صحتنا
حق
ومسؤولية

الحوار المجتمعي

حول السياسات والإستراتيجيات والمخططات الوطنية للصحة

لنسلك الطريق معا
من أجل تغطية صحيّة شاملة

مشروع السياسة الوطنيّة للصحّة في أفق 2030

قائمة المحتويات

ملخّص تنفيذي لمشروع السياسة الوطنيّة للصحّة..3
بيان الندوة الوطنية للصحة، 27 جوان 2019..5
توصيات لجان تحكيم المواطنين في الندوة الوطنية للصحّة المنعقدة في 27 جوان 2019..........................7
1. مقدمة..8
2. منظومة صحيّة في أزمة..8
3. الرؤية في أفق 2030 للتغطية الصحية الشاملة..11
4. الخيارات الاستراتيجية لتحقيق الرؤية في افق 2030......................................12
5. جعل المنظومة الصحيّة قادرة على العمل من أجل التغطية الصحية الشاملة...............13
1.5. جعل المواطن في قلب المنظومة...13
2.5. جعل الوصول إلى الخدمات الصحية أكثر إنصافا...14
3.5. ضمان حماية صحة المواطنين...15
6. ثلاثة مفاتيح للتغيير الناجح...16
1.6. ضمان تعديل الأبعاد المختلفة للتغطية الصحية الشاملة.......................................16
2.6. تعزيز الشفافية ومكافحة الفساد...17
3.6. جعل المواطن فاعلا وشريكا من أجل الصحّة..17
7. التغييرات المنتظرة..17
8. مقاربة التنفيذ...18
9. الأهداف وطرق المتابعة..20
1.9. المضيّ قدما نحو التغييرات والنتائج النوعية المتوقعة.......................................20
2.9. الاهداف الخاصة بالحالة الصحية للسكان..20
3.9. طرق المتابعة...21
10. الجداول...22
11.الملحقات...35
12.مسرد..41
13.المراجع...47

قائمة الرسوم البيانيّة

رسم بياني 1 : الخيارات الاستراتيجية ومفاتيح النجاح..12
رسم بياني 2 : صحة العائلة والجوار..13
رسم بياني 3 : منظومات الحماية المالية ضد المخاطر الصحيّة – معطيات 2017...................15
رسم بياني 4 : التدخلات الرئيسية حسب دورة الحياة...16
رسم بياني 5 : أبعاد التغطية الصحيّة الشاملة والقيم التي تؤطّر تلبية الاحتياجات..................17

قائمة الجداول

جدول 1 : الآثار وأدوات التنفيذ..22
جدول 2 : من أجل المصداقيّة في بدء تنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة..............................27
جدول 3 : التغييرات المنتظرة..29
جدول 4 : أهداف السياسة الوطنيّة للصحّة..33

ملخّص تنفيذي لمشروع السياسة الوطنيّة للصحّة

تشهد المنظومة الصحيّة منذ عقدين من الزمن تراجعا في الأداء حيث انها تمر بأزمة خطيرة ودائمة تزداد مظاهرها حدّة يوما بعد يوم. ومن شأن هذه الأزمة أن تضعف المكاسب وتعمّق الفوارق الاجتماعية والجهويّة في الحصول على خدمات صحيّة جيدة. يضاف إلى ذلك ما تتميّز به هذه المنظومة من تعدّد في السرعات، نتيجة الازدواجية والتعقيد واللامساواة في تقديم الخدمات. بين قطاع عموميّ يعاني من محدودية الموارد، في ظلّ ضغوط متزايدة لضمان مهمّته كمرفق عامّ، وقطاع خاص سريع النمو يتعذر لعدد هام من المواطنين الانتفاع بخدماته لأسباب مالية وجغرافيّة، وهكذا يُستبعد جزء كبير من السكان من الحصول على رعاية صحيّة جيدة.

الحماية المالية ضد المخاطر الصحية غير كافية ومجزأة، وذلك في ظلّ الانحرافات عن مبدأ التضامن بسبب تعدد القطاعات والإقصاء، حيث أنّ حوالي مليوني تونسي لا يستفيدون من أي شكل من أشكال للحماية المالية ضد المرض ويتم دفع 38 ٪ من النفقات الصحية الحالية من جيوب العائلات دون إمكانية استرجاع المصاريف، مما يتسبب، في تخلي البعض عن العلاج وتفقير البعض الآخر.

منظومة صحيّة لا تزال موجهة نحو الرعاية العلاجية، لكنها تركز قليلاً أو لا تركز على الشخص في جميع أبعاده. وذلك من خلال تهميش العناية بالصحّة والوقاية ممّا جعل التحدي المتمثل في زيادة عبء الأمراض غير السارية، سواء من حيث معدلات المرض أو العبء المالي، لم يجد الاستجابة المناسبة، لاسيما فيما يتعلق بحماية الصحّة، باعتبارها من واجبات الدولة.

القصور في مجال التوجيه والتعديل والتمويل والمشاركة التي لا تسمح بتكييف المنظومة الصحيّة، التي أصبحت أكثر تعقيدًا وغموضا، لمتطلبات التطور السريع ولا بمراعاة تطلعات المواطنين والمهنيين. كما أنّ عدم تناسق العلاقات داخل المنظومة فهو يؤدي إلى ترسيخ الفساد، وغياب أو سوء معالجة تضارب المصالح وأوجه القصور المتعددة.

شعور المواطن بالضياع في ظلّ هذا النظام المعقد والغامض مما يدفعه إلى الشعور بالإحباط، وسوء الفهم المؤدّيان إلى عدم الثقة، وحتى الريبة من النظام الصحي. وتعتبر أزمة الثقة بين المواطنين والمهنيين خطيرة للغاية لدرجة يمكن أن يصل فيها الأمر، في غياب السلطة والإجراءات الإصلاحية الشجاعة، إلى أشكال من عدم شرعية الدولة وانهيار المرافق العموميّة.

يستند **مشروع السياسة الوطنيّة للصحّة** إلى الرؤية في أفق 2030 للتغطية الصحية الشاملة. وقد تمّ إعداده كجزء من المرحلة الثانية من الحوار المجتمعي بشأن السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية، في أعقاب عملية تشاركية وشاملة.

إن **الرؤية**، الطموحة والواقعية، مستوحاة من القيم العالمية لحقوق الإنسان التي ستسمح للجميع بالحصول على فرص عادلة لتعزيز صحتهم ورفاههم في خدمة التنمية المستدامة بالبلاد.

خمسة خيارات استراتيجية هيكليّة ستمكّن السياسة الوطنيّة للصحّة من إرساء منظومة صحيّة قادرة على بلوغ التغطية الصحية الشاملة:

جعل المواطن في قلب اهتمامات المؤسسات ومهنيّي الصحّة:

- **جعل صحّة العائلة والجوار** البوابة الرئيسيّة ومحور منظومة الرعاية الصحية من خلال الاستفادة من التطورات في مجال تكنولوجيات الاتصال. وذلك عبر تنسيقها لمسارات الرعاية الصحيّة لتحسين الاستمرارية وتعزيز الفعالية والكفاءة الشاملة للمنظومة.
- **جعل حزمة من الخدمات الأساسية** متاحة ومتكيفة مع احتياجات كل شخص خلال كامل دورة الحياة. مع الحرص على أن تكون هذه الخدمات غير مكلفة للمواطن ومستدامة من قبل المنظومة الصحيّة.

جعل الوصول إلى الرعاية الصحية أكثر إنصافًا:

- **توحيد المنظومة القاعديّة** بحيث يمكن توفير نفس الحماية المالية العادلة لأي مواطن. ويتم تمويلها من خلال توسيع قاعدة المساهمات الاجتماعية وزيادة الموارد الجبائيّة. وذلك بالإضافة إلى إمكانية تطوير أشكال من التأمين التكميلي على أن لا يخلّ ذلك بالمنظومة القاعديّة
- **تمكين القطاع العام من الوسائل اللازمة** للاضطلاع بمهامه كمرفق عموميّ نظرا للتكاليف الإضافية التي يستوجبها الالتزام بالمساواة، والتكوين والبحث وهكذا تتمّ معالجة أشكال التفاوت في الحصول على رعاية صحيّة جيدة.

إعطاء الرعاية الصحية الأهمية الحيويّة المطلوبة:

- **حماية صحة المواطنين** من خلال دفع السلطات الحكومية لتحمل مسؤولياتها عبر المراعاة الفعليّة لموضوع تعزيز الصحة في السياسات العامة وإنشاء هيئة تنسيق عليا فعّالة متعددة القطاعات.

