



الجمهورية التونسية
الحوار المجتمعي

الكتاب الأبيض

من أجل صحة أفضل في تونس،
لنسلك الطريق معا

اللجنة الفنية للحوار المجتمعي - سبتمبر 2014



حوال السياسات والإستراتيجيات والمخططات الوطنية للصحة

الجمهورية التونسية
الحوار المجتمعي

الكتاب الأبيض

من أجل صحة أفضل في تونس،
لنسلك الطريق معا
صياغة نهائية

لجنة الصياغة*

فيصل بن صالح
رمزي البوزيدي
فرانسوا شامبانيي
آن ليز غيساي
أنياس الحمزاوي
بشير الزواري

بالتعاون مع

عبد الواحد العباسي
أحلام قزارة
حاتم جباس
إيمان الجوادي
فتحي المنصوري
علي مطيراوي
المنصف سيدهم
عمر التومي

* وفقاً للترتيب الأبجدي

7	تمهيد
9	مقدمة
11	الحوار المجتمعي سياق حافل : انتظارات كبرى وفرص متاحة
13	«الحوار المجتمعي» ، عملية تشاركية وشاملة لكل الأطراف
15	دواعي إصلاح المنظومة الصحية
17	تعزير المكتسبات في المجال الصحي وتلبية الاحتياجات غير الملباة أو الجديدة
21	تحسين وملاءمة الخدمات الصحية وتطوير عمل المنظومة الصحية
26	الأسس التي ينبني عليها الإصلاح
34	لمحور الأول : توفير العوامل الأساسية لنجاح الإصلاح الصحي
35	• توجه 1 : توفير الاختصاصات الطبية المجاورة والنفاز إليها وكذلك الأدوية في القطاع العمومي والنقل الصحي
36	• توجه 2 : تعزير الثقة بين المتدخلين في القطاع الصحي ضمن مصالحة مجتمعية
37	• توجه 3 : تفعيل مسؤولية المواطن ضمن المنظومة الصحية
38	المحور الثاني : تعزير الصحة والرفاه من خلال مقاربات متعددة القطاعات وإدراج الصحة كعنصر أساسي في كل السياسات
40	• توجه 1 : إدراج الصحة والرفاه ضمن المحاور الإستراتيجية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية
40	• توجه 2 : تيسير اكتساب سلوكيات تؤمن حياة سليمة وتطوير القدرات الفردية والجماعية وذلك بمكافحة المخاطر الصحية والنهوض بالعوامل التي تؤمن صحة جيدة
40	• توجه 3 : توجيه المنظومة الصحية نحو الحلول الأكثر نجاعة
41	المحور الثالث: إرساء مقاربة تتمحور حول المريض ، وتحسين الجوانب المرتبطة بالعلاقات بين الأشخاص (إعلام، إنصات، إشراك في صنع القرار، احترام ومعاملة إنسانية)
43	• توجه1: التثقيف من أجل تغيير السلوكيات وتوفير الوسائل الضرورية للتنفيذ
43	• توجه 2 : إشراك المستفيد في أخذ القرار وتيسير الحصول على المعلومة
44	• توجه 3 : وضع آليات تتيح للمستفيد التعبير عن رضاه (أو عدم رضاه) والتأكد من أن صوته مسموع.
45	المحور الرابع : توفير خدمات عن قرب وضمان استمرارية الرعاية الصحية
47	• توجه 1 : تبني مفهوم «الطب عن قرب»
47	• توجه 2 : إحداث فرق متعددة الاختصاصات للرعاية الصحية عن قرب واعتماد وتثمين ممارسة طب الأسرة وإعطاء الأطباء وفرق الخط الأول مسؤولية تعهد الحالات
48	• توجه 3 : السماح للمواطن باختيار المركز الصحي المناسب له حسب مقر إقامته أو عمله
48	• توجه 4 : تركيز آليات تنسيق بين مختلف الهياكل الصحية تمكن من توفير الخدمات الضرورية بها في ذلك التكامل بين القطاعين العام والخاص مع الحفاظ على الدور المرجعي للهياكل الصحية العمومية
49	• توجه 5 : ترشيد مسالك الرعاية الصحية
49	• توجه 6 : توفير خدمات جديدة تضمن الرعاية الشاملة للفئات الهشة
50	• توجه 7 : تطوير آليات لضمان تواصل واستمرارية المعلومة خاصة منها الملف الطبي الموحد.
51	المحور الخامس : آليات تضمن احترام أخلاقيات المهنة وتحسين جودة وسلامة الرعاية الصحية
53	• توجه 1 : تعزير منظومة الاعتماد في مجال الجودة للمؤسسات الصحية وضمان ديمومتها

- 53 • توجه 2: تطوير تقييم تكنولوجيات الصحة والتدخلات الصحية ،
- 54 • توجه 3: إحداث وتدعيم هياكل وآليات لتقييم وتحسين الجودة في جميع المرافق الصحية
- 54 • توجه 4: تطوير مناهج علاجية موحدة ونشرها ومتابعة انخراط المهنيين فيها
- 54 • توجه 5: وضع إستراتيجية وطنية لتطوير الموارد البشرية وتشجيع التكوين المستمر مع تقييم الممارسات المهنية
- 55 **المحور السادس : تعزيز التميز والابتكار في القطاع العمومي**
- 56 • توجه 1: تثمين الطب الأكاديمي والبحوث بها في ذلك اتخاذ الإجراءات التحفيزية الملائمة
- 56 • توجه 2: تطوير استعمال تكنولوجيا المعلومات والاتصال لتنظيم الأنشطة التكوينية والبحثية
- 56 • توجه 3: تدعيم الأقطاب الجامعية للصحة الموجودة وإحداث أقطاب جامعية عمومية بين الجهات تؤمن التكوين الطبي مع الحرص على تشبيكها
- 58 • توجه 4: تحسين ظروف عمل المهنيين وتأهيل البنية التحتية مع ضمان توفر التجهيزات والمعدات الطبية الملائمة
- 60 • توجه 5: ملائمة التكوين الأساسي لعلوم الصحة مع حاجيات المواطن واعتماد مرجعية الكفاءة المهنية
- 60 **المحور السابع : اصلاح نظام تمويل الصحة**
- 62 • توجه 1: تعبئة موارد إضافية لفائدة الصحة تكرس التضامن
- 64 • توجه 2: ضبط سلة من خدمات ضرورية ذات جودة في نطاق تغطية صحية شاملة اعتمادا على معايير موضوعية بعد توافقات عامة
- 64 • توجه 3: إعادة النظر في توزيع الموارد لتحسين ملائمتها للأولويات الإستراتيجية على مستوى «الخطوط» و«القطاعات»
- 65 • توجه 4: مراجعة آليات خلاص مسديي الخدمات لضمان الفاعلية وترشيد المصاريف الصحية
- 66 • توجه 5: إقرار صيغة تكفل موحدة تضمن للجميع النفاذ إلى الخدمات الصحية المشار إليها
- 67 • توجه 6: تدعيم دور القطاع العام مع ضمان التوازن والتكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص
- 68 **المحور الثامن : إصلاح حوكمة المنظومة الصحيّة**
- 70 • توجه 1: إقرار الأمركزيّة السياسيّة والإداريّة في مجال الصحة
- 73 • توجه 2: تطوير آليات الخضوع للمساءلة تضمن المراقبة والمتابعة على كلّ المستويات وشاملة في كلّ القطاعات
- 74 • توجه 3: تعزيز القدرات في مجال التخطيط والتصرف والتسيير
- 74 • توجه 4: إعادة ضبط أدوار المؤسسات الصحيّة الوطنيّة وتنظيمها
- 74 • توجه 5: تشريك المواطنين والمهنيين في عمليّة صنع القرار والمتابعة والتقييم على جميع المستويات
- 75 • توجه 6: تطوير وتفعيل نظم معلومات متكاملة ، شفافة ومندمجة تضمن القيادة الرشيدة والتسيير الناجع والمتابعة والمراقبة والمساءلة
- 76 • توجه 7: تعزيز المكاسب وتحديث السياسة الدوائيّة المحليّة
- 76 **الخاتمة**
- 78

تمهيد

يُعتبر إصلاح المنظومة الصحية في تونس مطلباً ملحا عبرت عنه كل الأطراف الفاعلة ، سواءً عامة الناس أو المهنيون أو مسيرو القطاع الصحي أو السياسيون.

فالسياسيون يسعون إلى تبرير خياراتهم وتأكيد المبادئ التي تقوم عليها سياساتهم. والإداريون والمسيريون والمسؤولون الماليون يسعون إلى ترشيد الإنفاق وتحقيق المردودية والجدوى المنشودتين. أما المهنيون فينصبّ اهتمامهم ، أولاً وقبل كل شيء على ظروف العمل: توقّر أعوان مؤهلين بأعداد كافية ، وتوفير أماكن العمل الملائمة وكذلك التجهيزات الضرورية ، من حيث العدد والتنوع ، إلى غير ذلك ، والشعار الذي يقودهم في أغلب الأحيان هو: «إنجاز أقصى ما تسمح به المعارف الطبية في حالة معيّنة». وفي معظم الأحيان يطغى الجانب التقني على نظر المهنيين للأمور.

أما المنتفعون بالخدمات الصحية ، سواء كانوا من المرضى أو من المنتفعين بالرعاية ، أيا كان صنفها ، فيحدوهم حرص مزدوج: شقّه الأول تقني بحث ويتلخص في «الحصول على أفضل ما تتيحه المعارف الطبية» ، أما شقّه الثاني فيتعلق براحتهم الشخصية (أن تُحترم اختياراتهم العلاجية و خصوصيتهم و كرامتهم). و خلافا لمعظم المهنيين ، يرى المنتفعون أن الرعاية الصحية المثلى ، هي تلك الرعاية التي تستند إلى العلم (الجوانب التقنية للرعاية الصحية) وتُمارس باعتبارها فناً (البعد الإنساني).

ولما كانت الاهتمامات تختلف من فاعل إلى آخر ، فإن الأهداف والمرامي أيضاً مختلفة. ويبقى الحوار من بين المقاربات التي تتيح التقريب فيما بينها ، وجعلها تصب في نفس الاتجاه. والوثيقة التي بين أيدينا هي ثمرة مقارنة غير مسبوقه في تونس ، أتفق على نعتها بـ «الحوار المجتمعي» وتكمن فرادتها وتميزها في جانبين: أولهما أنها تُشرك ، لأول مرة ، المواطنين إشراكاً فاعلاً ، وثانيهما أنها تهتم بمجمل المنظومة الصحية وليس بمجال صحي بعينه.

ويتمثل المبدأ الرئيسي ، الذي قاد هذا الحوار ، في اعتبار أن المواطن فاعل كامل الحقوق في المنظومة الصحية ، وأن من حقه المشاركة بشكل فعلي في نحت الخيارات السياسية والبرامج والإجراءات التي تؤثر على صحته ، ومن حقه أيضاً الحصول على رعاية صحية تركز على المريض أكثر من تركيزها على المهنيين.

وجاءت هذه الوثيقة ، التي تطلبت صياغتها سنتين من الجهد المضني ، كمحصلة لمناقشات حول مسائل معينة واجتماعات على مستوى الجهات و «ورشات عمل» ، «خلوات تفكير» و «لجان

تحكيم مشكّلة من مواطنين» شارك فيها عدد هام من المواطنين ومن المهنيين والمسيرين والخبراء المحليين والدوليين، وسعت إلى تشخيص الوضع الراهن وتحديد نقاط الضعف ونقاط القوة، والى البحث عن الأسباب والمسببات، بما في ذلك المُحددات الاجتماعية والسياسية، والى تحديد المخاطر والفرص، وانتهت باقتراح مسالك للإصلاح.

وقد تم توجيه مجمل هذه الجهود نحو استكشاف المدى المتوسط، مع تلافي الوقوع في فخ معوقات الوضع الحالي والمدى القصير، وكلاهما لا يزال غير واضح.

ويمكن القول بأن النتيجة التي تم التوصل إليها واعدة، ذلك أن هذه الجهود لم تساعد فقط على صياغة وثيقة عمل لصانعي القرار (عموم المواطنين في المقام الأول) ولكنها أتاحت أيضا اختبار مقاربة «الديمقراطية الصحية»، التي ينبغي أن توجه الخيارات المستقبلية في المجال الصحي.

تهانينا إلى كل «العاملين في الخفاء»، الذين ضاعفوا الجهود بهدف وضع جملة من المقترحات لإصلاح المنظومة الصحية، ومقاربة منهجية لضمان الحوكمة في القطاع، على ذمة التونسيين. أملنا أن تتوج هذه المقاربة التشاركية بالنجاح، وأن تستوفي شروط الديمومة.

بشير الزواري

مقدمة

«الحوار المجتمعي» سياق حافل: انتظارات كبرى وفرص متاحة

المنظومة الصحية في تونس حققت نتائج هامة

يجري التفكير في السياسات والاستراتيجيات والبرامج الصحية في سياق يتسم بالعديد من المميزات ، سواء كانت خاصة بمنظومة الرعاية الصحية أو ذات صبغة عامة. وتتعلق المميزات الخاصة بالمنظومة الصحية بالأداء والتحديات. وقد اعتمدت هذه المنظومة منذ الاستقلال ، في سياق السعي إلى تحسين التغطية الصحية ، سياسات واستراتيجيات تهدف إلى تحسين التمتع بالخدمات الصحية ، ومعالجة المشاكل الصحية ذات الأولوية ، والتحكم في النفقات و تحسين نوعية الخدمات. في هذا السياق تم إنشاء العديد من مؤسسات الرعاية الصحية والتكوين في مجال الصحة ، وتمت صياغة العديد من البرامج الصحية ووُضعت موضع التنفيذ ، كما تم إنجاز ثلاثة إصلاحات رئيسية (الرعاية الصحية الأساسية ، وإدارة المستشفيات والتأمين الاجتماعي). وسمحت هذه الخطوات بتحقيق مستوى أداء أُعتبر جيدا ، وفقا لما أكدته مختلف دراسات (البحوث العنقودية ذات المؤشرات المتعددة 4) بما في ذلك على وجه الخصوص التحكم بشكل ملموس في الأمراض المعدية ، وتحسين متوسط العمر المتوقع عند الولادة ، والخفض في معدلات الوفيات والعديد من مشاريع الطب المتقدم والبحوث التي تقوم بها مراكز الامتياز ، التابعة للقطاعين العام والخاص.

تراكم المشاكل العالقة في ظل توترات اجتماعية قوية

على الرغم من أوجه الأداء الجيد المسجلة والديناميكية الإيجابية المتحققة ، تراكمت جملة من المشاكل ، التي لم تجد طريقها إلى الحل بالإضافة إلى ظهور مخاطر صحية جديدة ، كنتيجة حتمية للتغيير الحاصل في أنماط العيش وتدهور البيئة¹. وقد أعاقت هذه المشاكل المختلفة السير الطبيعي للمنظومة الصحية ، وأضعفت أداءها وخلقت أزمة ثقة بين عامة الناس وبين الخدمات الصحية وخاصة منها العمومية. وغالبا ما كانت المؤشرات الإجمالية المعلنة تغطي التفاوت الموجود بين الجهات وداخلها.

1- الأمراض غير المنقولة ، الإعاقات ، التلوث ومعالجة النفايات

أما السياق العام في تونس ، البلد متوسط الدخل ، والذي يُعتبر واحدا من ضمن البلدان الأكثر نجاحا في الانتقالين الاجتماعي والاقتصادي ، فقد تأثر إلى حد كبير بنتائج الانتفاضة الشعبية التي اندلعت عام 2011 ، ويتميز هذا السياق ، خلال فترة الانتقال الديمقراطي ، بعدم استقرار الوضع السياسي. ولئن سُجّل ، خلال هذه الفترة ، عدد من النجاحات ، مثل اعتماد دستور جديد يضمن حرية الضمير والمساواة بين المواطنين والمواطنات ، والحيوية التي أبدتها المجتمع المدني ، أو إقرار مبدأ التناسف بين الجنسين في الهيئات المنتخبة المستقبلية ، فإن البلاد ما زالت تواجه معضلة البطالة في صفوف الشباب وبعض الصعوبات الاقتصادية الحقيقية ، كما يتجلى ذلك من خلال تدهور الأوضاع المعيشية ، وارتفاع التضخم ، وتراجع قيمة الدينار وتزايد تبعية البلاد وحاجتها للمانحين الدوليين. وبالمثل ، فإن الملف الاجتماعي ، الذي يشكل أحد المواضيع الرئيسية المطروحة للنقاش ، خلال فترة التحول الراهنة ، ما يزال بعيدا عن التسوية.

إقرار الدستور للحق في الصحة

ينص الدستور الجديد ، الذي تمت المصادقة عليه في 27 جانفي 2014 ، صراحة على أن «الصحة حق لكل انسان» ، (المادة 38) مما يكسبه قيمة دستورية لا سبيل لإنكارها ، كما ويلزم الدستور الدولة بضمان هذا الحق (المادة 38) وتوفير آليات الحماية المناسبة القادرة على ضمان تفعيله. كما يقرّ الدستور أيضا الحق في المعلومة ويبرز دور الجماعات المحلية. لذلك فإن أي اصلاح لحكومة منظومة الرعاية الصحية ، ينبغي أن يقوم على توفير المزيد من الشفافية والخضوع للمساءلة وكذلك المزيد من اللامركزية ، بما يتيح الاستجابة بشكل أدق للاحتياجات المحلية.

يستدعي مجمل هذه التحولات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والصحية ، فتح نقاش مجتمعي حقيقي حول المقاربات الجديدة للتنمية ، ومن ضمنها مقاربات تعزيز النظام الصحي بما يجعل التمتع بالرعاية الصحية أكثر عدالة وجدوى واستدامة.

«الحوار المجتمعي»، عملية تشاركية وشاملة لكل الأطراف

في هذا السياق ، تم الشروع ، تحت إشراف وزارة الصحة ، في تنفيذ برنامج واسع لـ «الحوار المجتمعي حول السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية».

ويشتمل هذا البرنامج على ثلاث مراحل. وتمثل هدف المرحلة الأولى في بناء فهم مشترك للرهانات الرئيسية لتحسين الصحة في تونس وتطوير المنظومة الصحية والسعي نحو تحقيق توافق بين جميع المتدخلين (مواطنين - مرضى ومهنيي الصحة وشركاء اجتماعيين وخبراء ومسؤولين وصانعي القرار من السياسيين) حول توجهات الإصلاح وسبل تنفيذه. وتدعم هذه الوثيقة هذا الهدف. أما أهداف المرحلتين الثانية والثالثة فكانت على التوالي ترجمة التوافقات إلى سياسات واستراتيجيات وخطط صحية مع ضمان التنفيذ والمتابعة والتقييم.

واتخذت المرحلة الأولى شكل مناقشات عامة شفافة ، وفقا لمقاربة تشاركية وشاملة لكل الأطراف المعنية ، وأشرفت على هذه المناقشات لجنة توجيهية تتألف من خمسة وسبعين ممثلا من ممثلي كل الفاعلين في المنظومة الصحية وأسندت الإدارة التقنية إلى لجنة فنية مدعومة بوحدة تصرف إدارية. وقد وفر مكتب منظمة الصحة العالمية بتونس الدعم الفني والمالي وأمن التنسيق مع الجهات المانحة والوكالات الدولية في إطار البرنامج المشترك بين من الاتحاد الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية ، الحامل لعنوان «دعم السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية».

خلال مرحلته التحضيرية ، التي اختتمت في ماي 2013 ، تم التوصل إلى توافق في الآراء بشأن القضية الرئيسية لهذا الحوار المجتمعي ، وهي الإجابة عن السؤال التالي «كيف يمكن للمنظومة الصحية أن تسهم بشكل فعال في تفعيل الحق في الصحة؟» وكذلك بشأن الحاجة إلى وضع مصالح المواطنين في قلب الإصلاحات بالإضافة إلى اعتماد خارطة الطريق والمنهجية التي يتعين إتباعها.

على إثر هذه الخطوة ، تقدمت أشغال هذا المشروع الضخم على النحو التالي:

تشخيص الوضع: أجريت عملية تشخيص الوضع الراهن خلال الفترة الممتدة من شهر جوان 2013 إلى مارس 2014 بالاستناد إلى إطار مفاهيمي مستمد من تعريف الحق في الصحة بركائزه الثلاث وقد أجريت عملية تشخيص الوضع الراهن بطريقة تشاركية إلى حد كبير ، وارتكزت على استعراض الدراسات على الصحة ومنظومة الرعاية الصحية في تونس ، واستكملت بورشات حول

مسائل محددة ، شارك فيها العديد من الفاعلين في القطاع الصحي وباجتماعات مع مخبرين رئيسيين ، وفرق خبراء ومجموعات تركيز (مجموعات للنقاش) ضمت المواطنين والمهنيين العاملين في القطاع الصحي والجمعيات. وبلغ عدد المشاركين في الجملة 800 شخص. وقد نوقش هذا التشخيص وتمت المصادقة عليه من طرف 80 مشاركا في خلوة (جلسة تفكير) عُقدت في القيروان من 14 إلى 16 مارس 2014 ومن قبل اللجنة التوجيهية.

المواعيد حول الصحة : عُقدت هذه المواعيد خلال الفترة من 26 افريل إلى 31 ماي 2014 ، في 24 ولاية ، بواقع اجتماعين في كل منها ، وقد خُصص أحدها للمواطنين والآخر للمهنيين الصحيين. وشكلت هذه المواعيد فرصا لتبادل الآراء والنقاش والحوار بين أكثر من 3400 مشارك ، تم اختيارهم عشوائيا ، من بين المهتمين بالصحة. وكانت هذه المواعيد تهدف إلى استخلاص القيم والانتظارات التي سيستند عليها تطوير المنظومة الصحية مستقبلا. وبهذه المناسبة ، دُعي المشاركون إلى المساهمة في تشخيص الوضع واقتراح الحلول.

لجان التحكيم المُشكّلة من مواطنين : انعقدت هذه اللجان أيام 11 و 12 و 13 جوان 2014 ، وضمت 92 من المهنيين والمواطنين الذين تم انتقاؤهم عن طريق القرعة خلال المواعيد حول الصحة ، و 15 ما بين خبراء ومديري حوار محليين ودوليين. وقد تناولت هذه اللجان بالدرس المحاور الاستراتيجية والخيارات المقترحة خلال المواعيد الجهوية الـ 48 ، بعد أن تولى الخبراء اعداد خلاصة تليفية لها وتوضيحها. وتوّجت اللجان عملها بإصدار «استنتاجات لجان التحكيم المُشكّلة من مواطنين» التي ستُعتمد كأحد الوثائق الأساسية خلال الندوة الوطنية للصحة.

الندوة الوطنية للصحة المقرر عقدها من 2 إلى 4 سبتمبر 2014 تهدف إلى إتاحة الفرصة للفاعلين في المجتمع لتقاسم وتملك نتائج الحوار المجتمعي ، التي تتضمن الوثيقة التي بين أيدينا خلاصة تليفية لها. ومن المتوقع أن يُسفر هذا التبادل للأفكار إلى التزام يُصاغ في شكل بيان يرسم التوجهات العامة المقترحة لوضع سياسة صحية صالحة إلى غاية سنة 2030.

