظ من هذا الترتيب الاهتمام الكبير بصحة المجتمع واصحاح البيئة وتوفير مياه الشرب الامنة والتغذية والتوعية والارشاد الصحى والتحصين ضد الامراض الطفولة او التركيز وبصورة كبيرة على الجوانب الوقائية ويأتى العلاج والدواء فى ذيل القائمة كتعبير اصيل عن الاولويات فى السياسة الصحية. وهكذا تاتي برامج الخدمات الوقائية وتعزيز الصحة على راس هذه الاولويات ونذكر منها:

- ١- البرنامج القومى لرعاية الامومة والطفولة وتنظيم الاسرة.
- ٢- البرنامج الموسع للتحصين
- ٣- البرنامج القومى للتغذية
- ٤- البرنامج القومى للصحة المدرسية
- ٥- البرنامج القومى للصحة المهنية
- ٦- البرنامج القومى للعلاج المتكامل
- ٧- البرنامج القومى للامراض غير السارية
- ٨- البرنامج القومى للادوية الاساسية
- ٩- برنامج حاجات التنمية الاساسية

يحتاج تنفيذ هذا البرنامج الى كادر طبى ذى خبرة وتخصص فى مجالات طب المجتمع وصحته اضافة الى الارادة السياسية الواعية بهذ القضايا وتقوم باستثمار إستراتيجي فى مجال الصحة وعلى قوى المجتمع الحيه الواعية بحقوقها الصحية واهداف الرعاية الصحية تعمل على المشاركة النشطة فى وضع السياسات الصحية وتنفيذها من خلال لجان صحية ومجالس صحية على مستوى الحكومة الاتحادية وللولاية وعلى مستوى المركز الصحى الذى يخدم الحى او مجال العمل وقيام ما ندعوله بقيام المركز الصحى الشامل الذى يعمل فى كل مجالات الرعاية الصحية الأولية.

فمثلا ولاية نهر النيل يقع العبء الاكبر فى تخطيط وتنفيذ هذه السياسة على إدارة الشئون الصحية بوزارة الصحة للولاية فهى ليست ادارة لشؤون العاملين بوزارة الصحة انما هى ادارة صحة المجتمع ككل وهى بعبارة ادق هى مستشفى المجتمع ويجب مدها بكل الكوادر والمؤهلة والاختصاصيين من اطباء صحة المجتمع فى كل مجال من مجالات الرعاية الصحية الأولية اضافة الى اطباء العموميين الذى يعملون فى مجال صحة المجتمع من ذوى الخبرة فى هذا المجال.

تعكس هذه الارقام الوضع للولاية فى التخصصات الاساسية للرعاية الصحية الأولية ويعكس الوضع المقلوب والواقف على راسه فى مسالة الخدمات مقابل ٣٠ اخصائى فى مجال الطب العلاجى. وهكذا فان الوضع الصحى فى عام ٢٠٠٧م بدلا من ان يكون أكثر تطوراً من العام ١٩٨٩م يسير الى الاسوء. ونجد ان الرعاية الصحية التى تمثل حجر الزاوية فى السياسة الصحية على مستوى العالم لا يتم التخطيط ولا انفاذه فى صورته الشاملة حيث لا يوجد اخصائى لصحة الامومة والطفولة، او ارشاد صحى، او اخصائى تغذية ولا اخصائى وبائيات. المراكز الصحية بمدينة عطبرة
المركز الصحى هو بمثابة اللبنة القاعدية الاساسية لتقديم الخدمات الرعاية الصحية الأولية فى صورتها الشاملة للمجتمع المحلى بصورة مباشرة لا اهتمام فقط بتقديم خدمات العلاج فهى تأتى فى ادى سلم اولوياتها. الا ان المراكز الصحية لازالت تقوم بعملها التقليدى مع اضافة بند هنا وخناك من بنود الرعاية الصحية الأولية ولا تغطى اوجه الرعاية الصحية على شمولها واهم تلك الاسباب هو افتقاده الارادة السياسية للدولة وضعف الادارات الصحية فى مجال الرعاية الصحية الأولية وضعف الوعى على مستوى الجماهيرى بمفهوم الرعاية الصحية الأولية فلازال المرض هو الباعث الاساسى فى طلب العلاج لا الوقاية منه ولقد لعبت الدولة دورا اساسيا فى تقيس هذا السلوك فأصبحت الصحة عدنا واقفة على راسها. العمل بالمراكز الصحية لازال يسير