إعطاء السلطات الصحية التفويض والأدوات والوسائل لتحسين إدارة وتعديل كامل القطاع الصحي، العمومي والخاص:

ثلاثة مفاتيح للنجاح ستمكّن من إدارة وتعديل القطاع الصحي بأكمله، العمومي والخاص، وتعزيز المشاركة:

- **ضمان التعديل الفعّال** الذي يعطي الأولوية لخفض النفقات المباشرة للعائلات، وتوسيع نطاق التغطية الصحية لجميع السكان دون استثناء، وضمان المساواة في الوصول إلى مجموعة من الخدمات الأساسية، والتكامل والتعاون بين القطاعين العام والخاص لتحقيق أهداف الصحة العموميّة؛
- **تعزيز الشفافية ومحاربة الفساد** عبر الحد من عدم التناسق الحالي بين المواطنين والمنظومة الصحيّة من خلال أكثر شفافية حول الظروف المحيطة بالخدمات الصحيّة؛ عن طريق إنشاء آليات تشاركية لتحسين معالجة تضارب المصالح ولتحديد التدابير الملموسة لمنع وتصحيح السياقات الملائمة للفساد أو المؤدية إليه؛
- **جعل المواطن فاعلاً وشريكاً من أجل الصحة**: فمشاركته حاسمة في تولي مسؤولية صحّته، سواء كان ذلك داخل المؤسسات الصحية فيما يتعلق بتعزيز الصحة وتوفير العلاج أو في إدارة المنظومة الصحيّة وحوكمتها واختيار السياسات.

> ستساهم جميع الخيارات الاستراتيجية ومفاتيح النجاح بشكل مباشر في فعالية المنظومة الصحيّة ومقبوليتها وكفاءتها. وستتم تعبئة الموارد الماليّة الإضافيّة اللازمة من خلال زيادة تدريجية في النفقات العموميّة على الصحة بنسبة 1.5٪ من الناتج المحلي الإجمالي بحلول عام 2030.

إنّ **تنفيذ مشروع السياسة الوطنيّة للصحّة** سيجعل المواطن أكثر ثقة في المنظومة الصحيّة وسيمكّنه من حماية أفضل لصحّته، كما أنّه سيجعل العاملين في القطاع الصحّي يعملون في إطار من الثقة والحماس، فضلا عن بناء منظومة صحيّة أكثر إنصافا وشمولا وأكثر كفاءة، مما يساعد على الحد من الفوارق الجهويّة والاجتماعية.

يجب دعم المقاربة المتبعة في تنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة من خلال التزام سياسي قوي من جميع الأطراف المعنية، التي تعتبر مشاركتها في إجراءات التنفيذ أمرًا بالغ الأهمية. ويعد التكامل والتآزر بين الخيارات المختلفة ضرورية لتطبيق السياسة الوطنيّة للصحّة. وسيتم قياس مصداقية الالتزام من خلال التنفيذ الفعال للأحكام ذات الأولويّة المشتركة بين الخيارات الاستراتيجية المختلفة. كما توجد مداخل مقترحة من أجل انطلاقة فعّالة. وسيتم تنقيحها واستكمالها أثناء التخطيط الاستراتيجي، وسوف تساعد التطورات الأولى في التغلب على العوائق التي ستواجهها التغييرات بسبب حالة الجمود والمواقع المريحة.

> **ضبطت السياسة الوطنيّة للصحّة أهدافا لسنة 2030**، والتي هي جزء لا يتجزأ من أهداف التنمية المستدامة، والمتمثلة في:
>
> - معدلات الأمراض؛ من خلال خفض معدل وفيات الأمهات إلى 18.7 لكل مائة ألف ولادة حية (44.8)[1] ؛
> - عوامل الخطر؛ بالحد من انتشار السمنة لدى أولئك الذين تزيد أعمارهم عن 15 سنة إلى 20 ٪ (26.2)؛
> - أداء منظومة الرعاية الصحية؛ عبر التكفل بـ 40 ٪ من مرضى ارتفاع ضغط الدم المتوازن (24.3 ٪)؛
> - الحصول على رعاية صحيّة جيدة؛ من خلال الوصول إلى نسبة 60 ٪ من السكان الذين يقطنون على بعد أقلّ من نصف ساعة من مركز معتمد للرعاية الصحيّة الأساسيّة (0 ٪)؛
> - الحماية المالية من المرض؛ تأمين 100 ٪ من السكان المشمولين بالمنظومة الأساسية الموحدة (83.2 ٪) وتخفيض النفقات المباشرة للعائلات إلى نسبة 25 ٪ على النفقات الصحيّة غير المسترجعة (38 ٪)؛
> - استدامة نظام صحي عادل وعالي الجودة؛ من خلال رفع النفقات العموميّة للصحة إلى 6٪ (4.4٪).

تعتزم السياسة الوطنيّة للصحّة القيام بمراجعات دورية للتقدم المحرز. ويُنتظر أن تكون تشاركيّة وشاملة، بناء على تجربة الحوار المجتمعي. ومن المقرر إجراء تقييمين شاملين (2024 و2028). وقد تم التأكيد على الحاجة إلى إشراك المواطنين لتحسين إعلامهم بالقضايا الرئيسية أو الخيارات في سياق تنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة.

---

[1] بين قوسين: آخر المعطيات المعروفة عن الوضع

بيان الندوة الوطنية للصحة، 27 جوان 2019

إنّ المشاركين في الندوة الوطنية للصحة المنعقدة يوم 27 جوان 2019 والتي تختتم أعمال المرحلة الثانية للحوار المجتمعي حول السياسات والاستراتيجيات والمخططات الوطنية للصحة،

استنادا إلى:
- الدستور التونسي الذي يكرّس الحق في الصحة، والبيئة السليمة والحماية الاجتماعية؛
- أهداف التنمية المستدامة؛
- الكتاب الأبيض وتوصيات المرحلة الأولى من الحوار المجتمعي.

يعاينون أنّ:
- النظام الصحي بجزأيه العمومي والخاص في وضع خطير يهدد الإنجازات التي تحققت على مدى عقود؛
- الأزمة تفاقمت بسبب الجمود ومقاومة التغيير من قبل مجموعات المصالح، في سياق اجتماعي واقتصادي غير ملائم؛
- الفجوة قد اتسعت بين ما يقدّمه النظام الصحي وما ينتجه وبين انتظارات المواطنين؛
- فقدان الثقة بين المواطنين ومهَني الصحة والسلطات الصحية يضعف أسس نظام الرعاية الصحية.

يعتبرون أنّ إصلاح النظام الصحي قد أصبح ضروريا لتلبية متطلبات التضامن والإنصاف والجودة والاستجابة والمشاركة والاستدامة بما يتجاوز التدابير التصحيحية العاجلة والآنية؛

وتجدر الإشارة الى أنّ الحوار المجتمعي في مرحلته الثانية قد استمر في جوّ من الانصات اليقظ والمشاركة الشاملة وتكاثفت جهود مواطنين ومهنيين من جميع جهات البلاد للمساهمة في وضع **مشروع السياسة الصحية الوطنية في أفق 2030**.

- ويرتكز هذا المشروع على رؤية مشتركة للتغطية الصحية الشاملة
- تونس التي تتاح فيها للجميع خدمات جيدة وآمنة ووجيهة ولا تسبّب كُلفتها عائقا ماليا للأسرة؛
- تونس التي تعمل فيها السلطات الصحية والمواطنين جنبا الى جنب لحماية الأسرة والمجتمع من العوامل البيئية والسّلوكية والاجتماعية التي تعرّض صحتهم للمخاطر؛
- تونس التي يعود فيها مناخ الثقة والاحترام المتبادلين بين المواطنين ومهني الصحة والسلطات الصحية.

ويتضمن هذا **المشروع** خيارات استراتيجية مُهَيْكلة ومفاتيح للنجاح من أجل الخروج من الأزمة وإحراز تقدم حاسم نحو التغطية الصحية الشاملة، من خلال:

- **إدراج المواطن في قلب اهتمامات المؤسسات ومهني الصحة:** بجعل صحة الأسرة والجوار بوابة النظام الصحي ومحوره، بحيث يُضْمَن حصول كل شخص على مجموعة من الخدمات الأساسية التي يحتاجها؛

- **جعل الرعاية الصحية متاحة بأكثر إنصاف:** بوضع نظام قاعدي موحّد يُوفّر نفس الحماية المالية لجميع السكان؛ وبتصحيح أوجه عدم المساواة بمنح القطاع العمومي الوسائل اللازمة للإيفاء بمهام المرفق العمومي التي يضطلع بها في ضوء مسؤولياته الحصرية لضمان الانصاف وتعزيز التكوين والبحث العلمي والابتكار في ميدان الصحة؛

- **ضمان حماية صحة المواطنين:** من خلال التزام السلطات الحكومية بتحمّل مسؤولياتها في النهوض بالصحة وحمايتها في إطار السياسات العمومية، اعتمادا على هيئة متعددة القطاعات للتنسيق الفعال.