وستعقب المرحلة الأولى مرحلتان اثنتان ستخصصان لصياغة سياسة صحية واستراتيجيات وخطط للتنفيذ والتقييم. وتولّت الندوة الوطنية للصحة مناقشة وتزكية التوجهات العامة للسياسات الصحية. ولما كانت مقارنة «الحوار المجتمعي» تحتاج للزمن كي تُؤتي ثمارها ، فإن العملية لن تكون ناجحة ما لم تتواصل التعبئة القوية لمختلف الأطراف المشاركة في الحوار ، خلال مرحلة التنفيذ وتقييم التوصيات.

دواعي إصلاح المنظومة الصحية

المجابهة السريعة لتحديات قطاع الصحة ، ضمانا لحق الجميع في الصحة وتحقيق استجابة أفضل لحالات الضعف والهشاشة

على الرغم من إنجازاته المتميزة ، خصوصا خلال العشريين من بداية الثمانينات إلى الألفين ، أخذت علامات التعب تظهر على المنظومة الصحية. وإذا كانت بعض التحديات المرتبطة بالتحويلات الوبائية والديموغرافية جديدة نسبيا ، فإن البعض الآخر منها برز في شكل جديد في أعقاب ثورة الكرامة والعدالة الاجتماعية . أضف إلى ذلك القيود المرتبطة بالميزانية وشح الإمكانيات والعديد من حالات الهشاشة والضعف.

حالات الضعف والهشاشة الكبيرة التي انجرت خلال العقدين الماضيين عن منوال التنمية المتبع في تونس تتفاعل وتؤلد ضعفا خاصا في المجال الصحي

على الرغم من أن تعريف الضعف والهشاشة غير دقيق ومحدد بشكل جيّد ، بالنظر إلى طبيعته المتغيرة ، يمكن أن نميز بين ثلاثة أصناف من الضعف والهشاشة وهي :

• الهشاشة الاقتصادية ، وهي ناجمة عن منوال إنتاجي لا يزال في مرحلة انتقالية ، وعن انخفاض الاستثمار المحلي والأجنبي ، والنزوح من الأرياف والاستيطان غير المنظم. وينجم عن ذلك حالة من الهشاشة تشمل جميع الطبقات الاجتماعية بشكل عام ، وبالتالي بروز فئات جديدة هشة اقتصاديا.

• الهشاشة الاجتماعية ، وهي ناجمة عن التحويلات الديموغرافية والحضرية ، التي تخلق بدورها تحديات جديدة ، بما في ذلك البطالة في صفوف الشباب وخريجي التعليم العالي.

• الهشاشة المتعلقة بالموارد الطبيعية ، حيث أن تونس تقع في منطقة معرضة للأزمات البيئية العالمية ، وهي أزمات المياه والأراضي والأمن الغذائي والتنوع البيولوجي والطاقة والتي هي مرشحة للتفاقم ، كنتيجة للتغيرات المناخية.

وغني عن القول أن دور المحددات الاجتماعية للصحة دور حاسم وبالغ الأهمية بالنظر إلى إسهامه في خلق حالات الضعف والهشاشة.

ويتضح في هذا السياق ، أن قطاع الصحة مدعو إلى تعزيز وتطوير شروط الممارسة الفعلية للحق في الصحة بالنسبة لجميع المواطنين. وتستدعي هذه المهمة الأساسية القيام بالإصلاحات

اللازمة لتحسين أداء المنظومة الصحية وقدرتها على التأقلم مع المتغيرات والحد من الفوارق في مستوى الخدمات الصحية، وخاصة في الجهات التي تعاني أكثر في مجال الأمراض المعدية، وغير المعدية وفي مجالات صحة الأم والطفل، والصحة العقلية والصحة البيئية.

تمويل الصحة لا يستجيب لاحتياجات الصحة للجميع

لئن حقق نظام الحماية الاجتماعية في الصحة في تونس (التغطية الإلزامية لأغلبية القوى العاملة، وبكملها برنامج المساعدة الطبية للفقراء وضعاف الحال) إنجازات ملحوظة، فإن القضايا المتعلقة بالإنصاف، وتعبئة الموارد المالية الكافية والمستدامة، وتوسيع مجال التغطية الصحية، والكفاءة، والتوفر الفعلي لتشكيلة الخدمات التي تشملها التغطية، والتعاقد مع مقدمي الخدمات الصحية، وطرق السداد، ما زالت تتطلب إجابات ووضع إطار للإصلاح لتمويل النظام الصحي التونسي.

تم إقرار مبادئ التضامن والمساواة والحصول على الرعاية لفائدة المضمونين اجتماعيا وأولي الحق منهم، بتونس، بمقتضى القانون 71-2004 المؤرخ في 2 أوت 2004 والمتعلق بأحداث نظام جديد للتأمين الاجتماعي على المرض (الصندوق الوطني للتأمين على المرض). لكن، لئن تم إحراز تقدم كبير يتمثل في اعتماد مبدأ الصندوق الموحد، من خلال إحداث الصندوق الوطني للتأمين على المرض، ولئن تنامت نسبة الإنفاق العمومي على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي العام (8.1% في عام 2000 مقابل 10.7% في عام 2010)، فإن جملة من المسائل ما تزال مطروحة ومن ضمنها العدد الذي لا يستهان به من التونسيين، الذين لا يتمتعون بالتغطية، والمعدلات المرتفعة للإنفاق المباشر للأسرة على الصحة، والنفقات الكارثية ومستويات التفجير المرتبطة بها. كما أن الحاجز الفاصل بين العيادات الخارجية (الرعاية التي لا تستدعي الإقامة) التابعة للقطاع الخاص والتي تمول من طرف الصندوق الوطني للتأمين على المرض ومثيلتها في القطاع العمومي التي تمول عن طريق ميزانية الدولة، يمكن أن يتحول مستقبلا إلى مشكلة مستعصية، كنتيجة لاختلافهم من حيث الديناميكية.

تعزير المكتسبات في المجال الصحي وتلبية الاحتياجات غير الملّبة أو الجديدة

أدت التحولات الوبائية والديموغرافية إلى حصول تغيير في مسببات المرض والوفاة في البلاد. فقد أصبحت أمراض القلب والأوعية وأمراض الجهاز التنفسي ، وأمراض التمثيل الغذائي والسرطان في رأس قائمة مسببات المرض والوفيات في صفوف التونسيين.

ما تزال مكافحة الأمراض المعدية وتحسين الصحة البيئية من مواضيع الساعة

حققت تونس تقدما ملحوظا في القضاء التام على العديد من الأمراض المعدية. ومع ذلك ، وعلى الرغم من التقدم الذي لا يمكن إنكاره ، والذي يُعزى إلى التطعيم (التلقيح) وتحسين مستوى حفظ الصحة لدى السكان ، ما تزال نسبة الاعتلال والوفيات الناجمة عن الأمراض المعدية تشكل مصدرا للانشغال بالنسبة للقائمين على الصحة العمومية (جوائح أنفلونزا الطيور وأنفلوانزا الخنازير وفيروس كورونا ، وفيروس الإيبولا...).

كما وأن التطور المسجل مؤخرا في الأمراض حيوانية المنشأ والأمراض المنقولة عن طريق الطفيليات ، قد يكون نابعا من إشكاليات بيئية ومن تغيرات المناخ. وما تزال الظروف الملائمة لتطور الأمراض المنقولة عن طريق المياه قائمة في المناطق الريفية ، حيث لا تزال أكثر من أسرة من أصل كل عشر أسرة محرومة من مياه الشرب المأمونة وأسرة من أصل كل ست أسر محرومة من المرافق الصحية المحسنة.

وقد أثير عاملان اثنان آخران من العوامل البيئية مرارا وتكرارا في سياق الحوار المجتمعي: وهما التلوث الصناعي والنفايات المنزلية. وتتطلب مجابهة هذه المشاكل عملا متكاملًا. ومن الضروري وضع الصحة والرفاه في قلب جميع السياسات العامة. كما أن وزارة الصحة مدعوة لأن تلعب في هذا السياق دور الوسيط والمدافع عن الصحة. و من الضروري إذا توفير البيانات لرصد تأثير البيئة على الصحة في تونس ووضع أهداف لتحسين الصحة البيئية. كما وأن المقاربات التي تقوم على تعزيز قدرة المجتمع على الصمود (في أعقاب الكوارث الكبرى) توفر إطارا واعدا.

«إن الحالة الصحية لجميع السكان الكهول والأطفال أو حتى الشباب سيئة، ومعظمهم يعانون من الحساسية الناجمة عن التلوث البيئي الناجم عن شركة ... (الربو، والصعوبات في التنفس...) بالإضافة إلى الرطوبة في منطقتنا» امرأة، إطار صحي، 54 سنة. «النفايات والقمامة منتشرة في كل مكان بالشوارع وأمام البيوت. والحشرات والحيوانات

تستغل هذه الوضعية ونحن وأطفالنا نعاني من الروائح الكريهة وانعدام شروط حفظ الصحة ... وبيئتنا مواتية للإصابة بالأمراض وخاصة الصغار». أم 35 سنة.

لا تزال صحة الأم والطفل، وخاصة الحد من وفيات الأمهات والولدان تشكل تحديا كبيرا

حقق معدل وفيات الأمهات انخفاضا لافتا للنظر، وذلك بفضل تعميم فحوص ما قبل الولادة والتوليد بمساعدة المختصين المؤهلين. ومع ذلك، فإن الحد من نسبة الوفيات لا يزال دون الهدف الإنمائي للألفية - والمتمثل في تحقيق انخفاض سنوي بنسبة 4,5% - ويبدو في حالة ركود. وهناك تفاوت ملحوظ بين الجهات فيما يتعلق بوفيات الأمهات المرتبطة بالحمل، حيث ترتفع في بعض الجهات إلى ضعف مثلتها في جهات أخرى. وتلاحظ هذه الفوارق، المسجلة بين الجهات ولكن أيضا بين الفئات الاجتماعية والعمرية، في معدل الانتفاع بخدمات الصحة الإنجابية (وسائل منع الحمل، الفحوص قبل الولادة و بعد الولادة، الوضع بمساعدة مختصين). بالإضافة إلى ذلك، لوحظ ارتفاع نسبي في معدل وفيات الرضع خلال فترة ما قبل وبعد الولادة. وتشير بعض البحوث إلى أن أسباب الوفيات والإصابة بالأمراض لدى الوليد (المرضاة الوليدية) قابلة في الكثير من الحالات للتلافي، وأنها ناجمة أساسا عن نوعية الرعاية. وتشكل الأمراض الناجمة عن السلوكيات والظروف المرتبطة بتغذية الطفل تحديا هاما، كما يتضح ذلك من البحوث العنقودية ذات المؤشرات المتعددة 4 (بيانات 2010-2011): وما تزال نسبة الرضاعة الطبيعية المطلقة، لفائدة الأطفال دون سن الستة أشهر، منخفضة نسبيا (9%). كما يعاني طفل من أصل كل عشرة أطفال من تأخر في النمو، في حين يعاني طفل من أصل كل ستة أطفال تقريبا من الوزن الزائد.

ما تزال الاحتياجات الصحية للمراهقين والشبان تشكل أولوية ملحة وتستحق تلبية أكثر ملاءمة

يمثل المراهقون والشبان على التوالي ما يقارب الـ 40% و الـ 25% من السكان التونسيين. وتتعلق احتياجاتهم الصحية بالصحة العقلية، والعادات الغذائية، والتدخين، والصحة الإنجابية، والعنف، والحوادث، والإدمان على المخدرات ...

التحديات التي تطرحها الصحة العقلية هائلة

شهد مجال الصحة العقلية خلال السنوات القليلة الماضية إهمالا نسبيا. ومن الصعب، في غياب بيانات حديثة تغطي كامل تراب الجمهورية، تحديد مدى انتشار الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية. ومع ذلك، تبقى فرضية تفاقم الاضطرابات النفسية في السياق الاجتماعي التونسي

(الذي يتسم بتزايد العنف وتعاطي المخدرات وصعوبة الظروف الاقتصادية) فرضية قائمة. ومما يدعم هذه الفرضية بشدة الدراسات التي أجريت حول جودة الحياة وكذلك العديد من التأكيدات التي تصب في هذا الاتجاه ، سواء تلك الصادرة عن «مجموعات التركيز» (مجموعات النقاش) التي ضمت جمعا من الضعفاء (اعتبرت أغلبية المشاركين تقريبا أن صحتهم العقلية سيئة إن لم نقل سيئة جدا)، أو تلك التي تم التعبير عنها خلال المواعيد الجهوية حول الصحة ، حيث برزت دعوات ملحة للاهتمام بشكل خاص بمشكل الانتحار. بالإضافة إلى ذلك ، تبعت البيانات ، المتعلقة بسلوكيات الإدمان بين الشباب والعنف ضد المرأة والتأديب العنيف للأطفال ، على الفرع. وقد وردت الإشارة إلى معضلة التوتر النفسي ، التي تؤدي إلى الاضطرابات النفسانية مثل القلق و الاكتئاب ، بانتظام على السنة المشاركين في المواعيد حول الصحة. ومن الضروري إيلاء اهتمام خاص لمشكلة تعاطي المخدرات سواء من حيث الوقاية أو العناية والعلاج. وتنذر هذه الملاحظات بخط تفاقم ممكن للصحة العقلية وتستدعي تعزيز إجراءات المجابهة سواء كانت صحية ، أم تربوية ، أم أمنية ، أم اجتماعية. وغني عن القول أن الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالصحة النفسية ، التي تم اعتمادها في عام 2012 ، تستحق مزيدا من الاهتمام لوضعها حيز التنفيذ الفعلي.

معالجة العوامل السلوكية (السمنة، والتدخين، وسلوك السياقة) تفتقر إلى الفاعلية

تحتل أمراض الجهاز التنفسي وأمراض التمثيل الغذائي والسرطان حاليا طليعة مسببات الاعتلال (المرضاة) والوفيات في صفوف التونسيين. وتشير التقديرات إلى أن الأمراض غير المعدية تتسبب في ثلاثة أرباع حالات الوفاة ، وأن الأمراض المزمنة تشكل 60 % من مسببات المرض. ولقد شهدت العادات المعيشية تغييرا واضحا خلال نصف قرن من الاستقلال والتنمية الاقتصادية والاجتماعية والإعمار الحضري والأنماط المعيشية الجديدة. كما تطورت التغذية في تونس ، في غضون سنوات قليلة ، باتجاه الابتعاد عن نموذج «حمية البحر الأبيض المتوسط» وشهدت تدهورا جليا سواء من حيث الكمية أو النوعية: زيادة في السعرات الحرارية ، وتفاقم استهلاك الدهون وخاصة الدهون المشبعة ، وارتفاع هام في نسب السكر في الدم ، الناجم عن استهلاك كميات ضخمة من السكريات البسيطة ، مقابل تراجع قوي في النشاط البدني.

وعلى الرغم من حملات التوعية الدورية وعلى الرغم من الجهود التي تبذلها منظمات المجتمع المدني للحد من آفة حوادث المرور ، ما فتئ عدد القتلى يرتفع من سنة إلى أخرى. وتُعدّ حوادث الطريق السبب الرئيسي للاعتلال في صفوف السكان ، الذين تتراوح أعمارهم بين 44 و50 عاما و السبب الأول بالنسبة للفئة العمرية من 15 إلى 20 عاما.

حضور كبير للإعاقات والأمراض المزمنة والتنكسية المرتبطة بالشيخوخة

تشير التغيّرات الديموغرافية المسجلة في تونس الى تشيخ التونسيين خلال القرن الواحد والعشرين ، حيث قفزت نسبة السكان ممن هم في سن 65 من 5 % في عام 1996 إلى 10 % في عام 2011. ومن المتوقع أن ترتفع هذه النسبة الى 19 % في حدود 2039. ويثير هذا التحول الديموغرافي - والأمراض المرتبطة به - مسألة توفير العناية للمسنين غير القادرين على العناية بأنفسهم. ويُعد هذا الأمر بالغ الأهمية ، خاصة في ضوء التغيرات الاجتماعية الموازية المسجلة مثل الميل نحو انشاء الأسر النووية (المتكونة من أب وأم وطفل أو طفلين). وفي هذا الصدد ، دعت لجان التحكيم الوطنية (المشكّلة من مواطنين) الى منح الأولوية في الاستثمار الى رعاية كبار السن وذوي الاحتياجات الخاصّة في المستشفيات وتعزيز الفحوص الطبية في البيت. بالإضافة إلى ذلك ، أكد المشاركون في المواعيد الصحية على الصعوبات التي تواجه ذوي الاحتياجات الخاصة ، والعبء الذي تشكله رعايتهم بالنسبة لأسرهم والعزلة التي يعانون منها.

الحفاظ على صحة الشغّالين يبرر إضفاء ديناميكية جديدة على منظومة الصحة والسلامة المهنية

ليس العمل في مجال الصحة والسلامة المهنية بتونس بالأمر الجديد. فقد بذلت على امتداد الخمسين عاما المنقضية الكثير من الجهود والإصلاحات لتطوير نظام حقيقي للصحة والسلامة المهنية . ويعكس هذا الاختيار التزاما طوعيا ومستنيرا من قبل تونس لحماية السكان النشيطين ، الذين يمثلون أكثر من 3,978 مليون نسمة ، ما يقارب 35 % منهم من النساء ، من المخاطر الصحية المهنية ، بما في ذلك حوادث الشغل والأمراض المهنية.

وما من شك في أن الإطار التشريعي والتنظيمي الموجود أتاح توسعة إلزامية توفير طب الشغل لتشمل جميع المؤسسات (بغض النظر عن حجمها) والعاملين بالقطاع الزراعي ، وبإصلاح منظومة الحوادث المهنية والأمراض المهنية وبإسناد مهمة إدارة المخاطر المهنية إلى الصندوق الوطني للتأمين على المرض ، وإعادة تنظيم مصالح طب الشغل داخل وخارج المؤسسات .

غير أن الوضع الحالي ما يزال يتميز بانخفاض نسبة تغطية الأجراء بخدمات الصحة والسلامة المهنية (30%)، وقصور في مجال التخطيط والبرمجة في حقل طب الشغل والسلامة المهنية ، وظهور مخاطر ومشاكل جديدة مرتبطة بالشغل ، مثل التعرض للمواد التي تتسبب في السرطان ، وفي التحولات الجينية والتطور غير الطبيعي للخلايا والاجهاد الناجم عن الوضعيات الجسدية الخاطئة والمخاطر النفسية والاجتماعية. وتحتاج تونس ، لتهيئة الظروف لتمتع العمال بصحة أفضل ، من خلال خدمات صحية منتظمة ، وأكثر تركيزاً وأكثر تخصصاً ، تحتاج إلى تدعيم وإثراء مكاسبها من خلال تعزيز الآليات القانونية والمؤسسية والهيكلية والعملية في مجال الصحة والسلامة المهنية.

تحسين وملاءمة الخدمات الصحية وتطوير عمل المنظومة الصحية

رصد المواطنون التونسيون (ومن بينهم أهل المهنة) ، الذين حضروا المواعيد الصحية وشاركوا في لجان التحكيم المواطنة ، عددا لا بأس به من النقائص في المنظومة الصحية ومن أبرزها:

بلوغ مراكز الصحة الأساسية يشكّل مصدر ازعاج واحراج لأسباب تنظيمية

أثار المنتفعون بشكل متواتر المشاكل المتعلقة بالتوفر الفعلي للخدمات الصحية وقربها ممن هم في حاجة إليها. فعلاوة عن الإشارة الى عدم احترام هذه المراكز للأوقات الرسمية للنشاط ، استنكر العديد من المتدخلين عدم توفر المعلومات حول الخدمات المتاحة في كل جهة. وفي حال التوفر الفعلي لهذه الخدمات ، كثيرا ما تشكل صعوبات الوصول المادي أو الزمني والصعوبات المالية والنفسية عائقاً أمام الانتفاع بهذه الخدمات.

توزيع غير عادل للتخصصات الطبية

شكّل تدارك نقص التخصصات الطبية القريبة أحد المطالب الملحة التي برزت بصورة متكررة خلال المواعيد الجهوية مع المواطنين وأهل المهنة ، وخاصة في الجهات الواقعة غرب وجنوب البلاد.

عدم انتظام توفر الأدوية

يواجه المنتفعون بالخدمات الصحية ، في كثير من الأحيان ، مشاكل تتعلق بعدم توفر الأدوية بانتظام في المرافق العمومية ، وبتحرير وصفات طبية تتضمن أدوية غير مدرجة في القائمة المتاحة وبانعدام التنسيق بين الطبيب والصيدلية. ومن أبرز المشاكل أيضا صعوبة الحصول

على الأدوية ، حتى في القطاع الخاص. يقول أحد المتدخلين: «**الصندوق الوطني للتأمين على المرض لم تعد لديه إمكانيات، ويعني ذلك أنه لم يعد قادرا على ارجاع مصاريف الأدوية**» .

انعدام التنسيق بين مختلف الهياكل يشكل عائقا أمام استمرارية الرعاية الصحية ويؤدي الى اختلال وظيفتها

يلاقى المريض الساعي إلى الحصول على الخدمات الصحية صعوبة في تلمس طريقه عبر هذه المنظومة المفروضة عليه. ويتحول مسلك العلاج في نظر المريض إلى محنة منهكة ولا تطاق ، وخاصة بالنسبة للمصابين بأمراض مزمنة ، الوافدين من المناطق الغربية والجنوبية ، والذين يُضطرون بصفة متكررة إلى قطع مسافات طويلة ومكلفة. وكثيرا ما تكون المواعيد المُتحصل عليها غير مؤكدة في هياكل صحية يشعر فيها المرضى بالضياع دون مساعدة من أحد المعارف. وفي بعض الحالات يستدعي إنجاز بعض الفحوصات التكميلية الانتقال إلى منطقة أخرى. ويعتقد المواطنون أنه لا توجد علاقة وظيفية - واضحة للعيان - بين القطاعين العمومي والخاص ، تعزز التكامل بينها تيسر أمور المرضى.

غياب مراقبة الجودة ومعايير السلامة

أثيرت مسألة الغياب شبه التام لمعايير الجودة وسلامة المرضى في المرافق الصحية العمومية ونوقشت على نطاق واسع من قبل المهنيين والمواطنين. ومما يزيد في تفاقم الوضع غياب آليات للتقييم والمتابعة من طرف هياكل تعديلية فعالة ، في انتظار تفعيل الهيئة الوطنية لاعتماد الهياكل الصحية.

العلاقة مع المرضى تستحق المزيد من الاهتمام

يشكل إخفاق الهياكل الصحية العمومية في مجال الاتصالات والمعلومات أحد العيوب الأساسية للمنظومة الصحية. ومن بين الشكاوى المتكررة ، التي وردت على لسان المنتفعين ، بخصوص موفري الخدمات ، قلة الاحترام والاعتبار حيالهم: يقول أحد المواطنين: «**إنهم لا ينظرون إلي**» . كما يشعر المواطنون أن كرامتهم غير مصانة عند تلقي الخدمات في هياكل الصحة العمومية. وينعكس ذلك بشكل خاص في رداءة الاستقبال وصعوبة الحصول على المعلومة المفيدة أو المطالبة بحق مكتسب ، وانعدام ضمانات سرية المعلومات الشخصية الطبية من جهة و احترام الخصوصية دون مبرر من جهة أخرى. كما أن الوقت المتاح لفحص المريض وتزويده بكل المعلومات التي تمكنه من متابعة حالته ، كثيرا ما يكون محدودا للغاية ولا يساعد على جعل المريض طرفا فاعلا في العملية العلاجية ، مما يسهم في إصابته بالإحباط.

