

الحوار المجتمعي

حول السياسات والإستراتيجيات والمخططات الوطنية للصحة

الصحة في تونس تشخيص الوضع ملخص



توطئة

تمكنت تونس خلال العقود الأخيرة من تحقيق العديد من المكاسب وذلك على مستوى تطوّر الحالة الصحيّة للسكان والرفع من أداء المنظومة الصحيّة. ويرجع ذلك إلى عدّة عوامل من بينها الإصلاحات الثلاثة التي تمّ إرساؤها:

- الانخراط منذ سنة 1981 في مفهوم الرعاية الصحيّة الأساسيّة (الأوليّة) المنبثق عن بيان المنظمة العالميّة للصحة بالما-أنا خلال سنة 1978.
- إصلاح التصرف الاستشفائي الذي شمل منذ سنة 1991 المستشفيات الجامعيّة التي تمّ تحويلها إلى مؤسسات عموميّة للصحة.
- إصلاح منظومة التأمين على المرض التي تمّ تركيزها منذ سنة 2004.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن النتائج المحققة في المجال الصحي تعتبر دون المأمول أو تشهد تباطؤا على مستوى التطوّر وذلك راجع بالأساس إلى جملة من الإشكاليات والتحديات التي عاقت حسن سير النظام الصحيّ وقلّصت من أدائه. كما يتّضح أنّ النتائج والمؤشرات التي تمّ بلوغها على المستوى الإجمالي قد تخفي في بعض الأحيان فوارق جوهية لافئة للنظر. وبهدف استخلاص العبر من التجارب السابقة يتّجه الأمر إلى ضرورة القيام بدراسة معمّقة لكيفيّة تصميم وطرق تجسيم الإصلاحات التي تمّ توجيها على أرض الواقع. وفي هذا الإطار، فإنّ الفرضيّة المحتملة ترجّح بأن التمشي المعتمد لهذه الإصلاحات يفتقر إلى بعض الركائز الضامنة للنجاح والمرتبطة أساسا بالمنهجية التشاركيّة والقدرة على الاتصال وآليات المتابعة والتقييم والقدرة على إدارة التغيير وتجاوز العراقيل التي يمكن أن تطرأ عند التنفيذ.

ومن جهة أخرى فإنّ التحوّلات السياسيّة والاجتماعية والاقتصادية التي أصبحت تشهدها الساحة الوطنيّة منذ اندلاع ثورة 14 جانفي 2011 والدور الذي أصبح يضطلع به المجتمع المدني باعتباره سلطة مضادّة ومصدر مقترحات والذي نتج عنه ضرورة الشروع في جملة من الإصلاحات على مستوى قطاع الصحة بالنسبة إلى الفترة القادمة. ولتحقيق هذا الهدف، وباعتبار التحوّل الديمقراطي الذي تشهده البلاد على جميع المستويات بادرت وزارة الصحة بإعداد برنامج واسع يتمثّل في القيام بحوار مجتمعيّ لإرساء أسس متينة للقيام بإصلاح شامل للمنظومة الصحيّة التونسيّة بهدف السعي إلى ضمان التغطية الصحية الشاملة وبناء نظام صحيّ ديمقراطيّ.

هذا مع العلم أن الدستور الجديد لسنة 2014 تضمّن:

- الحق في الصحة والحصول على الرعاية الجيدة والأمنّة والحماية الاجتماعيّة (الفصل 38).
- الحق في الإعلام ودور الجماعات المحليّة (الفصلان 139 و 140) واللذان يركّزان على دعم تشريك الجهات وتعزيز مساهمة المواطنين من خلال آليات الشفافية والمساءلة.

ومن خلال هذا المنطلق، يمكن التساؤل، كيف يمكن للمنظومة الصحيّة الوطنيّة أن تساهم بصورة فعّالة في تجسيم الحقّ في الصحة عبر الحوار المجتمعيّ.

وفي هذا الإطار، لا بدّ من التذكير إلى أنّ الدعائم الأساسية الثلاثة للحقّ في الصحة هي التالية:

- النفاذ الشامل إلى الخدمات الصحيّة الجيّدة (بداية من النهوض بالصحة والوقاية والعلاج وإعادة التأهيل إلى العلاج التلطيفي)؛
 - مشاركة المجتمع واحترام الحقوق الفرديّة والجماعية للمتفعين؛
 - التصرف الرشيد في المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة.
- ولتوفير هذه الدعائم حاضرا ومستقبلا يجب أن تتوفر للمنظومة الصحية إمكانيات التأقلم مع تطوّر حاجيات البلاد.

وبهدف تحقيق وتفعيل الدعائم الأساسيّة الخاصّة بالحق في الصحة على المدى القريب والمتوسّط والبعيد لا بدّ من التأكيد على ضرورة تأقلم النظام الصحي بصفة تدريجيّة مع التغيّرات الجديدة التي أصبحت تشهدها البلاد على أن يكون ذلك في إطار مخطط استراتيجيّ يحتوي على أهداف واقعيّة وقابلة للقياس.

وقد تضمّنت المرحلة الخاصّة بتشخيص واقع القطاع الصحي والتي تعتبر مرحلة أساسيّة للإطار المرجعي للحوار المجتمعي الخاص بقطاع الصحة العمل في إطار أربعة فرق عمل وذلك لتغطية الدعائم الأساسيّة التي يتركز عليها الحق في الصحة وقدرة المنظومة الصحيّة على التكيف وكذلك المهام الأخرى التي لها علاقة بهذه المسائل.

هذا وتجدر الإشارة إلى أنّ تشخيص الحالة الراهنة وتحديد المسالك البديلة للإصلاح (موضوع هذا التقرير) يندرج في إطار النمشي الشامل لإعداد وتفعيل الإصلاح الرابع للمنظومة الصحيّة والذي يتفرّع إلى أربع مراحل ترتكز كل واحدة منها على منهجيّة تشاركيّة على النطاق الواسع:

- 1-**المرحلة الأولى:** الاستعدادات والمداولات الجهوية والوطنية (المرحلة التحضيرية وتشخيص الوضع الحالي والمداولات بشأن الخيارات الإستراتيجية)؛
- 2-**المرحلة الثانية:** التخطيط (صياغة سياسة صحيّة (أو سياسات) جديدة، واعتمادها من قبل الحكومة)؛
- 3-**المرحلة الثالثة:** التنفيذ (ترجمة السياسة الصحية الجديدة إلى مخططات استراتيجية وعملية تتماشى مع خصوصيات القطاع والجهات)؛
- 4-**المرحلة الرابعة:** التقييم الدوري.

وتستند النتائج الأولى لتقييم الوضع الحالي والواردة في هذا التقرير على:

- البيانات الديموغرافية والوبائية والمتعلّقة بالخدمات الصحيّة في تونس،
- المراجع الأدبية والعلمية والدراسات التي لها علاقة بالصحة،
- جملة من الاستشارات الواسعة.

وقد توخّت فرق العمل الأربعة طرقا عديدة (فرق من الخبراء، حلقات، ورشات عمل، وفرق تركيز) وتمّ ذلك في إطار مقارنة تشاركيّة تضع مصلحة المواطن في قلب هذه الإصلاحات وتشمل جميع الأطراف الفاعلة في المنظومة الصحيّة (المهنيين والمتصرفين والمؤسسات التكوينية وأصحاب القرار السياسي والمجتمع المدني والمواطنين).

رؤية الحوار المجتمعي

القطاع الصحي، فخور بمكاسبه و يرتكز على حوار مجتمعي حقيقي شفاف وناجع لتحقيق الحدائق والإنعاش. قصد النهوض بالحالة الصحيّة للمواطنين التونسيين والتقليص من التفاوت والرفع من التكافل مع تحقيق المزيد من النجاعة.

صحة التونسيين والإطار الاقتصادي الكلي والسياسي والاجتماعي والثقافي

تشهد البلاد التونسية حوّلًا ديموگرافيا يعلن عن تشيخ السكان وارتفاع في نسبة الشباب (15-19 سنة). وعند التعمق في الهرم السكاني يتضح أن نسبة المسنين في ارتفاع من فترة إلى أخرى: من 5.5 % خلال سنة 1996 إلى 10.1 % خلال سنة 2011 (المعهد الوطني للإحصاء، 2013) مع توقعات تقدر بـ 19 % سنة 2039 (المعهد التونسي للمنافسة والتقييس، 2011). ومن جهة أخرى، فإن معدل نسبة النمو الطبيعي السنوي بالنسبة إلى الفترة 2011-2015 ستستقر في حدود 1 %، الأمر الذي يجعل تونس في المرتبة الثانية فيما يتعلق بأضعف نسبة نمو ديموگرافي في العالم العربي.