- **تمكين السلطات الصحية من الصلاحيات والأدوات والامكانيات لتعديل كامل القطاع الصحي، العمومي والخاص:** تعديل مُكَثَّفٌ يعطي الأولوية لخفض الإنفاق المباشر للأسر ولتوسيع نطاق التغطية الصحية لكل السكان دون اقصاء، ويضمن المساواة في الحصول على مجموعة من الخدمات الأساسية والتكامل والتعاون بين القطاعين العمومي والخاص لتحقيق أهداف الصحة العامة؛

- **مكافحة الفساد والاستغلال المالي للمرضى**: عن طريق الحد من التباين وعدم التوازن القائم بين المواطنين والنظام من خلال مزيد من الشفافية حول الظروف المحيطة بالخدمات وعن طريق آليات تشاركية لتحسين إدارة تضارب المصالح وتحديد تدابير ملموسة للوقاية ولتصحيح الظروف الحساسة للفساد أو التي تفضي له؛

- **جعل المواطن فاعلاً وشريكاً من أجل الصحة**: مشاركته أمر حاسم في التكفل بصحته وفي المؤسسات المحلية المهتمّة بتعزيز الصحة وتقديم الرعاية وفي الخيارات السياسية وإدارة النظام الصحي وحوكمته.

ويرى المشاركون في الندوة الوطنية للصحة أنّ **مشروع السياسة الصحية الوطنية في أفق 2030** واقعي ويمكن تجسيمه. وستخلق الإرادة السياسية القوية والتزام جميع الأطراف المتدخلة الظُّروفَ الملائمة لاستعادة عقد الثقة بين المواطنين ومهني الصحة والسلطات الصحية، والتي تمكّن من الممارسة الفعلية للحق الدستوري في الصحة. ولن يَحْدُثَ هذا بدون تغييرات عميقة: في الطريقة التي تُنفِّذُ بها السلطات الصحية مسؤولياتها، في طريقة ممارسة المهن الصحية وفي مدى انخراط المواطنين والتزامهم بصحتهم.

كما ينادي المشاركون في الندوة الوطنية للصحة الحكومة وجميع الأطراف المتدخلة، كلٌ فيما يهمّه:

- بالالتزام، في جهد مشترك، بالعمل على تنفيذ مشروع السياسة الصحية الوطنية وإطلاق عملية التشاور بشأن الآليات التي تمكّن من بلوغ ذلك؛
- بالإسراع في اتخاذ التدابير ذات الأولوية لتهيئة الظروف التي تفضي الى بدء التنفيذ الفعلي؛
- بترجمة الإصلاحات التي يقترحها المشروع إلى إجراءات وتدابير وأخذها في الاعتبار في التخطيط الاستراتيجي؛
- بإدامة الحوار المجتمعي كآلية تشاركية لحوكمة الصحة ولرصد تنفيذ السياسة الصحية الوطنية؛
- سنّ قانون أساسي للصحة يُكَرّس **السياسة الوطنية للصحّة في أفق 2030.**

توصيات لجان تحكيم المواطنين في الندوة الوطنية للصحّة المنعقدة في 27 جوان 2019

يشرفني أن أقدم لكم، باسم لجان تحكيم المواطنين التي شاركت في مختلف مراحل الحوار المجتمعي، توصياتنا حول السياسة الوطنية للصحة.

وقد تمّ عرض ومناقشة مشروع السياسة الوطنية للصحة خلال الاجتماع المنعقد بالحمامات بتاريخ 20 جوان 2019. ولقد ناقشنا، بصفتنا لجان تحكيم المواطنين، التغييرات المتوقعة وعناصر نجاح التنفيذ وكذلك طرق متابعة السياسة الوطنية للصحة. وقد كنّا قد شاركنا سابقا، في سياق المواعيد الجهوية (فيفري – مارس 2019)، مع مواطنين آخرين ومهني الصحة وجمعيات من المجتمع المدني، في مناقشة واثراء الرؤية والخيارات الاستراتيجية التي تمثل جوهر السياسة الوطنية للصحة.

وفي هذا الإطار، حدَّدْنا في البداية **النقاط الأساسية للسياسة الوطنية للصحة** ونسجّل بارتياح أن المشروع المُقدّم أخذ بالاعتبار المشاغل التي أعربنا عنها. وقد مكّنت النقاشات وتبادل الأفكار بين أعضاء لجان التحكيم أن يوصوا جميع الأطراف المتدخلة بجعل المواطن في قلب المنظومة الصحية من خلال تأمين المشاركة النشطة وضمان تلبية حاجياته. كما نوصي كذلك بإرساء التغطية الصحية الشاملة كعنصر أساسي للسياسة الوطنية للصحّة لضمان الاتاحة العادلة لمجموعة من الخدمات الأساسية من خلال إنشاء نظام تغطية مُوحّد يضمن التغطية للجميع. وندعو كلّ المتدخلين والحكومة بالخصوص الى اسناد السياسة الوطنية للصحة بتدابير اللامركزية والشفافية ومكافحة الفساد ودعم البحث العلمي وتطوير الكفاءات الفردية والجماعية.

أمّا فيما يتعلق **بالنتائج المنتظرة من السياسة الوطنية للصحة**، فإننا نطمح بأن تسمح لنا في نهاية المطاف كمواطنين ومهنيين صحيين بالتفاعل في مناخ من الثقة المتبادلة. وفي نفس الوقت يجب العمل على توفير ظروف الدافعية والتحفيز لمهني الصحة وأن يتحلى هؤلاء بأخلاقيات المهن الصحية. ونوصي أن تتضمن السياسة الوطنية للصحة مقاربة تُمَكّن من الحد من مصاريف المواطن المباشرة التي لا يمكن استرجاعها في سياق سداد كلفة الرعاية والعلاج. وفي هذا الإطار، نوصي بالتزام الدولة بإنجاز مخرجات الحوار المجتمعي حول الصحة وإدامته من خلال بعث هيئة للغرض.

كما أنّه لا يمكن **تنفيذ السياسة الوطنية للصحة** وبلوغ أهدافها دون وجود إرادة سياسية حقيقية وهو ما نشدّد عليه مرّة أخرى. نعتقد أن هذا النجاح يعتمد على تدعيم الثقة بين مستعملي المرفق الصحي والمنظومة مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصيات كل جهة. كما يتطلب مسبقا إدراج السياسة الوطنية للصحة في نصوص تشريعية وتنظيمية وكذلك إدراج الصحة في جميع السياسات والبرامج.

وبالنسبة **لطرق متابعة تنفيذ السياسة الوطنية للصحة**، نوصي بوضع خطة اتصالية لتوفير المعلومة والمراجع من أجل دعم الثقافة الصحية ضمن مبادئ الشفافية والتشاركية. وندعو الى دعم هذا التمشّي من خلال إنشاء هياكل متعددة القطاعات لرصد تنفيذ السياسة الصحية تشارك فيها المؤسسات والهيئات المهتمّة بالحوكمة وكذلك هيئات الرقابة.

وأخيراً، نؤكد أننا نعتمد اعتماداً كبيرا على التزام جميع المتدخلين والحكومة بالخصوص بتفعيل السياسة الوطنية للصحة بقرارات متصلة بآليات تنفيذها بغاية ضمان استدامتها.

1. مقدمة

أمام الأزمة التي يشهدها النظام الصحّي في تونس، الذي يتميّز بالاتساع المتزايد للهوّة بين انتظارات المواطنين والدعوات إلى ضرورة تشريكهم إلى جانب الجهات المعنيّة الأخرى، مثّل الحوار المجتمعي بشأن السياسات والاستراتيجيات والخطط الصحية الوطنية فرصة لتقديم عناصر القرار، مع مراعاة انتظارات المواطنين

وقد أبرز تشخيص الوضع العديد من أوجه الفوارق الاجتماعية والجهويّة في الحصول على رعاية صحيّة جيّدة. وسلّط الضوء على الاخلالات التي تشهدها المنظومة الصحيّة، والتي أصبحت هيكليّة.

وأفضت الندوة الوطنية للصحة[2] المنعقدة في سبتمبر 2014 إلى إجماع وطني على الاتجاهات الاستراتيجية لإصلاح المنظومة الصحيّة. وقد تمّ التعبير عن هذا الإجماع في شكل بيان من أجل تجسيد الحقّ في الصحّة وإصدار كتاب أبيض تحت عنوان **"من أجل صحة أفضل في تونس: لنسلك الطريق معا"**.

أمّا التوصيات الرئيسية لهذه الندوة الوطنية فكانت:

- إعادة تركيز النظام الصحي حول المواطن من أجل تلبية انتظاراته المشروعة بشكل أفضل.
- الحدّ من أوجه التفاوت في المجال الصحّي والحصول على الخدمات الصحيّة الجيّدة والمضيّ قدما نحو التغطية الصحية الشاملة.
- إيلاء العناية بالصحة ما تستحقّ من الأهميّة من خلال العمل بفعالية قبل حدوث المرض ومضاعفاته.

وبالتالي، تهدف السياسة الوطنية للصحّة إلى الاستفادة من عملية تشاركية وشاملة تجمع مختلف الفاعلين في هذا المجال، بمن فيهم المواطنون.

- ومن خلال تفعيل المخرجات الرئيسية التي أفضت إليها المرحلة الأولى من الحوار المجتمعي (القسم 2)، اعتمدت السياسة الوطنيّة للصحّة على رؤية للصحة في أفق 2030 (القسم 3) وحدّدت الخيارات الاستراتيجية ومفاتيح نجاحها (الأقسام 4 و5 و6)، وذلك لإجراء التغييرات اللازمة (القسم 7).
- ويعتمد التنفيذ الفعال للسياسة الوطنيّة للصحّة على الالتزام السياسي لجميع الأطراف المتدخّلة، وخاصة منها الحكومة (القسم 8). وقد تم تحديد إجراءات متابعة لتقدّم الإنجاز (القسم 9).