« يعتبر الاطار الصحي أنه بصدد اسداء -معروف- إلينا كما وأن الطبيب يشعرا بأنه يقوم بعمله لأنه مضطر لذلك من الناحية الإدارية وليس لأن ذلك يمثل واجبا بالنسبة إليه». «لا يتردد بعض الأعوان في التدخين في حضور المرضى داخل هياكل الرعاية الصحية».

المنظومة العمومية تتدهور والقطاع الخاص يتطور بطريقة غير خاضعة للتعديل و أساليب التسيير والعمل في القطاعين تشكل مصدرا لانكفاء كل منهما على نفسه

يقوم نظام الرعاية الصحية الحالي في تونس على قطاعين ، القطاع العمومي وشبه العام والقطاع الخاص وكلاهما منفصل عن الآخر تماما ولا يكاد يوجد بينهما اتصالات . وكما يتضح ذلك من واقع عرض الخدمات الصحية ، لا يوجد أي توازن بين هذين القطاعين ؛ ويتجلى ذلك فيما يلي :

ويوفر القطاع العمومي وشبه العمومي الرعاية الصحية لفائدة 80% من التونسيين و 70% من المنخرطين في الصندوق الوطني للتأمين على المرض ، ويشغل نصف الأطباء في البلاد ، وإذا كانت المرافق الصحية التابعة لهذا القطاع تتوزع في جميع أنحاء البلاد ، فهناك خلل واضح في توزيع الكفاءات و التجهيزات ، وخاصة في بعض جهات غرب البلاد و جنوبها. وقد أدى ذلك إلى الازدحام في المرافق الصحية ووحدات الكشف الموجود على امتداد الساحل ونقص في الرعاية الصحية في المناطق الداخلية.

ويُستفاد من الحوار المواطني أن معظم المناطق تعاني من النقص في التجهيزات وسوء توزيعها ونفاد مخزون الأدوية ، مما يؤثر على جودة الخدمات الصحية العمومية. كما تكرر نعت شروط حفظ الصحة والسلامة الصحية بالقصور. حتى تصميم البنية التحتية نفسه لم ينج من الانتقادات ، باعتباره لا يأخذ في الاعتبار احتياجات المرضى والمستفيدين وأهل المهنة (الفضاءات وأسباب الراحة وتوفر المراحيض والأدواش بأعداد كافية) وغير ملائم للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة. قطاع خاص يشغل النصف الآخر من عدد الأطباء في البلاد ويستخدم 72 % من التجهيزات الثقيلة المستخدمة للتشخيص والعلاج (الأشعة السينية والعلاج الإشعاعي ، وأمراض القلب) المتوفرة بالبلاد ، غير أنه لا يوفر الرعاية الصحية إلا لـ 20 % من التونسيين. كما وأن 50 % من أنشطة هذا القطاع موجهة إلى المرضى الأجانب.

وقد ترافق التطور السريع للخدمات الصحية الخاصة مع ركود أو تراجع في الخدمات العمومية. وكنتيجة للتوزيع الجغرافي لمرافق الرعاية الصحية التابعة للقطاع الخاص والحاجز المالي الذي

يحول دون ارتفاع قطاعات واسعة من السكان بها ، لم يشكّل تطور هذا القطاع فرصة لتعزيز العدالة في التغطية الصحية للبلاد ، ويبدو أن العكس هو الذي حصل ، وفقا لما ورد على لسان مواطني المناطق المحرومة.

مستوى المساهمة المباشرة للأسر في تمويل الخدمات الصحية مرتفع عدم بلوغ الخدمات الصحية لأسباب مالية

وتساهم الأسر بنسبة 45 % من إجمالي الإنفاق على الصحة ، وإذا ما اعتبرنا فقط الدفعات المباشرة (دون احتساب أقساط التأمين على المرض) ، فإن مساهمة الأسر تصل الى 41 % . وهذا يعني أن عددا من الاحتياجات الصحية لا يُلبى لعدم القدرة على مجابهة تكاليفها. وتعود نسبة المشاركة الأسرية المرتفعة في تكاليف الرعاية الصحية إلى اللجوء إلى الطب الخاص لتقليص طول المواعيد أو ضمان ظروف استقبال وإقامة أفضل وكذلك إلى شراء الأدوية غير المدرجة بقوائم هياكل القطاع العمومي أو غير المتوفرة ، وأخيرا إلى تكاليف التنقل.

غياب استراتيجية لتنمية الموارد البشرية يحدّ من اندفاع العاملين في القطاع وحماسهم

أدى غياب استراتيجية وطنية لتنمية الموارد البشرية على المدى المتوسط والمدى الطويل إلى تراكم مجموعة من المشاكل المتعلقة بما يلي:

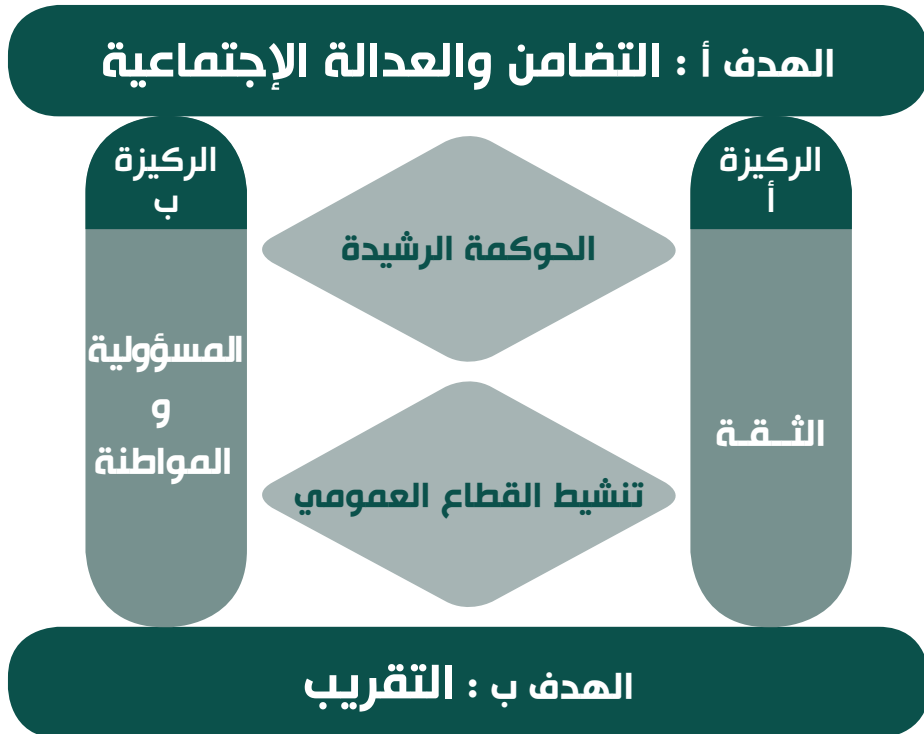
- عدم ملاءمة التدريب (التكوين) الأساسي لبعض الأصناف المهنية.
- التقدير غير الدقيق للاحتياجات الفعلية طويلة الأجل ، مما يحول دون تحديد عدد القوى العاملة التي يتعين تكوينها في كل تخصص من التخصصات.
- انخفاض مستوى التوظيفية للإطارات الصحية العليا وطنيا ودوليا.

في هذا السياق ، من المهم أن نلاحظ:

1. انعدام أو نقص التنسيق بين وزارة التعليم العالي والبحث العلمي ووزارة الصحة في عملية توجّه الحائزين الجدد على شهادة البكالوريا ، مع ما ينجر عن ذلك من تجاهل للاحتياجات الحقيقية للقطاع والطاقة الاستيعابية لمؤسسات التكوين ومواقع التبرصات.
2. النمو السريع في عدد مؤسسات التكوين الخاصة وخصوصا في التخصصات شبه الطبية وعدم تقيدها بمعظمها بمتطلبات كراسات الشروط ، فيما يتعلق بشُعب التكوين والقدرة الاستيعابية

وأماكن التربصات ، الأمر الذي أدى الى تكوين عدد كبير من الطلبة في تخصصات ذات قدرة
توظيفية منخفضة جدا.
3. تزايد عدد التونسيين الذين تلقوا تكوينهم بالخارج (أوروبا الشرقية) في مجالات العلوم الطبية
والصيدلة وطب الأسنان.

الأسس التي يبنى عليها الإصلاح



تحتاج المنظومة الصحيّة، كي تساهم بشكل جدّي في تفعيل الحق في الصحة الذي أقره الدستور، إلى إعادة نظر لا تخضع لأية قيود أو محرّمات.

والمطلوب هو تدعيم المكتسبات واتخاذها كأرضية للبناء ولكن أيضا التجرؤ على اجراء بعض الإصلاحات في العمق ، لتحقيق التغطية الصحية الشاملة ومواجهة التحديات المعقدة والناشئة. لبلوغ هذه الأهداف ، يتعين إعادة تطوير المنظومة الصحيّة بما يتماشى مع القيم الأساسية للمجتمع التونسي وتطلعاته ، مع اعتبار واقع البلاد واتباع المبادئ التوجيهية ، التي انبثقت عن المشاورات التي جرت مع المواطنين والمهنيين والمسيرين والخبراء التونسيين . وقد تم خلال هذه الاستشارات التعبير عن إنتظارات تتعلق بالحق في الصحة. و تم خلال «خلوة» القيروان اختزالها في النقاط التالية:

لن ينجح الإصلاح ما لم يساهم بشكل فعال في تحقيق هذين الهدفين :
1) التضامن والعدالة الاجتماعية (2) القرب

يقول أحد المواطنين: «الصحة صحتان: صحة عمومية وصحة خاصة وصحة لهذه الجهة وصحة للأخرى».
ويقول أحد المنتفعين: «كانت الصحة العمومية تحتل مكانة مشرفة إلا أنها خسرتها لفائدة القطاع الخاص».
يقول أحد المهنيين: «البرامج الوطنية للصحة لا تطبق بصفة» .

ولتحقيق ذلك ، يتعين منح الأولوية للإجراءين التاليين: اضعاء الديناميكية من جديد على القطاع العمومي الحوكمة الرشيدة

يقول أحد المهنيين: «يجب أن يكون المستشفى الحكومي مرجعا على كل المستويات: الأجهزة -المهارات البشرية - البنية التحتية -المعلوماتية» . يقول أحد المهنيين: «من الضروري إحداث هياكل تمثل جميع العاملين في القطاع الصحي (عن طريق التصويت) لتحديد أوجه القصور ونقاط الضعف في البرامج الصحية، على أن تكون توصيات هذه الهياكل ملزمة» .

يتعين لتحقيق ازدهار منظومة الصحية تنمية وتعزيز سلوكين اثنين: ثقة المواطن والمهني في القطاع العمومي تحميل المسؤولية والالتزام المواطنني

«ضمان التواصل الجيد مع المرضى وإعلامهم بشكل جيّد حول حالتهم الصحة والعلاج»
مواطن

« تحتاج كي تكون متخصصا جيدا إلى تكوين أساسي جيد متلائم مع واقع البلاد » مهني

تؤكد التجربة المكتسبة من الإصلاحات السابقة في تونس وحول العالم ، ضرورة عدم إهمال «العامل البشري». وقد ذكّر المهنيون والخبراء بذلك مرارا وتكرارا في سياق الحوار المجتمعي: «ظلت الإصلاحات إلى حد كبير حبرا على ورق؛ ولئن تمت صياغة الإطار القانوني، فإن الامور لم تتغير بصفة فعلية». «يتعين إعادة الاعتبار لوظيفة كل عون من الأعوان لقد كان الممرض غداة الاستقلال يقوم بكل الأعمال وكان يحظى باحترام كبير من قبل المواطنين، غير أن الممرض فقد هيئته مع ظهور الطبيب العام الذي فقد بدوره مكانته على أيدي الطبيب الأخصائي، الذي هو بصدده فقد مكانته لفائدة الطبيب الجامعي». هذه هي القيم والعقليات التي نحتاج الى إرسائها وترسيخها. ومن الأهمية بمكان إعادة بناء الثقة بين جميع الأطراف المعنية أي : المنتفعون بالخدمات والمهنيون الصحيون والسلطات والخبراء. ولن يتحقق ذلك إلا من خلال إقامة حوار حقيقي. وقد بدأ ذلك فعلا عبر قنوات «الحوار المجتمعي» إلا أنه يتعين تعزيزه وضمان استمراريته خلال جميع مراحل وضع وتنفيذ وتقييم السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية. ولقد فرض شعار «الصحة ، حق ومسؤولية»، نفسه بصفة طبيعية في أعقاب المواعيد الأولى ومجموعات التركيز (مجموعات النقاش) للحوار المجتمعي.

محاورة الإصلاح

المحور الأول : توفير العوامل الأساسية لنجاح الإصلاح الصحي

- توفير الاختصاصات الطبية المجاورة والنفاذ إليها وكذلك الأدوية في القطاع العمومي والنقل الصحي ،
- تعزيز الثقة بين المتدخلين في القطاع الصحي ضمن مصالحة مجتمعية ،
- تفعيل مسؤولية المواطن ضمن المنظومة الصحية .

المحور الثاني : تعزيز الصحة والرفاه من خلال مقاربات متعددة القطاعات وإدراج الصحة كعنصر أساسي في كل السياسات

- إدراج الصحة والرفاه ضمن المحاور الإستراتيجية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية ،
- تيسير اكتساب سلوكيات تؤمن حياة سليمة وتطوير القدرات الفردية والجماعية وذلك بمكافحة المخاطر الصحية والنهوض بالعوامل التي تؤمن صحة جيدة ،
- توجيه المنظومة الصحية نحو الحلول الأكثر نجاعة .

المحور الثالث: إرساء مقاربة تتمحور حول المريض، وتحسين الجوانب المرتبطة بالعلاقات بين الأشخاص (إعلام، إنصات، إشراك في صنع القرار، احترام ومعاملة إنسانية)

- التثقيف من أجل تغيير السلوكيات وتوفير الوسائل الضرورية للتنفيذ ،
- إشراك المستفيد في أخذ القرار وتيسير الحصول على المعلومة ،
- وضع آليات تتيح للمستفيد التعبير عن رضاه (أو عدم رضاه) والتأكد من أن صوته مسموع .

المحور الرابع : توفير خدمات عن قرب وضمان استمرارية الرعاية الصحية

- تبني مفهوم «الطب عن قرب» ،
- إحداث فرق متعددة الاختصاصات للرعاية الصحية عن قرب واعتماد وتثمين ممارسة طب الأسرة وإعطاء الأطباء وفرق الخط الأول مسؤولية تعهّد الحالات ،
- السماح للمواطن باختيار المركز الصحي المناسب له حسب مقرّ إقامته أو عمله ،
- تركيز آليات تنسيق بين مختلف الهياكل الصحية تمكن من توفير الخدمات الضرورية بما في ذلك التكامل بين القطاعين العام والخاص مع الحفاظ على الدور المرجعي للهياكل الصحية العموميّة ،
- ترشيد مسالك الرعاية الصحية ،
- توفير خدمات جديدة تضمن الرعاية الشاملة للفئات الهشة ،
- تطوير آليات لضمان تواصل واستمرارية المعلومة خاصة منها الملف الطبي الموحد .

المحور الخامس : آليات تضمن احترام أخلاقيات المهنة وتحسين جودة وسلامة الرعاية الصحية

- تعزيز منظومة الاعتماد في مجال الجودة للمؤسسات الصحية وضمان ديمومتها
- تطوير تقييم تكنولوجيات الصحة والتدخلات الصحية،
- إحداث وتدعيم هياكل وآليات لتقييم وتحسين الجودة في جميع المرافق الصحية،
- تطوير مناهج علاجية موحدة ونشرها ومتابعة انخراط المهنيين فيها،
- وضع إستراتيجية وطنية لتطوير الموارد البشرية وتشجيع التكوين المستمر مع تقييم الممارسات المهنية.

المحور السادس : تعزيز التميز والابتكار في القطاع العمومي

- تثمين الطب الأكاديمي والبحوث بما في ذلك اتخاذ الإجراءات التحفيزية الملائمة،
- تطوير استعمال تكنولوجيا المعلومات والاتصال لتنظيم الأنشطة التكوينية والبحثية،
- تدعيم الأقطاب الجامعية للصحة الموجودة وإحداث أقطاب جامعية عمومية بين الجهات تؤمن التكوين الطبي مع الحرص على تشبيكها،
- تحسين ظروف عمل المهنيين وتأهيل البنية التحتية مع ضمان توفر التجهيزات والمعدات الطبية الملائمة،
- ملائمة التكوين الأساسي لعلوم الصحة مع حاجيات المواطن واعتماد مرجعية الكفاءة المهنية.

المحور السابع : اصلاح نظام تمويل الصحة

- تعبئة موارد إضافية لفائدة الصحة تكرس التضامن
- ضبط سلة من خدمات ضرورية ذات جودة في نطاق تغطية صحية شاملة اعتمادا على معايير موضوعية بعد توافقات عامة،
- إعادة النظر في توزيع الموارد لتحسين ملائمتها للأولويات الإستراتيجية على مستوى «الخطوط» و«القطاعات»،
- مراجعة آليات خلاص مسديي الخدمات لضمان الفاعلية وترشيد المصاريف الصحية،
- إقرار صيغة تكفل موحدة تضمن للجميع النفاذ إلى الخدمات الصحية المشار إليها.

المحور الثامن : إصلاح حوكمة المنظومة الصحيّة

- إقرار اللامركزيّة السياسيّة والإداريّة في مجال الصحة،
- تطوير آليات الخضوع للمساءلة تضمن المراقبة والمتابعة على كلّ المستويات وشاملة في كلّ القطاعات،
- تعزيز القدرات في مجال التخطيط والتصرف والتسيير،
- إعادة ضبط أدوار المؤسسات الصحيّة الوطنيّة وتنظيمها،
- تشريك المواطنين والمهنيين في عمليّة صنع القرار والمتابعة والتقييم على جميع المستويات،
- تطوير وتفعيل نظم معلومات متكاملة، شفافة ومندمجة تضمن القيادة الرشيدة والتسيير الناجع والمتابعة والمراقبة والمساءلة،
- تعزيز المكاسب وتحديث السياسة الدوائيّة المحليّة.

المحور الأول

توفير العوامل الأساسية لنجاح الإصلاح الصحي

الاستنتاجات

يعبّر الإنذار ، الذي أطلقه ممثل إحدى جمعيات المرضى ، خلال الإعداد للقاءات الصحية ، بشكل بليغ ، عن السياق العام الذي تندرج فيه الإصلاحات المقترحة والروح التي تطغى عليها « لا تكلفوا أنفسكم أصلا عناء المجيء للحوار، ما لم ترسلوا الى ولايتنا، أولا وقبل كل شيء، الأطباء المتخصصين».

وبالإضافة إلى ما تقدم ، تهيمن مشكلة كبيرة على هذا المجال الحيوي للتونسيين وتتمثل في انعدام الثقة. حيث يشعر المهنيون الصّحيّون ، حيال المواطنين الساخطين ، بكثير من الإحباط ، نتيجة انعدام الوسائل الكافية وظروف العمل ، التي تتيح لهم تلبية احتياجات المواطنين مع التقيد بأخلاقيات المهنة.

ومن الضروري ، إذا كانت الرؤية طويلة الأجل لتطوير المنظومة الصحية في تونس هي التي تقود تنفيذ مجالات الإصلاح التي نستعرضها أدناه ، العمل من الآن على ضبط الأساسيات وذلك لإرسال رسالة واضحة للمواطنين قوامها : «نعم ، نحن نصغي إليكم ، نعم ، نحن نفهم مطالبكم نعم ، الأمور قابلة للتغيير ، نعم ، نحن نعمل معا». ومن المهم إذا ، أولا وقبل كل شيء ، طمأنة مواطنينا حول المطالب الملحة والتفاعل مع الانتقادات التي تم التعبير عنها بحدّة في المناطق الداخلية والمتعلقة ب: التمتع بالتخصصات الطبية الأساسية والأدوية وطب الأسنان وكذلك تحسين النقل الطبي. وتلك هي الشواغل الرئيسية.

و لن يكون من الممكن ، دون استجابة ملائمة لهذه الاحتياجات العاجلة ، ودون استعادة حد أدنى من الثقة بين الأطراف المعنية ، صياغة رؤية مشتركة للأمد الطويل (2017-2030) ، والقبول بالخيارات الضرورية والتي تكون أحيانا صعبة ، ووضعها حيز التنفيذ بطريقة جديدة ومحكمة التنسيق.

التوجهات

توجه 1 - توفير الاختصاصات الطبية المجاورة والنفاد إليها وكذلك

الأدوية في القطاع العمومي والنقل الصحي

يمثل النقص المسجل بالمناطق الداخلية ، في الأطباء المتخصصين (أمراض النساء ، وأمراض القلب ، وطب الأطفال ، والطب النفسي وأمراض العيون) ، وفي أطباء الأسنان ، والنفاد الدوري لمخزون الأدوية بمراكز الصحة الأساسية والمستشفيات العمومية ومشاكل النقل (سواء كان استعجاليا أم لا وسواء كان مرفوقا برعاية طبية أم لا) ، أهم المشاكل التي برزت بشكل صارخ في مختلف المشاورات التي جرت في إطار الحوار المجتمعي . كما تمت الإشارة مرارا وتكرار إلى الاكتظاظ الذي تشهده المستشفيات الجهوية ، وخاصة أقسام الاستعجالي . وقد أقرت لجان التحكيم الوطنية بأن هذه المسألة قد تكون أخذت طريقها نحو الحل جزئيا ، من خلال تعزيز مرافق الخط الأول .

وقد تم بالفعل اتخاذ خطوات في هذا الاتجاه وتتعلق بما يلي:

- الشروع في تنفيذ برنامج لتأهيل البنية التحتية ، والتجهيزات الطبية والتقنية والنقل الطبي ؛ ويشمل هذا البرنامج معظم المستشفيات الجهوية والمستشفيات المحلية .
 - إنشاء شبكة من مراكز العلاج والتشخيص دون إقامة المرافق الصحية (المراكز الوسيطة) في مراكز الولايات والمدن الرئيسية ؛
 - برمجة تحويل مجموعة من المستشفيات المحلية في المعتمديات الكبرى وخاصة في المناطق الداخلية إلى مستشفيات جهوية ؛
 - تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالخدمات الطبية الاستعجالية التي تستهدف بالخصوص مكونات ما قبل المستشفى .
 - إعادة النظر في تصنيف المستشفيات والتخصصات الأساسية التي سيتم تطويرها في المستشفيات الجهوية وتعزيز الأقطاب الجهوية بالنسبة لبعض التخصصات .
 - تعزيز تدريب الفرق العلاجية العاملة في المستشفيات الجهوية .
- وينبغي مواصلة هذه التدابير وتعزيزها . كما يتعين اتخاذ تدابير أخرى مثل:
- بالإمكان الإسراع بإنشاء خط أخضر في كل جهة ، لإعلام وإرشاد المواطنين ، وقد تكون هذه الخطوة استراتيجية فعالة بشكل خاص لتسهيل الحصول على الرعاية الصحية وزيادة رضا المنتفعين .