هذا مع العلم أن تونس تدرج ضمن مجموعة بلدان ذات الدخل المتوسط، ويقوم اقتصادا بقسط كبير منه على الخدمات، مع وجود قطاع اقتصادي واسع غير رسمي والذي يمثل مصدرا للمنافسة غير المشروعة للاقتصاد الرسمي، وارتفاع نسبة البطالة خاصة في صفوف الشباب وحاملي الشهادات وبالجهات الداخلية.

كما أن النموذج التنموي للبلاد الذي يتصف بتعميق الفوارق الجهوية يحمل عديدا من نقاط الضعف الهامة التي لها تأثير مباشر على التركيبة والهشاشة السكانية والتي لها انعكاسات سلبية على المشهد الوبائي الاجتماعي والتي تنتج عنها هشاشة من نوع خاص على المستوى الصحي.

أما بالنسبة إلى النفقات الصحية، فإن ما يخص قطاع الصحة يمثل خلال سنة 2010 نسبة تناهز 6.3 % من الثروة الوطنية. كما أن النفقات الصحية قد تطورت خلال الفترة المتراوحة بين 1980 و2010 من 143 إلى 4019 مليون دينار تونسي؛ وهو ما يعادل تطورا على مستوى النفقات الفردية في السنة من 164.1 إلى 382.8 دينارا. كما أن نسبة الميزانية المخصصة لوزارة الصحة لتسيير الهياكل الصحية العمومية والمؤسسات تحت الإشراف من مجموع ميزانية الدولة قد ارتفعت من 8.1 % خلال سنة 2000 إلى 9.1 % خلال سنة 2005 وإلى 10.7 % خلال سنة 2010. أما فيما يتعلق بمصادر تمويل وزارة الصحة فإن نسبة النفقات المتأتية من الضمان الاجتماعي على حساب الصندوق الوطني للتأمين على المرض قد تطورت على النحو التالي: من 32.2 % خلال سنة 2000 إلى 45.7 % سنة 2005 ثم إلى 47.7 % سنة 2010. مع العلم أن نسب النفقات الأسرية من مجموع النفقات الجمالية للصحة ظلت مرتفعة (فدّرت خلال سنة 2010 بـ 45 %) وذلك لمواجهة التحول الوبائي والديموگرافي (ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة وتشيخ الهرم السكاني) ونظرا للقدرة المحدودة لتوظيف اعتمادات إضافية، فإن الديمومة المالية للصندوق الوطني للتأمين على المرض (CNAM) قد أصبحت في خطر. وفي هذا السياق فإن ديمومة تمويل الصحة الذي قد يدفع في غالب الأحيان إلى إصلاح طرق تمويل القطاع الصحي يمثل رهانا ذا درجة عالية من الاهتمام بالنسبة إلى تونس.

وفيما يتعلق بالحدود الاجتماعية والثقافية للصحة فإن البلاد قد حققت نجاحات كبيرة في مجال

التعليم : فقد تمّ التوصل إلى تحقيق التعليم الشامل ومجانيته للذكور والإناث بين 6 سنوات و11 سنة منذ أكثر من عقد، وختتم مرحلة كاملة من التعليم الابتدائي (الذي يندرج ضمن أهداف الألفية) فهو على مقربة من التحقيق حيث بلغ معدّل التمدرس 97.7% بالنسبة إلى الفئة العمرية المتراوحة بين 6 و11 سنة (اليونيسف 2012). واستنادا إلى منشورات المنظمة العالمية للطفولة (اليونيسف) لسنة 2012 فإنّ تحليل حالات الانقطاع عن الدراسة خلال سنة 2004 تبين أنّ 4.9% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و11 سنة لم يكونوا يترددون على المدرسة. مع تفاوت واضح في النسب بين الجهات حيث أن نسب التمدرس بـ26 معتمدية لم تتجاوز نسبة 80%. في حين أنّ نسبة التمدرس لدى الفتيات / النساء بين 15-25 سنة على النطاق الوطني قد بلغت 94% مقابل نسب أقل من 80% لدى الفتيات / النساء من العائلات الأشدّ فقرا (MICS-4).

ومن جهة أخرى فإنّ بعض السلوكيات الاجتماعية للتونسيين قد تعيّرت، مع بروز عوامل الاختطار لبعض الأمراض منها على سبيل الذكر الركود البدني، وتغيّر السلوك الغذائي. ذلك أنّ السلوك الغذائي قد شهد تطورا خلال الفترة الأخيرة حيث ابتعد على "النمط المتوسطي" ليصبح غنيا بالحريرات مع كثرة استهلاك الدهون خاصّة منها الشحوم المشبعة و السكريات البسيطة. (عتر دقي، 2010). كما أنّ انتشار نسبة التدخين الذي يمثّل عاملا هاما من عوامل الخطر إذ يتراوح بين 20 و30% حسب الجهات، ويتقلص حسب التقدّم في السنّ (56.1% بالنسبة إلى شريحة العمر المتراوحة بين 34 و44 سنة).

أمّا بخصوص المحددات البيئية، فإنّ الموقع الجغرافي للبلاد التونسية وهشاشة نظمها الإيكولوجية يجعلانها عرضة بشكل خاصّ للمخاطر. وبالفعل فإنّ الجفاف والتصحر أصبحا يلحقان الضرر بالأراضي الزراعية وبالتالي بالأمن الغذائي وجودة الحياة. ورغم أنّ نسب التمتع بالماء الصالح للشرب والربط بشبكات الصرف الصحي يظلان أمرين في مستوى عال جدّا (96% من السكان يستعملون مصادر مياه محسّنة وفقا لـ2011-2012 MICS-4) فإن هذه النسبة تتميز بالتفاوت الكبير بين المناطق الحضرية والريفية (100% في الأوساط الحضرية و88% في الأوساط الريفية) وكذلك الشان بالنسبة إلى الربط بشبكات الصرف الصحي حيث يستعمل 84% من الأسر بالمناطق الريفية مرافق الصرف الصحي المحسّنة مقابل 98% بالمناطق الحضرية). وبخصوص التلوّث البيئي في تونس قد أصبح كارثة لها تأثير سلبي على السكان خلال حياتهم اليومية (بما في ذلك الصّحة الجسدية والنفسية). وبالفعل فإنّ النشاط الصناعي المتنوع قد أصبح مصدر أعباء ثقيلة من ناحية التلوّث الذي هو ناتج بالخصوص عن الصناعات الثقيلة مثل استخراج المعادن وتحويل الفضفاط وصناعة موادّ البناء. وتُجدر الإشارة إلى التلوّث الذي تشهده سواحل صفاقس وقابس خير شاهد على ذلك وبطرح مشاكل خطيرة على مستوى الصحة العمومية. كما أنّ النفايات المنزلية ليست أكثر حجما فقط بل إنّها أشدّ تنوّعا وأساء تصرّفا فيها. فالمصنّات العشوائية وانتشارها في شوارع المدن وفي الأرياف تمثّل مصدر إزعاج وهي غير صحيّة وضارة بالنسبة إلى الصّحة الجسدية والنفسية.

تنمية اقتصادية متسارعة وغير متجانسة خلال الثلاثين سنة الأخيرة ساهمت في خلق تفاوت بين الجهات ونشأة ثغرات وهشاشة اجتماعية واقتصادية مرتبطة بالموارد الطبيعية

صحة التونسيين

ارتفع متوسط مؤشّر أمل الحياة عند الولادة في تونس من 70.3 عاما خلال سنة 1999 إلى 74.9 عاما خلال سنة 2011 (عن المعهد الوطني للإحصاء). مع بروز تفاوت بين جهة وأخرى؛ 69.4 - 72.4 عاما بالقصرين وسيدي بوزيد وقبلي وتطاوين، و76.6 - 77.33 عاما بتونس وسوسة وصفاقس.

وقد تمكّنت البلاد التونسية من القضاء على العديد من الأمراض المعدية والسارية والتقليص من غيرها. وهذا راجع إلى عدّة عوامل من بينها بلوغ تغطية شاملة بالتلقيح الإلجباري من خلال البرنامج الوطني للتلقيح الذي يشمل جميع المناطق. والذي له نتائج مؤكدة على انخفاض عدد الوفيات بين الأطفال دون الخمس سنوات. ورغم ذلك، فإنه يخشى عودة بعض الأمراض المعدية المرتبطة بالتغيرات البيئية.