2. منظومة صحيّة في أزمة

انجازات هامة في مجال التنمية البشرية، أضعفتها تحديات الجودة وأوجه التفاوت.

تم منذ الاستقلال إحراز تقدم كبير في مجال التنمية البشرية، وذلك بفضل سياسة اجتماعية ترتكز على التعليم والصحة والسكان وإدماج المرأة في الحياة الاجتماعية والاقتصادية. وقد ارتفع معدل الأمل في الحياة من 71.1 سنة 1992 إلى 75.9 سنة 2017.
من ناحية أخرى، يعاني مؤشر التنمية البشرية من تباطؤ في النموّ[3].
ولا تزال الفوارق الجهويّة والاجتماعية قائمة في مستويات التشغيل[4] والظروف المعيشية والدخل[5] والوصول إلى المرافق العموميّة ذات الجودة، بالإضافة إلى الحالة الصحية[6]. ويبدو أن البلاد تعاني من حالة ركود منذ 2011، وقد لحقت بها أو حتى تجاوزتها بلدان متوسطة الدخل[7].

---

[2] نظمت في الفترة من 2 إلى 4 سبتمبر 2014.
[3] كان مؤشر التنمية البشرية 0.459 سنة 1980، 0.569 سنة 1990، 0.653 سنة 2000، 0.716 في 2010 و 0.728 سنة 2015 و 0.735 سنة 2017.
[4] كان معدل البطالة سنة 1992، 16.8 ٪ وبلغ في الربع الأول من سنة 2019، 15.3 ٪ (المعهد الوطني للإحصاء).

متطلبات جديدة مرتبطة بالتحول الديمغرافي والوبائي.

سيكون سنُ واحد من كل خمسة أشخاص فوق 60 سنة خلال سنة 2036، مقارنة بما يقرب من واحد من 11 سنة 2004. وبالإضافة إلى الأخطار المرتبطة بالوحدة، فإن شيخوخة السكان لها عواقب وخيمة على الحالة الصحية للبلد وعلى وجه الخصوص على الثقل الكبير للأمراض المزمنة والإعاقة.

تعتبر الأمراض غير السارية[8] السبب في أكثر من 8 من أصل 10 وفيات مبكرة وتساهم في أكثر من 63 ٪ من تكاليف الرعاية الصحية الجارية في 2014. وهي تتفاقم بسبب عوامل الإختطار[9] المتعلقة بالخمول البدني، التلوث، استهلاك التبغ واتباع نظام غذائي غير متوازن، ولا سيما الأطعمة المالحة أو السكرية. في مواجهة هذه التحديات، تم وضع استراتيجيات وبرامج، ولكن تأثيرها لا يزال محدودا بسبب التجزئة التي شابت تنفيذها وأوجه القصور على مستوى التعاون.

نظام عمومي للصحة يفتقر إلى مسار واضح ويتجه نحو فقدان مكاسبه.

رغم التوزيع الجغرافي الجيد لهياكله الصحية، فإنّ القطاع العمومي يعاني من أوجه قصور كبيرة في استجابته لانتظارات المواطنين. فالخطّ الأول يبدو مهمشا. كما أن تامين الخدمات يقتصر على الفترة الصباحيّة، أما العيادات الطبيّة اليوميّة في مراكز الرعاية الأساسيّة فلا تتوفّر إلا في واحد من كل 5 مراكز[10].

تعاني المستشفيات الجهويّة من نقص في طبّ الاختصاص، أما المعدات المتاحة فهي غير متطابقة مع المهنيين المعيّنين. وتميل الزيادة في عدد المستشفيات إلى جعل التحدي المتمثل في الأداء الوظيفي الجيد أمرا صعب التحقيق وهو ما يعرّض السكان لمخاطر تتعلّق بسلامة الخدمات الصحيّة المقدّمة بسبب انخفاض مهارات المهنيين المتخصصين الناتجة عن انخفاض حجم الأنشطة المنفذة[11].

كما حادت المستشفيات الجامعية عن مهامها الأصلية كهياكل للخطّ الثالث وهي تعاني من أوجه القصور المتراكمة لدى بقيّة الخطوط.

وقد تفاقم الخلل في هياكل الصحة العموميّة، في ظل عدم وجود رؤية شاملة لنظام الرعاية الصحية، بسبب تضارب المصالح الناتج عن الانتماء المزدوج لفئات معينة من المهنيين (القطاعين العام والخاص)، ولا سيما في إطار النشاط الخاصّ التكميلي وعن طريق زيادة المهام الموكولة إلى المرفق العام[12]، دون تمكينه من الموارد الكافية. وقد ساهم التقليص في التزويد ونقص الإمدادات، إضافة إلى أوجه القصور في الحوكمة والإهمال في انتشار أشكال مختلفة من الفساد[13] . وقد أدى هذا الوضع إلى الإحباط وسوء التفاهم بين المواطنين والمهنيين، ليصل في بعض الأحيان إلى العنف المادي.

وأصبح هذا الوضع عائقا أمام تكوين الإطارات العليا وإنجاز البحوث، لمواكبة التطوّرات وملائمة نظام الرعاية الصحية وتكييفه مع المتطلبات الجديدة.

قطاع خاص أكثر استجابة ولكنه مركز في المناطق المقتدرة.

شهد هذا القطاع نموا سريعا[14] ومطّردا على مدى العقدين الماضيين. وقد ساهم الطلب الخارجي[15]والتخفيف من الأحكام المنظّمة، خاصة فيما يتعلق بالمعدات الرئيسيّة والتكنولوجيات المتطورة، في تطوير هذا القطاع[16] . من حيث المعدات الرئيسيّة، ممّا جعله أفضل بكثير من القطاع العام[17].

---

5 في سنة 2015، كانت نسبة الفقر 15.2 ٪ والفقر المدقع و5 ٪ (المعهد الوطني للإحصاء).

6وصل معدل وفيات الأمهات إلى ضعف المعدل الوطني فيبعض المناطق الداخلية من البلاد.

7من دول في المغرب العربي والشرق الأوسط وكذلك تركيا.

8يتعلّق الأمر على وجه الخصوص بمرض السكري، وأمراض القلب والشرايين، والسرطانات، وانسداد الشعب الهوائية المزمن والأمراض العقلية. كشف بحث مسح الفحص الطبّي في تونس (THES) 2016 أن ما يزيد قليلاً عن واحد من كل ستة بالغين مصابون بمرض السكري (15.5٪) وأكثر من واحد من بين كل ثلاثة أشخاص يعانون من ارتفاع ضغط الدم (28.7٪).

9وأظهر هذا المسح أن 65٪ من البالغين يعانون من زيادة الوزن وأن 30٪ يعانون من السمنة المفرطة وأن التدخين يؤثر على أكثر من 30٪ من الشباب.

10خدمات مراكز الصحة الأساسية متوفرة في الفترة الصباحيّة فقط، و20٪ فقط من هذه المراكز تقوم بعيادات 6 أيام / 6 (منها أكثر من 60٪ في الولايات الساحليّة) بينما تقتصر 49 ٪ منها على تقديم عيادات ليوم واحد فقط / 6 (90٪ منها فيما يسمى بالولايات المحرومة).

11ترتبط أحجام النشاط والأنشطة التخصّصيّة بعدد السكان الذين تخدمهم البنية الاستشفائيّة. في معظم مناطق البلاد، يقطن السكان على بعد ساعة من المستشفى الجهوي الذي يقدم، أو هو قادر على تقديم، مجموعة من العلاجات الآمنة.

12ترتبط بالإجراءات الاجتماعية الجديدة للرعاية الصحية المجانية وإنشاء هياكل جديدة.

13بما في ذلك دفع مبالغ مالية بصورة غير رسمية، وبيع الوظائف الحكوميّة، والتغيب عن العمل، والرشوة، والفساد في التزويد، والسرقة وإساءة استخدام الممتلكات، والاحتيال وخيانة الأمانة.

14على سبيل المثال، عدد الأسرة في القطاع الخاص هو 6500. وقد تضاعف بأكثر من اثنين منذ عام 2010 وأكثر من ثماني مرات منذ عام 1987. ضعف هذه الأسرّة قيد الإنشاء (المصدر: وزارة الصحة).

15تمثّل الأنشطة المتعلقة بتصدير الخدمات الصحية 36٪ من مداخيل العيادات الخاصة.

16وهو قطاع يضمّ غالبية أطبّاء الاختصاص وثلاثة أرباع الصيادلة وأكثر من أربعة أخماس جراحي الأسنان في البلاد.

ورغم مساهمته الجزئيّة في سد الثغرات على مستوى الإتاحة والاستجابة في القطاع العام، فإنّ القطاع الخاص قد تركّز في المناطق المقتدرة، وخاصة الساحليّة، مما أدّى إلى تفاقم التفاوت الجهويّ في غياب الآليات التعديلية[18] لتوفير عرض عادل.