- الزيادة التدريجية في وتيرة العيادات الطبية في مراكز الصحة الأساسية وفي فترات فتحها للعموم (مراكز الصحة الأساسية الحضرية) وفي احترام مواعيد العمل.
- الحوافز الخاصة بتشجيع الأطباء المتخصصين على العمل بالجهات. ولا يمثل انتداب أطباء مختصين أجنب ، للتخفيف من النقص المزمّن في بعض الجهات ، حلا جيدا بسبب مشكلة التواصل مع المرضى يقول أحد المنتفعين: «**نريد أطباء متخصصين تونسيين يتكلمون لغتنا**».
- وفي حال تعذر توفير أطباء متخصصين على الفور ، يمكن اتخاذ تدابير في المدى القصير لتسهيل الحصول على خدمات طب الاختصاص في المراكز الحضرية. وتتركز هذه التدابير على تحميل مراكز الطب الأساسي المسؤولية باتجاه العناية الكاملة بالمرضى ، بداية من الحصول على المواعيد ، مروراً بالنقل لإجراء الفحوص من طرف الطبيب المختص وانتهاء بإعلام المريض بالنتائج. وستشكل هذه التدابير منطلقاً للارتقاء في مرحلة لاحقة نحو آليات مهنجة أكثر للتنسيق وضمان تواصل الرعاية الصحية. هذا من جهة ، ومن جهة أخرى يمكن تعاقد التعاقد مع الأطباء المتخصصين التابعين للقطاع الخاص وفقاً لطريقة تعتمد على المزج بين التعديل والتفاوض.

توجه 2 - تعزيز الثقة بين المتدخلين في القطاع الصحي ضمن مصالحة مجتمعية

إعادة بناء الثقة بين المواطنين والمهنيين والإدارة

يشعر المواطنون بأن كرامتهم غير مُصانة عند اللجوء إلى خدمات القطاع الصحي العمومي. بالإضافة إلى ذلك ، تعرضت «المواعيد حول الصحة» ، على نطاق واسع ، لمسألة الفساد بمختلف أشكاله المستشري في جميع الجهات تقريبا.

وقد كشفت اجتماعات لجان التحكيم الوطنية بشكل لافت عن أجواء التوتر التي تسود العلاقة بين المنتفعين والمهنيين الصحيين. ولعلّ أكثر ما يدعو للقلق هو تنامي السلوك الفظ والفج ، وحتى حالات العنف في مؤسسات الرعاية الصحية واعتبارها أمراً عادياً. وليست هذه الظاهرة حكراً على القطاع الصحي ، ويبدو أنها تفشت في جميع المرافق العمومية.

وبالإمكان اتخاذ عدة إجراءات على المدى القصير للمساهمة في خلق مناخ من الثقة يساعد على تنفيذ الإصلاحات الطموحة ، والتي يسهم فيها الجميع ومن بين هذه الإجراءات:

- الإكثار من فرص اللقاء والحوار بين المهنيين والإدارة والمستنفعين في إطار ندوات للعموم ، وأيام الأبواب المفتوحة وأيام التوعية أو الاحتفالات إلى غير ذلك ؛

- توفير فرص التكوين المستمر للمهنيين الصحيين ، وخاصة في مجال الاتصال والإعلام والاستقبال ؛
- إنشاء آليات لحماية المنتفعين وأدوات التعامل مع الشكاوى (من نوع أمين المظالم).
- تمكين المنتفعين والمهنيين من إبداء رأيهم من خلال إجراء البحوث ونشر نتائجها (ضمانا للشفافية) التي يجب أن تُتبع بشكل ممنهج بخطة لتحسين المجالات ذات الأولوية ؛
- إعادة تأهيل البنية التحتية للهياكل العمومية وإعادة تنظيم مسالك الاستقبال والتوجيه.

توجه 3 - تفعيل مسؤلية المواطن ضمن المنظومة الصحية

الشروع في الاستجابة للحاجيات الملحة للمواطن المستفيد وجعل المنظومة الصحية من مسؤولياته كركيزة للتقدم

يستند مفهوم المواطنة على شعور الشخص أو العائلة أو المجموعة ، بالاعتراف به (بها) كعضو في المدينة (حاليا في الدولة) والايمان بمشروع مشترك يرغبون في القيام فيه بدور نشط . ويشمل مفهوم المواطنة الحقوق المدنية والسياسية والواجبات المدنية التي تحدد دور المواطن في المدينة وحيال المؤسسات.

في مجال الصحة ، أدت الفوارق الكبيرة بين احتياجات السكان واستجابة القطاع لها ، إلى التأكيد في إعلان ألما آتا (1978) حول خدمات الصحة الاساسية على أهمية مشاركة السكان. وبالمثل ، أدى سوء التصرف في الموارد من قبل العاملين الصحيين وعواقبه على توفر الخدمات والأدوية إلى اقتراح التصرف المشترك بين العاملين في المرافق الصحية والمجتمعات المحلية (مبادرة باماكو).

خلال مناقشات المواعيد حول الصحة ولجان التحكيم ، أقر المواطنون ، بالتوازي مع المطالبة بضمان حقهم في الصحة ، بجملة من الالتزامات المستوجبة عل على المواطن ومنها كونه:

- مواطن مسؤول يحترم الإجراءات الإدارية ، ويسدد ما عليه من ضرائب ومن تكاليف الرعاية ويحترم أعوان الرعاية الصحية ويسهر على الحفاظ على المرافق العمومية وعدم الإضرار بتجهيزاتها ومبانيها و(ب) مستفيد متضامن ، يحترم المرضى والمسنين وذوي الاحتياجات الخاصة و(ج) مريض منضبط بتعليمات وإشارة الطبي ويتجنب التطبيب الذاتي.

المحور الثاني

تعزيز الصحة والرفاه من خلال مقاربات متعددة القطاعات وإدراج الصحة كعنصر أساسي في كل السياسات

تقديم

تعزيز الصحة هو مجال إستراتيجي للتنمية البشرية والاجتماعية والاقتصادية

«التنمية تساهم في الصحة والصحة تساهم في التنمية». مواطن

يهدف النهوض بالصحة الى توفير الأدوات اللازمة للأفراد لتحسين صحتهم. وهو يتعلق بالصحة ويهدف إلى تحسين صحة الفرد من خلال تنفيذ التدابير الرامية إلى تعزيز الآثار الإيجابية على الصحة والحد من عوامل الخطر. وفي هذا السياق ، تركز اجراءات النهوض بالصحة على العديد من العوامل. وتمثل هذه العوامل في التعليم والعمل والسكن ، والمسارات المهنية أو الشخصية والإمدادات الغذائية والنفاذ إلى البنية التحتية والخدمات الأساسية والانتفاع بها.

يتيح الحد من التفاوت والفوارق الاجتماعية تحسين صحة الأفراد ورفاههم. وتبقى الصحة الجيدة للسكان شرطا لا محيد عنه لتحقيق أهداف المجتمع.

«يُعتبر النهوض بالصحة مسؤولية فردية وجماعية على حد سواء، بإعتباره يمس الفرد والأسرة

والمجتمع والأمة» مواطن

استنتاجات

منذ الاستقلال اعتمد المشروع المجتمعي لتونس على عنصرين على نفس القدر من الأهمية ، وهما المكون الاقتصادي والمكون الاجتماعي. وتضمن هذا الأخير العديد من البرامج التي تسعى ، بالاعتماد على آليات مختلفة ، أبرزها آلية التضامن ، الى تحسين التصرف في المحددات الاجتماعية للصحة ، ومن بين هذه الآليات مكافحة الفقر ودعم الأسر المعوزة ، ودعم الفئات الهشة اجتماعيا وذوي الاحتياجات الخاصة ومكافحة الأمية وتحرير المرأة والرعاية الطبية المجانية والفوارق في معدلات الاعتلال و / أو الوفيات ، التي ما تزال قائمة بين مختلف الفئات الاجتماعية والجهات ،

الفشل النسبي لبعض البرامج الصحية الوطنية مثل الصحة النفسية ، وضعف المكوّن الوقائي .
ولعل هذه الوضعية تعود إلى عدة أسباب من أبرزها :

(أولا) أن الجهاز العام للامركزية ، الذي يُعتبر المحرك الرئيسي لسياسات التصرف في المحددات الاجتماعية للصحة ، لم يكن عمليا وقابلا للتشغيل وكان مرهونا بالإرادة السياسية ، وتوفر الفاعلين المحليين والجهويين وكفاءتهم ، ومدى توفر البيئة المشجعة على المبادرة ؛ (ثانيا) اصطدمت اللامركزية في قطاع الصحة بقيود على المستوى المحلي والجهوي ، على الرغم من توفر رغبة حقيقية في تغطية كامل تراب الجمهورية. (ثالثا) كانت الخطوات العملية لتنفيذ مشروع هياكل الصحة الأساسية دون المنتظر ، من ذلك أن التثقيف الصحي ما يزال يعاني من التهميش ، من حيث التنظيم والتمويل والتقييم ؛ كما أن التكوين الأساسي والمستمر لم يتخذ من هياكل الصحة الأساسية الدعامة الرئيسية ؛ (رابعا) لم يستجب النظام الصحي التونسي بصورة ملائمة لتحديات الحداثة (خامسا) كان الالتزام السياسي بالنهوض بالصحة ضعيفا. وكانت المحصلة النهائية لمثل هذه الوضعية عدم تحقيق الأهداف الخاصة بالحد من أوجه التفاوت المشار إليها ، بالشكل الكافي ، على الرغم من ادراجها المتكرر ضمن أهداف المخططات الخماسية للتنمية (من بين الشواهد على ذلك فارق متوسط العمر المتوقع عند الولادة ، بين المناطق الساحلية والداخلية ، الذي ظل في حدود الخمس سنوات).

«لقد تم التقليل من دور الطب الوقائي ، وإن ظهور الأمراض المزمنة يمثل تعبيرا عن فشل

الطب الوقائي» مهني

وغني عن القول ، في ضوء هذه الحقائق ، أن الوقت قد حان في تونس لاعتماد إصلاحات تتعلق بالمنظومة الصحية بشكل مباشر ، بالإضافة إلى إجراءات يتعين اتخاذها في القطاعات الأخرى ذات العلاقة ، للنهوض بالصحة ومعالجة مسألة التفاوت الاجتماعي بطريقة مجدية. وفي هذا السياق ، تتمثل التوجهات الاستراتيجية الملائمة مع الاتفاقيات والإعلانات العالمية.

التوجهات

توجه 1 - إدراج الصحة والرفاه ضمن المحاور الإستراتيجية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية

يجب أن تكون السياسات الرامية إلى النهوض بالصحة شاملة وأن تستهدف العافية البدنية والعقلية والاجتماعية الأفضل للسكن. وهي تتطلب مزيجا من المقاربات يجمع بين التصرف السليم في المحددات الاجتماعية للصحة ، وتغيير السلوكيات الفردية والتغييرات التنظيمية. ويتعين ، لتحقيق أقصى قدر من فرص النجاح ، تشجيع جملة من العمليات تتضمن التزام جميع الفاعلين في المنظومة الصحية ، وتطوير ونشر ثقافة تُركز على الصحة واعتماد ونشر مقاربات تشاركية تتميز بتكيفها مع الوسط ، مع المراهنة على الانجازات التي تم تحقيقها في السابق. وبفضل هذه الاجراءات ستصبح منظومتنا الصحية متناغمة مع المواثيق والإعلانات والاتفاقيات الدولية التي تبرز أهمية التنمية الاجتماعية والاقتصادية والبيئية في النهوض بالصحة «الصحة للجميع في كل السياسات» ، ودور القطاع الخاص (الصناعة وأثره على الصحة أساسي أثير مثالين منه خلال اللقاءات الجهوية : التلوّث واستهلاك السكريات. «**النهوض بالصحة هي مسؤولية الفرد والمجموعة على حدّ السواء بصفتها تمسّ الفرد العائلة المجموعة الوطن**» مواطن.

توجه 2 - تيسير اكتساب سلوكيات تؤمن حياة سليمة وتطوير القدرات الفردية والجماعية وذلك بمكافحة المخاطر الصحية والنهوض بالعوامل التي تؤمن صحة جيدة

«عوامل الخطر على الصحة ذات الأولوية ستة وهي : التدخين ، واختلال التوازن الغذائي وقلة النشاط البدني ، والتلوّث البيئي ، والتوتر النفسي والمخدرات والكحول بالإضافة الى حوادث المرور.» هيئات التحكيم الوطنية ، قرقنة 11-13 جوان 2014.

توجه 3 - توجيه المنظومة الصحية نحو الحلول الأكثر نجاعة

في المشهد العام للتنمية الاجتماعية والثقافية والاستراتيجيات والبرامج الصحية المناسبة منذ الثمانينات ، دعت النهج لتعزيز الصحة. أنها تهدف إلى تنظيم التدابير الوقائية واستفادة الأكثر ضعفا ، من خلال تكييف الإطار التشريعي والتنظيمي ، وتعزيز الشبكة المؤسسية ، وتعبئة المجتمع.

المحور الثالث

إرساء مقاربة تتمحور حول المريض، وتحسين الجوانب المرتبطة بالعلاقات بين الأشخاص (إعلام، إنصات، إشراك في صنع القرار، احترام ومعاملة إنسانية)

تقديم

صحة مجموع السكان وصحة الفرد مترابطتان وكلاهما جديرة بالاهتمام

كانت المقاربة الطبية الحيوية للرعاية الصحية تستهدف مجموع السكان والأمراض والأوبئة. وقد شهدت هذه المقاربة نجاحات كبرى في منتصف القرن الماضي. وكان الفرد أو الشخص على الهامش ويتمتع في أفضل الحالات بتلك النزعة الأبوية التي ميزت هذه المقاربة وبرامجها بمختلف أجيالها. ثم برزت فكرة المساهمة الضرورية للقطاعات الأخرى وأهمية تشريك السكان وتداركت بعض ثغرات المقاربة الطبية الحيوية ، بمناسبة صدور إعلان ألما آنا بشأن الرعاية الصحية الأولية (1978). ودعم مؤتمر أوتاوا بقوة الفكرة الفائلة بضرورة تطوير المهارات الشخصية وإعادة توجيه الخدمات الصحية وذلك من خلال «إعادة تركيز الخدمات على كافة احتياجات الفرد ، التي يتعين اعتبارها في مجملها». ومن خلال صياغتها لمفهوم التفاعل أو التجاوب (2000) ، أقرت منظمة الصحة العالمية احترام حقوق الإنسان مع سحبها على المريض وأقاربه. ويشمل التجاوب (أ) احترام المريض (الكرامة والسريّة ، والمشاركة في القرارات الطبية ، وتمكين المريض (ب) إيلاء الأهمية للحريف/الزبون : سرعة توفير الرعاية الصحية ، جودة الطعام وأسباب الراحة في أماكن الرعاية الصحية (ج) منح القدرة للمريض على اختيار مقدم الخدمات الصحية. وفي عام 2005 أقرت لائحة للمنظمة العالمية للصحة (28.58) مبدأ تركيز الخدمات الصحية على المواطن وأوصت باتخاذ تدابير لتدعيم استقلالية المواطن والمريض في المجال الصحي . وبالنظر الى التحولات الديمغرافية والوبائية المسجلة ، والثقل المتزايد للأمراض المزمنة من جهة ، والمتطلبات الجديدة ، التي رافقت بروز ثقافة الحقوق بقوة من جديد ، بما في ذلك الحق في الصحة ، وارتفاع مستوى المعرفة والخبرة لدى السكان حول الصحة وكذلك الاتساع السريع لخدمات الإنترنت

من جهة أخرى ، لم يعد التقدم نحو اعتماد مقاربة تتمحور حول المريض مجرد خيار من بين عدة خيارات ، بل غدت ضرورة من الضرورات في بلادنا.

ويُعرف معهد الطب الأمريكي «الرعاية المتمحورة حول المريض» بكونها «الرعاية التي تحترم خيارات واحتياجات وقيم المريض وتستجيب لها وتضمن استناد جميع القرارات السريرية إلى قيم المريض»

أما معهد تحسين الرعاية الصحية ، فيشير الى أن الرعاية المتمحورة حول على المريض تشمل «احترام التقاليد الثقافية للمريض واختياراته وقيمه الشخصية ، وحالته العائلية وأسلوبه الحياتي». كما يقتضي هذا المفهوم «اشراك المريض وأسرته في قرارات فريق الرعاية» ويؤكد «أن الانتقال من مؤقّر رعاية الى آخر ، ومن قسم الى آخر ، ومن مرفق صحي الى آخر ، يتميز بالاحترام والتنسيق المحكم والفاعلية». ومما يكسب مفهوم «الرعاية المتمحورة حول على المريض» أهمية قصوى أن غالبية المرضى يعانون من أمراض مزمنة. ويحمل هذا المفهوم المسؤولية للمريض من خلال الرعاية الذاتية والمتابعة الذاتية مع توفير الأدوات والمساندة اللازمة (ألمأ أنا - كندا).

إستنتاجات

يعود الشعور بالحيرة الذي ينتاب المواطن حيال المنظومة الصحة الى فئتين من العيوب وأوجه القصور ، أولاهما ذات طبيعة مادية وإجرائية:

- يزيد تعقيد مسلك الإجراءات الإدارية المتعلقة بالتسجيل وتوفير الرعاية ، وخصوصا في المستشفيات ، وطول مهلة الحصول على المواعيد ، والاكتضاض وسوء التنظيم في مستوى العيادات وأقسام الاستعجالي وتردّي ظروف الانتظار والراحة ، يزيد في توتر المرضى وتحفيز النزعة العدوانية لديهم ، وهو أمر لا ينكره المواطنون أنفسهم.
- تعرضت خدمات الاستعجالي مرارا وتكرارا للنقد بسبب الاخلالات والنقائص الجسيمة التي يعيب عليها المواطنون ، فيما يتعلق بالاحترام والاهتمام المستوجب حيال المرضى.
- كثيرا ما تعرضت ظروف النقل وتحديد نقل المرضى للنقد والاستنكار.
- تمت الاشارة الى أن شروط الصحة والنظافة كثيرا ما تعاني من القصور والنقائص ؛ كما تعرضت الحالة المتداعية للهياكل الصحية ، وحتى طريقة تصميم البنية التحتية للنقد باعتبارها لا تأخذ بعين الاعتبار احتياجات المستفيدين ، وغير ملائمة للأشخاص ذوي الاحتياجات الخصوصية.

أما الفئة الثانية من أوجه القصور ، فتتعلق بالعلاقة بين مقدمي الرعاية الصحية والمواطنين . وقد لوحظ أن علاقة الثقة بين المُعالِج ومتلقي العلاج اهتزت كثيرا نتيجة جملة من الاخلالات ومن بينها عدم الانصات إلى المريض ، واستغلال وتوظيف العلاقة بين المُعالِج ومتلقي العلاج ، وانعدام الاحترام في العلاقة بين المنتفعين بالخدمات الصحية والاطارات الصحية وإحساس المنتفعين بهذه الخدمات بأن معاملة المهنيين لهم تفتقر للبعد الانساني . يجب علينا تخصيص الوقت الكافي للتخاطب من المريض وإعطائه كل التوضيحات ، لكن الوقت غير متوفر للأسف . «يجب انتداب مرشحات اجتماعيات للاعتناء بالمحتاجين» . «يتعين احترام المريض وظروفه الاجتماعية والمالية للمريض وكذلك حالته الصحية» مهنيون صحيون .

التوجهات

توجه 1 - التثقيف من أجل تغيير السلوكيات وتوفير الوسائل الضرورية للتنفيذ

يتبعن تعزيز تكوين أعوان الصحة باتجاه تحسين سلوكياتهم ومهاراتهم في مجال التعامل مع الآخرين ، وممارساتهم ومهاراتهم الاتصالية ، باتجاه احترام كرامة المستفيد والمريض . كما يتبعن في نفس السياق تعزيز وتقوية القدرة على الانصات الاستماع وتوفير المساعدة الاجتماعية ومعالجة الشكاوى . وبالمثل ، ينبغي تعزيز قيم المساعدة المتبادلة والتسامح بين المرضى باعتبارها من قيم منظومة الرعاية الصحية .

وتبقى قدرة مقدمي الرعاية الصحية على الدخول في تفاعلات ايجابية مع المرضى وكذلك إعدادهم لذلك إلى حد كبير رهينة بمعارفهم ، ومواقفهم ، ومهاراتهم . ويرتكز مفهوم الرعاية المتمحورة حول المريض على نقطة جوهرية تتمثل في قدرة مقدمها على النظر إلى المريض باعتباره شخصا فريدا من نوعه ، والسهر على راحته الجسدية و الحفاظ على نظرة تقوم على الاحترام الإيجابي غير المشروط للمريض ، وإقامة علاقة فعالة معه والبحث عن أرضية مشتركة معه بشأن خطط العلاج .

توجه 2 - إشراك المستفيد في أخذ القرار وتيسير الحصول على المعلومة

يُعتبر حصول المواطن على المعلومة ومشاركته الفعالة في مختلف مراحل الرعاية الصحية التي يتلقاها ، من العناصر المكملة للمقاربة المتمحورة حول المريض . وتعد هذه المشاركة أمرا ضروريا

في منظومة الرعاية المتمحورة حول المريض. وهي تستبدل العلاقة الأبوية بين الطبيب والمريض بعلاقة شراكة. و يتطلب ذلك توفر معلومات واضحة ومناسبة وموضوعية للمريض بالإضافة الى ترسيخ ثقافة الاستقلالية الذاتية والاعتماد على الذات في الرعاية الصحية.

توجه 3 - وضع آليات تتيح للمستفيد التعبير عن رضاه (أو عدم رضاه) والتأكد من أن صوته مسموع

يتمّ وضع إجراءات تقييمية ونشر النتائج المتمخضة عنها واشراك المستفيدين في سياسات تسيير المرافق الصحية في تعزيز الدور المركزي للمريض.

المحور الرابع

توفير خدمات عن قرب وضمان إستمرارية الرعاية الصحية

تقديم

طالب المواطنون بوضوح بتقريب الخدمات الصحية من مكان عيشهم (إما المسكن أو مكان العمل) ويقترن هذا الطلب - في نظر المواطنين - بصورة عامة بمراجعة الخارطة الصحية وتعزيز الكمي للرعاية الصحية التخصصية في الجهات. غير أن الأدبيات الدولية تركز أولاً وقبل كل شيء على الحلول ذات الطبيعة «التنظيمية» لضمان خدمات قرب حقيقية ، تستجيب للاحتياجات الصحية. وفعلاً يُفترض أن تكون مرافق الرعاية الصحية الأولية قادرة على الاستجابة إلى حوالي 90 بالمائة من المشاكل الصحية وأن تمثل بوابة الدخول إلى المنظومة. ويتضمن إعلان ألما أتا (1978) تعريفاً لهذه المرافق. ولقد تبنت تونس القيم والمبادئ التي تضمنها هذا الإعلان وشرعت ، بهدف تحقيقها ، في تنفيذ إصلاح الرعاية الصحية الأساسية وعلى وجه الخصوص برنامج الدوائر الصحية. وتشمل الرعاية الصحية الأساسية الرعاية الصحية الخارجية (التي لا تستدعي الإقامة بالمرفق الصحي) ، التي يمكن للمرضى الحصول عليها بشكل مباشر ولها بُعد هام ومجتمعي. وهي تهتم بالفرد في سياقه العائلي والاجتماعي. ومن المفروض أن تتسم هذه الخدمات بالاستمرارية والشمولية والتنسيق والديمومة. وهي تجمع بين الرعاية الوقائية والرعاية العلاجية وإعادة التأهيل.