للقابات الفئوية كحق دستورى

دعم ومشاركة الهيئات الشعبية

فى مجال الصحة وحماية البيئة

دراسة الاوضاع الصحية بولاية نهر النيل اعدھا الحزب الشيوعى بعطبرة تناولت الاوضاع الصحية والتدهور الذى اصاب الخدمات الصحية بالولاية من حيث نقص الكادر الصحى المدرب والايخصائين وتردى بيئة المستشفيات والمراكز الصحية خاصة حاضرة الولاية مدينة عطبرة وخرجت الدراسة بعدة توصيات ومقترحات حلول (الميدان)

تنشر ملخص الدراسة

ضرورة مجانية الرعاية الصحية الاولية

تأهيل الكوادر الطبية والاهتمام بقضايا البيئة

الغاء (نقابة المنشأ) والعودة

مدينة عطبرة ملقنى للطرق البرية العابرة افتقدت المدينة اخصائى جراحة العظام واخصائى جراحة المخ والاعصاب واخصائى التخدير واخصائى العلاج الطبيعى ويعكس ذلك غياب التخطيط فى تطوير الخدمات العلاجية على الرغم من اهتمام الدولة الزائف بالصحة العلاجية والحديث الدعائى الزائف حول توطين العلاج بالداخل حيث خدمات الصحة ضعيفة بما فى ذلك العلاج فهى فى اخر سلم الاولويات حكومة الانتقاذ حيث همه الاوحد هو التسكب الطفلى من مشروع توطين العلاج ولا شأن لهم بصحة المواطنين.

ان عدد الاخصائين المفترض بمستشفى عطبرة التعليمى هو ٢٣ اخصائياً والموجود حاليا هو ١٧ اى بعجز يصل الى ٥٠٪. كما يعكس خلافا فيما فى هيئة التدريس بكلية الطب جامعة وادى النيل فيما يتعلق بتدريس الجانب التطبيقى فى الطب السريرى ولا تحدث عن تدريس الطب ما قبل السريرى وهو امر فاضح. عدد الاطباء العموميين المفترض بمستشفى عطبرة التعليمى هو ٧٥ طبيباً عمومياً والمتوفر حالياً ٤٩ طبيب اى بعجز قدره ٣٦ طبيباً عمومى. اطباء الاسنان تناقص عددهم بصورة مذهلة من ٨ اطباء عام ١٩٨٩م الى ٣ اطباء عام ٢٠٠٧م ولا يوجد اى اخصائى لطب الاسنان. كما ان هناك النقص فى الكوادر الطبية المساعدة والعاملين بمستشفى عطبرة بعجز يقدر ب ٢٥ ممرض مؤهل و٩ مسسترات ومساعدى تحضير وفنى اشعة وفنى العلاج الطبيعى.

يتم بناء حوادث جديدة بمستشفى عطبرة بقوة ٤٠ سرير ويحتاج هذا القسم الى ١٥ ممرض بشهادة و٣٥ ممرض تحت التمرين باضافة الى ٥٢ وظيفة عمالية و٦ فنى اشعة و٧ مخدرى عمليات.الخ.لذ دون القيام باى جهد او استعداد لتحضير هذه الكوادر. فالمبانى تقام على قدم وساق من اجل التمويل الطفيلى لشركاتهم التى تقوم باعمال البناء. الارقام السابقة تعكس النقص المريع فى الكوادر التى تقوم على عاقتها تقديم العلاج لمرضى معظم مناطق الولاية ويعكس مدى الجهد الذهنى والبدنى الذى يقع على العاملين بهذا المستشفى اضافة الى تدريب الطلاب بكلية الطب بجامعة وادى النيل واكاديمية المساعدين الطبيين ومدرسة التمريض وتدريب اطباء الامتياز والاطباء العموميين. هذا الوضع المتردى ادى الى ظهور شركات النظافة بالمستشفى وربنا مستقبلا التعاقد مع شركات لجلب الاطباء وغيرهم من الكوادر والتخصيص الكمل للصحة العلاجية.