وقد أثر التحوّل الوبائي والديموغرافيّ على البيانات المتعلقة بالمرضاة والوفيات، حيث تشهد البلاد في الفترة الحالية تفاقما للأمراض غير السارية والمرتبطة بنمط الحياة وتشيخ الهرم السكاني حيث أصبحت أمراض الجهاز التنفسي والأمراض الناتجة عن التحولات الغذائية والسرطان تصدر قائمة أسباب المرضة والوفيات لدى المجتمع التونسي حيث أصبحت الأمراض والوفيات الناتجة عن الأمراض السارية والطفيلية لا تمثّل سوى 3% من جملة الوفيات المسجلة بتونس خلال سنة 2009 (المجمام والحصاري. 2010) (مقابل 72% بالنسبة للأمراض غير السارية) (المنظمة العالمية للصحة، الأمراض غير المعدية 2011، Profil). وأنّ الأمراض المزمنة تمثل نسبة 60% من أعباء المرض.

ومن جهة أخرى لا بدّ من الإشارة إلى عدد ضحايا حوادث الطرقات الذي هو في ارتفاع من سنة إلى أخرى. وقد أفرزت إحصائيات سنة 2012 إلى أنّ عدد الوفيات الناتجة عن هذه الحوادث يرتفع إلى 1623 مقابل 1208 وفاة خلال سنة 2010 (أي بزيادة تقدّر بـ 34% خلال سنتين). كما أفرزت نفس الإحصائيات 14.147 جريحا خلال سنة 2012 مقابل 12.495 جريحا سنة 2010 (أي بزيادة تقدّر بـ 13%) والذي جرّ عنها تطوّر في نسبة الإعاقات الحركية في تونس لدى الشريحة العمرية ما بين 44 و50 سنة وخاصة لدى الشريحة العمرية ما بين 15 و20 سنة حيث تصدر المرتبة الأولى.

ومن جهة أخرى لا بدّ من الإشارة إلى الأمراض النفسية التي أصبحت تمثّل إحدى المشاكل الصحية ذات الأولوية لدى التونسيين. هذا مع العلم أنّه رغم شحّ المعطيات المتوفرة في تونس، فإنّ بعض الدراسات الجزئية، والحلقات والورشات الدراسية و"الشعور العامّ السائد" يفرز أنّ الحالة النفسية لدى التونسيين قد تدهورت بسرعة خلال السنوات الأخيرة. وتفيد الدراسة المنجزة من طرف الزواري خلال سنة 2008 أن 52% من السكّان يعانون من اضطرابات نفسية من ضمنهم 37% مصابون باضطرابات من قبيل الانهيار العصبي والاكتئاب.

وأّم فيما يتعلق بصحة الأمّ والطفل فإنّ وفيات الأمّهات قد شهدت انخفاضا هامّا، لكنّها تختلف من الواحد إلى الضعف من جهة إلى أخرى. حيث تجدر الإشارة إلى المسح الذي قام به الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري خلال سنة 2008 بشأن وفيات الأمّهات الذي يفرز أنّ نسبة الوفيات

لدى الأمهات تقدّر بـ 44.8 لكل 100.000 ولادة حيّة أي بانخفاض سنوي يقدر بنسبة 3.6 % والذي لا زال دون الهدف المرصود للألفيّة والذي يقدر بـ 4.5% سنويًا وذلك لبلوغ 20 لكل 100.000 ولادة حيّة سنة 2015. كما بين المسح تفاوتًا بين الجهات حيث سجّلت أدنى نسبة بالشمال الشرقي (27.9) وفات لكل 100.000 ولادة حيّة وأعلى نسبة تمّ تسجيلها بالشمال الغربي (67) وفات لكل 100.000 ولادة حيّة. ومن جهة أخرى يتضح أن وفيات الأطفال مرتبطة بالإصابات المسجّلة بفترة ما حول الولادة والتي تسببت في 47 % من وفيات الرضع (المعطيات المتوقّرة لسنة 2006).
والأكيد أنّ البلاد قد شهدت بعض النتائج الإيجابية في مجال الصحّة، غير أن هذه النتائج الإجمالية تجب في غالب الأحيان تفاوتًا جهويًا هامًا على النحو المحدد أعلاه بخصوص مؤمل الحياة عند الولادة ووفيات الأمهات.

صحّة التونسيين

نتائج جيّدة للغاية فيما يتعلّق بمراقبة الأمراض المعدية غير أنّ المنظومة الصحيّة في يجب أن يعدّ العدة لمواجهة التطوّر السريع للأمراض غير السارية بما في ذلك الأمراض النفسية المرتبطة بتغيّر نمط الحياة

تقييم مساهمة المنظومة الصحية في تحقيق الحق في الصحة في تونس

أساس الحق في الصحة والمنظومة الصحية في تونس

الإطار القانوني للحق في الصحة

مكّن الدستور الجديد الذي تمّت المصادقة عليه يوم 27 جانفي 2014 من تحقيق تقدما كبيرا في مجال تكريس الحق في الصحة وذلك على ثلاث مستويات. وقد مكّن الفصل 38 من الدستور من إعطاء حق الصحة مضمونا معياريا أكثر تفصيلا وذلك رغم الغموض على مستوى الصياغة فيما يتعلق بالتزامات الدولة. والأهم هو أنّ الحق في الصحة يتمتع ضمن الدستور الحالي بأليات الحماية المناسبة والقادرة على ضمان فعاليته على أرض الواقع. كما يعترف الدستور كذلك بالحق في النفاذ الى المعلومة ويبرز دور الجماعات المحلية ودور لامركزية الحكومة للاستجابة بصفة خصوصية للحاجيات المحلية (المادتان 139 و140 من الدستور).

التنظيم وموارد المنظومة الصحية

يتمّ تأمين الخدمات الصحية الاولية في تونس عبر القطاع الخاص والقطاع العمومي والقطاع شبه العمومي. ويعتبر التوزيع الجغرافي لهذه الخدمات الاولية مرصّيا في مجمله. وذلك بصفة خاصة في ما يتعلق بتوزيع مراكز الصحة الأساسية (CSB). حيث بلغ خلال سنة 2011 عدد السكان لكل مركز صحة أساسية 5.105 ساكنا.

ويحتوي المستوى الأول للقطاع العمومي أيضا على المستشفى المحلي (HC) الذي يتمتع مهام جغرافية على نطاق المعتمدية الواحدة على الأقل. ويبلغ عدد هذه المستشفيات المحلية في البلاد التونسية 109 مستشفى بطاقة استيعاب سريرية ترتفع إلى 2.891 سريرا مع معدّل نسبة استغلال ضعيفة على المستوى الوطني ومتفاوتة من مستشفى إلى آخر.

وينصهر العمل على مستوى الخطّ الأول في إطار دوائر صحية يرتفع عددها إلى 263 دائرة ويتمّ تسييرها بصورة جماعية من طرف فرق صحية ميدانية.

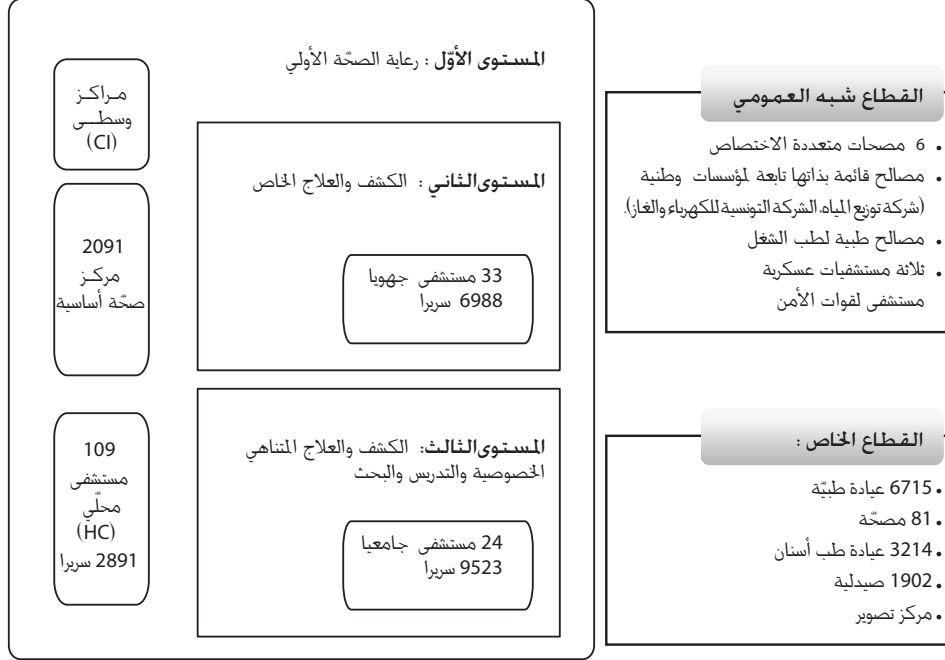
والمستوى الثاني للمنظومة الصحية العمومية فهو يحتوي على المستشفيات الجهوية التي يرتفع عددها إلى 33 مستشفى والتي لها صلاحيات جغرافية على نطاق الولاية أو عدة معتمديات.