ويميل المؤمَنون اجتماعيا بشكل متزايد[19] إلى الخدمات المقدّمة في القطاع الخاص لأنّهم يجدون فيه اهتماما أكبر عند الطلب، حيثما كانوا، من حيث الإتاحة، والاستقبال وسرعة المواعيد. وهم يدفعون من جيوبهم معظم النفقات المرتبطة بهذه الخدمات مع ما يترتّب عن ذلك من آثار على التأمين على المرض والتأمينات الخاصة[20].

الازدواجية السائدة على حزمة الخدمات بين القطاعين العام والخاص

تبدو هذه الازدواجية ضمنيّة في القطاع العام، إذ تعتبر حزمة الخدمات هناك محدودة نتيجة التقسيط في التزويد ونقص الإمدادات بسبب القيود المسلطة على الميزانية، وسوء استخدام الموارد والمساهمة المحدودة التي يقدّمها الصندوق الوطني للتأمين على المرض.

ولكنّها تبرز بشكل واضح في القطاع الخاص - يحدد الصندوق الوطني للتأمين على المرض التدخلات والعلاجات المدعومة - مع أنّه لم يتمّ حصرها في إطار مرجعي للممارسات الجيدة للحد من الانزلاقات نحو الإفراط في العلاج الطبي[21] نظرا للبعد التجاري الذي يقوم عليه نشاطه. ففي القطاع الخاص، يتعين على المريض التعامل مع سقف مصاريف العلاج الذي يفرضه صندوق التأمين على المرض.

ولا يغطّي الصندوق الوطني للتأمين على المرض أنشطة الوقاية والعناية بالصحة مما يجعلها غائبة أو مهمشة في كلا القطاعين. كما أنّه لا يتم مراعاة تمكين المريض وارتباطه بالقرارات الطبية المتعلقة به[22]. واليوم، يجهل ستة مرضى من بين عشرة يعانون من ارتفاع ضغط الدم حالتهم. وبالنسبة لمرض السكري، فإنّه لم يتحقّق توازن نسبة السكر في الدم إلا لمريض واحد من بين أربعة. وتوضح هذه المعطيات أن الأداء من حيث العناية بالصحة والوصول إلى حزمة الخدمات الأساسية واستخدامها محدود (مسح الفحص الطبّي في تونس، 2016).

حماية مالية غير عادلة ومخاطر عالية من الإنفاق الكارثي.

رغم تعدد منظومات الحماية المالية ضد المخاطر الصحية، فإنّ حوالي مليوني تونسي لا تشملهم التغطية.

ويختلف الوصول إلى الخدمات الصحية وفقًا لمنظومة الحماية: ويحق للمستفيدين[23] من مجانية العلاج والتعريفة المنخفضة فقط الوصول إلى مرافق الصحة العموميّة ، في حين أن المؤمن الاجتماعي[24] لديه الخيار بين ثلاث منظومات تتيح له الوصول إلى مقدمي الخدمات في القطاع العام أو الخاص[25].

هذا بالإضافة إلى ما يتميّز به من تعقيد، فيما يتعلق على وجه الخصوص بطرق الدفع التي يحددها ومخاطر الفساد التي يمكن أن تتولد عنها، يكشف نظام التأمين الصحي عن حالات لخرق مبدأ التضامن.

كما تؤدّي المنظومة، بصيغتها الحالية، إلى التخلي عن تلقّي الرعاية الصحيّة اللازمة أو إلى دفع مصاريف مباشرة مرتفعة وغير مسترجعة. ولا تزال المساهمة المباشرة للعائلات في الإنفاق الصحي الحالي مرتفعة للغاية (38٪ سنة 2014) ولا تكاد تتوافق مع الطموح في تغطية صحية شاملة. وهي تتزامن مع ارتفاع كبير في النفقات الكارثية (ما يقارب من مائتي ألف شخص سنة 2014) وتفقير بسبب تلقّي العلاج الطبّي (أكثر من مائة ألف نسمة سنة 2014).

---

[17]سنة 2016: 82 ٪ من أجهزة تفتيت الحصيّات، 81 ٪ من أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي، و76 ٪ من الأجهزة المساعدة على الدورة الدموية خارج الجسم، و75 ٪ من الماسحات الضوئية، و72 ٪ من معدّات القسطرة.

[18]تعتبر الصيدليات الخاصة ومراكز غسيل الكلى استثناء، ذلك أنّها تتمتّع بآليّات تنظيمية معتمدة.

[19]ارتفعت نسبة المنخرطين في المنظومتين الخاصتين من 29 ٪ سنة 2008 إلى 46 ٪ سنة 2017 على حساب المنضوين تحت المنظومة العمومية.

[20]أما مصدر النفقات فهو على التوالي بمعدل 65 ٪ من ميزانية الأسر، و29 ٪ من الصندوق الوطني للتأمين على المرض، و6 ٪ من التأمينات الخاصة وذلك استنادا إلى أرقام وزارة الصحة لسنة 2014

[21]يهمّ الاتجاه نحو الإفراط في العلاج الطبي كلا من القطاعين العام والخاص وذلك في أنواع معينة من الخدمات الطبية، مثل الولادات القيصرية (43.2 ٪ مع 46.4 ٪ للنساء في المناطق الحضرية مقابل 37.7 ٪ للمناطق الريفية)، وهي نسبة بعيدة جدا عن الحدود القصوى البالغة 15 ٪ التي اقترحتها منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان في تقرير مشترك نشر في 1997. المصدر: مجموعة استقصاءات المؤشرات المتعددة 6، المعهد الوطني للإحصاء 2019

[22]المقاربة الطبية الحيوية أو الأبوية هي السائدة. عموما لا يُنظر إلى المريض من جميع أبعاده ولا شريكا لحل مشكلته الصحيّة.

[23]يوفر نظام AMG1 للمرضى من الفقراء العلاج المجانيّ في القطاع العام، ويوفر نظام AMG2 لضعاف الحال الحصول على العلاج في القطاع العام بتعريفة منخفضة.

[24]المنظومات الثلاث هي: القطاع العام، والقطاع الخاص (طبيب العائلة)، ونظام استرجاع المصاريف الذي يمكن للمريض فيه أن يختار مقدّم الخدمة ثم يسترجع المصاريف عن طريق التأمين وفقا لنسب متفق عليها.

[25]الرسم البياني 3: منظومات الحماية المالية ضد المخاطر الصحية - معطيات سنة 2017

قصور في دور الدولة

تؤثر المركزية المفرطة ونقص التجربة في إدارة نظام معقد بشكل متزايد بالإضافة إلى أوجه القصور في التعاون بين القطاعات على التزامات الدولة وقدرتها على وضع رؤية وسياسة وطنية تجعل من الممكن حماية الصحة وتلبية الانتظارات المشروعة الجديدة للمواطنين بشكل أفضل. ويبدو أن الإرادة و / أو الوسائل المناسبة عنصران تفتقر إليهما الموارد العموميّة (الضريبة والتأمين على المرض) حتى تقوم بدورها كقوة دفع تسمح لها بتغليب المصلحة العامة وتعزيز التكامل بين مختلف الأطراف الفاعلة والمؤسسات في تنفيذ المهام المنوطة بمرفق الصحة العموميّة.

وحسب تصورات السكان، فإن القطاع الصحي هو من بين القطاعات الأكثر عرضة للفساد[26].

ضرورة التغيير

لقد شهد مردود المنظومة الصحيّة تراجعا منذ عقدين. وتعتبر الأزمة خطيرة ودائمة مع بروز مظاهر حادة أصبحت وتيرتها في ازدياد. وهي تضرب بجذورها في الاختلالات والفوارق الاجتماعية والجهويّة التي شابت تطور المنظومة الصحيّة طوال هذه الفترة. وتوجد فجوة كبيرة بين التوقعات المشروعة للمواطنين وأداء هذه المنظومة. وينطبق ذلك بشكل خاص على إمكانية الحصول على رعاية صحيّة ذات جودة، والحماية المالية من مخاطر الأمراض والتفقير من خلال الإنفاق الصحي الكارثي. ويتعلق هذا الأمر بالاستغلال وعدم الامتثال من قبل مقدمي الخدمات عديمي الضمير أو أولئك الذين يغلّبون البعد التجاري في نشاطهم دون أيّ ضوابط. وينطبق ذلك أيضًا على حماية الصحة وتعزيزها نتيجة أوجه القصور في تنفيذ إجراءات الوقاية والأحكام المتعلقة بالإضرار بالصحّة، ومخاطر الكوارث والعناية بالصحّة. كما أنّ أزمة الثقة بين المواطنين والمهنيين خطيرة للغاية لدرجة يمكن أن يصل فيها الأمر، في غياب السلطة والإجراءات الإصلاحية الشجاعة، إلى أشكال من عدم شرعية الدولة وانهيار المرافق الصحيّة العموميّة.

إنّ الإجراءات الظرفيّة المحدودة المتّخذة بشكل استعجاليّ لم تغيّر الوضع. وقد حان الوقت لاتخاذ إجراءات شجاعة تُغلّب فيها المصلحة العامة، وحماية الانجازات والطموح المشروع في التغطية الصحيّة الشاملة، وذلك لإعطاء معنى ملموس للحقّ الدستوري في الصحّة.