الرعاية الصحية الاولية

الرعاية الصحية الاولية هى حجر الزاوية فى السياسة الصحية التى تقدم على مستوى الصحة الوقائية وصحة المجتمع والعلاج. كان السبب وراء نشأة مفهوم الرعاية الصحية الأولية فى منتصف السبعينات من القرن الماضى هو ضرورة التصدى للمشاكل الصحية فى صورتها الكاملة المتشابكة من خلال استراتيجية شاملة. ولقد اوضح المسح الصحى اناك فى دول العالم الثالث الحقائق التالية:

- * وجود فوارق كبيرة فى معدلات قياس الصحة بين الدول النامية.
- * عدم عدالة توزيع الخدمات العلاجية بين الحضر والريف.
- * تبنى الوعى الصحى لدى المواطنين.
- * تقيس الامراض التى يمكن الوقاية منها بواسطة التحصين.
- * ضعف المشاركة المجتمع فى التخطيط والتنفيذ للسياسات الصحية.
- * ضعف التنسيق بين القطاعات ذات الصلة بالصحة فى اطار قطاع الصحة وخارج قطاع الصحة.
- * فى اطار هذه الحقائق نشأ مفهوم الرعاية الصحية الأولية كاستراتيجية شاملة للتصدى للوضع الصحى باكملة على النحو التالى:
- * تقديم الخدمات الصحية الاساسية بعدل وببسر.
- * المشاركة الكاملة للمواطنين فى تخطيط وتنفيذ ذلك.
- * الاعتماد على تقنيات مقبولة وملثمة وميسورة التكلفة.
- * التنسيق الكامل بين القطاعات ذات الصلة.

خفض الميزانيات الخدمات الصحية بصورة متعددة بل وخفض الصرف الفعلى من الميزانية المصدقة بنسبة تقل عن ٥٠٪.

وعندما تفاقم الوضع الصحى بالبلاد ووجهت الحكومة بالاستتكار والغضب بعثت الى الوجود فكرة التامين الصحى والتي كانت نقابة الاطباء اiban الديقراطية الثالثة قد وضعت لبناتها الاولى بالدراسات. على الرغم من التامين الصحى قد حل جزء من الضائقة يسير الا انه يظل فى احسن الاحوال اقل من ٣٠٪ من السكان وبقي أكثر من ٧٠٪ من السكان يرزخ تحت وطأة العلاج الاقتصادى كما ان التامين بخص دائرة واحدة من دوائر الرعاية الصحية وهو العلاج.

نقص الكوادر المتخصصة

تتكون ولاية نهر النيل من ٦ محليات هى عطبرة، الدامر، شندى، المتمة، بربر، ابوحمد.واكبر حاضرة فى الولاية هى مدينة عطبرة وبها كبرى مستشفيات الولاية مستشفى عطبرة التعليمى وكلية للطب انشئت حديثا اضافة الى كلية طب شندى بنفس الولاية. مجمل سكان الولاية حوالى ٩٨٣,٥٩٨ نسمة. ويشكل سكان الحضر ٣٤,٦٪، والسكان اقل من ١٥ عام ٤٢,٤٪. وتتكون محلية عطبرة من مدينة عطبرة وريفى عطبرة التى تتكون من منطقة التمبر والحسناوب والفاضلاب وام الطيور. تبلغ مساحة ولاية نهر النيل ٢٩,٥ مليون فدان (٢٤١ الف كيلومتر والاراضى الصالحة للزراعة ٣,٢ مليون فدان ويشكل النيل وروافده اساس التوزيع السكانى والموارد حيث يتركز فيها ٩٥٪ من السكان فى مساحة تبلغ ٥٪ من المساحة الكلية للولاية ولذا فهى ذات كثافة سكانية عالية تعتبر الاعلى فى السودان حيث تبلغ ١٥٠ نسمة فى كل كم٢ اما الجزء المتبقى ٩٥٪ من المساحة فهى صحراء يقطن فيها ٥٪ من سكان الولاية وتبلغ الكثافة السكانية اقل من ١/كلم٢. تمتاز الولاية بارتفاع عدد المدن الهجرة، هناك هجرة داخلية من الريف الى العداول وايضا من مناطق النزاعات والحروب (الجنوب ودارفور) حيث تعكس الاوضاع الحرجة فى ريف الولاية ومناطق النزاع والحروب.هناك ايضا ظاهرة هجرة كل الاسر بدلا من هجرة الذكور وهو مؤشر لحجم المشكلات التى يعانى منها الريف اقتصاديا وخدمياً. اما ظاهرة الهجرة الى الخارج فهى متفشية منذ السبعينات، ولاية نهر النيل تمتاز بانها من الولايات ذات النسبة العالية فى التعليم وهو مؤشر للطلب المتزايد على خدمات التعليم والصحة وغيرها من الخدمات االخرى.