أما المستوى الثالث فهو يتمثّل في المؤسسات الصحية ذات الصيغة الجامعية، والتي لها مهام تربية وطنية وهي متواجدة أساسا بالمدن الكبرى وعلى الشريط الساحلي.

وتبعا للإصلاح الهيكلي الذي تمّ توحيه من طرف الدولة بجميع المجالات في أواخر الثمانيات من شهد القطاع الخاص في المجال الصحي تطورا ملحوظا حيث ارتفع عدد المصحات الخاصة من 33 (عدد الأسرة = 1.140) إلى 81 مصحة خلال سنة 2012 (عدد الأسرة = 3.500) مما جعله قادرا على تصدير الخدمات الصحية إلى الأجانب، والانتفاع بالخدمات التي يقدمها لصندوق الوطني للتأمين على المرض. هذا مع العلم بأن مصاريف هذا الصندوق بالقطاع الخاص قد تطوّرت خلال الفترة المتراوحة بين سنة 2007 و2010 بنسبة 194 % مقابل 52.5 % فقط بالنسبة إلى القطاع العمومي (OASIS 2014).

هيكلة المنظومة الصحيّة بالبلاد التونسية

القطاع العمومي



ولتأمين الرعاية الصحيّة يتوفّر بالبلاد خلال سنة 2011 ما قدره 13868 طبيبا و3736 طبيب أسنان و2404 صيدليا و35863 عوناً شبه طبيّ.

فيما يتعلّق بتوزيع الإطارات الصحيّة فهو على النحو التالي:

- الأطباء العامين = 53.7 % مقابل 46.3 % بالنسبة لأطباء الاختصاص. (القطاع العمومي: 61.1 % أطباء عامون مقابل 38.9 % أطباء اختصاص والقطاع الخاص : 46.2 % أطباء عامون مقابل 53.8 % أطباء اختصاص).
- أطباء الأسنان والصيدالّة جلهم متواجدون بالقطاع الخاص (أكثر من 81 %).
- الإطارات شبه الطبية جلهم متواجدون بالقطاع العمومي (أكثر من 90 %). وعلى عكس هذا فلئن كانت الكثافة الطبيّة الإجماليّة 128.2 طبيبا بالنسبة إلى 100.000 ساكن (أي حوالي طبيب واحد بالنسبة إلى 780 ساكنا).

هذا وتجدر الإشارة إلى أن الكثافة السكانية للطبيب الواحد رغم بلوغها طبيبا لكل 780 ساكنا (128.2 لكل 100.000 ساكن) على المستوى الوطني فهي تخفي تفاوتاً ملحوظاً بين الجهات (388.9)

طبيب لكل 100.000 ساكن بالنسبة إلى المناطق الساحلية والجامعية و70.6 لكل 100.000 ساكن بالنسبة إلى ولايات الوسط الغربي والشمال الغربي والجنوب). هذا مع العلم بأن هذا التفاوت الجهوي يعتبر ملحوظا خاصة فيما يتعلق بتوزيع أطباء الاختصاص مقارنة مع الأطباء العاميين باعتبار أن النسبة تتراوح بين 1 و3 بالنسبة للأطباء العاميين، وبين 1 و10 بالنسبة إلى أطباء الاختصاص.

وبالنسبة إلى موضوع إدارة المنظومة الصحية فإن جميع الورشات التي نظمت في نطاق الحوار المجتمعي قد بينت الطابع المركزي المفرط. وقد تمت الإشارة إلى هذه الظاهرة في العديد من التقارير، كما تجلّى بوضوح في الحياة اليومية لجل الفاعلين وبالخصوص المرضى ومهني قطاع الصحة والقائمين على إدارة المنظومة الصحية أنفسهم، إلى درجة أن بعضهم يتحدث عن وجود "ثقافة" ذات طابع مركزي بالبلاد.

تمويل قطاع الصحة ونظام التغطية الاجتماعية

حتى أواخر الثمانينات، كانت الدولة تتحمل تمويل قطاع الصحة بنسبة كبيرة وبصورة عرضية من قبل صناديق الضمان الاجتماعي. وكانت نسبة مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة بحوالي 65%. غير أن الأزمة المالية للنصف الثاني من الثمانينات وبرامج الإصلاح الهيكلي قد حذت كثيرا من مساهمة ميزانية الدولة، لتعويضها في مرحلة أولى بزيادة سريعة في نفقات الأسر. وفي مرحلة ثانية بتدخل أكبر للضمان الاجتماعي.

فبين سنة 1980 و2000 تم تسجيل نسبة ارتفاع بـ 10% في النفقات المباشرة للأسرة. وبالتالي ارتفاع هام في مساهمتها في النفقات الجمالية للصحة التي انتقلت من 32% سنة 1980 إلى 44.4% سنة 2000 (تقرير الحسابات الوطنية للصحة لسنة 2002).

في مجال التغطية الاجتماعية في ميدان الصحة، فإنه علاوة على التمويل المباشر للهيكل العمومية من خلال المنح التي ترصدها ميزانية الدولة، فالبلاد تحتوي على نظامين اثنين: الأول يخص نظام التأمين الإجباري على المرض الذي يغطي الناشطين المنضوين تحت أحد الأنظمة الاجتماعية وذويهم في الكفالة (68% من السكان) والثاني نظام العلاج المجاني (24) AMG (% من السكان) بالهيكل الصحية العمومية الذي ينسحب على فئتين من السكان: الفقراء الذين يتمتعون بالعلاج المجاني، وضعفاء الحال الذين يدفعون معلوما تعديليا. ومن جهة أخرى فإن نسبة الأشخاص الذين لا يشملهم أي نظام من أنظمة التغطية الاجتماعية (ظاهرة موجودة بالفعل) قد تتراوح بين 8 و10%.

بالنسبة إلى المنضوين تحت نظام التأمين على المرض والذين يساهمون فيه بنفس النسبة بإمكانهم الانخراط في إحدى منظوماته الثلاث لهذا والتي تمكنهم من الحصول على منافع مختلفة وذلك حسب المنظومة:

- المنظومة العمومية (75% من المؤمنین سنة 2008، و69.3% سنة 2011)
- المنظومة الخاصة (10.2% من المؤمنین سنة 2008، و13% سنة 2011)
- منظومة استرجاع المصاريف (14% من المؤمنین سنة 2008، و17.7% سنة 2011).

يتكفل الصندوق الوطني للتأمين على المرض بتغطية نفقات جميع أنواع العلاج المتاحة بالمؤسسات الصحية العمومية والنفاز بصفة حصرية لجملة من الخدمات يتم تقديمها بالقطاع الصحي الخاص. وفي مستوى القطاع الخاص يتكفل الصندوق الوطني للتأمين على المرض بالأمراض الثقيلة والمزمنة (قائمة ب 24 تستدعي موافقة مسبقة للتكفل التام). يليها التكفل بالحمل والولادة وأمراض العيون إقامة بالمستشفى، وبعض حالات الإقامة لإجراء العمليات الجراحية حسب قائمة مضبوطة. وعلاوة على هذا فإن الصندوق يتكفل ببعض الخدمات (العلاج والكشف بالأشعة والتحليل البيولوجية والنقل والأدوية والمعدات) الخاضعة لموافقة مسبقة. وكذلك النفقات المدرجة في إطار نظام حوادث الشغل والأمراض المهنية.

- قطاع عمومي منظم حسب ثلاثة مستويات مع تغطية جغرافية جيدة بالنسبة إلى الخط الأول والخط الثاني. أما المستوى الثالث فهو متمركز أساسا على الشريط الساحلي مع تفاوت جهوي واضح في توزيع الموارد البشرية خاصة منها الطبية.
- قطاع خاص يشهد تطورا ملحوظا ناجما عن تصدير الخدمات الصحية للأجانب.
- نظام ذو مركزية مفرطة من ناحية التسيير والإدارة.
- نفقات صحية في ارتفاع مفرط مع تطور ملحوظ لنسبة مساهمة الأسر.
- تجزئة على مستوى التمويل الصحي وعدم تضامن بين المنظومات الثلاث لنظام التأمين على المرض .