3. الرؤية في أفق 2030 للتغطية الصحية الشاملة

> تُعرَّف التغطية الصحيّة الشاملة بأنّها: "وصول جميع السكان إلى ما يحتاجون إليه من الخدمات الوقائيّة، العلاجيّة والتأهيليّة وتلك المتعلقة بتعزيز الصحّة. وتتّصف هذه الخدمات بمستوى من الجودة يجعلها فعّالة، دون أن تثقل تكاليفها الماديّة الخاصة كاهل المنتفعين".

رؤية طموحة وواقعية، فهي تسمح لجميع المواطنين بأن يمارسوا، بكل ثقة، حقّهم في الصحّة وتحقيق الالتزام بتغطية صحيّة شاملة. الفرص متاحة بشكل عادل للجميع لتعزيز صحّتهم ورفاههم. ونظام رعاية صحيّة يستجيب للطلب ويوفّر علاجا آمنا، فعالا وذا جودة.

مهارات فردية وجماعية لفائدة الصحّة، يتمّ تطويرها وتجذيرها في المجتمع بما يساهم في إحلال المزيد من الاستقلاليّة، والمسؤوليّة والتعاون المثمر بين المواطنين ومهنيّي الصحّة، في القطاعين العام والخاص. بيئة سليمة وسلوكيات تساهم في حماية صحّة العائلة والمجتمعات المحليّة. محدوديّة تفشّي وحدوث المضاعفات الثانويّة للأمراض ذات العلاقة بعوامل الإختطار السلوكيّة والبيئيّة، والمحددات الاجتماعية للصحّة. وبفضل ما يتمتّعون به من صحّة جيّدة، يصبح السكان عاملا أساسيّا من عوامل التنمية المستدامة والشاملة.

مستفيدة من الالتزام السياسي والمجتمعي، استوحت الرؤية في أفق 2030 للسياسة الوطنيّة للصحّة مضمونها من قيم حقوق الإنسان، لا سيما احترام الكرامة والإنصاف والجودة والتضامن.

المواطن في قلب المنظومة الصحيّة، وذلك من خلال تمتّعه بخدمات صحيّة ذات جودة، تتمحور حول الفرد، في إطار مسار علاجيّ محدّد، ديناميكيّ ومتكامل. منظومة صحيّة أكثر إنصافا، تغطّي ترابيّا كافة السكّان، لتلبية حاجياتهم.

صحة المواطنين محمية بشكل أفضل، بفضل مراعاتها في جميع السياسات العامة والتغييرات السلوكيّة، الفرديّة والجماعيّة للصحّة.

منظومة صحيّة أكثر استجابة وكفاءة، مع مواطنين شركاء ومهنيّين متحمّسين ومتحرّرين.

الدولة ملتزمة مع مؤسساتها الديمقراطيّة الموحّدة واستراتيجياتها الملائمة، بتحقيق أهداف التنمية المستدامة. لا مركزيّة فعالة مع مناطق مجمّعة في مجموعات جغرافية كبيرة. يتمّ ضمان الشفافية والمساءلة والمشاركة في إطار القطاعات، ولا سيما الصحّة.

---

[26] مسح المعهد الوطني للإحصاء حول المصالح العموميّة، 2017.

الإرادة السياسيّة قويّة لدى جميع الجهات الفاعلة السياسية والاقتصادية والاجتماعية لتجاوز الخلافات وخلق الظروف اللازمة لتحقيق رؤية كاملة للسياسة الوطنية للصحّة. منظومة وطنيّة للصحّة، مكسب ثمين ومشترك، في منأى عن التجاذبات. وبفضل تقييمها الدوري، فإنّها ستكون متعالية على شكوك الأغلبيّات السياسيّة المتغيّرة واللوبيّات أو مجموعات الضغط. وسيتمّ دعم التقارب القويّ من أجل التغطية الصحيّة الشاملة والحق في الصحة من خلال إضفاء الطابع المؤسساتي على الحوار المجتمعي.

4. الخيارات الاستراتيجية لتحقيق الرؤية في افق 2030

لا يسمح الوضع الحالي للمنظومة الصحيّة بالاقتصار على الاستجابات العاجلة والظرفيّة. ومن مصلحة جميع الأطراف التعاون والعمل على إجراء تغييرات عميقة ضرورية للخروج من الحلقة المفرغة المتمثلة في القصور، والإحباط وانعدام الثقة من أجل تلبية توقعات السكان بشكل أفضل. إنّه إصلاح تدريجي ولكنه يعمل بكل تصميم على تنظيم عملية تقديم الرعاية والخدمات، وتمويلها وحوكمة المنظومة الصحيّة.

إنّ مجموعة الخيارات الاستراتيجية ومفاتيح النجاح، التي تستوجب قرارات سياسية كبرى، ضرورية لتحقيق الرؤية في افق 2030. لقد انبثقت عن عملية الحوار المجتمعي وخاصة من التوجهات الواردة في الكتاب الأبيض، وبيان الندوة الوطنية للصحة لسنة 2014، والملاحظات التوجيهية للمجموعات المواضيعية للمرحلة الثانية ، التي أثرتها توقعات ومخاوف المواطنين ومهنيّي الصحّة خلال الاجتماعات بين الجهات والاجتماعات الجهويّة في ولايات البلاد الأربع والعشرين[27] .

ولا تشكل الخيارات الاستراتيجية ومفاتيح النجاح، غير الجامعة ولا الحصريّة، أولويات شاملة وهيكليّة. وتتيح هذه الخيارات والمفاتيح، في إطار ديناميكية تشاركيّة، إمكانيّة القيام بفعالية بالتحولات الضرورية للمنظومة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويجب أن يأخذ التخطيط الاستراتيجي بعين الاعتبار الأبعاد المحددة و/أو العموديّة، التي يتم توجيهها بواسطة السياسة الوطنيّة للصحّة، لمعالجتها بشكل مباشر، وجعلها متناسقة مع هذه السياسة، وإن وجب الأمر، توضيحها لتحسين إجراءات الإصلاح التكميلية المستقبلية[28].

تشكّل كل هذه الخيارات الاستراتيجية ومفاتيح النجاح لبّ السياسة الوطنيّة للصحّة. وسوف تحدث تغييرات إيجابية حاسمة مع استجابة دائمة ديناميكية للمشاكل الرئيسية التي أبرزها تحليل الوضع. وترتبط الخيارات الاستراتيجية الخمسة بإعادة تنظيم المنظومة الصحيّة حول المواطن مع مراعاة حماية صحته بشكل فعال وكذلك مراعاة الإنصاف والتضامن والجودة في الوصول إلى الخدمات. إن مفاتيح النجاح الثلاثة هي: التعديل في سياق توجيه نظام متزايد التعقيد، والشفافية ومكافحة الفساد ومشاركة المواطنين (الشكل 1). وقد تم تجميع الآثار وأدوات العمل لتنفيذ الخيارات وتفعيل مفاتيح النجاح في الملحق (الجدول 1).

رسم بياني 1 : الخيارات الاستراتيجية ومفاتيح النجاح

---

[27]أتاحت سلسلة من 4 اجتماعات بين الجهات في جويلية سبتمبر 2018 اختبار الخيارات المختلفة. سمحت الاجتماعات الجهويّة التي تم تنظيمها في الولايات الأربع والعشرين بين فيفري ومارس 2019، بتوضيح اهتمامات ومقترحات المواطنين والمهنيين فيما يتعلق بالرؤية والخيارات الاستراتيجية المقدمة للمناقشة.
[28]يتعلق هذا الأمر بشكل خاص بتنمية الموارد البشرية والتقنيات الحيوية وتطوير استراتيجيات خاصة بمختلف المشاكل المتعلقة بالحالة الصحيّة للسكان بالإضافة إلى الآثار المترتبة على تمويل وإدارة وحوكمة النظام والقطاع

5. جعل المنظومة الصحيّة قادرة على العمل من أجل التغطية الصحية الشاملة

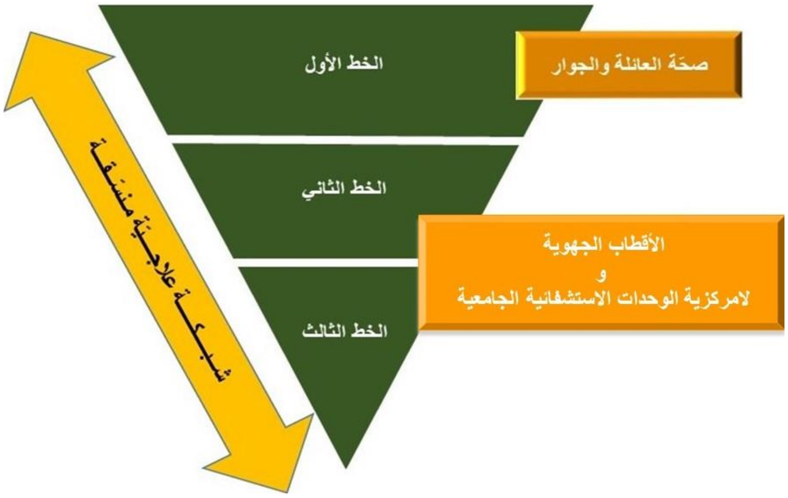
1.5. جعل المواطن في قلب المنظومة

إنّ التنظيم الحالي للقطاع الصحّي، العام منه والخاص، مبنيّ بشكل أساسي وفقًا لمصالح واحتياجات المهنيين والمؤسسات. وتهدف السياسة الوطنيّة للصحّة إلى إعادة تركيز هذا التنظيم لتحقيق هدفه الأساسي وهو تقديم رعاية جيدة وآمنة وذات صلة وفقًا لاحتياجات كل شخص مع احترام كرامته وإيلائه ما يستحقّ من الأهميّة. لهذا الغرض، يعتبر من الضروري جعل صحة العائلة والجوار محور المنظومة الصحيّة وضمان توفير مجموعة من الخدمات الأساسية عالية الجودة للجميع، تكون مركّزة على الفرد ولا تثقل كاهله بالمصاريف.