ولقد غدت هذه الخصائص الآن منتظرة أكثر من أي وقت مضى في المنظومة الصحية التونسية ، ولا سيما لمواجهة تحديات محددة في المناطق الداخلية من البلاد ، والتعامل مع الأمراض المزمنة والإعاقات. وبطالب مواطنونا ، الذين تزايد عدد المسنين والمصابين بأمراض مزمنة في صفوفهم ، بالمزيد من التنسيق والمتابعة لرعايتهم الصحية التي لا تستدعي الإقامة بالمستشفى.

إن توفير العلاج الجوّاري هو التحدي الرئيسي في العشرية الحالية، إذا كنا نريد حقا تجسيم الحق في الصحة

الاستنتاجات

لا تسمح التعاريف والمقاربات التنظيمية للممارسة الطبية الخاصة برعاية المرضى الخارجيين في تونس (في مراكز الصحة الأساسية ، ومراجعة الطبيب في المستشفى ، أو في العيادات

الخاصة) حاليا بتلبية الاحتياجات الصحية القريبة ، كما عبر عنها المواطنون التونسيون. ويتفاهم هذا الشعور بسبب الصعوبات التي يلقاها المريض عند تحديد موعد لاستشارة الطبيب أو إجراء الاختبارات المتخصصة (والذي عادة ما يتطلب التنقل لهذا الغرض فحسب) وعند التنقل الذي يتم أحيانا في ظروف صعبة (ومكلفة) إلى المراكز الجهوية.

ومن بين الرسائل الرئيسية التي برزت في سياق تشخيص الوضع من خلال اللقاءات المتعددة التي أجريت مع المنتفعين بالنظام الصحي في مناطق مختلفة من تونس- تلك المختزلة في العبارات التالية : «أنا ضائع». فالمرضى الساعي الى الرعاية الصحية مضطرب كي «يجد طريقه بمفرده» غير أنه غير مؤهل لذلك ، وهو يلاقي صعوبة في تحسس طريقه داخل منظومة فرضت عليه فرضا. و يؤدي ذلك إلى تأخير أو انقطاع في العلاج ولكنه يمثل أيضا إهدارا للوقت وللمال بالنسبة للمنتفعين والمنظومة الصحية.

وكثيرا ما يظل التسلسل الهرمي (التدرج) العلاجي حبرا على ورق ، ولا يوضع موضع التنفيذ. فالمرضى يتوجهون مباشرة إلى الخط الثاني أو الثالث (من خلال أقسام الاستعجالي أو «المحسوبة»)، إما لصعوبة الوصول الى الخدمات في مرافق الرعاية الصحية الأساسية (على سبيل المثال بسبب ساعات العمل المحدودة جدا) أو لانعدام الثقة في الرعاية الأساسية (التي تُعتبر حاليا أقل قيمة). ويُسفر ذلك عن الاكتظاظ في أقسام الاستعجالي التابعة للمستشفيات الجهوية وإلهاء المستشفيات الجامعية عن مهامها في مجال البحث والتفوق.

التوجهات

الحلول التي اقترحها المواطنون ، على إعادة تنظيم آليات تحديد المواعيد أو على استخدام تكنولوجيا المعلومات لتقاسم ملف المريض. وإذا كانت هذه الحلول «العملية» ضرورية ، فإن وضعها موضع التنفيذ وتأثيرها المهم سيظل محدودا (في أفضل الحالات) ما لم تستند إلى نظرة جديدة للمنظومة الصحية ، نظرة قوامها أن يعرف كل طرف دوره وهو ملتزم بأدائه في الاستجابة بشكل شامل للاحتياجات الصحية للمنتفعين.

إن إرساء منظومة صحية ، محورها الفعلي المريض ، يستدعي تغييرا ثقافيا عميقا وإعادة هيكلة واسعة النطاق . وهي تحتم تمكين مقدمي الخدمات الصحية من الأدوات ومنحهم الثقة الكافية للانخراط فيها دون خوف ولا وجل. ومن الضروري أن تتكاتف الرعاية الصحية القريبة وأنظمة إحالة المرضى وتدعم بعضها البعض ، وذلك من خلال الاستنجاد بالعاملين الصحيين المدربين اجتماعيا وتقنيا (إعلان ألما آتا ، ومؤتمر أوتاوا لتعزيز الصحة ، الأهداف الصحية للعام 2020 ،

منطقة منظمة الصحة العالمية أوروبا ومنظمة الصحة العالمية ، سد الفجوة في غضون جيل). تتخذ التجارب الدولية في مجال الرعاية المجتمعية طائفة واسعة من الأشكال والصور ، ويتعايش البعض منها أحيانا داخل البلد الواحد ، دون أن يكون بينها حقا رابطا. ويمكن هنا أن نشير على سبيل المثال ، الى تجارب آليات التعديل المتبادل (مثل تقاسم المعلومات) ، والدور الصحية (أو الدور الطبية) ، والشبكات الصحية ، والأقطاب الصحية.

توجه 1 - تبني مفهوم «الطب عن قرب»

تقتضى عملية اعطاء المكانة الأولى للدائرة ، (مركز الرعاية الصحية الأساسية أو المركز الصحي الوسيط ، المستشفى الجهوية) ، أولا وقبل كل شيء ، ارسال إشارة قوية تعلن عن نقلة نوعية. ذلك أن ألفاظا مثل «الخط الأمامي» و «التسلسل الهرمي» للرعاية أو الرعاية الصحية الأساسية ، تحمل دلالات ضمنية تحيل الى الحط من القيمة ، باعتبارها توحى بوجود «حاجز» قبل بلوغ رعاية صحية أكثر «تأهيلا» .

وكان تنظيم الدراسات الطبية يميل هو الآخر نحو الحط من قيمة الطبيب العام. على أن الإصلاح الذي شمل في الآونة الأخيرة التعليم الطبي ، حقق انفراجا بارزا في هذا الصدد ، من خلال تكريس «طب الأسرة» باعتباره تخصصا قائم الذات. وعلى هذا الأساس فإننا نقترح تفضيل مصطلح «الخدمات عن قرب». ويجب أن يكون تعريف «الخدمات عن قرب» مفهوما ومعبرا عنه بشكل واضح ، من خلال حوار مع المواطنين. ويمكن التفكير في تكييف هذا المفهوم مع الوضع المحلي في ضوء الاحتياجات الخاصة بكل مجموعة سكانية ، في سياق منح مزيد من الاستقلالية الذاتية للمستويين المحلي والجهوي ، وتعزيز مشاركة المواطنين في هذين المستويين ، وأيضا في سياق تحميلهم مسؤولية أوسع في الرعاية الصحية «للسكان» وفي تحقيق النتائج من حيث الاستفادة من الخدمات الصحية ومسلك الرعاية ، وآليات التنسيق والنتائج المحققة في مجال الصحة العمومية.

توجه 2 - إحداث فرق متعددة الاختصاصات للرعاية الصحية عن قرب

واعتماد وتثمين ممارسة طب الأسرة وإعطاء الأطباء

و فرق الخط الأول مسؤولية تعهد الحالات

تعيين مرجع للمريض ومسؤول رئيسي عنه في مرافق الرعاية الصحية القريبة

إن الطبيب الأسرة هو مرجع للمريض والمسؤول الرئيسي عنه. وهو مطالب بضمان الاتصال والإعلام والتوجيه ،

- إحداث فرق متعدّدة الإختصاصات للرعاية الصحية عن قرب:
- إنّ طبيب الأسرة هو مرجع المريض والمنسّق الرئيسي للخدمات التي يتكلّبها وضعه الصحيّ ويعمل على استمراريّة الرعاية في كلّ الحالات لتحسين جودة حياة المريض ورضاه.
 - إنّ استمراريّة الرعاية من قبل نفس الطبيب هيّ عامل رئيسي في رضا المرضى ونجاح الرعاية الصحيّة.
 - على ضوء العديد من التجارب والدراسات الدولية أصبح الآن ثابتا بصورة قاطعة وأن تنسيق الرعاية الصحية من قبل طبيب العائلة يحسّن الأداء ويزيد في رضا المريض ويقلّل الحاجة للمتخصّصين ويحدّ من تكاليف العلاج.

توجه 3 - السماح للمواطن باختيار المركز الصحي المناسب له حسب مقرّ إقامته أو عمله

حرية اختيار المنتفع في الانضمام إلى هيكلة صحية يكون تنافسا لتحسين الجودة
شريطة ضبط مقاييسها

طلب المواطنون بصفة جليّة تقريب الخدمات الصحية من محيطهم السكني أو المهني. وهذا الطلب غالبا يرتبط لديهم بإعادة النظر في الخارطة الصحية والتي هي الآن مطابقة للتقسيم الإداري. وهذا يمثل معوقا جغرافيا وكذلك تحديدا في حريضة اختيار مركز العلاجي المرجعي.

توجه 4 - تركيز آليات تنسيق بين مختلف الهياكل الصحية تمكن من توفير الخدمات الضرورية بما في ذلك التكامل بين القطاعين العام والخاص مع الحفاظ على الدور المرجعي للهياكل الصحية العموميّة

انفتاح مراكز الرعاية الأساسية للإختصاصات الأكثر طلبا، وخاصة التي تهتمّ بالأمراض المزمنة الأكثر انتشارا وطب الأطفال وطبّ النساء والتوليد والفحوصات التكميلية (باعتبارها ركنا أساسيا في الرعاية عن قرب).
إحداث شبكات تربط بين مراكز الرعاية الصحيّة الأساسيّة وأطباء الإختصاص في الخطّ الثاني مع إسناد عمليّة التنسيق إلى الطبيب والفريق الصحيّ.

ومن الشروط المسبقة الضرورية لتحقيق التشبيك، التحديد الواضح لمهام وأدوار ومسؤوليات مختلف مقدمي الخدمات الصحية وضبط آليات متابعة وتقييم لأداء مقدمي الخدمات وآليات التمويل والمعايير الخاصة بالأعوان الصحيين والتجهيزات تناسب وهذا التحديد. وتمثل الخطوة التالية في تطوير آليات للتعديل المشترك (لتبادل المعلومات وتنظيم مسلك الرعاية الصحية وتعزيز قدرات

الأعوان ، إلى غير ذلك). ويمكن أن تتطور هذه الآليات إلى اتفاقيات رسمية. ومن الضروري صياغة إطار قانوني وترتيبي ينظم العمل الشبكي بين الهياكل. كما أن اللجوء إلى التطبيب عن بُعد ، يحدّ أيضا من تنقل المرضى. وأخيرا ، من الضروري إحداث نظام نقل صحي فعال وفعال. التوجهات والعلاقة بين القطاعين العام والخاص والتمويل نجدونها بالمحور السابع الخاص بإصلاح تمويل المنظومة الصحية (التوجه السادس).

توجه 5 - ترشيد مسالك الرعاية الصحية

يمثل القطاع الخاص أحد الحلول التي من شأنها تحسين العناية الصحية لجميع التونسيين ، وتحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية الجيدة مع مراعاة الجوانب الجغرافية والزمنية وخصوصيات كل منطقة. والمقصود به هنا ، هو إتاحة الفرصة للطبيب المرجعي من تمكين المريض من خدمات متكاملة وسريعة في بعض الجهات والاستفادة من الخبرات المتاحة في القطاع الخاص والتي يفتقر إليها القطاع العمومي ، وفتح الهياكل العمومية لأطباء القطاع الخاص في الجهات التي تنعدم فيها هياكل الرعاية الصحية الخاصة.

توجه 6 - توفير خدمات جديدة تضمن الرعاية الشاملة للفئات الهشة

اعتماد مسالك سريرية وضمان استشارات طبية أفضل («ماكس باكن»)

يؤدي التحديد الدقيق لمسلك الرعاية ، وخاصة المتعلقة بالأمراض المزمنة ، إلى تجميع الفحوصات الأساسية والفحوصات التكميلية والمتخصصة ، التي يتولى القيام بها فريق متعدد التخصصات يحيط بالطبيب العام.

ينبغي تعزيز وتطوير الخط الأول (في مستوى الدائرة) مما يتيح تخفيف العبء عن الخط الثاني والثالث ، وتطوير الأقطاب الجهوية ، وذلك من أجل ضمان الحصول على تشكيلة واسعة من الخدمات. وينبغي أيضا تقريب أقسام الاستعجالي ، مع تعزيزها بمخابر التحليل والتصوير بالأشعة». هيئات التحكيم المشكلة من المواطنين.

توجه 7 - تطوير آليات لضمان تواصل واستمرارية المعلومة خاصة منها الملف الطبي الموحد

تقتضي الخدمات عن قرب تنظيم زيارات للعلاج بالبيت ، تقوم بها فرق جواله ، لفائدة الأشخاص ذوي الحركة المحدودة ، والمسنين أو الأشخاص شديدي المرض. كما تم اقتراح توفير قاعات للتمريض والرعاية الصحية الخارجية (التي لا تتطلب الإقامة بالمستشفى) لفائدة سكان المناطق الريفية النائية. كما يتعين تقديم دعم معنوي ومادي للأشخاص الذين يتولون الإحاطة في البيت بأحد أفراد عائلتهم ، سواء كان من المعوقين أو من شديدي المرض.

يتعين تجبيع البيانات المتعلقة بالمريض في ملف واحد متاح للاطلاع عليه ، بطبيعة الحال ، من طرف المريض وكذلك من طرف كل من يقدمون له الرعاية الطبية ؛ ويبقى الهدف النهائي هو الملف الالكتروني الأوحده ، المرتبط ببطاقة مغناطيسية. وإن تركيز شبكة معلوماتية داخل كل المؤسسات الصحية وبين هياكل الرعاية الصحية ، من شأنه أن يدعم العمل عن طريق التواصل الشبكي ويسر الاتصال بين المريض وفريق الرعاية الصحية. كما يتيح أيضا الحد من ضرورة التنقل من خلال اعتماد ارقام هاتفية للاستعلام ومعالجة الحالات الاستعجالية ، على أن يتوفر طبيب يقترح نوعية الإحاطة المناسبة ويسهر على تنظيم النقل إن لزم الأمر.

المحور الخامس

إرساء آليات تضمن احترام أخلاقيات المهنة وتحسين جودة وسلامة الرعاية الصحية

تقديم

تحسين الجودة محور أساسي لتحسين أداء المنظومة الصحية

تبحث جميع البلدان عن طرق لتحسين أداء منظومة الرعاية الصحية ، والمقصود بذلك ، تحقيق نتائج أفضل ، مع التحكم في التكاليف أو خفضها. وقد تم التركيز في الماضي أساسا على التحكم في التكاليف.

ومع ذلك ، يُعد وجود إطار منظم لأخلاقيات المهن المرتبطة بالصحة شرطا أساسيا للاستجابة لأية مطالب تتعلق بمراقبة الرعاية الصحية أو بتطويرها تقنيا أو بسلامتها. وفعلا يستدعي تطور التكنولوجيا في مجال الصحة وتأثيره المباشر وغير المباشر على تكاليف الرعاية الصحية ، حتما اعتماد مقارنة صارمة ومتفق عليها وخاضعة للمراقبة في مجال اخلاقيات المهنة. في تونس ، تم إحداث اللجنة الوطنية للأخلاقيات الطبية في عام 1991.

وقد غدا من الواضح ، أيضا وبشكل متزايد ، أن هناك اختلافات واسعة في ممارسات المنظمات والمهنيين وأدائها. كما تُبين الحالات العديدة التي تم توثيقها ، أن الأخطاء يمكن أن تتكرر ويمكن أن تكون لها آثار سلبية على نتائج الرعاية الصحية. وعلى هذا الأساس ما انفكت الأهمية الممنوحة لتحسين جودة وكفاءة الرعاية الصحية تتزايد ، باعتبارها استراتيجية أساسية لتحسين أداء المنظومات الصحية.

بالرغم من تحسين جودة الخدمات الصحية تتطلب مقارنة شاملة فالجودة المقصودة صلب هذا المحور تعني أساسا بالجانب السريري وتقوم على ضمان حصول المرضى على أنسب توليفة من الإجراءات التشخيصية والعلاجية لحالتهم ، توليفة تضمن أفضل النتائج الممكنة ، مع أقل قدر من المخاطر الناجمة عن العلاج ، وفقا لما يتيحها التقدم الراهن للعلوم الطبية. وبعبارة أخرى ، القيام بأفضل ما يمكن القيام به وإنجاز ذلك بشكل جيّد ، بما يضمن أوفر قدر من السلامة والكفاءة في الرعاية ، وبالتالي في نهاية المطاف ما يضمن أفضل أداء لمنظومة الرعاية الصحية. ويتطلب تحسين الجودة التقنية في نظام رعاية صحية يتسم بالتعقيد ،

إعتماد استراتيجية متعددة المستويات : حيث يتعين العمل في نفس الوقت على المستوى الكلي (مستوى المنظومة، وعلى المستوى المتوسط (مستوى المؤسسات). والمستوى الجزئي (مستوى المهنيين وفرق الرعاية). ولا يمكن تحقيق تأثير كبير ودائم على تحسين الجودة،

ويتبين من الأدبيات العلمية أيضا بكل وضوح ، أن نجاح المبادرات المتعلقة بتحسين جودة الرعاية الصحية يتطلب توفر بعض الشروط الأساسية ، و ذلك على مستويات التدخل الثلاثة المشار إليها ، وهي : قيادة قوية والتزام استراتيجي واضح واستراتيجيات مدروسة والترويج لثقافة حقيقية للجودة ، والتزام الأطباء وتوفر الموارد الكافية.

الاستنتاجات

في تونس ، يفتقر التقييم المنتظم للجودة التقنية للرعاية الصحية للتقنين الممنهج. وقد اتخذت عملية إحداث الآليات الضرورية لتحسين جودة الرعاية الصحية منحى تدريجيا ؛ ومن بين المبادرات الجديدة بالذكر، التي تم اتخاذها في هذا السياق منذ الثمانينات والتسعينات: الدراسات المعيارية لجودة الرعاية الصحية (التدقيق الطبي) ، التي أجريت في تونس العاصمة وتجارب «فرق الجودة» في مرافق الخط الأول في سوسة ، و « صياغة مؤشرات لتقييم حسن سير الدوائر الصحية» ومؤشرات الجودة في مراكز الأم والطفل ، ونظام «رصد» البرامج الصحية في مراكز الصحة الأساسية ولجان الوفاة على المستوى الجهوي والوطني الهادف الى الحد من وفيات الأمهات ، وبرنامج تأهيل مرافق الصحة العمومية ، والبرنامج الوطني «للتصرف في الجودة الشاملة» (الادارة العامة للرعاية الصحية بوزارة الصحة العمومية). وفي الآونة الأخيرة تم اتخاذ مبادرات في مجال الاعتماد (منح شهادة مواصفات للجودة) التي تجري حاليا في بعض الأقسام والمرافق الصحية (ومعظمها خاصة) ، ويعود ذلك أساسا الى انفتاح البلاد على تصدير الخدمات الصحية ، وتتم عملية الاعتماد المشار اليها على أيدي الهيئة الوطنية للاعتماد. وقد أسندت لهذه الهيئة بالفعل مسؤولية تقييم واعتماد هيئات تقييم المطابقة (المختبرات وهيئات التفقد ومنح الشهادات) الا انها لا تعتمد المرافق الصحية بشكل مباشر. وقد سجلت مؤخرا خطوة بارزة الى أمام تمثل في إحداث الهيئة الوطنية للاعتماد في الصحة عام 2012 ، (7) وهي هيئة مستقلة تتمثل مهمتها في تعزيز جودة الخدمات الصحية من خلال التقييم الخارجي لعمل المؤسسات الصحية وخدماتها ، والتي من المفترض أن تكون قادرة على اعتماد المرافق الصحية العمومية والخاصة في مستقبل قريب. يبقى أن نشير الى بعض المخاوف التي تم التأكيد عليها ، خلال

الاستشارات التي جرت في سياق الحوار المجتمعي ، بخصوص الجودة التقنية ؛ من ذلك غياب معايير الجودة وسلامة المريض ، عندما يكون في مسلك الرعاية - وهو مسلك ما يزال يحتاج الى توحيد المعايير والمقاييس- وغياب آليات لمراقبة ومتابعة وتقييم جودة وسلامة الرعاية الصحية ، وبطء التفاعل مع أوجه القصور التقنية والبشرية. وقد حرصت هيئة التحكيم المشكّلة من المواطنين على التأكيد على أهمية تعزيز وضمان سلامة الرعاية الصحية وتدعيم التكوين المستمر للعاملين في القطاع الصحي.

التوجهات

توجه 1 - تعزيز منظومة الاعتماد في مجال الجودة للمؤسسات الصحية ووضمان ديمومتها

في المستوى الوطني ، تتمثل الاستراتيجية الأولى في مواصلة تطوير المؤسسات وبالأساس الهيئة الوطنية للاعتماد في الصحة ، التي سيشكل دورها - في الأمد الطويل- في مجال «اعتماد» المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بصفة اختيارية ، ضمانة للجودة والسلامة لفائدة المواطنين واستجابة متزايدة للحاح لمطالب المؤسسات الممولة (مثل الصندوق الوطني للتأمين على المرض وغيرها) ؛ وهي مطالب أملتتها التكاليف المتنامية والتعقيدات التي أصبحت تميز الإحاطة بالمصابين بالأمراض المزمنة التنكسية ، وكذلك انفتاح البلاد نحو «تصدير الخدمات الصحية».

وقد بات من الضروري الآن ، تعزيز وضمان استدامة اعتماد المؤسسات الصحية في تونس. كما سيكون من المهم ، بالنسبة للهيئة الوطنية للاعتماد في الصحة ، عدم الاكتفاء بمنح الشهادات وتوسيع دورها لتصبح منظمة قادرة على توفير التوجيه والدعم الملموس لمرافق الرعاية الصحية ، والإنخراط في المبادرات الرامية إلى تحسين الجودة وديمومتها.

توجه 2 - تطوير تقييم تكنولوجيات الصحة والتدخلات الصحية

من المهم أيضا ، على المستوى الوطني ، توفير الدعم في اتخاذ القرارات المتعلقة بصيانة واعتماد ونشر التكنولوجيات ، بما في ذلك التجهيزات والممارسات. وإسناد مهمة توفير هذا الدعم للهيئة الوطنية للاعتماد في الصحة ، بإسداء مشورة تتميز بالاستقلالية والشفافية والحياد حول التكلفة والربحية على صحة وغيرها من المكونات الأخرى للنظام الصحي. وسيضمن الاختيار المناسب للخبراء وتمثيلية المهنة في تشكيلة الهيئة واتخاذ القرارات بطريقة جماعية وإقرار آليات لمراقبة الالتزام بالأخلاقيات ، سيضمن استقلالية المشورة والتوصيات الصادرة عن الهيئة.