المريض والمنظومة الصحية :

درجة إنجاز الحقوق الفردية

اللجوء الى الخدمات الصحية

يمثل اللجوء إلى الخدمات الصحية أحد العوامل ذات الأهمية العالية في تحديد التفاوت الاجتماعي في المجال الصحي. ويلاحظ في مجموعات التركيز المنتهية في إطار الحوار المجتمعي عدة إشكاليات لها علاقة بالتوزيع الجغرافي وجودة الاستقبال والخدمات علاوة على الإشكاليات ذات الطابع التنظيمي. وهذه الإشكاليات تحدد اللجوء إلى الخدمات الصحية عند الاتصال بمسدي الخدمات للمرة الأولى وكذلك للفترات الموالية لعلاج ومتابعة المرض. وقد أثرت هذه العوامل في إدراك المستفيدين من جدوى الخدمات الصحية الذي يفسر زهدهم على مواصلة العلاج ومراقبة خالتهم الصحية، فحسب المسح الوطني لاستهلاك الأسر، يمثل الطبيب العام "مدخلا للعلاج" لدى 45 % من المواطنين، وطبيب الاختصاص لدى 24 %، وأن 31 % من المواطنين لا يعرضون أنفسهم على الطبيب في الملائد الأولى. ومقياس القرب أو الجوار يمثل في غالب الأحيان المقياس الرئيسي، فهو سبب اختيار مسدي الخدمة لدى 85 % من الذين شاركوا في المسح. وعيادة الطبيب تعتبر قرية في 65 % من الحالات (باعتبار أن المسافة التي يجب قطعها أقل من 30 دقيقة). كما أنه يلاحظ أن مواطننا من ضمن 10 مواطنين الذين تم استجوابهم أفادوا بأن المسافة التي يجب قطعها للوصول إلى أقرب مسدي خدمات تستوجب 60 دقيقة.

ومن جهة أخرى فإنه رغم التغطية الجيدة للبرامج الوقائية الوطنية (كالتلقيح وخدمات رعاية الأم ما قبل الولادة) فإنه لا تزال توجد إشكاليات على مستوى التغطية والجودة بالنسبة إلى برامج صحية أخرى على غرار الكشف عن الأمراض السرطانية وبعض الحاجيات الخصوصية للمراهقين والمسنين والمعوقين.

توفر الرعاية وسهولة النفاذ إليها

وراء حسن التوزيع الجغرافي للهيكل الصحية بالخطوط الأمامية تكمن نقائص فادحة على مستوى توفرها وقدرتها على تقديم الخدمات بصورة مستمرة ومنتظمة. حيث أن أوقات العمل في غالب الأحيان محدودة وغير ملائمة. فجل مراكز الصحة الأساسية (CSB) (80%) توفر فحوصا طبية في جميع أيام الأسبوع. وفي سنة 2011 لا يتم تقديم الفحوص الطبية من 5 إلى 6 أيام في الأسبوع إلا في ربع (25%) مراكز الصحة الأساسية (418 مركزا من ضمن 2091 مركزا). وأن 20% فقط من هذه المراكز تؤمن توفر عيادات طبية على مدار 6 أيام في الأسبوع.

كما أن أوقات العمل في عدد هام من الهياكل الصحية لا تتم إلا خلال سبوعات للخصص الصباحية. حيث أن النقص الحاصل على مستوى وتيرة العيادات الطبية الأسبوعية خاصة بالمناطق الريفية، يتسبب في ازدحام ويقلل من جودة الخدمات والطابع الإنساني للخدمة والذي له آثار سلبية على مستوى الولوج إلى الخدمة بالنسبة إلى المواطنين القاطنين بالمناطق المحرومة ويساهم في تهميشهم. كما تجدر الإشارة إلى أن مراكز الصحة الأساسية تشكوا من النقص الفادح على مستوى الأدوية والموارد البشرية والمادية. حيث أن نفاذ كميات الأدوية بداية من الأسبوع الأول من الشهر يمثل عقبة رئيسة لتأمين جودة الخدمات واكتساب ثقة المواطنين في الهياكل الصحية الأساسية. ويعود نفاذ كميات الأدوية إلى سوء التصرف وعدم الدقة في تحديد الحاجيات وترشيد الوصفات الطبية ذلك علاوة على عدم ملائمة قائمة الأدوية المدرجة المسموح بها بالخط الأول وكذلك إلى التحول الوبائي الذي تشهده البلاد والمتمثل في ظهور الأمراض غير المنقولة.

ومن جهة أخرى قد أشاروا المهنيين الصحيين إلى ظروف العمل حيث أنه في غالب الأحيان لا تتوفر قاعات انتظار والعدد الكافي من الكراسي للمرضى وذويهم ولا حد أدنى من النظافة. كما أشاروا أيضا إلى النقص الحاصل على مستوى المعدات والصيانة.

أما فيما يتعلق بالخطين الثاني والثالث فإن مفهوم "التصحّر الطبي" في بعض جهات البلاد التونسية يكتسي معناه الحقيقي. وبالفعل فإن تقرير الزواري وآخرون (2013) يبين ترتيب 24 ولاية حسب الموارد البشرية كثيرا من الفوارق بين الجهات في مجال الموارد البشرية. فالتفاوت وعدم التساوي واضح جدا. حيث أن أكثر من ثلثي أطباء الاختصاص متواجدون بالشريط الساحلي، سواء كان ذلك بالنسبة إلى الاختصاصات النادرة أو العادية على غرار أمراض النساء وطب الأطفال الذي يفرز بصفة واضحة التفاوت الجهوي لصالح الجهات الساحلية وعلى حساب جهات الشمال الغربي والوسط الغربي وجنوب البلاد.

وهذا التفاوت على مستوى توزيع أطباء الاختصاص ينطبق أيضا على الخاصّ وكذلك على توزيع أطباء الأسنان.

وإضافة إلى هذه الإشكاليات المتعلقة بالموارد البشرية تبرز إشكاليات أخرى وعالقة تتعلّق بالنقص الحاصل على مستوى المعدّات والتجهيزات أو عدم ملائمتها مع الحاجيات الحقيقية نتيجة غياب التشاور بين مختلف المتدخلين. كما أن عدم التوافق بين المهارات والكفاءات المكلفة بالعمل في تلك المناطق والتجهيزات المتوقّرة يفضي إلى سوء استغلال إمّا للمهارات والكفاءات وإمّا للتجهيزات. ممّ ينجّر عنه هدرًا للموارد. ومن جهة أخرى، تمّت معاينة الخلل الفادح في تعهد التجهيزات وصيانتها بسبب نقص الموارد البشرية المختصة بالهياكل الصحية العمومية من جهة وقلة عقود الصيانة والتعهد مع الشركات الخاصّة التي توفّر هذه الخدمة من جهة أخرى.

جميع هذه الإشكاليات المتمثلة في نقص على مستوى عدد الهياكل الصحية للخطّ الأوّل ونفاذ مخزون الأدوية وعدم توفّر الأطباء أو التجهيزات بالقدر الكافي وسوء أوضاع المؤسسات العمومية تعوق بدون شكّ ثقة المواطنين في الخدمات العمومية وتخلّ بدورة اللجوء إلى الرعاية الطبية. كما أنّ الازدحام الذي تشهده الأقسام الإستعجالية، يرجع بالأساس إلى انعدام التنسيق بين الخطوط الصحية الثلاث : وجود خلل على مستوى الخطّ الأوّل وعدم القدرة على الاستجابة للعدد الكبير للمرضى الوافدين على الأقسام الإستعجالية والتي تستدعي حالتهم الصحية الإقامة بالمستشفى.

ومن جهة أخرى، فإنّ هذا الاختلال الذي يسبب الازدحام وطول قوائم الانتظار يفتح المجال لبعض الشكايات الموازية غير القانونية على مستوى النشاط الخاصّ التكميلي أو عدّة أشكال أخرى من التجاوزات صلب المستشفيات (من ارتشاء ومحسوبية وتضارب مصالح) والتي تمّت الإشارة إليها في الورشات ومجموعات التركيز.

رغم أنّ حزمة الخدمات الصحية تعتبر على المستوى النظري سخية جدا فقد لوحظ أنّ بعض الخدمات من الناحية العملية لا يتمّ إسداؤها بسبب عدم توفرها. حيث أنّه في العديد من الحالات يجد المريض بالقطاع العمومي نفسه مضطّرّا بالذهاب إلى القطاع الخاصّ (إمّا عيادة طبية أو مصحة أو طبيب من الطبّ العمومي يعمل في إطار النشاط التكميلي الخاصّ APC أو صيدلية خاصّة) لتجنّب طوابير الانتظار الطويلة. هذا مع العلم أنّه لا يتمّ استرجاع المصاريف التي تمّ تسديدها من طرف الصندوق الوطني للتأمين على المرض بالنسبة إلى المريض المنخرط في منظومة الخدمات العمومية. وعلى هذا النحو فإنّ النفقات المباشرة التي تنكبدها الأسر يتحمل عبئها ذوو الدخل الضعيف بنسبة أكبر.