جعل صحة العائلة والجوار محور المنظومة الصحيّة

ستشكل صحة العائلة والجوار البوابة المميزة لنظام الرعاية الصحية (الرسم البياني 2) وسيتم تنظيمها كشبكة اتصال عن قرب تربط بين القطاعين العام والخاص. وسيستجيب فريق من المهنيين متعددي الاختصاصات[29] بطريقة متكاملة لاحتياجات السكان. وسوف يتعين عليه ضمان تنسيق مسار الرعاية على أساس معايير الممارسة الجيدة المعتمدة وبناء علاقات مرجعية كافية للحالات التي تتطلب استشارة أو عناية متخصصة. إن التقدم في تكنولوجيات الاتصال، وخاصة الطب عن بعد والرقمنة، وكذلك إمكانيات النقل، سيعزز طبّ الجوار بالإضافة إلى التعاون المثمر بين المهنيين لفائدة المريض. كما سيعزّز التوافر الفعال للأدوية وإمكانية إجراء الفحوصات الإضافية اللازمة من فعالية طبّ العائلة والجوار ويحد من الإحالة غير الضروريّة على مستويات الاختصاص. وسوف يقوم طبّ العائلة والجوار بتطوير ودعم أنشطة تعزيز الصحة من خلال مشاركة المواطنين والمؤسسات المحلية والمجتمعية. وحيثما كان ذلك ممكنًا، فإن الاختيار الحرّ لمسدي الخدمة سيبني الثقة بينه وبين المريض.

رسم بياني 2 : صحة العائلة والجوار



سيتمّ التشجيع على اعتماد طريقة طوعيّة في التنظيم على أساس كراس شروط[30] وذلك لتعزيز المراعاة الفعليّة للممارسات الجيّدة المعتمدة لصحّة العائلة والجوار. وقد تمّ تقديم اقتراحات في الملحق 1 بالنسبة إلى كراس الشروط.

وستسمح صحة العائلة والجوار إلى الاستجابةً لمشاكل الخط الأول الضعيف والمهمَّل والذي لا يقدم الخدمات المطلوبة. إذ أنَ الغالبية العظمى من المشاكل الصحية يتمّ توجيهها لمستوى طب الاختصاص الذي يصعب الولوج إليه مع تكلفته العالية. ونتيجة لذلك، تراجع الإقبال على العلاج، وغابت الاستمرارية في متابعة الحالات نتيجة تعدّد الملفّات وتجزئتها، وهو ما أدّى إلى فشل المنظومة. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ مجهود الهياكل المحلية في مجال تعزيز الصحّة ضعيف أو غائب تماما.

---

[29] فريق طبي يتكون من طبيب، طبيب أسنان، صيدلي، ممرضة، قابلة، أخصائي علاج طبيعي، طبيب نفساني، أخصائي اجتماعي وغيرهم.

[30] سيتمّ تخصيص تصنيف خاص لهياكل الخطوط الأمامية، العامة والخاصة، التي تلبي بنجاح متطلبات كراس الشروط من خلال عملية اعتماد وإعادة اعتماد دورية، (سيتم الاتفاق على التصنيف). وسوف تستفيد من الإجراءات التحفيزيّة المنصوص عليها في كراس الشروط. تقوم مراكز الصحة الأساسيّة التي لا تفي مواردها البشريّة والماديّة بمعايير كراس الشروط بمواصلة أنشطتها بدعم من مراكز الصحة الأساسيّة المعتمدة و / أو المراكز الصحية الوسيطة ومستشفيات المناطق لضمان توفير الرعاية الصحية للسكان في المناطق النائية. وستواصل العيادات الخاصة التي لا تلتزم بكراس الشروط أنشطتها ولكنها لن تتمكن من الاستفادة من المزايا الممنوحة للهياكل المعتمدة.

وضع حزمة من الخدمات الأساسية للجميع

لإتاحة تلبية الاحتياجات الصحية طوال كامل دورة حياة الشخص، تشمل هذه الحزمة خدمات الوقاية والعلاج، وإعادة التأهيل، وتعزيز الصحة بالإضافة إلى معايير الممارسات الجيدة لتقديم هذه الخدمات. كما يتعيّن تقديمها، في إطار مسار محدد، من خلال منظومة الرعاية الصحيّة بالكامل، العامة منها والخاصة، في خطوطها المختلفة. إنّ مهارات المهنيين والاستخدام الحكيم للمواد الطبية وبشكل أعمّ لوسائل التكنولوجيا الحيويّة بالإضافة إلى حسن إدارتها وصيانتها[31]، سوف يضمن الخدمات الكافية وفقا لاحتياجات كل شخص. وستكون الخدمات التي تتمحور حول الفرد ذات جودة كافية لتكون فعالة. كما ستكون تكلفتها متاحة للمواطنين ومستدامة للمنظومة. وسوف تجعل انتظارات المواطن المشروعة أمرا واضحا وصريحا. ويجب أن تكون عملية تحديد محتوى واستخدام حزمة الخدمات الأساسيّة ومراجعتها بشكل دوري بصفة تشاركيّة وقائمة على الأدلة ومقاييس الممارسة الجيدة. وستستفيد أمراض القلب والشرايين، والسكري، والسرطان، والصحة العقلية[32] من الأولوية المطلوبة في تحديد محتواها. ويجب أن تؤطّر قيم القانون، واحترام الكرامة، والتضامن، والإنصاف والأخلاقيات[33] هذه العملية لتحديدها ومراجعاتها الدورية.

وسيسمح وضع حزمة الخدمات الأساسيّة بمواجهة المشاكل المرتبطة بازدواجية وتعقيد وعدم المساواة في تقديم الخدمات حاليا: (1) ازدواجية الحق في الحصول على الخدمات الصحية حسب نظام التغطية المالية على المرض ومزود الخدمة[34] ؛ (2) التعقيد الكبير والغموض المحيطان بشروط استخدام حزمة الخدمات الأساسيّة، مما يفسح المجال لظهور الفساد ؛ (3) عدم وجود أطر مرجعيّة للممارسات الجيدة المعتمدة ممّا شجّع على تطوّر ظاهرة نقص التداوي أو الإفراط فيه وهو ما أدّى إلى زيادة النفقات العموميّة بشكل لا لزوم له (لاسيما نفقات الصندوق الوطني للتأمين على المرض)[35] على مستوى مقدمي الخدمات من الخواص وعلى مستوى المبالغ المدفوعة مباشرة من ميزانيات العائلات. وهذا ما ولّد عدم المساواة وساهم في استمرارها وذلك من خلال وجود خدمات طبيّة متعددة السرعات وما لذلك من تأثير سلبيّ على صحة المواطنين.

2.5. جعل الوصول إلى الخدمات الصحية أكثر إنصافا

في مواجهة عدم المساواة والاقصاء اللذين يميزان إمكانية الوصول حاليا إلى الخدمات الصحية والحماية المالية ضد مخاطر الأمراض، يتطلب الأمر ضمان هذه الحماية للجميع وإعطاء القطاع العام، الذي يغطّي أكبر مساحة جغرافية في البلاد، الوسائل التي تمكنه من تولي المهام الموكولة إليه.

ضمان نظام قاعدي موحّد للجميع

يجب أن يضمن النظام القاعدي الموحد، كحدَ أدنى للحماية الاجتماعيّة، حماية مالية شاملة لجميع السكان للحصول على خدمات صحية جيدة.

ويجب أن يغطّي أولئك الذين لا تشملهم التغطية، كالمضمونين اجتماعيّا، والمستفيدين من مجانية العلاج والتعريفة المنخفضة. وهو ما سيسمح باستخدام حزمة من الخدمات الأساسية، وفقًا لاحتياجات كل شخص، في الهياكل الصحية المتاحة في الزمان والمكان. وسوف يستفيد النظام القاعدي الموحد من التمويل العمومي الكافي والمستدام بما في ذلك الضرائب والمساهمات الاجتماعية. بالإضافة إلى هذه المنظومة القاعديّة، يمكن للتأمينات التكميليّة[36] أن تتطوّر لتغطية الخدمات العلاجيّة خارج إطار النظام القاعدي الموحّد، ولكن دون الإضرار بالمنظومة الأساسية.