توجه 3 - إحداث وتدعيم هياكل وآليات لتقييم وتحسين الجودة في جميع المرافق الصحية

ينبغي حثّ المرافق الصحية على تبني الهياكل والآليات المناسبة لتحسين الجودة. ويمكن لهذه الهياكل والآليات أن تختلف من مؤسسة الى أخرى وفقا لخصوصياتها. وزيادة عن الهياكل ، من الضروري في جميع الحالات أن تصبح الجودة أولوية استراتيجية بالنسبة للمؤسسات. كما أنه من الضروري تعزيز ثقافة الجودة لدى المهنيين والمواطنين.

توجه 4 - تطوير مناهج علاجية موحدة ونشرها ومتابعة انخراط المهنيين فيها

سبق للعديد من الجمعيات العلمية والمؤسسات العمومية التونسية أن صاغت توافقات علاجية بخصوص عدد من الأمراض ، وتم ذلك أحيانا بناء على طلب من وزارة الصحة أو الصندوق الوطني للتأمين على المرض. ومن الضروري الاستمرار في صياغة هذه البروتوكولات والأدلة (كتيبات أفضل الممارسات) مع اشراك المهنيين الصحيين في هذا المسعى على نطاق واسع ووثيق. وسيكون من الضروري أيضا التخطيط بعناية لنشر واعتماد هذه البروتوكولات من خلال اعتماد استراتيجيات تغيير سلوكيات المهنيين ، التي جُربت فصحت.

توجه 5 - وضع إستراتيجية وطنية لتطوير الموارد البشرية وتشجيع التكوين المستمر مع تقييم الممارسات المهنية

يتعين العمل على إبراز أهمية التكوين المستمر للمهنيين الصحيين في تونس إن داخل المؤسسات الصحية أو بالنسبة لتطور المسارات المهنية في القطاع العمومي للرعاية الصحية . ومن الضروري أيضا توفير الحوافز لهذا التطوير المهني في القطاع الخاص. ويتم هذا التكوين حاليا وفي معظم الحالات بتمويل من صناعة الأدوية ، مع ما يستتبع ذلك من طرح لمشكل «تضارب المصالح». ويتعين على مؤسسات الرعاية الصحية العمل على توفير وتشجيع ودعم التنمية المستمرة للقدرات المهنية للعاملين بها وتوفير ميزانية خصوصية لهذا الغرض مما يمكن من تحسين الشعور بالإنتماء للمؤسسة الصحية خاصة في القطاع العمومي.

المهني يشكو من نقص على مستوى التكوين المستمر والأفاق في المسار المهني .

المحور السادس

تعزيز التميز والابتكار في القطاع العمومي

تقديم

ما فتئت الانجازات التكنولوجية والعلمية تتسارع في الحقل الصحي وتتيح تحقيق مستويات أرفع في مجال جودة وسلامة الرعاية الصحية. ويعود الفضل في ذلك ، من جهة ، الى التقدم الذي تم احرازه في المعارف في مجالات البحث الطبي الاحيائي ، ومن جهة ثانية الى التطور الذي شهدته تكنولوجيات المعلومات والاتصالات الحديثة. ويستدعي هذا السياق ، الذي يتميز بتطور سريع ، البحث الدؤوب عن انجازات جديدة ، تتطلع نحو التميز وديناميكية لتجديد الممارسات العلاجية عن طريق الابتكار. وتوكل هذه المهمة في جميع أنحاء العالم تقريبا الى قطاع الطب الأكاديمي التابع للقطاع العمومي والذي يعتبر القاطرة التي تقود هذا السباق نحو التميز والابتكار من خلال الوظائف الثلاث التي يضطلع بها ، وهي الرعاية الصحية والتدريس والبحث العلمي. لذلك فان الهياكل الجامعية للصحة مدعوة ليس فقط الى تعزيز التميز والابتكار في كل واحدة من هذه المهام بل وكذلك الى تحقيق تكاتف حقيقي بين المهنيين المضطلعين بالوظائف الثلاث.

«إن دمج الوظائف الثلاث أي العلاجية والتدريسية البحثية لن تتحقق فعلا داخل المراكز الاستشفائية الجامعية إلا انطلاقا من الفاعل، الفرد»

والواضح أن الفضل في الإنجازات الطبية التي تسجل بين الفينة والأخرى بتونس ، يعود الى العامل البشري ، الذي يشكل نقطة القوة في القطاع الصحي العمومي التونسي وذلك بالرغم من المشاكل التي تتخبط فيها الهياكل الصحية الجامعية. ولئن كان الطريق نحو التميز والابتكار في العلاج والتدريب والبحث ، طريقا طويلا وشاقا في تونس ، إلا أنه لا محيد عن انتهاجه و السير فيه ، لتطوير القطاع العام واستعادة ثقة المواطنين والمهنيين فيه.

الاستنتاجات

وعلى غرار بقية الورشات ، يمثل شعار «البناء على أسس المكاسب المنجزة» شعار هذه الورشة أيضا. وفعلا ، شكّل رواد الطب التونسي ، في أعقاب حصول البلاد على الاستقلال ، نواة الطب الأكاديمي في تونس ، من خلال إحداث الكليات والمراكز الاستشفائية الجامعية المرتبطة بها.

وتتميز الطب التونسي ، خلال هذه الفترة ، بتحقيق العديد من انجازات التي كان لها أثر ايجابي على الصحة بالبلاد ، في ثلاث مجالات هي العلاج والوقاية والطب المتقدم. غير أن التدهور الهائل ، الذي عرفه القطاع العمومي خلال السنوات القليلة الماضية ، وقصور أو غياب التنسيق بين خطوط الرعاية الثلاثة ، وتجمع المراكز الاستشفائية الجامعية بالمنطقة الساحلية والاكتضاض الذي ينجر عن ذلك ، وضعف جاذبية القطاع العمومي بالنسبة للمهنيين الصحيين ، كل هذه العناصر تفسر اخفاق الهياكل الاستشفائية الجامعية في تحقيق الحشد المنشود لطاقات الوظائف الثلاث اي العلاج والتدريس والبحث. وكان هذا الوضع سببا في انحراف تدريجي لهذه الهياكل عن المهام الرئيسية التي أحدثت من أجلها ، مما أعاق انخراطها في ديناميكية التميز والابتكار على أصعدة العمل الثلاث أي العلاج والتكوين والبحث.

التوجهات

تمخضت اللقاءات الجهوية مع المواطنين والمهنيين ، واجتماعات لجان التحكيم المواطنة عن رسم توجهات للإصلاح تهدف الى اعادة اعضاء الحيوية (الديناميكية) على القطاع العمومي لتدارك التفويت في الموعد مع التميز والابتكار. وتشمل هذه التوجهات :

توجه 1 - تثمين الطب الأكاديمي والبحث بما في ذلك اتخاذ الإجراءات التحفيزية الملائمة

بحيث تتفرغ الهياكل الأكاديمية لتنفيذ مهامها الأساسية أي التدريس والبحث والرعاية الصحية المتخصصة المتقدمة.

«يجب أن تلعب المستشفيات الجهوية دورها، مما يتيح التقليل من الضغط والازدحام في المراكز الاستشفائية الجامعية».

توجه 2 - تطوير استعمال تكنولوجيا المعلومات والاتصال لتنظيم الأنشطة التكوينية والبحثية

الاعتراف المؤسسي بخصومية القطاع

يمكن تعريف الطب الأكاديمي بأنه ممارسة الطب المرتبطة بتوليد ونقل المعرفة وتطوير المهارات والتقنيات التي من شأنها تعزيز الطب. ويقوم هذا الصنف من الطب على ثلاث ركائز هي التدريس ، والبحوث والعلاج ، ويتميز باشتراطين متلازمين هما: التميز والابتكار. ومن الضروري ، في تونس ، أن تستعيد المرافق الجامعية الصحية هيبتها وخبرتها ، حتى تستطيع لعب دور قيادي

في تطوير الطب الأكاديمي. وتقع هذه المسؤولية بالضرورة على عاتق شبكة تضم جميع الشركاء ، مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا القطاع يحتل موقعا مفصليا بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي سواء في مجال البحوث والتدريس. وتستدعي خصوصية القطاع اعترافا مؤسساتيا مع ما ينجر عنه من حوافز.

«يتعين مراجعة القانون الأساسي لأعوان الصحة»، يجب أن تكون المكافأة الممنوحة لأساتذة الطب مجزية، حتى يتفرغوا للتكوين ويستغنوا عن «النشاط التكميلي الخاص»... مقتطفات من مناقشات لجان التحكيم.

النهوض بالبحث وتثمينه

البحوث الطبية هي واحدة من المهام الأساسية الموكولة إلى هذه الهياكل في جميع بلدان العالم. لذلك ، ينبغي إقرار سياسة عمومية حقيقية للنهوض بالبحوث في جميع المجالات المتعلقة بالصحة والمرض ، والوقاية ، والممارسات والتدخلات. ومن المستحسن تنظيم البحث في شكل فرق متعددة التخصصات مع الانطلاق من المواضيع الرئيسية التي تمس الأولويات الصحية في البلاد. ويتعين أن يكون التشجيع على التميز في سياق هذه المهمة جزءا لا يتجزأ من هذه السياسة ، من خلال قياس أداء البحث. ويجب أن تأخذ هذه الاجراءات في الاعتبار التميز المؤسسي ، والاشعاع الأكاديمي وقيمة الإنتاج العلمي. ومن هنا تبرز الحاجة لارساء آليات لمنح الحوافز على أساس الأداء في حقل الإنتاج العلمي.

تشجيع التميز في مهمة التدريس

انطلاقا من أسس الكفاءة المطلوبة من المتخصصين في الرعاية الصحية في نهاية مسيرتهم الدراسية الأولية يحسن وضع نظم لمكافأة التميز البيداغوجي للوحدات التدريسية. ويفترض أن تمكن هذه المهارات المهنيين الصحيين من تحسين الجودة ، مع الحفاظ على التركيز على المريض ، وإتقان مهارات الحاسوب ، والاستناد إلى البيانات المجربة والعمل ضمن فرق متعددة التخصصات.

تطوير استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تنظيم أنشطة الرعاية الصحية والتكوين والبحث

أثيرت مشاكل الاتصال والإعلام التي تعاني منها المنظومة الصحية بتونس على نطاق واسع على امتداد كافة مراحل الحوار المجتمعي. وقد أكد كل المتدخلين على ضرورة انتهاز فرصة تطور تكنولوجيا المعلومات والاتصال وتوظيفها في تحسين الأوضاع وخاصة في مجال تنظيم مسلك العلاج.

وقد أصبحت التكنولوجيات الحديثة تؤثر على أساليب تنظيم الممارسة السريرية (من ذلك: حوسبة الملفات الطبية والنفاد إلى منظومات المعلومات المتعلقة بجدوى التدخلات واستخدام المنظومة المعلوماتية في تحيين أدلة الممارسات والبروتوكولات العلاجية و إمكانية التفاعل المهني عن بعد ، عبر شبكة الانترنت والتطبيب عن بعد ، إلى غير ذلك من مجالات الاستخدام) وعلى طرق تكوين الطلبة (محاكاة حالات تطبيقية ومقننة والتكوين التفاعلي عبر شبكة الانترنت ، إلى غير ذلك). ويمكن القول في ضوء ما تقدم ، أن اعتماد تكنولوجيات الاتصال والمعلومات لدم الأنشطة التنظيمية ، يشكل عنصرا مشجعا ذا بال للرفع من شأن الطب الأكاديمي

توجه 3 - تدعيم الأقطاب الجامعية للصحة الموجودة وإحداث أقطاب جامعية عمومية بين الجهات تؤمن التكوين الطبي مع الحرص على تشبيكها

الأقطاب الجامعية للصحة ما بين الجهات

يُعتبر جميع المرافق الصحية الجامعية في الشريط الساحلي وعجزها عن مواجهة تدفق المرضى من مناطق غرب وجنوب البلاد من المظاهر اللافتة. كما تُعزى هذه الظاهرة ، وما يقترن بها من فوارق جهوية ، خصوصا من حيث توزيع الأطباء المتخصصين ، الى الجمود الذي طبع الطب الأكاديمي في تونس ، الذي لا يزال يركز اهتمامه على المراكز الاستشفائية الجامعية القائمة ، بدلا من التركيز على المريض ومجاله الترايبي.

«توزيع المراكز الجامعية بطريقة عادلة» ، مواطن

«السهر على أن يكون الخط الثالث في متناول الجميع» مواطن

لقد غدا تعزيز الهياكل الأكاديمية الصحية الحالية أمرا ضروريا لتخفيف الازدحام وتحقيق توزيع أكثر ملاءمة في جميع أنحاء البلاد للأبعاد الثلاثة لمهمة الطب الأكاديمي:

- العلاج: توزيع العرض الخاص بالرعاية الصحية الثلاثية والرعاية والبرعاية والخدمات التشخيصية الخاصة ، توزيعا عادلا في جميع أنحاء البلاد.
- التكوين: خلق بيئات تكوين أخرى ، تتيح للطلبة الاطلاع الكافي على تشكيلة متنوعة من المدارس والتجارب السريرية المحلية ، مما يساعدهم على تنمية المهارات المهنية التي تجعل منهم مهنيين صحيين جيدين
- البحث: تنوع أوساط البحث وفقا لأولويات والخصوصيات الصحية للجهات.

«إحداث أقطاب طبية جهوية» - مواطن

«التفكير في إحداث الأقطاب الجامعية بدلا من المستشفيات الجامعية» - مهني

«تعزيز الشراكة بين المستشفيات الجامعية والمستشفيات الجهوية» - مواطن

تحليل المقاربة التي تستند على الجمع/الربط بين الجهات (خلق ثلاث مناطق كبرى أقاليم: شمال ، وسط وجنوب) إلى مفهوم التشبيك وتشتمل على العناصر التالية في كل منطقة:

- المرافق الصحية الجامعية الحالية ،
- المستشفيات الجهوية مع تعزيزها بالخدمات الأساسية وتدعيمه كل واحد منها بوحدة للصحة الجامعية تكون مختصة في موضوع طبي معين ومتعددة التخصصات الفرعية ومتكاملة فيما بينها على نطاق الولايات المتجاورة (أمثلة من المواضيع المعينة: الأم والطفل ، طب السرطان ، الصحة العقلية ، الأعصاب ، القلب ، الصدر ، الخ ...).
- كليات ومؤسسات تكوين العاملين في مجال الرعاية الصحية. و من المفترض أن يكون هذا التطور مرفوقا بتطور مواز للتعاون الجامعي المناسب. ويتناسب هذا المفهوم تماما مع مفهوم المسؤولية الاجتماعية لكليات الطب ، وهو المفهوم الذي أن سبق لكليات الطب بتونس أن اعتمده بشكل كامل وجسمته في شكل مشروع عمل بعنوان «العقد بين الكلية والمجال التربوي».
- مؤسسات الطب الخاصة والعيادات الخاصة.

التعليم الطبي في الجهات

تسوق هذه المقاربة ، التي تستند الى احداث مجالات تربية للصحة الجامعية مع مبدأ التعليم الطبي في الجهات ، وهو تعليم مطلوب بالحاح في بعض جهات البلاد ، باعتباره يساعد على تدارك نقص الموارد البشرية وباعتباره أيضا محرك للتنمية الجهوية.

وفي الواقع يتيح مفهوم التشبيك ، في شكل قطب إستشفائي جامعي يجمع بين عدد من الجهات تحقيق هدف مزدوج يتمثل في تقريب طب الخط الثالث من الجهات الداخلية ونقل التكوين الطبي من المركز إلى الجهات. ومن مزايا هذا التمشي التأثير على مكان الانتصاب والممارسة ، الذي تشير الاحصائيات الى أنه يتم ، بنسبة 80 بالمائة من الحالات ، في الجهة ذاتها التي تلقى فيها الطالب المتخرج تكوينه ، وبشكل أدق في الجهة التي تابع فيها الطالب دراسات المرحلة الثالثة. وقد أثبتت التجارب التي جرت في بعض البلدان (كندا وأستراليا وغيرها) فعالية هذا المفهوم.

ويُستفاد من التجارب المسجلة في العالم في مجال نقل التعليم الطبي الى المناطق ، وجود عدة أصناف تتخذ شكل مركبات جامعية فرعية ، تعمل كما يلي:

- نقل جميع مراحل التكوين الى المركب الجامعي بالمنطقة.
- اجراء المرحلة الأولى من التكوين في المركب الجامعي المركزي وبقية التكوين في المركب الجامعي المنتصب في المنطقة.
- نقل برنامج التكوين جزئيا الى المنطقة (سنوات الدراسة ما قبل السريرية ،المرحلة الثانية / الخارجي والمرحلة الثالثة /الإقامة).

توجه 4 - تحسين ظروف عمل المهنيين وتأهيل البنية التحتية مع ضمان توفر التجهيزات والمعدات الطبية الملائمة

تمثل نوعية بيئة العمل عاملا مهما في استبقاء المهنيين الصحيين ، كما وأن خصائص بيئة العمل تؤثر على جودة الرعاية الصحية سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة. «تشجيع الموارد البشرية» ، «تحفيز المهنيين ماديا ومعنويا» ، «إعادة النظر في النظام الأساسي لأعوان الصحة» ، «ضمان صيانة المباني والتجهيزات».

تصب كل هذه المقتطفات من الشهادات المدلى بها في اطار اللقاءات مع أهل المهنة وكذلك في سياق اجتماعات لجان التحكيم المشكّلة من مواطنين ، في اتجاه الهدف المتمثل في توفير بيئات عمل جذابة والمشجعة وخلق الحوافز التي تشجع على اختيار المهنة الصحية والاستمرار فيها وتوفير الظروف الملائمة للأداء الفعال للعاملين في قطاع الصحة. والملاحظ أن العوامل التي تؤثر على بيئة العمل عوامل متعددة الأبعاد وكثيرا ما تكون مترابطة. ومن بين الخيارات البديهيّة لتحسين بيئة العمل ، الرفع في المكافآت المالية. غير أن الزيادات في الأجور وحدها ليست هي الحل وهناك بكل تأكيد عوامل أخرى لا تقل عنها أهمية

- السلامة المهنية ،

- التوازن بين الحياة الخاصة والحياة المهنية ،
- جودة بيئة العمل التي تقوم على توفر المباني الملائمة والمرتبة والتجهيزات المناسبة والمتاحة ،
- التطوير المهني المستمر الذي يتيح التقدم والتعلم.

توجه 5 - ملائمة التكوين الأساسي لعلوم الصحة مع حاجيات المواطن واعتماد مرجعية الكفاءة المهنية

خلال جميع اللقاءات مع العاملين في قطاع الصحة وفي جميع جهات البلاد ، عبر المهنيين مرارا عن حاجتهم الماسة إلى التطوير المهني المستمر في شكل صرخة إنذار تعكس احساسا بالإحباط .

« المهنيون يعانون من نقص التكوين المستمر وغياب فتح الآفاق » مهني.

« ضرورة تعزيز التكوين المستمر لأعوان الصحة » - مواطن

« التكوين المستمر لجميع الإطارات (مختلف الفئات) » - مواطن

إن في صدور مثل هذه الدعوات والشهادات عن المهنيين أنفسهم ، ما يطمئن حول الدوافع التي تحركهم ومدى التزامهم وسعيهم للانخراط في ديناميكية التحسين والتميز. ويهدف التطوير المهني المستمر الى تعزيز الممارسات الجيدة في مجال الاحاطة بالمرضى والاستقبال والاتصال مع التذكير بأساسيات اخلاقيات المهنة.

المحور السابع

إصلاح منظومة تمويل الصحة

تقديم

تُعتبر طريقة تمويل المنظومات الصحية عنصرا جوهريا لتحقيق التغطية الصحية الشاملة وذلك باعتبارها تحدد وجود الخدمات الصحية وتوفرها ومدى إتاحتها اقتصاديا. وتعلق الوسائل المالية التي تتيح تحقيق التغطية الصحية الشاملة بثلاث مجالات مترابطة ببعضها البعض وهي :

- تعبئة التمويلات المخصصة للصحة ؛
- الحد من العوائق المالية ، التي تعيق الحصول على الخدمات وذلك من خلال اعتماد الدفع المسبق ، وفي أجل لاحق ، الرصيد المشترك للتمويل ، وكلاهما أفضل من الدفعات المباشرة من قبل المستفيدين.
- رصد التمويلات واستخدامها بما يسهم في تعزيز الجدوى والعدالة.

الاستنتاجات

ويجب أن يوفر إصلاح تمويل المنظومة الصحية الوطنية اجابات دقيقة عن المسائل التالية:

- توسعة التغطية لتشمل النسبة المئوية من السكان (والتي تتراوح بين 10 و20 بالمائة ، حسب المصادر المعتمدة) ، التي لا تتمتع بأية تغطية اجتماعية للصحة ، ووضع حد للتغطية المزدوجة التي يتمتع بها العديد من الأسر والتي تجمع بين تغطية الصندوق الوطني للتأمين على المرض والتأمين الصحي الجماعي (على الرغم من عدم جواز ذلك من الناحية النظرية). ويحيلنا هذا الى طرح قضية تحديد المستهدفين ببرامج المعونة الاجتماعية. ويتعين رفع هذا التحدي كخطوة ذات أولوية ، ثم إيجاد آليات لتوسيع التغطية وسحبها على إجمالي السكان.

- الحد من النفقات المباشرة للأسر والمقدرة ما بـ 43% سنة 2010 و41% سنة 2012 من إجمالي الإنفاق الصحي. ويعني ذلك أن عددا من الاحتياجات الصحية لا يُلبى ، لعدم القدرة على تحملها وأن نسبة عالية من الأسر معرضة لخطر النفقات الصحية الكارثية والتفكير المدقع. وبميل المواطنين الذين تم الالتقاء بهم في سياق الحوار المجتمعي الى تأكيد الفرضية القائلة بأن المساهمة المباشرة للأسر تفسر إلى حد كبير في نظرهم بمشاكل توفر الخدمات الصحية العمومية أو جودتها. ويمكن أن يصبح اللجوء الى الخدمات الصحية الخاصة مكلفا للغاية للمنخرطين في صيغة «المنظومة العلاجية العمومية» ولكن أيضا بالنسبة للمنخرطين في صيغة «استرجاع

المصاريف» أوصيعة» «المنظومة العلاجية الخاصة» (أو «طبيب العائلة») الذين بلغوا سقف الاسترجاع. وتدعم الأدبيات الموثقة للتجارب الدولية هذه الملاحظة الصادرة عن المواطنين في تونس.

• التقنين الضمني للخدمات ، الناجم عن نقص في العرض في القطاع العمومي والصعوبات المالية (التي تعاني منها شركات التأمين الجماعي وكذلك صيغة التكفل المعروفة بـ«المنظومة العلاجية العمومية» بالصندوق الوطني للتأمين على المرض) وعن غيرها من الأسباب (النفاذ الجغرافي والتنظيمي الى الخدمات والى المعلومة) بالنسبة للسكان الذين لايقدرّون على اللجوء الى القطاع الخاص. وهكذا ، فإن سلّة الخدمات قد تبدو سخية للغاية ، بالمقارنة مع الموارد المتاحة. ويستدعي نقص التمويل المرصود للمرافق الصحية العمومية إعادة النظر في آليات السداد عن طريق التأمين الصحي ، كما أنه يستدعي مراجعة طريقة تقاسم عبء نفقات تمويل القطاع العمومي ، بينه وبين الدولة.