وقد كشف البحث عن أسباب هذه الإخفاقات في القطاع العام. بشأن عدم التلاؤم بين الموارد والحاجيات في البنية التحتية، عن بعض الأسباب الخفية والمتمثلة في :

- سوء التصرف في الموارد، الذي يمثّل مصدر خسائر وهدرًا للكفاءات؛

- نقص الموارد المالية بالنسبة إلى تنامي النفقات. ويقوم تحديد الميزانيات العامّة للمؤسسات على أساس تاريخيّ دون أن يؤخذ بعين الاعتبار نشاطها أو أدائها. ويقوم الصندوق الوطني للتأمين على المرض بشراء الخدمات من مختلف هياكل الرعاية الصحية العمومية أو الخاصّة بمبالغ متباينة حسب نمط استرجاع المصاريف، وحسب نوع المؤسسات، وفي حين أنّ المبلغ الذي تحدده المستشفيات للصندوق محدد بسقف لا يجوز تجاوزه غير أنّ ذلك المبلغ غير محدّد بالنسبة إلي المؤسسات الخاصّة. كما أنّ المبلغ الذي ترصده ميزانيّة الدولة للهياكل الصحية العمومية يظل دون الحاجيات الحقيقية للمؤسسات، ولا يوجد تقارب بين التكلفة الحقيقية للخدمات الصحيّة للمخترطين في الصندوق والنفقات التي تتحملها الهياكل الصحية العمومية؛
- الانتدابات والنقل للموارد البشرية بقطاع الصحة العمومية تتمّ على النطاق المركزي ولا تستجيب في غالب الأحيان لحاجيات الهياكل الصحية؛
- نقص على مستوى الموارد البشرية المؤهلة للتصرّف في المخزون والقيام بالصيانة؛
- انعدام المرونة، مع إجراءات ثقيلة لشراء المعدّات، وهي إجراءات لا تستجيب بصفة ملائمة للحاجيات الحقيقية؛
- افتقار المسائلة وانعدام الحوافز لتطوير الأداء.

التنسيق و"مسار" المريض

يتسبب غياب التنسيق بين المستويات الثلاثة للمنظومة الصحية خلل على مستوى العلاج، والتسلسل الهرمي عند توجيه مريض من مستوى إلى آخر ويتجلّى ذلك في طول أوقات الانتظار لأخذ المواعيد مع أطباء الاختصاص (الانتقال من الخطّ الأول إلى الخطّ الثاني أو الثالث) أو للقيام بالمزيد من الكشافات.

علاوة على هذا فإنّ القطاع الخاصّ يبدو، حسب ما جاء في وصف بعض الأطباء من القطاع الخاصّ، أقلّ تنظيماً وأكثر فرديّة، وأضاف نفس الطبيب أنّ التنسيق فيما بينهم يتمّ وفق العلاقات الخاصة والشخصية. وكذلك الشأن بالنسبة إلى التنسيق بين القطاعين العامّ والخاصّ الذي هو ليس أفضل حالاً، وهو لا يزال قائماً على مواقف تقوم على تقديم العمل بمقابل.

وتفيد النتائج المنبثقة عن فرق عمل الحوار المجتمعيّ في مختلف المواضيع على النقص الحاصل على مستوى إعلام المريض والتواصل في جميع القطاعات. فالمنظومة الصحيّة قائمة حول هياكل مسددة للخدمات الصحية (تشتغل منعزلة بعضها عن بعض) وعدم انشغالها بتطلعات المريض. كما أنّ مسار الرعاية الصحية ليس محدّداً تحديداً واضحاً. وبالتالي فإنّ المريض في بحثه عن الرعاية يعاني من صعوبة الاهتمام إلى الجهة الأمثل لتلقّي الخدمة.

القدرة على تحمّل المصاريف

رغم قانون النغطية الاجتماعية فإنّ مسألة تكلفة الرعاية الصحيّة تمثّل مشكلاً حقيقياً بالنسبة إلى المنتفعين. وبالفعل فإنّ نفقات الأسرة (تحمّل المصاريف المباشرة ومعاليم الانخراط في شركات التأمين والتعاونيات) تظل مرتفعة جداً. فهي تقدّر بـ 45% من مجموع النفقات الصحيّة، وإذا ما اعتبرنا الدفع المباشر فقط (باستثناء معلوم التأمين) فإنّ النسبة تبلغ 41%. وهذا المعدّل يعني أنّ نسبة عالية من الأسر مهدّدة بالمصاريف الصحية ذات الطابع الكارثي التي تتسبّب في الافتقار.

الجودة الفنية وسلامة العلاج

لا تتوفر إلا معطيات قليلة مرقمة بشأن جودة العلاج في القطاعين العمومي والخاص. وقد تمت مناقشة نقص الجودة في الرعاية بالهيكل الصحية العمومية نقاشا مطوّلا أثناء ورشات العمل. والواقع أنه لا يوجد إلا عددا قليلا من القواعد السلوكية للرعاية الصحية الموحدة والتي تطبق في كافة جهات البلاد. فعمل الهيكل الصحية العمومية لا يخضع لكتراس شروط. كما أن متابعة توفير سلامة الرعاية الصحية لا يتم بسبب غياب آليات المراقبة. ومع ذلك تمت الإشارة إلى بعض نقاط القوة في المنظومة الصحية على غرار كفاءة إطار التمريض ووجود الملفات الطبية والعيادات المنتظمة للمرضى المقيمين بالمستشفى، واجتماعات الأطباء لتدارس بعض الحالات، وكذلك وجود مراكز الصحة الأساسية وبعض قواعد السلوك الموحدة عند التكفل. ومن جهة أخرى فإن بعض مراكز الامتياز العمومية والخاصة قد حققت تقدما ملحوظا في هذا المجال وشرعت في التجديد والبحث.

الإعلام والاحترام والاستماع إلى المريض

اعتمادا على النتائج التي توصلت إليها فرق التركيز مع المرضى والمهنيين، يتضح أن المرضى يشكون بصورة متكررة من عدم احترام المباشرين لهم. والعبارة "لا ينظرون إليّ" كثيرا ما ترددت صلب أشغال فرق التركيز. فقلة الاستماع إلى المرضى وتوظيف العلاقة بين مهني الصحة والمريض وغياب علاقة الاحترام بين المستفيد من الخدمات الصحية ومهني الصحة وغياب النزعة الإنسانية لدى المهنيين تجاه المنتفعين بالخدمات الصحية، جميعها قد تدخل كثيرا من الضيم على الشعور بالثقة بين المعالج والمريض. ومن جهة أخرى فإن أشغال الفريق الرابع قد ركزت على فشل مصالح الصحة العمومية في التواصل والإعلام. وهذا النقص الذي لاحظته جميع المتدخلين (من المنتفعين والمهنيين) قد أشارت إليه ورشات العمل الثلاث المتعلقة بـ: التكوين الأساسي للأعوان، والتطوير المهني المستمر ومصالح الصحة. وحيرة متلقى العلاج تجاه هذا النقص في الإعلام والتواصل مع العاملين في مجال الصحة تترجم عنه القولة التالية: "ضعت في الصبطار" [أي في المستشفى].

ومع ذلك، لئن تمّ تحديد العديد من مظاهر القصور، فمن المهم أن لا يتمّ تعميم هذه النتائج وأن يتم الاعتراف بأنّ عددا كبيرا من مهني قطاع الصحة لا يزالون يعملون بإخلاص تجاه مرضاهم، ويوفرون لهم علاقة شخصية وحسن الإنصات والإعلام. وعلاوة على هذا فإنّ هذه النتائج تخصّ القطاع العام فقط، وذلك نظرا لعدم تنظيم فرق تركيز مع المرضى الذي يتم التكفل بهم بالقطاع الخاص.

- نقص على مستوى توفر الموارد البشرية والمادية بلخطّ الأول رغم التوزيع الجغرافي الحسن.
- الازدحام على مستوى الخططين الثاني والثالث.
- غياب التنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص.
- نقص على مستوى الجودة والسلامة الصحية في القطاع العمومي.
- غياب الإعلام والإنصات وعدم احترام الحرمة الخاصة أمور يشعر بها المنتفع بالخدمات.

المواطن والمنظومة الصحيّة

درجة إجازة الحقوق العامة

ينصّ ميثاق آلا-آنا للصحة الذي صادقت عليه الدول الأعضاء بالمنظمة العالمية للصحة على أنّ "لكل إنسان حقّ وواجب المشاركة الفردية والجماعية في تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحيّة الموجهة إليه". وتعني المشاركة الجماعية نقل السلطة والنفوذ إلى السكان المحليين لتمكينهم من المساهمة الناجعة في التنمية الصحيّة.