الجدول يوضح عدد المستشفيات بولاية نهر النيل ٢٨ التابعه لوزارة الصحة، ومجموع عدد الاسرة ١٦٧٣ سرير.

المستشفى	التبعية	عدد الاسرة	الاسرة العاملة
عطبرة التعليمى	وزارة الصحة	400	316
سولا		25	25
الرباط	الشرطة	43	43
السلاح الطبى	القوات المسلحة	60	60
المستوصف القبطى	الكنيسة القبطية	18	18
مجموع الاسرة		546	462

نسبة الاسرة بمحلية عطبرة يساوى ٢٢٪ من عدد الاسرة بالولاية، هناك ٨٤ سرير بمستشفى عطبرة تتبع لقسم الصدر والكرنتية. تجفيف الكرنية وعدم التاهيل مستشفى الصدر احد المؤشرات السالبة لتاهيل اكبر مستشفى بالولاية.

المستشفيات المتخصصة بالولاية

١/ مستشفى عطبرة ٢/ مستشفى شندى ٣/ مستشفى الدامر ٤/ مستشفى بربر
تبقى حاضرتان هى المتمة وابى حمد حاضرتا محلية المتمة وابو حمد لا توجد بها اى اخصائى تقع محلية ابو حمد اقصى شمال الولاية ومحلية المتمة على غرب النيل ونفيد انه لا يوجد اى مستشفى تخصصى فى كل المنطقة الواقعة غرب النيل بولاية نهر النيل. والوضع عموما يعكس وعلى الرغم من انشاء كلية للطب فى جامعة وادى النيل بعطبرة انه وعلى مدى أكثر من ١٨ سنة لم يحدث اى تطور يذكر فى مجال الخدمات التخصصية بالمدينة بل حدث تراجع بين خاصة فيما يتعلق بعدم وجود تخصصات الجراحة العظام والامراض النفسية التى كانت تتوفر فى العام ١٩٨٩م. على الرغم من استحداث قسم غسيل الكلى والعناية المكثفة لامراض القلب لا يوجد اخصائى لامراض الكلى والقلب بعد ان اصبحت

ان الاستثمار فى الصحة استثمار استراتيجى يكون عائده على المدى الطويل لا عاندا مباشرا عاجلا ومن هنا ياتى الخلل فى النظر الى الخدمات الصحية على انها اتفاق لا عاندا لها ومن ثم يتم وضع الصحة فى اسفل اسبقيات الاتفاق الحكومى بكل ما يترتب على ذلك من مشاكل صحية واهدار موارد الدولة مستقبلا فى امور صحية كان ممكن تداركها من قبل.

فى اتفاقية نيفاشا مثلا تم التركيز على الترتيبات الامنية وقضية الثروة والسلطة وعلى الرغم من الحديث حول التقييد بمواثيق حقوق الانسان الا ان اتفاقات نيفاشا قد اهلمت تماما وضع برنامج متكامل لحقوق الانسان تستخدم من اجله السلطة والثروة التى تم توزيعها. كان ممكنا ان يتم ذلك من خلال مؤتمر قومى اقتصادى او مؤتمر قومى صحى يتم فيه تخصيص الموارد على مشاريع صحية ويجدول زمنى محدد لتنفيذها. ان التوجهات الحديثة حول مدى احترام الدولة لحقوق الانسان هو عن طريق قياس انفاق الدولة على هذه الحقوق. مثلا نلاحظ فى ميزانية ٢٠٠٧ للحكومة الاتحادية انه قد تم تخصيص ٧٠ مليار دينار للقوات النظامية مقابل ٩ مليار دينار للصحة و١٤ مليار دينار للتعليم. هذه المفارقة توضع بجلاء. انه لا يوجد اى ربط بين الوازنة العامة ووثيقة حقوق الانسان وهذا يعنى ان النهج التقليدى فى اعداد الميزانيات لازال ساريا فلا اعتبار لتخصيص ميزنيات حقيقية ومنصفة لخدمات التعليم والصحة والمياه الامنة والسكن وخفض كلفة المعيشة كاحد الحقوق الاساسية التى تلتزم بها الدولة وتوفيرها على سبيل الاولوية. فمثلا فى ميزانية ٢٠٠٧م تكون هذه الخدمات كلها اقل من ٧٪ كما ان ٦٠٪ من تمويل الخدمات الصحية ياتى من المواطنين.