• انخفاض نسبة تمويل التأمين الصحي من الحجم الجملي للرواتب (المحددة حاليا بـ 6.75%).

• عدم التصريح او التصريح المنقوص عن العاملين / أو عن الأجور والتي تؤدي الى نقص كبير في مداخيل صندوق التأمين على المرض.

وقد تفاقم النقص في تمويل الصندوق الوطني للتأمين الصحي كنتيجة للتحويلات الوبائية والديموغرافية (تزايد الأمراض المزمنة والتهمر الصندوق الوطني للتأمين الصحي السكاني) . وقد غدت الاستدامة المالية للصندوق الوطني للتأمين الصحي في خطر ، نتيجة للعجز المتراكم ومخاطر التجاوزات في النفقات ، وتستدعي تعبئة تمويلات إضافية على المدى الطويل. لقد تم تطبيق إصلاح الصندوق الوطني للتأمين على المرض بشكل منقوص والمطلوب تقييم تأثير هذا الإصلاح على جميع الأهداف المرسومة. هذا ومن المقرر بالفعل إنجاز هذا التقييم كجزء من العقد الاجتماعي بين الحكومة واتحاد الصناعة والتجارة واتحاد الشغل في 14 جانفي 2013. ويقضي العقد ، في مجال الحماية الاجتماعية ، بـ«مراجعة شاملة لأنظمة الضمان الاجتماعي على ضوء دراسة يقع إنجازها . وذلك للوقوف على الأسباب الحقيقية لتأزم الأوضاع المالية والخدمية للصناديق ، بهدف إقرار الإصلاحات المناسبة ، مع المحافظة على مستوى قاعدي أدنى وفقا للنظام التوزيعي».

التوجهات

توجه 1 - تعبئة موارد إضافية لفائدة الصحة تكرس التضامن

خصصت تونس في عام 2010 ما يقارب الـ 6.3% من الثروة الوطنية للإنفاق على الصحة وارتفع الإنفاق على الرعاية الصحية خلال الفترة 1980-2010، من 143 إلى 4,019 مليون دينار وارتفع نصيب الفرد الواحد من 164.1 إلى 382.8 ديناراً.

وقد أجمع المشاركون خلال المواعيد حول الصحة، على الإقرار بالنقص في تمويل القطاع وتقديم صيغ مختلفة لتعبئة موارد إضافية، وخاصة ذات طبيعة جبائية وشبه جبائية وعلى ضرورة الاستخدام الأكثر جدوى للموارد المتاحة. وعلاوة على الدعوة إلى ضرورة مراجعة السياسة الجبائية والى مكافحة التهرب الضريبي بهدف تعبئة المزيد من الموارد لفائدة الصحة، طالب المشاركون في الحوار بالمزيد من العدالة في توزيع الموارد بين الجهات.

كما صادقت أيضاً الندوة الوطنية للصحة على هذا التوجه مع التأكيد على إيجاد الموارد الإضافية لتمويل المنضومة الصحية وتغطية الأفراد الذين هم دون تأمين صحي بصفة خاصة الموارد المتأتية من الأداءات لبلوغ هذا الهدف.

كما يقترح التخفيف في نسبة المساهمة في تمويل صندوق التأمين على المرض بهدف توسيع قائمة قائمة الخدمات والرفع من جودتها.

التزام القادة الأفارقة في إعلان أبوجا (2001) بتخصيص 15% من المصاريف الحكومية الإجمالية للصحة معاهدة اللجنة الإقليمية للصحة في دورتها 57 تنص على أن تسند 8% من المصاريف الحكومية إلى وزارة الصحة)

توجه 2 - ضبط سلة من خدمات ضرورية ذات جودة في نطاق تغطية صحية شاملة اعتماداً على معايير موضوعية بعد توافقات عامة

من الضروري إذا، البدء بتحديد «سلة الخدمات الأساسية» بشكل واضح. كما ويتعين التوصل إلى توافق في الآراء بين جميع الأطراف (بما في ذلك ممثلي المجتمع المدني) يقوم على معايير موضوعية وقابلة للقياس الكمي. ويتعين أن تكون جميع هذه الخدمات متاحة فعلاً وتستجيب لشروط الجودة في كل المؤسسات العمومية المعنية (مراكز الصحة الأساسية، مستشفيات الدوائر، المؤسسات الإستشفائية العمومية، وفقاً للأدوار والمهام الموكولة إلى كل منهما). كما سيتم ضبط قواعد واضحة وبسيطة لتمكين المواطنين من فرص التظلم. والواضح أن ذلك يتطلب التزاماً قوياً. وتُعرف التغطية الصحية الشاملة بالإستناد إلى أبعادها الثلاثة: الخدمات المشمولة بالتغطية، ونسبة المساهمة المباشرة للأسر ونسبة السكان الذين تشملهم التغطية؛ من بين هذه الأبعاد

الثلاثة ، شددت لجان التحكيم خلال الحوار المجتمعي ، على أهمية إعطاء الأولوية للبعد الأول أي «الخدمات المشمولة بالتغطية». والمقصود بذلك ليس زيادة عدد الخدمات التي تشملها سلة الخدمات المشمولة بالتغطية ، بل التأكد من التوفر الفعلي للخدمات (في القطاع العمومي). على أن لجان التحكيم الوطنية سلطت الضوء أيضا على الحاجة إلى سحب التغطية على مجالات جديدة (أو على مجالات تشملها تغطية منقوصة مثل:

«العيادات المنزلية لفائدة كبار السن وذوي الإحتياجات الخاصة»

«تعزيز قطاع الطب المدرسي والجامعي، مع توسيع مجالات تدخله خاصة في مجال الصحة العقلية».

«إرساء نظام تدخل ونقل استعجالي يتسم بالفاعلية والإستمرارية (على مدار 24 ساعة)

تشمل خدماته في جميع جهات البلاد».

يؤكد تشخيص الوضع الراهن الإقتراحات التي تقدموا بها أعضاء لجان التحكيم الوطنية (الإحتياجات الناشئة في مجال الصحة).

توجه 3 - إعادة النظر في توزيع الموارد لتحسين ملائمتها للأولويات

الإستراتيجية على مستوى «الخطوط» و«القطاعات»

للزيادة في نجاعة استخدام الموارد المتاحة ، يتعين السهر على:

• ضمان تخصيص الموارد للمرافق الصحية بطريقة معقلنة ، بالاستناد على بيانات دقيقة (المعايير ، بطاقة صحية حقيقية ورسمية ...) لتجنب تفاقم الاختلالات والتفاوت داخل الجهات وبينها ، وعدم الإسهام في تغذية تيار الهجرة المنتظمة لأعوان الصحة من المناطق المحرومة إلى المناطق الأكثر ثراء. وتبني الطريقة الحالة المتبعة في إعداد ميزانيات المرافق الصحية بشكل رئيسي على أساس تاريخي لا يأخذ بعين الاعتبار ، بشكل واضح ، نشاط المرفق أو إحتياجات أو أداءه. والواضح أن هذه الطريقة في التصرف لا تعزز الخضوع للمساءلة والشفافية ولا تولد المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات والتقييم.

• توفير الموارد المتناسبة مع الإحتياجات لقطاع الرعاية الصحية الأساسية ، الذي يُعد أولوية وطنية ومحورا إستراتيجيا للسياسة الصحية ، في سعيها لضمان حصول الجميع على الرعاية الصحية. خلال الفترة 1992-1996 ، كان من أن ترتفع ميزانية التصرف (باستثناء أجور الموظفين) المرصودة للخط الأول بنسبة تتراوح بين 32% و 40%. غير أن هذه الزيادة في الميزانية لم تتجاوز الـ 20% في عام 2012. ويعكس ذلك نموأبطأ «للخط الأول» مقارنة بنمو الخطين الثاني والثالث ويدفع للتساؤل التالي: من يدفع ولأي خدمات ؟ هل هي الوزارة أم هو الصندوق الوطني للتأمين على المرض ؟ .

- ضمان تقاسم التمويل بين مؤسسات الصحة العمومية والمستشفيات الجهوية (التي تمول أساسا من قبل الصندوق الوطني للتأمين على المرض) ومستشفيات الدوائر ومجمعات الصحة الأساسية (التي تمول عن طريق ميزانية الدولة) وفقا لمعايير أكثر جدوى لتجنب الاختلالات. وتسعى كل هذه المؤسسات الى تعبئة موارد خاصة (ما بين 22% و 33% من المداخيل)، غير أن هذا العبء على السكان يعد مرتفعا نسبيا في مستشفيات الدوائر التي هي الأقرب إلى المواطن.
- تعديل معايير وآليات ارجاع مصاريف الرعاية الصحية ، من قبل الصندوق الوطني للتأمين على المرض ، للقطاعين العمومي والخاص بهدف تعزيز ديناميكية منسجمة ومتكاملة لكلا القطاعين.

توجه 4 - مراجعة آليات خلاص مسديي الخدمات لضمان الفاعلية وترشيح المصاريف الصحية

إن آلية السداد السائدة حاليا (الدفع على أساس الخدمة الصحية)، والمتبعة على وجه الخصوص لسداد الخدمات الصحية الخارجية في القطاع الخاص ، لا تساعد على تحقيق الجدوى والجودة ، علما بأن التعريفات التعاقدية المفترض اعتمادها ، لا تُحترم من قبل الغالبية العظمى لمقدمي الخدمات ، مما يؤدي الى تزايد قيمة المبالغ التي يتحملها المريض .

كما أن طرق السداد الجاري بها العمل ، في القطا العمومي ، متعددة ومعقدة للغاية. وتُسد تكاليف العلاجات الخارجية وكذلك للإقامة الاستشفائية على أساس أسعار إجمالية ثابتة (جزم) تشمل معظم الفحوصات التكميلية (التحاليل المخبرية أو الأشعة) والأدوية (المدرجة في قائمة الأدوية المتاحة بالمستشفيات) ويوجد حاليا حوالي 350 حزمة (مجموعات متجانسة من الأمراض)؛ وتختلف الحزم المعتمدة في المستشفيات الجهوية عن مثيلتها في المؤسسات الصحية العمومية. ويمكن القول أنه يوجد حاليا نوعان من آليات التحكم في التكاليف (وهي الحزم والسقف). ولا يوجد في القطاع الخاص سقف محدد لكل هيكل (السقف محدد للمريض) كما أن الحزم مختلفة (وهي تشمل الاستثمار والأعوان). وبالإضافة إلى ذلك ، لا يلتزم الجميع (مقدمو الخدمات ، الصندوق الوطني للتأمين على المرض ، المبلغ المتبقي للسداد من قبل المريض) التزاما صارما بالتعريفات (قوائم الأسعار) التعاقدية.

ومن الضروري لبلوغ أداء أفضل ، وضع آليات سداد مختلطة ، والسداد بالاستناد إلى معرفة أفضل بالتكاليف الفعلية. وسيتم مراجعة طرق سداد أجور مقدمي الخدمات بالتوازي مع مراجعة أدوار ومهام مختلف «مستويات» الرعاية والقطاعات ، وتحديد معايير أفضل الممارسات والأنظمة المرجعية العلاجية ، في مسلك العلاج وحول مستويات الرعاية الثلاثة (الخط الأول والخط الثاني والخط الثالث).

بالإضافة إلى ذلك ، يتعين أن تكون عملية مراجعة طرق السداد مرفوقة بتعزيز الاجراءات التعديلية الهادفة الى جعل الجميع يلتزمون بتطبيق التعريفات التعاقدية ولضمان متابعة الفواتير من قبل الصندوق الوطني للتأمين على المرض.

توجه 5 - إقرار صيغة تكفل موحدة تضمن للجميع النفاذ إلى الخدمات الصحية المشار إليها

سمح الإصلاح الأخير لمنظومة التأمين على المرض ، الذي شرع في تنفيذه في سنة 2007 ، بتوحيد مختلف أنظمة التأمين على المرض التي تم إحداثها ، على التوالي ، على امتداد العقود الخمسة الماضية ، صلب نظام واحد يغطي تقريبا إجمالي المؤمنین الاجتماعيين. وأسندت مهمة التصرف في هذا النظام إلى الصندوق الوطني للتأمين على المرض ، الذي تم إحداثه بالمناسبة. ومع ذلك ، لا يزال نظام التمويل مجزأ ، حيث يتعايش نظامان (التأمين الصحي الإلزامي والرعاية الطبية المجانية) ، وثلاثة صيغ تكفل بمصاريف الخدمات الصحية (المنظومة العلاجية العمومية والمنظومة العلاجية الخاصة و نظام استرجاع المصاريف) والتأمين التكميلي (التعاونيات والتأمين الخاص). وما من شك في أن هذا لتجزأ (التشضي) يحد من التضامن ويزيد من تكلفة إدارة المنظومة بشكل عام . كما وأنه يجعل من عملية وضع استراتيجية واضحة و متماسكة للمنظومة الصحية ، عملية معقدة للغاية ، علاوة عن كونه لا يضمن المساواة.

في هذا الصدد ، أجمع أعضاء لجان التحكيم المواطنة المشاركين في الحوار المجتمعي على المطالبة بقوة بـ:

«السهر على تطبيق مبدأ المساواة بين جميع المنخرطين في الصندوق الوطني للتأمين على المرض، من خلال إحداث صيغة تكفل موحدة تضمن النفاذ إلى المرافق الصحية العمومية، مع إمكانية الانتفاع بصيغة التكفل بمصاريف العلاج في المنظومة الخاصة على أن يسدد المنتفع رسوما تعديلية» و«على دمج نظام التأمين الجماعي على المرض في الصندوق الوطني للتأمين على المرض، تكريسا لمبادئ العدالة الاجتماعية والصحة للجميع، التي أقرها الدستور».

في سياق اعتماد صيغة تكفل موحدة في الصندوق الوطني للتأمين على المرض ، من المستحسن «إحداث نظام تأمين تكميلي اختياري(غير ملزم)، مقابل زيادة في قسط مساهمة المؤمن عليه». لئن لم يتوصل أي بلد الى تحقيق التغطية الشاملة من خلال الاعتماد بشكل أساسي على أنظمة التأمين الطوعية (على سبيل المثال التأمين الصحي المجموعاتي أو التجاري الخاص ،)، فإن هذه الأنظمة يمكن أن تكون مفيدة ، إذا ما أُستُخدمت ، بصراحة ، كتكملة للتأمين الإلزامي. لذا ، فمن

الضروري ، للتقدم ، النظر في جميع مصادر التمويل في إطار استراتيجية وطنية متكاملة لتمويل الصحة . ومن المنتظر في تونس ، أن يلعب التأمين الإضافي دورا هاما فيما يتعلق بالخدمات «الخارجة» عن سلة الخدمات التي يغطيها التأمين الصحي الإجباري (الصندوق الوطني للتأمين على المرض والتأمين الجماعي على المرض) وكذلك في التغطية الجزئية للرسم التعديلي ، الذي سيُدعى المؤمن عليه لدفعه ، إن اختار اللجوء الى القطاع الخاص. غير أن دور التأمينات الخاصة/ الاختيارية لم يحدد بشكل دقيق الى حد الآن مما فتح الباب أمام التغطية المزدوجة. وعليه فمن الأهمية بمكان ضبط وتحديد الدور الذي سيتبعن على التأمين الاختياري تأديته ، وعلى وجه الخصوص في سياق تغيير أنظمة التكفل بالمصاريف العلاجية المعتمدة من قبل الصندوق الوطني للتأمين على المرض. كما ينبغي ملاءمة التأمين الاختياري مع سلة العلاجات ، آليات المشاركة المزدوجة.

ختاما يفترض أن يتميز نظام التأمين على المرض المنتظر بالخصائص التالية:

- صندوق موحد.
- يتم تمويل النظام من خلال مساهمات اجتماعية إلزامية ، مع وجود إمكانية توفير الدعم له من طرف الحكومة والجهات المانحة.
- هناك صلة واضحة بين المساهمات وحقوق المؤمن عليهم المحددة بوضوح.

توجه 6 - تدعيم دور القطاع العام مع ضمان التوازن والتكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص

لئن أجمع المواطنون والمهنيون الذين تم الالتقاء بهم على الدعوة الى تعزيز الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص ، فقد عبّروا أيضا عن تعلقهم الشديد بأن يظل القطاع العمومي العمود الفقري للمنظومة الصحية ، مع اضافة الحيوية من جديد عليه ، كخطوة ذات أولوية.

واعتبر المشاركون في لجان التحكيم الوطنية أن تمكين ميسوري الحال من «الخروج» من المنظومة العمومية للانتقال مباشرة إلى القطاع الخاص ، لتلبية جميع احتياجاتهم الصحية ، يمثل خرقا للتضامن.

وتدعم الأدبيات المتعلقة بهذا الموضوع هذه الملاحظة. من ذلك أن تشابهاً شدد على أن المستهلكين قد يفضلون القطاع الخاص ، لأنهم يعتقدون أنهم سيفوزون برعاية صحية أكثر جودة ويتجنبون قوائم الانتظار الطويلة. كما أن هذه الخدمات يمكن أيضا أن تكون أسهل منال. ويضيف

تشابمان: غير أن زيادة الثراء تؤدي إلى زيادة الطلب على القطاع الخاص وإلى الزيادة في التكاليف ، دون أن يكون القطاع الخاص بالضرورة أكثر كفاءة أو فعالية من القطاع العمومي . ولما كان توفير الرعاية الصحية من قبل القطاع الخاص للفقراء غير مربح ، فإنه يتطلب تمويلات عمومية ، مما يؤدي بدهاءة إلى الحد من الموارد المتاحة للقطاع العمومي. ويخلص تشابمان إلى القول بان «الاتجاه نحو خصوصية منظومات الرعاية الصحية تضع على المحك التوفر العادل للمرافق الصحية وإمكانية الوصول إليها بالنسبة للفئات الضعيفة». هذا وقد لوحظ هذا التحويل لوجهة الموارد المتاحة للقطاع العمومي إلى القطاع الخاص في تونس.

ويقر المواطنون أيضا بالمساهمة المحددة وبالضغوط القوية التي يواجهها القطاع العمومي باعتباره يظل مفتوحا لعموم المواطنين ، بغض النظر عن قدرتهم على الدفع (أقسام الاستعجالي متاحة على مدار الساعة ، خدمات ثقيلة و«غير مربحة» ، إلى غير ذلك...).

التمويل يمثل أداة لبناء التكامل بين العمومي والخاص ولا بدّ من التفكير في هذا التكامل على نطاق أوسع يشمل القيم والحوكمة.

إن القطاع الخاص لا يمكن بأي حال أن يكون بمثابة مسكّن الأوجاع بالنسبة للقطاع العمومي ؛ ذلك أن هذا الوضع سيزيد ، مع مرور الوقت ، في توسيع الفجوة وفتح الطريق في نهاية المطاف نحو طب للفقراء وطب للميسورين. ولا بد من إيجاد طرق لعكس هذا التوجه ، بحيث يتجه القطاعان العمومي والخاص نحو التكامل الحقيقي.

و ضمنا التكامل بين القطاعين العمومي والخاص ، يتعين أن تتم عملية شراء الخدمات (المشمولة بالتغطية باعتبارها جزءا من سلة الخدمات الأساسية) من قبل الصندوق الوطني للتأمين على المرض على أساس عقلاني يأخذ بعين الاعتبار القيمة الحقيقية للقطاعين والضغوطات التي تتعرض إليها.

وقد سبق أن أشرنا أعلاه إلى الفوارق الهامة بين آليات الشراء التي يعتمدها الصندوق الوطني للتأمين على المرض عند التعامل مع كل من القطاع العمومي والقطاع الخاص.

ولن يكون هناك مبرر لمثل هذه الاختلافات طالما وقع التمييز واضح بين نفقات التصرف ونفقات التجهيز ، وتوضيح دور كل طرف (وزارة المالية ، وزارة الصحة ، الصندوق الوطني للتأمين على المرض) توضيحا جيدا و التنسيق بين مختلف الأدوار. كما ينبغي الاعتراف بالتكاليف الإضافية التي يتحملها المستفدون والإقرار بقيمتها. ويفترض ذلك معرفة التكاليف الحقيقية وتعزيز نظم المعلومات والفوترة.

المحور الثامن

اصلاح حوكمة المنظومة الصحية

تقديم

تمثل الحوكمة الرشيدة عنصرا مفصليا بالنسبة للعمل السلس للمنظومة الصحية التونسية ولحسن أدائها، وللقدرة على وضع الإصلاحات الضرورية لتحسينها، موضع التنفيذ. وليست الحاجة الى اصلاح الحوكمة حكرا على تونس ولا على المنظومات الصحية. وكما ورد في وثيقة نشرتها منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية:

«.. إن طريقتنا في اتخاذ القرارات (في القطاع العمومي) ووضعها موضع التنفيذ، غير متماشية مع نسق التحديات الراهنة. فبدلا من اعتماد سياسات واضحة كثيرا ما يتم تغليب التوافق. وكثيرا ما يغلب التردد في الحالات التي تتطلب اجراءات سريعة وحاسمة. ولا بدّ من التحرك من الآن، لتدارك العجز، الذي ما فتئ يتفاقم، في الحوكمة العمومية».

والحوكمة العمومية هي قيادة العمل الجماعي من قبل الدولة وجهازها التكنوقراطي. وهي تشمل أبعادا سياسية و اقتصادية و قانونية ومؤسسية. وهي مُطالبَة بأداء مجموعة متنوعة من المهام منها: توجيه النظام بطريقة استراتيجية ومعيارية (منمذجة)، وضمان إحداث الهياكل والآليات الضرورية لإدارتها وحسن سير عملها، وإقامة شراكات ملائمة بين الجهات الفاعلة والقطاعات والحفاظ عليها، والخضوع للمساءلة حول أداء النظام.

الحوكمة العمومية تساعد على التنسيق بين الجهات الفاعلة والقطاعات والمنظمات، وتحقيق التوازن بين متطلبات المركزية ومتطلبات اللامركزية؛ والتوفيق بين المنطق التكنوقراطي والمنطق الديمقراطي والمنطق المهني والمنطق لتجاري؛ وضمان الأداء الحسن للمنظومة الصحية.

ويجب أن تتجلى الحوكمة في كل المستويات: الكلي والأوسط الأصغر. فعلى المستوى الكلي، ينبغي أن يهيمن المنطق الديمقراطي في تحديد المبادئ المنظمة الرئيسية، التي تضمن اتساق المنظومة، وينبغي أن تنطوي على المشاركة المباشرة للمواطنين في اتخاذ القرارات، كما ينبغي أن تعتمد اعتمادا كبيرا على التعاون بين القطاعات. أما في المستوى الأوسط، أي مستوى المنظمات، فيُفترض أن المنطق التكنوقراطي ومنطق السوق هما اللذان يتيحان تحديد وقواعد عمل منظومة تقديم الخدمات، مع أخذ احتياجات المواطنين وميولاتهم بعين الاعتبار.

أما المستوى الأصغر ، وهو مستوى الحوكمة السريرية ، فيتبع أن يزدهر فيه المنطق المهني ، في بيئة تقوم على إشراك المريض في اتخاذ القرار ، لضمان توفير رعاية صحية مخصصة ، تعتمد على أحدث المعارف العلمية.