وبخصوص تونس، وفي حين أنّها تمثّل مكوّنًا أساسيًا في برنامج الدوائر الصحيّة فإنّ المشاركة المجتمعية لم تنجز إجازًا كاملاً. وبالفعل فإنّ المجالس الجهوية والمحلية يرأسها ممثّل للسلطة التنفيذية مع إقصاء لمثلي المجتمع المدني. ويتمّ وضع المخططات الوطنية للتنمية بعد استشارة جهويّة؛ لكنّ عمليات التحكم النهائية تتمّ بصورة مركزيّة وتشهد نقصاً على مستوى الشفافية.

فالمواطن يجد نفسه مقصياً من اتخاذ القرارات المتعلقة بالسياسة الصحيّة وبالبرامج المتصلة بصحته في جهته. كما أنّ إعلام المواطنين ضعيف وآليات تحقيق الشفافية والمساءلة تجاه المواطنين تشكو نقصاً فادحاً. ومن جهة أخرى فإنّ آليات التظلم والشكوى توجد من خلال دوائر إداريّة وقضائيّة، لكنّها غير معروفة بما يكفي، وسبل اللجوء إليها معقدة.

كما أنّ عدد الجمعيات شهد ارتفاعاً كبيراً خلال السنتين الأخيرتين، والذي من شأنه أن يساهم في توفير قدرة عالية سواء باعتباره وسيطاً/مناصراً، أو باعتباره حافزاً/فاعلاً في المنظومة الصحيّة.

المجتمع والمنظومة الصحيّة :

درجات تفعيل السياسات العمومية ومحددات الصحة

المقاربات الشاملة للحكومة والمجتمع للنهوض بالصحة والتقليص من التفاوت الاجتماعي في المجال الصحي (ISS)

تجدر الإشارة إلى أنّ سلامة الصحة لها فائدة كبيرة بالنسبة إلى مجموع القطاعات والمجتمع بأكمله، وهي شرط أساسي للنمو الاقتصادي والاجتماعي وتكتسي أهمية حيويّة لدى كل فرد، وكل أسرة وكل مجموعة. وبالتالي، فإنّه قبل الشروع في تنفيذ كلّ سياسة عامّة يستحسن أن يتمّ تقييم آثارها لا على سلامة الصحة فحسب، بل وكذلك على التفاوت في مجال الصحة. والمعلومات المتوفرة بشأن مقدار التفاوت الاجتماعي الصحي (ISS) تفيد بأنّها متفاوتة الحجم، لكن يوجد شبه غياب للجهود المبذولة لمكافحته. والجهود المبذولة حالياً للحدّ من التفاوت الاجتماعي الصحي (ISS) توجد بالخصوص على صعيد تقديم خدمات الرعاية. ويبدو أنّ أصحاب القرار صلب قطاع الصحة لا يدركون دورهم عندما يتدخلون على مستوى الطلبات أو عندما يتدخلون على مستوى أعلى على المؤثرات الاجتماعية والبيئية للصحة. وهذا التدخل يقتضي إرادة حازمة لإيلاء أوفر نصيب للتداخل بين القطاعات المتعددة.

وقد تمّ إعداد بعض سياسات الصحة بين القطاعات المتعددة في تونس، وتأكّدت جدواها. فتجربة تعبئة المجتمع حول التنظيم العائليّ تقدّم لنا أحسن مثال عن ذلك. وتوجد حاجة ماسّة للقيام بتعبئة ماثلة لمعالجة المشكل المتشعب للأمراض غير المنقولة.

ومن جهة أخرى، فإنّ بعض الهياكل، مثل الدوائر الصحية والمجالس الجهوية للصحة توفّر إطارا مناسباً لمثل هذه النماذج من المقاربة، لكنها ليست مستغلة على الوجه الأكمل. حيث لا يتمّ في غالب الأحيان تقييم البرامج والسياسات العامّة بصورة منتظمة قبل الشروع في تطبيقها. من حيث انعكاساتها على الصحة. كما أنّ السياسات وبرامج الرعاية والصحة العمومية لا يتمّ تقييمها لمعرفة انعكاسها على الحد من التفاوت الاجتماعيّ الصحيّ (ISS).

التنمية الجهوية والمنظومة الصحيّة

تساهم الصحة مساهمة كبيرة في تحسين الظروف الاقتصادية والاجتماعية للمواطنين. كما أنّ تحسين خدمات الرعاية الصحية تمثّل مورداً من موارد الدخل المحليّ بجلبها اليد العاملة المختصة والأنشطة التكميلية.

وقد ساهم تفاوت التنمية بين الجهات في البلاد في الشعور بالظلم تجاه الجهات الداخلية المفتقرة إلى البنية التحتية الأساسية. وقد استطاعت مدن الشريط الساحليّ التونسيّ أن تحقّق نمواً على الصعيد الاقتصاديّ. ويتمتعها بعدد أوفر من الهياكل التعليمية والصحية أكثر فإنها تمكّنت من أن تجلب إليها الاستثمارات من داخل البلاد ومن خارجها على السواء. وقد تسبب هذا الوضع في ظهور اختلال توازن على مستوى التنمية الجهويّة. وبذلك، فإنّ الترابط بين قطاع الصحة والتنمية الاقتصادية الجهوية لم يعد يحتاج إلى دليل، دون أن نستطيع أن نستدلّ على أيهما يعتبر شرطاً يجب أن يسبق لتحقيق نموّ الآخر.

المساهمة الاقتصادية لقطاع الصحة

البلاد التونسية واحدة من أولى البلدان الإفريقية التي ركزت صناعة صيدليّة. وانتقلت تغطية حاجيات السوق بالأدوية من نسبة 14 % سنة 1990 إلى 45 % سنة 2010. ويمثّل تشجيع أنشطة تصدير الأدوية والمعدّات الطبية التي تصنعها المخابر المتمركزة في البلاد أولويّة من أولويات الخطة الجديدة لتصدير الخدمات الطبيّة - الصحيّة.

ومن جهة أخرى فإنّ البلاد تحتلّ المرتبة الثانية في مجال السياحة الصحيّة. بعد إفريقيا الجنوبية. ويمثّل الليبيون القسط الأكبر من المرضى الأجانب الذين يتحوّلون إلى تونس لتلقي العلاج في الهياكل الخاصّة. فخلال العقد الأخير ارتفع عدد المرضى الأجانب الذين تمّ علاجهم بتونس من 42 000 مريض سنة 2003 إلى 125 000 سنة 2008 و150 000 سنة 2010. وتقدر مداخيل تداوي الأجانب خلال سنة 2010 بـ 400 مليون دولار أي بنسبة 0.88 % من الناتج القومي الخام.

- المواطن مبعّد عن أخذ القرارات بشأن السياسات الصحيّة والصحة.
- نقص التداخل بين القطاعات للنهوض بالصحة، والحدّ من التفاوت الاجتماعيّ الصحيّ (ISS).
- "حكاية ناجحة"، التعبئة حول التنظيم العائليّ والتلقيح.
- النهوض بالصحة والنمو الاقتصاديّ أمران مترابطان.
- صناعة الأدوية وتصدير الخدمات الصحيّة يساهمان في اقتصاد البلاد.

رهانات المنظومة الصحية

يرتكز القسم الأخير من هذا التقرير على تشخيص الوضع لاستخلاص الرهانات الكبرى. قصد تمكين النظام الصحي من التقدّم نحو تحقيق الحق في الصحة بجميع مكوناته. ويرمي هذا القسم إلى أن يكون حلقة تصل بين مرحلتين أساسيتين من مراحل الحوار المجتمعيّ: تشخيص الوضع وتحديد مسالك الإصلاح أو توجهاته. وعلى هذه المسالك والتوجهات سيدعى المواطنون من المهنيين والخبراء إلى التداول والتفكير بشأن الأولويات وشروط القبول والتنفيذ. وقد تمّت المصادقة على ستّ رهانات من قبل الجهات المعنية بالحوار المجتمعيّ.

1 - تقريب الخدمات بتركيز المنظومة حول المواطن

يمثّل الخلل الحالي في خدمات الرعاية الصحية من الخطّ الأول والثاني. وانعدام الثقة أو عدم قبول المستشفيات المحلية وبالخصوص المستشفيات الجهوية، سواء من قبل المواطنين أو مهنيي قطاع الصحة، ويرجع ذلك بالأساس إلى شدّة الإقبال على الخطّ الثالث من الخدمات في المناطق المفتقرة لها. ومع ذلك فإنّ جميع الخبراء المحليين والدوليين يتفقون على القول بأنّ النظام الصحي القائم على الرعاية الصحية الأولية هو الوحيد الذي يستطيع أن يستجيب إلى تطلعات السكان لتغطية الصحية الشاملة. فسيكون الرهان إذن كبيرا ومضاعفا: كيف يمكن أوّلا التوفيق بين هذه المطالب والمقاربة العقلانية؟ ثمّ بالخصوص كيف يمكن تأمين خدمات جوار مقبولة موثوق بها لجميع السكان.