تدهور الخدمات الصحية

شهد العام ١٩٧٨ اعلان مشروع (الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠) حيث تم وضع نموذج الرعاية الصحية الأولية كمدماك اساسى لهذه السياسة والتزم دول العالم فى الماتنه عاصمة جمهورية كازخستان حيث كان اعلان المشروع على انفاذه. وقد كان الامل كبير والعالم متفائل فى انجاز هذه الخطوة الهامة فى حياة البشرية.

وفى عام ١٩٨٧م اى بعد عشر سنوات وياقتراح من البنك الدولى نظمت هيئة الصحة العالمية مؤتمر باماكو وخرج المؤتمر بما يسمى مبادرة باماكو حيث وافقت على مقترح البنك الدولى واعترفت بالكلفة العالية للخدمات الصحية ومن بين اسباب اخرى تم وضع ضرورة اشراك المجتمع فى حل قضايا الصحة بما فى ذلك دفع جزء من كلفة الصحة. اضافة الى تعزيز العمل الصحى باشتراك المجتمع فى وضع وانفاذ الخطط الصحية وتضمنت مبادرة باماكو نداء بان لا يجرم اى شخص من الرعاية الصحية لعدم تمكنه من دفع كلفة العلاج. ولم يتحدثوا عن الحالات الطارئة فقط. ومن هنا كانت الفجوة التى اهتلتها الانتقاذ فى ادخال مشروع العلاج الاقتصادى بعد انقلاب الجبهة الاسلامية على النظام الديمقراطى فى ٢٠ يونيو ١٩٨٩م وإعلان سياسة التحرير الاقتصادى عام ١٩٩٢م. الا اننا نقول ويصدق ان الاوضاع الصحية قبل الانتقاذ كانت قد وصلت الى مستوى غير محتمل فى اواخر الحكم المايوبى حيث دخلت نقابة الاطباء- المدافع الجسور عن الخدمات الصحية قبل امتيازاتها الفئوية- الدخول فى اضرابهم الشهير وتقديم استقالتهم الجماعية فى الاعوام ٨٢-١٩٨٤م وتضامنت معها جميع النقابات وجماهير الشعب بسبب تدهور الخدمات الصحية ووضعها فى اسفل اسبقيات لحكومة فى انفاقها العام وتخاذل اعضاء الجبهة القومية الاسلامية من الاطباء فى تلك الاضرابات فقد كانوا شركاء فى السلطة المايوية بعد المصالحة وقد لعب الاطباء بعد ذلك دور راس الرفض فى الانتفاضة الشعبية فى ابريل ١٩٨٥م. الا ان تدهور الاكبر والمريع قد حدث بعد ٣٠ يونيو ١٩٨٩م وبعلان سياسة التحرير الاقتصادى والذى كان تدهورا مبرمجاً و الغاء العلاج المجانى والغذاء المجانى واهلمت الرعاية الصحية الأولية وخدمات صحة المجتمع واصحاح البيئة والصحة الوقائية وابان البرنامج الزائف بالثورة الخضراء امتدت وبائيات الملايا الى كل بيت. بل بدأت فى بتشريد ميرجما للكوادر الصحية التى تدافع عن الخدمات الصحية بالتقلات الجرافية والاستغناء عن خدمات الاطباء لا فى شكل افراد بل فى شكل مجموعات باكملها. كما تم ايقاف الصرف على المشاريع الصحية كمشروع النيل الازرق الصحى وحتى مشروع المشترك بين السودان ومصر وهيئة الصحة العالمية. تم ايضا