وتتسم المنظومة الصحية بالتعقيد و يقوم إنتاجها على المعرفة وحوكمتها الرشيدة التي يجب أن تكون ذكية («الحوكمة الذكية»).

والحوكمة الرشيدة هي الحوكمة التي تُفَلح في إشراك الفاعلين والتحكيم بينهم عند تضارب مصالحهم ، بما يحافظ ، إلى أقصى الحدود ، على هذه المصالح (نموذج الحوكمة تعددية الأطراف) ، وتسهر على أن يظل الشركاء مركزين على الأهداف الاستراتيجية للمنظومة (نموذج الوكالة) ، وتُفَلح في حشد أصحاب المصلحة من أجل تحقيق المصالح الجماعية العليا (نموذج الإشراف أو القيادة). ويُعتبر الالتزام الأخير سمة خاصة من سمات الحوكمة الرشيدة في مجال الصحة ، نظرا لطغيان المحددات الاجتماعية للصحة ، ولضرورة حشد طاقات جميع أصحاب المصلحة في المجتمع ، للإسهام في عملية الارتقاء بصحة السكان ورفاههم. ويتبع عليها بالتالي المراهنة على التعاون بين القطاعات وعلى التزام جميع أصحاب المصلحة ومشاركتهم الواسعة وعلى الجمع بين التعديل والإقناع ، وعلى اللجوء الى الهيئات المستقلة وهيئات الخبراء وعلى قدرة المنظومات المحلية على التكيف والتعلم.

الاستنتاجات

واعتمادا على الملاحظات المُبدأة في سياق الحوار المجتمعي ، يمكن استخلاص النواقص والثغرات التي تعاني منها كل وظيفة من وظائف الحوكمة وهي كالتالي:

• من حيث التوجهات والاستشراف ، تفتقر المنظومة الصحية إلى رؤية شاملة وخطة عمل تحدد الأنشطة المختلفة المزمع إنجازها ، وتتضمن تفاصيلها ، ضمن مقاربة شاملة (العلاجات الخارجية / العلاجات التي تستدعي الإقامة في المستشفيات ، والشراكة بين القطاعين العمومي / الخاص والرعاية الوقائية / العلاجية). كما لوحظ أنّ تنفيذ البرامج والاستراتيجيات يفتقر إلى التنسيق والى المواءمة مع الاحتياجات والأولويات والخصوصيات الجهوية.

• وينبغي أيضا تحسين هياكل وآليات تسيير المنظومة. أولا ، يشكو هيكل وزارة الصحة من النقص في نواح عديدة: من ذلك أن الهيكل التنظيمي الحالي للوزارة يتضمن خلا كبيرا بين هياكل متضخمة تتمتع بصلاحيات واسعة أفقيا وعموديا ، وهياكل متناهية الصغر من المفروض أن مهمتها تتمثل في لعب دور هام في صياغة الاستراتيجيات وتقييم السياسات. كما سجل وجود

تداخلات بين هيكل متعددة سواء داخل الوزارة ذاتها أو في علاقة مع هيكل أخرى راجعة بالنظر الى وزارات أخرى. تبدو بعض الهياكل داخل الوزارة متضخمة ومفطرة الحجم.

ثانيا ، تتركز السلطة في منظومة الرعاية الصحية كثيرا بين أيدي الهياكل المركزية التي تحتكر سلطة اتخاذ القرار من حيث الاستثمار ، وتعبئة وتخصيص الموارد المادية والبشرية. لا يتمتع المديرون الجهويون ومديرو المستشفيات باستقلالية حقيقية وتبقى سلطتهم سلطة شكلية. ثالثا ، يشكو التصرف في الموارد البشرية من القصور. فعلى مستوى المؤسسات ، تكاد أنشطة مصلحة الموارد البشرية تقتصر عمليا على إدارة الإجازات والأرشيف. كما أن التصرف في الميزانية شديد المركزية ، ومنقطع تماما عن واقع مرافق الرعاية الصحية. وهي ثقيلة ولا توفر أي حوافز على الأداء. وأخيرا ، على الرغم من أن التشريعات تنص على وجود هيكل للتصرف في الجودة ، فإن الانعكاسات العملية والملموسة لعمل هذه الهياكل المختلفة لا تكاد تذكر. ويبدو أن هذا الخلل الوظيفي يعود إلى نقص في الموارد البشرية والمادية والوسائل القانونية ، وعدم وجود سياسة واضحة ومتسقة على المستوى الوطني وفي مرافق الرعاية الصحية .

• تظل مشاركة مختلف الفاعلين والأطراف المتدخلة في تسيير وحوكمة المنظومة محدودة للغاية ، إن في المستوى المتوسط (مستوى المنظمات) أو في المستوى الأصغروبالمثل تميل المنظومة الصحية حاليا الى العمل في «بوتقة مغلقة» وعلى الرغم من صياغة بعض السياسات والإجراءات بين القطاعات فإن الجهود المبذولة في هذا الاتجاه تظل محدودة.

• ما يزال نظام مراقبة ومتابعة أداء المنظومة ومنظماتها محدودا للغاية وغير متطور. وما تزال المعلومة مجزأة وموجهة ، في معظم الأحيان ، نحو التسيير الإداري. كما لا تزال مشاكل نقل المعلومات و البطء في دمج مختلف التطبيقات وجعلها متكاملة ، قائمة. والواضح أن هذه الثغرات ، التي تعاني منها الحوكمة ، هي التي دفعت بالمواطنين الى التأكيد على الحاجة إلى إصلاحها.

كما أوصت لجان التحكيم المُشكلة من المواطنين في بيانها ، باعتماد اللامركزية في التصرف الإداري والمالي ، وتحسين القدرات في مجال التصرف والحوكمة ، وزيادة إشراك المواطنين في الخيارات والقرارات وتعزيز الرقابة (التفقد) و التقييم ، والعمل على أساس الربط بين القطاعات ، كل ذلك من بهدف تعزيز صحة السكان والارتقاء بها.

توجه 1 - إقرار اللامركزية السياسية والإدارية في مجال الصحة

من المنتظر أن يُحدث الدستور الجديد، الصادر في فيفري 2014 ثورة في التنظيم الإداري للدولة،

حيث أقرّ بالقطع مع المركزية الإدارية، التي اتسم بها النموذج التونسي في مجال التنظيم الإداري منذ الاستقلال. يقتضي مبدأ «الثانوية» subsidiarité، بتوزيع الصلاحيات في مجال الصحة بين الدولة والجماعات المحلية، حيث تُسند إلى الأولى الصلاحيات التي يكون من الأنسب إسنادها إليها، وتُسند إلى الثانية الصلاحيات، التي يكون من الأفضل، لأسباب تتعلق بالجدوى والحوكمة، إسنادها إليها. ومن الضروري في هذا السياق، أن يستند تصميم أية سياسة جهوية، بل أية سياسة محلية، في المجال الصحي على أسس قانونية واضحة، تُحدد مجال اختصاص كل طرف من الأطراف المتدخلة.

وينبغي أيضا، جنبا إلى جنب مع إقرار تفويض ونقل الصلاحيات إلى الجماعات الترابية (اللامركزية السياسية) إلغاء «مركز» الإدارة العمومية (اللامركزية الإدارية). و«التمركز» أسلوب في التنظيم الإداري يقوم على السعي إلى تحقيق هدف مزدوج، وهو: تقريب الإدارة من المستفيدين، والتخفيف من «تكديس» الموظفين في الإدارة المركزية. وتتم هذه العملية من خلال تفويض الصلاحيات إلى إدارات ترابية متفرعة عن الوزارات تظل مرتبطة، من حيث التسلسل الإداري، بالمركز. وتدعم معظم الأدبيات المتخصصة مزايا اللامركزية في إدارة المنظومات الصحية. وتتمثل الفوائد المحتملة التي وردت في هذه الأدبيات فيما يلي:

- تحقيق موازنة أفضل بين الخدمات واحتياجات السكان ومزيد من الجدوى والنجاحة في تخصيص الموارد، نتيجة لأخذ الاحتياجات والأفضليات المحلية أكثر بعين الاعتبار؛
 - تحسين مشاركة السكان في صنع القرار، وبالتالي تحقيق وعي أكبر لدى عامة الناس بتكلفة القرارات الجماعية المتخذة، وتسليط إضاءة أفضل على اختياراتهم.
 - تحسين النجاحة الإنتاجية، وذلك بفضل القدرة على المقارنة بالآخر والتنافس الذي ينشأ بين المناطق.
 - رفع القدرة على الابتكار بفضل الاستقلالية النسبية الممنوحة.
- وتدعو الأدبيات المتخصصة في الموضوع أيضا إلى ضرورة توخي الحذر، حتى لا ينحرف البعض من المزايا الكامنة المشار إليها، عن الأهداف المرسومة ويؤدي إلى نتائج عكسية. من ذلك مثلا أن الزيادة في تنوع الخدمات قد يتحول إلى مصدر للإجحاف وعدم الإنصاف. كما أن التحكم في التكاليف قد يصبح أكثر صعوبة محليا، ويصبح إفساد النظام المحلي من قبل مجموعات المصالح أكثر سهولة ويسرا.

وتبقى جودة الحوكمة المركزية أساسية في وضع منظومة لامركزية

توجه 2 - تطوير آليات الخضوع للمساءلة تضمن المراقبة والمتابعة على كل المستويات وشاملة في كل القطاعات

من الضروري ، حتى تحقق اللامركزية النتائج المرجوة منها ، تعزيز قدرات التسيير في المستوى المحلي ، وإرساء آليات لتحميل المسؤولية والخضوع للمساءلة. والمقصود بذلك أن السلطات المحلية ، سواء كانت مهنية أو مسؤولة عن التسيير والتصرف ، مطالبة بالإبلاغ والتفسير. وينطبق ذلك على كل المستويات وينسحب على كل القطاعات ، سواء في سياق التسلسل الهرمي للتسيير ، أو بين الحكومة والمواطنين. وتمثل هذه الآليات أداة فعالة لتحقيق الشفافية. ومن الضروري ، في ضوء ما تقدم إرساء «سلسلة تحميل المسؤولية» من أدنى مستوى (المستوى الأصغر) إلى أعلى مستوى (المستوى الكلي). ومن الضروري ، في سياق السعي إلى الحوكمة الذكية ، الاستعانة بهيئات مستقلة وبيوت خبرة. وفي هذا السياق ، يُعتبر أحداث «الهيئة العامة لمتابعة البرامج العمومية» (وهي مؤسسة عمومية مكلفة بالمساهمة في تصور وصياغة ومتابعة البرامج والسياسات العمومية أحدثت سنة 2013) ، خطوة هامة في هذا الاتجاه. كما وتسهم عملية «اعتماد» الهياكل الصحية في تعزيز قيم المساءلة. هذا ويتعين التفكير أيضا في إحداث «مجلس للصحّة» وهو عبارة عن هيئة مستقلة تسند إليها مهمة تسليط الضوء ، بطريقة موضوعية ، على عمل وسير المنظومة الصحية وأدائها ، انطلاقا من تحاليل تستند على الوقائع واستشارات مع الأطراف ذات العلاقة مع الحرص على ضمان احترام التوافق مع الإستراتيجية الوطنية للنزاهة.

توجه 3 - تعزيز القدرات في مجال التخطيط والتصرف والتسيير

يتعين تدعيم تكوين المسيرين في كل المستويات. كما يتعين الإقرار بأن تسيير المرافق الصحية اختصاص مهني قائم بذاته ويتطلب تكوينا جامعيا عالي المستوى. ويتعين أن تتوفر في مسيري المرافق الصحية عدة مهارات وكفاءات في مجال القيادة وإدارة العلاقات الإنسانية وفي مجال تحليل وفهم الرهانات الخصوصية للصحّة ، بالإضافة إلى القدرات العملية في مجال التصرف. ويمكن ، في المنظور القريب ، إيلاء أهمية خاصة لتدعيم قدرات المسيرين المباشرين حاليا ، في مجال التصرف الاستراتيجي والتصرف في التغيير والتصرف في الموارد البشرية والتصرف في الجودة والتصرف في المعلومات والأداء.

توجه 4 - إعادة ضبط أدوار المؤسسات الصحيّة الوطنيّة وتنظيمها

من الضروري إعادة «هندسة» وزارة الصحة. وتمثل أولى الخطوات في مراجعة مهام الوزارة ، ضمن هيكل السلطة التنفيذية ، بما يجعلها تتأقلم أكثر مع التغييرات الحاصلة في البلاد ، و يجعل

منها عنصر مبادرة في تحقيق مبدأ «الصحة في جميع السياسات». ثم هناك حاجة إلى مراجعة بنية وأدوار ومسؤوليات مختلف الهياكل ، تبعا لمتطلبات الحكومة الرشيدة للمنظومة الصحية ، وخاصة دور الادارات الجهوية للصحة. وينبغي أن يتم ذلك على أساس اعتبار أن المهام الرئيسية للوزارة هي ضبط توجهات المنظومة ، وتوفير الوسائل التي تمكّنها من أداء وظيفتها ، والتأكد من حسن تسييرها وأدائها. وحتى إن قبلنا ضمينا بأن جميع الأطراف الفاعلة في المنظومة الصحية يمكن أن تلعب دورا في تحسين أدائها ، فإن تحسين نجاعة وفعالية عمل وزارة الصحة يشكل ، بكل تأكيد ، عنصرا أساسيا لتحقيق هذا الهدف.

توجه 5 - تشريك المواطنين والمهنيين في عملية صنع القرار والمتابعة والتقييم على جميع المستويات

على المجتمع المدني أن يلعب دورا هاما في حوكمة المنظومة الصحية ، وخاصة فيما يخص تقريب الرعاية الصحية من المواطنين ومواءمة خدماتها مع احتياجات وأفضليات وتوقعات السكان. ويمكن للمجتمع المدني أيضا أن يلعب دور الوسيط بين المواطن والحكومة والهياكل المسؤولة عن رعايتهم. وذا كان من الضروري أن تشمل عملية إشراك المواطنين في عملية صنع القرار جميع المستويات ، فإن الوسط المحلي يظل حيزا مميزا للتشاور والمشاركة المواطنين والتمكين ؛ ويتحقق ذلك من خلال تعزيز دور المجتمع المدني. يتبع أن تكون أشكال إشراك المواطنين متعددة. وينبغي دعوة المواطنين للمشاركة في «مؤسسات المشاركة الديمقراطية» على المستوى الكلي وعلى الصعيدين الجهوي والمحلي.

يتبعين انتداب أشخاص ، من بين المدافعين عن النظام الصحي ، وتعيينهم في وظيفة «حُماة» المنظومة الصحية ، وذلك لتحسين إمكانات التفاعل بين المواطنين والهيئات
المديرة

تؤكد التجارب الدولية أن تغيير وصلاحيات المنظومات الصحية يتطلب إشراك وإلتزام أهل المهنة وخاصة الأطباء. والمنظومات والمؤسسات الصحية هي في الواقع منظمات مهنية يقوم انتاجها على المعرفة. وبقدر ما هي دوما بالمرصاد للابتكارات ، بقدر ما تبدي في النفس الوقت مقاومة شديدة للتغييرات التي تُفرض عليها من الخارج. وعليه ينبغي أن تراهن عملية التحسين على مبادرات أهل المهنة.

توجه 6 - تطوير وتفعيل نظم معلومات متكاملة، شفافة ومندمجة تضمن القيادة الرشيدة والتسيير الناجع والمتابعة والمراقبة والمساءلة

المعلومات المطلوبة في كل المستويات : فهي مطلوبة لاسناد قرارات رصد التمويلات (المستوى الكلي أو الشامل)، وتنظيم الرعاية الصحية (المستوى الأوسط) والرعاية السريرية (المستوى الأصغر). غير أن المعلومة حاليا مجزأة ، سيئة الترويج والنشر ، صعبة المنال والنفاد ومحدودة الاستخدام. لذا ، فمن الضروري تدعيم المعلومة وارساء نظم معلومات متكاملة وشاملة قادرة على توفير معلومات موثوقة ودقيقة تتيح في الآن نفسه ، الاستناد على أهداف الأداء ، عند رصد الإعتمادات والموارد للمستشفيات ، وتمكين الميسيرين والأطباء من تحسين الخدمات والرعاية الصحية في مؤسساتهم. وسيكون من المفيد جدا الاعتماد على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في نقل وتبادل المعلومات ، وتسهيل النفاذ إليها في الوقت المناسب وضمان الاستمرارية في استخدامها وتفاعل المستفيدين معها. وكلها عناصر ميسرة للحوكمة الرشيدة.

توجه 7 - تعزيز المكاسب وتحديث السياسة الدوائية المحلية

تمثل السياسة الدوائية عنصرا أساسيا من عناصر السياسة الصحية. ولما كان الدواء منتجا يُصرف عن طريق وصفة طبية ، فإن السلطات العمومية مطالبة بتنظيم قنوات توزيعه وضمان فاعليته وسلامته وجودته وكذلك ضمان إمكانية الحصول عليه وترشيد استخدامه. وتمثل التوجهات الرئيسية لهذه السياسة فيما يلي:

- إعادة هيكلة النظام الدوائي
- وضع بنك معلومات شفاف للصرّف في الأدوية على المستوى الوطني والجهوي والمحلي
- توطيد وتطوير صناعة الأدوية ومواصلة تحكّم الدولة ، من خلال الصيدلية المركزية للبلاد التونسية ، في استيراد الأدوية ؛
- تحديث وتطبيق التشريعات المرتبطة بالصيدلة والحوكمة في مجال الأدوية ؛
- تعزيز نظام ضمان جودة الأدوية ؛
- مراجعة وتحديث قائمة الأدوية الأساسية ؛
- إحداث إختصاصات جديدة في اقتصاديات الصحة وبصفة خاصّة في مجال الدواء
- وضع خطة عمل لتعزيز الاستخدام الرشيد للأدوية ؛
- مراجعة آليات توزيع الأدوية (تعزيز الميزانية المخصصة للأدوية ، مع إيلاء الأولوية لهياكل الخط الأول بالقطاع العمومي وضع دليل إجراءات لمسار المواد الصيدليّة) ،

الفرص والمخاطر المحدقة عند التنفيذ

تتيح التوجهات الجديدة للدولة ، في سياق الانتقال الديمقراطي ، والهادفة الى تعزيز الحوكمة في جميع المجالات ، فرصة ذهبية لتعزيز الحوكمة الرشيدة في المنظومة الصحية فيما يتعلق بمشاركة المواطنين ، واللامركزية ، وتعزيز الشفافية ، ومكافحة الفساد والخضوع للمساءلة من قبل العموم.

على أن هذا السياق الانتقالي ينطوي على مخاطر ترتبط بطغيان «المطلبية» على المشهد العام. هذا هو إذا ، السياق الذي ستندرج فيه كل عملية إصلاح للمنظومة الصحية - وخصوصا صلاح حوكمتها. لذا ، فمن الضروري أخذ ذلك بعين الاعتبار ، صراحةً ، عند البحث عن سبل الإصلاح المقبولة والواقعية التي تستفيد من الفرص المتاحة وتحّد من المخاطر المحدقة.

الخاتمة

شارفت التجربة الأولى للحوار المجتمعي حول السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية على نهايتها. وستتوج بندوة وطنية يحضرها بحضور جميع الفاعلين في المنظومة الصحية وهم ممثلو السكان وممثلو أهل المهنة والخبراء ، وللمرة الأولى ، الفاعلون السياسيون. فما هي الدروس التي يمكن أن نستخلصها من هذه التجربة في هذه المرحلة ؟

يتعلق الدرس الأول بالعملية ذاتها : فمنذ انطلاق التفكير حول ما إذا كان من المفيد والمناسب إجراء مثل هذا الحوار ، ارتفعت العديد من الأصوات ، حتى من بين المدافعين المتحمسين عن الصحة العمومية ، مُعربة عن شكوكها حول جدوى هذه المقاربة ، وذلك بحجة أن صياغة سياسة واستراتيجية للصحة هي من مشمولات المتخصصين والخبراء ، وأن الحوار لن يأتي بأية قيمة مضافة. وعلى الرغم من ذلك كُلت العملية بالنجاح ، إذا ما استثنينا بعض التأخير الذي يُعزى إلى تعقيد تنظيمها ، وأسفرت عن نتائج عالية الجودة ، كما يتضح ذلك من خلال الوثيقة التي بين يدينا والوثائق المُرفقة بها.

ويتعلق الدرس الثاني بالجوهر: فقد لاحظنا ، وهي ملاحظة لا تخلو من بعض المفاجأة ، النضج الكبير الذي يتحلى به السكان. وتجلّى هذا النضج في الوضوح الذي طبع تحليل الوضع ونوعية المقترحات المقدمة من طرف ممثلي السكان ، بصرف النظر عن بعض الطلبات الملحة وبالتالي الشرعية ، حيث أظهروا وعياً كبيراً بالتحديات والمعوقات ، بعيداً عن أي شعبية ، في معظم الأحيان. وفي هذا السياق ، من المثلى للصدر ملاحظة الدرجة العالية من الانخراط والالتزام التي أبداهها المواطنون واستعدادهم لتحمل نصيبهم من المسؤولية في تحسين حالتهم الصحية - من خلال التعبير عن استعدادهم لتحمل قسطهم من تمويل الصحة - وفي تحسين شروط حفظ الصحة العامة ، واعتماد أنماط عيش صحية ، والحفاظ على التراث والتركيز القوي على تعزيز الصحة والارتقاء بها.

ويتمثل الدرس الثالث في إجماع المشاركين في الحوار على القيم التي ينبغي أن تقود عملية وضع استراتيجيات وخطط تنمية القطاع الصحي ، وعلى وجه الخصوص ، قيم التضامن والإنصاف والمساءلة والنجاعة.

في ضوء هذه الدروس ، من الواجب عدم تخيب الآمال التي أعرب عنها المواطنون فيما يتعلق بأن تؤخذ مقترحاتهم ، المتعلقة بصياغة السياسات والاستراتيجيات الصحية المستقبلية ، بعين

الاعتبار وكذلك الأمل في أن لا يؤول كل هذا العمل ، كما يخشى البعض ، الى وثيقة من بين الوثائق العديدة ، تحفظ في أدراج المكاتب. وعليه يمكن القول بأن الكرة هي الآن في ملعب السياسيين وغيرهم من أصحاب القرار الذين يتعين عليهم ، دون اعتبار أن آليات التنفيذ قد تختلف باختلاف المعتقدات السياسية لهذا أو لذاك ، احترام القيم والخيارات السياسات والتوجهات الاستراتيجية ، التي تم التعبير عنها بكثير من الوضوح والدقة من قبل السكان خلال هذا الحوار.

أخيرا ، أملنا أن لا يتوقف الحوار مع نهاية هذه المرحلة التي تعنى بوضع السياسات والاستراتيجيات والخطط ، وأن يتواصل بما يتيح إشراك الجمهور في الاختيار النهائي للمشاريع وتنفيذها و تقييم أثرها على المنظومة وعلى الحالة الصحية للسكان.

نور الدين عاشور

حظي الحوار المجتمعي بالدعم التقني والمالي في إطار
البرنامج المشترك للإتحاد الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية
«التغطية الصحية الشاملة»