2 - إعادة بناء الثقة وإقبال المواطنين ومهنيي الصحة على المنظومة الصحية العمومية

لقد تراجعت ثقة المواطن كثيرا تجاه المنظومة الصحية العمومية بسبب فشلها في تحقيق الحقوق الفردية في الصحة. فالنقائص التي تمّت الإشارة إليها والتي تمسّ جودة الرعاية وتوفر المساواة قد أفضت إلى موقف جماعيّ يقوم على انعدام الثقة تجاه القطاع العامّ. فإعادة بناء الثقة إلى نفوس المواطنين ومهنيي الصحة تجاه المنظومة الصحية العمومية وكذلك الثقة بين هذين الطرفين، يمثّل محورا لجميع الرهانات الرامية إلى تحقيق المساواة وجودة الخدمات الصحية للمواطن وحفز المهنيين الصحيين بتشجيعهم بصورة عادلة على ما يبذلون من جهود، وتعزيز شعورهم بالانتماء إلى القطاع.

3 - وضع رؤية مشتركة والجرأة على القيام باختيارات (واقعية مقبولة) وتنفيذها بطريقة دؤوبة

يهدف إرساء الإصلاحات، والوصول إلى نظام صحيّ قائم على المساواة والإنصاف وإدخال الحيوية عليه بمساهمة الجهات الفاعلة التي تتحمّل مسؤولية اختياراتها بالاعتماد على حوكمة ذات جدوى، تتجلى في الأفق ثلاثة رهانات :

وضع رؤية مشتركة تجاه المنظومة الصحية في تونس، رؤية تفرض مشاركة جميع الأطراف

والمستفيدين،
الجرأة على القيام باختيارات واقعية مقبولة : وهذا أمر ممكن عندما يتمّ تشريك جميع الأطراف
الفاعلة والمنتفعين بصورة فعالة وواعية في تحديد الاحتياجات والوسائل المتوفرة.
تفعيل هذه الخيارات بصورة ثابتة متينة: وهو أمر يتطلب حوكمة ناجعة ذات مصداقية ولها ما
يكفي من الوسائل اللازمة لتنفيذ ذلك.

4 - البناء على جميع القدرات برفع الحواجز عن المنظومة الصحيّة وتجنيد جميع الفاعلين حول رؤية مشتركة

يشكو النظام الصحيّ من مشكلتين أساسيتين مرتبطين بالتقاطعات : الإشكال الأوّل يتعلّق
بالتجزئة أو التفتّت على مستوى عمل مختلف المتدخلين، وهو تفتّت غالبا ما يولد نشاطا منغلقا على
نفسه، يضرب عرض الحائط بالترابط الناجع بين الخدمات العلاجية والوقائية والأنشطة ذات الطبع
الإجتماعي. والإشكال الثاني يتعلّق بمركزية سلطة أخذ القرار.
ولذا فإن القيام بعملية شاملة منسجمة يبدو أمرا لا مناص منه، وهو يمثّل بالذات محور هذا الحوار
المجتمعيّ. فالتحدّي الأوّل فهو من الصنف الثقافيّ؛ ويتمثّل الأمر في إرساء ثقافة حوار وتحفيز
مختلف المتدخلين على توحّي مقاربة تشاركية شاملة، في منظومة الصّحة وذات تفاعل مع سائر
القطاعات (تداخل القطاعات) بالنسبة إلى القرار والعمل وتقييم المنظومة الصحيّة، وكذلك بالنسبة
إلى التخطيط وتقييم النتائج الصحيّة للسياسات العامّة.

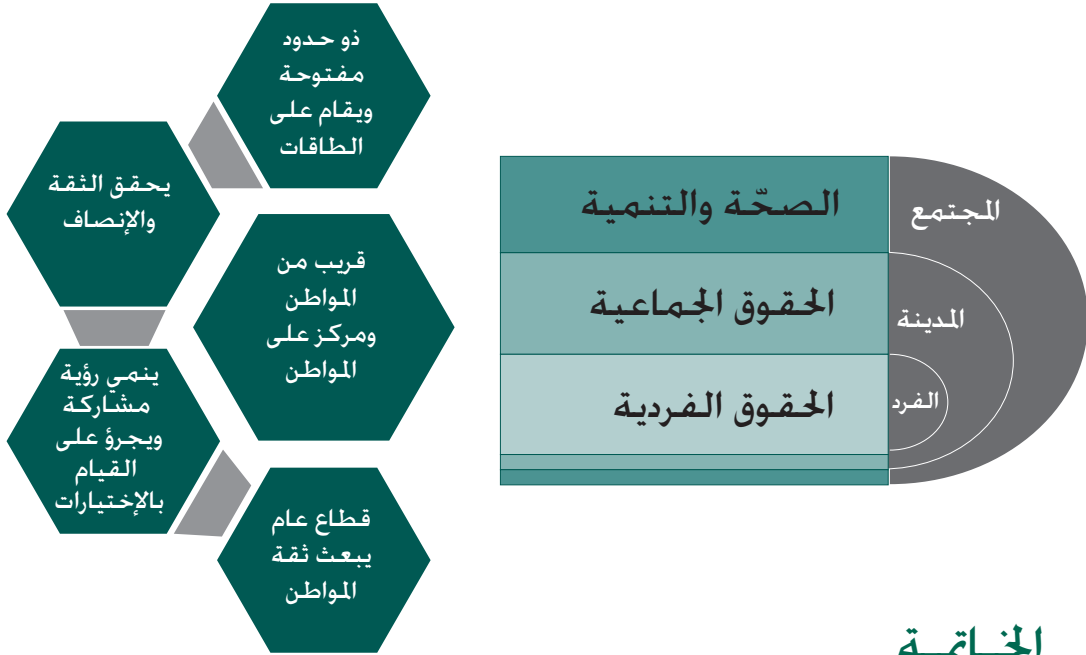
5 - تحقيق التضامن (التكافل) والإنصاف

تمثّل التجزئة التي يشهدها نظام تمويل قطاع الصّحة في البلاد التونسية سببا رئيسيا من أسباب
اللامساواة. وفي هذا الإطار، سيكون التحديّ في فتح أشكال أخرى من التمويل في مجال الصحة،
وانشاء قنوات اتصال بين مختلف فروع الضمان الاجتماعيّ وتبسيط الإجراءات ومحاذاة مختلف
الجهات الفاعلة بعضها مع بعض (مقدمي الخدمات الصحية العمومية والخاصّة، ودافعي التأمين
الاجتماعي والتأمين الإضافي، ووزارة الماليّة ووزارة الصّحة) حول خطة متماسكة لتمويل قطاع
الصّحة.

6 - تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض من خلال مقاربات تجاوز المجتمعات والحكومات

إذا علمنا أنّ الحقّ في الصّحة لا يعني الحقّ في الرعاية الصحيّة، فهل يمكن رفع التحديّ والتقدّم
خطوة أخرى نحو تقليص الفوارق الاجتماعية الصحيّة ونحو تقليص الفوارق الجهوية باعتبار المحددات
البيئية والاجتماعية والتمتع بالخدمات الصحيّة ونتائج الخدمات الصحيّة ؟

رؤية لحق الصحة ونظام الصحة



الخاتمة

• هناك حاجة ملحة للعمل على إنجاز إصلاح المنظومة الصحية يضع المواطن من جديد في مركز هذه المنظومة، ويثمن جميع المتدخلين. ويمكن رفع التحديات التي يتم تشخيصها بصورة تدريجية، بالبناء على المكتسبات والإفادة من جميع الإمكانيات.

• للاستجابة إلى الرهانات، يجب أن نضع مجموعة من الإصلاحات على المدى القريب والمتوسط والبعيد، بأن نعتد رؤية واضحة، ونتوخى تمشياً واقعياً يتم تحقيقه بحزم بطريقة تدريجية.

• ضرورة إعادة النظر في آليات التسيير والتمويل في مجال الصحة المتعلقة بالرهانات الأربعة التي تم تحديدها. فبعد عمليات إصلاح قاعدة الخدمات الصحية والمؤسسات الاستشفائية والرعاية الاجتماعية فهل سيكون الإصلاح القادم إصلاحاً للحكومة؟

• لكي لا يبقى هذا الإصلاح الرابع حبراً على ورق، من الحكمة أن يتم، بداية من الآن، توقع العقبات التي يمكن أن تعوق تنفيذه ووضع آليات تسيير التغيير.

حظيت هذه الوثيقة بدعم تقني ومالي في إطار البرنامج المشترك x الاتحاد الأوروبي / المنظمة العالمية للصحة للتغطية الصحية الشاملة