يستجيب النظام القاعدي الموحّد للمشكلة المرتبطة بعدم كفاية الحماية المالية وتعقيدها: (1) ما يقرب من مليوني تونسي غير مشمولين بالتغطية الصحّيّة[37] ؛ (2) تشتّت أنظمة الحماية المالية التي تمنح إمكانيات وصول[38] مختلفة حسب نوع التغطية والمنظومة

---

[31] يجب أن تستند الإدارة الجيدة والجودة والاستخدام الملائم (الفعالية، والسلامة والكفاءة) للأدوية والتقنيات الحيوية إلى توصيات الهيئات الوطنية المعتمدة (المعايير، والتقييم، والتنظيم والرقابة).

[32] بسبب وزنها الكبير في معدلات الإصابة بالأمراض والنفقات الصحية.

[33] يجب أن تخضع القرارات المتعلقة بإدماج / استبعاد بعض الخدمات الصحيّة مرتفعة التكاليف من حزمة الخدمات الأساسيّة وبدون أدلة مقبولة حول فعاليتها إلى نقاشات عامّة بالنظر إلى بعدها الاجتماعي.

[34] يحق للمؤمّنين اجتماعيّا الحصول على سلة خدمات صريحة في شكل قوائم إيجابية، بما في ذلك الخدمات العلاجية التي تمّ تحديد التكفّل بها بسقف، بينما يحق للأشخاص المؤهلين للحصول على العلاج المجاني والعلاج بتعريفة منخفضة تلقّي جميع أنواع الرعاية الصحيّة الوقائية والعلاجية في حدود توافر المرافق الصحية العموميّة.

[35] سنة 2014، اتجهت 57 ٪ من نفقات الصندوق الوطني للتأمين على المرض (باستثناء الأدوية الخصوصيّة) إلى مقدمي الخدمات في القطاع الخاص الذين لا يمكن الحصول على خدماتهم إلا لـ 38٪ من المنخرطين والمستفيدين (المنظومة العلاجيّة الخاصة، نظام استرجاع المصاريف).

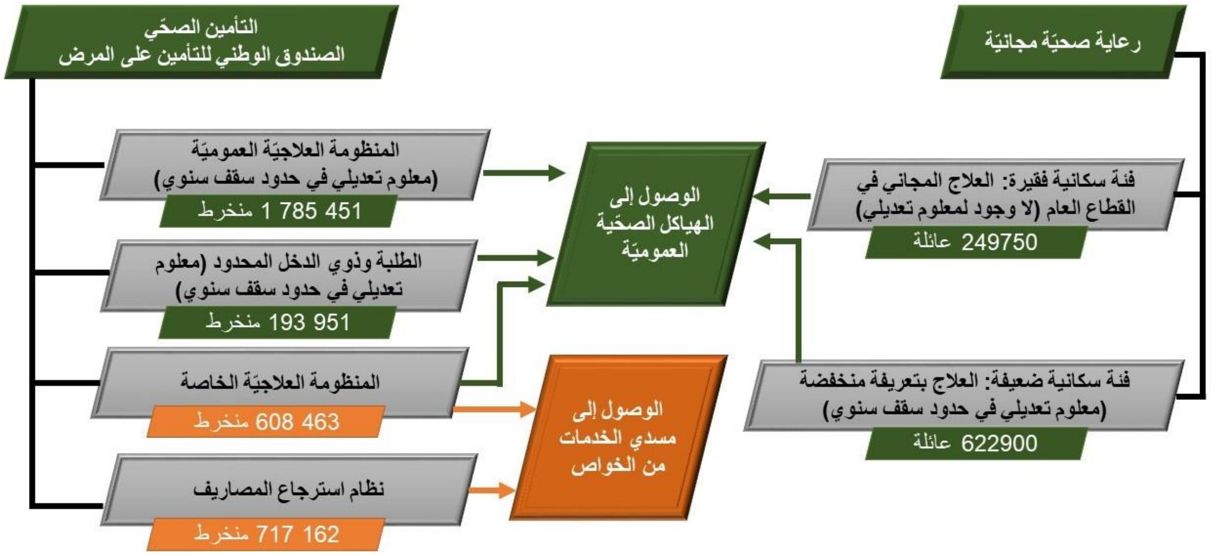
[36] المنصوص عليها في القانون 2004-71 في الفصلين 19 و20.

[37] حسب تقديرات المعهد الوطني للإحصاء، فإنّ 16.7٪ من السكان لا يستفيدون من أي حماية اجتماعية ضد الأمراض (المجلد 3 من المسح الوطني حول الإنفاق والاستهلاك ومستوى عيش الأسر 2015). ويتعلق الأمر أساسا بالعاطلين عن العمل والعمال الموسميين والعرضيين والحرف الصغيرة في القطاع غير الرسمي والسكان غير النشطين.

[38] يحصل المستفيدون من العلاج المجاني والتعريفة المنخفضة، بالإضافة إلى المنتسبين إلى المنظومة العموميّة والطلاب وذوي الدخل المحدود، على إمكانية الوصول إلى مرافق الصحة العموميّة دون غيرها. في حين أن المؤمّنين اجتماعيّا في القطاع الخاص ومنظومة استرجاع المصاريف لديهم إمكانية الوصول إلى مقدمي الخدمات من القطاعين العام والخاص.

العلاجيّة ؛ (3) ارتباط مجموعة من القيود بترشيد استخدام الإمكانات المتوفرة في الهياكل العموميّة إضافة إلى سقف التغطية المحدّد وقوائم الخدمات المشمولة في القطاع الخاص ؛ (4) مساهمة عالية غير قابلة للاسترجاع[39] من جيوب العائلات مع ما ينتج عن ذلك من مصاريف كارثية وتفقير وتخلّي عن العلاج، وهو أمر يؤثّر بشكل خاص على الفئات الضعيفة. وتتمثل عواقب هذا في خرق مبدأ التضامن، وتعقيد الإجراءات بالنسبة للمسؤولين والمواطنين مما يشجّع على الفساد، وبروز رعاية صحيّة بسرعات متعددة تجعل المنظومة غير فعالة وغير عادلة مع ما يترتَّب عنه من تأثير سلبي على صحة المواطنين.

رسم بياني 3 : منظومات الحماية المالية ضد المخاطر الصحيّة – معطيات 2017



إعطاء القطاع العام الوسائل اللازمة للاضطلاع بمهامه كمرفق عمومي

يجب أن يكون لدى القطاع العام الموارد الكافية والمرصودة لضمان: (1) الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الصحيّة الجيدة للجميع وفي جميع مناطق البلاد؛ (2) تدريب مهنيّي الصحّة من ذوي الكفاءات العالية؛ (3) تطوير البحوث في مجالي الصحة السريرية والعامة من أجل السماح للمنظومة بالتكيف مع المتطلبات الجديدة وتوليد المعرفة والحلول المناسبة. يؤدي تحسين التنظيم الترابي لهياكل الرعاية الصحية في إطار الأقطاب الجهويّة إلى تحسين مستوى القرب من مرافق العلاج، والأداء الوظيفي الجيّد بين الخطوط الثلاثة للمنظومة بالإضافة إلى التكامل الجيد بين هياكل الخطّ نفسه. ومن خلال إعادة تنشيط القطاع العام وملائمته لخصائص كل مجموعة جهويّة، سيكون من الممكن تحفيز المهنيين والمساهمة في تهيئة الظروف الملائمة للاحتفاظ بالمهارات وجعل التميّز في خدمة الجميع: انتظارات المواطنين، الصناعة الصيدلانيّة الوطنية وتصدير الخدمات الصحية.

يستجيب هذا الخيار الاستراتيجي لإشكاليّة الفجوة القائمة بين الالتزامات المتزايدة لمهام المرفق العمومي[40] لتلبية انتظارات المواطنين والموارد المالية والبشرية المحدودة التي لا يتم استخدامها بشكل جيد دائمًا. أدى قلة الترشيد والنقص، المتفاقمين بسبب هذه الفجوة، إلى (1) انخفاض استجابة القطاع العام مما تسبب في الإحباط وغياب الثقة بين المواطنين والمهنيين؛ (2) الفجوات المشجعة على الفساد، بما في ذلك التجاوزات المرتبطة بالانتماء المزدوج (المنظومة العمومية والخاصة) لفئات معينة من مهنيّي الصحّة؛ (3) المخاطر المرتبطة بتكوين الإطارات ذات الكفاءة؛ (4) التخلي عن متابعة العلاج أو اللجوء إلى الخدمات الصحيّة غير الخاضعة لاسترجاع المصاريف. وقد أدى كل ذلك إلى انخفاض ديناميكية المرفق العمومي وتسبب في غياب الانصاف في الوصول إلى الخدمات إلى جانب عدم نجاعة المنظومة بشكل عام.

3.5. ضمان حماية صحة المواطنين

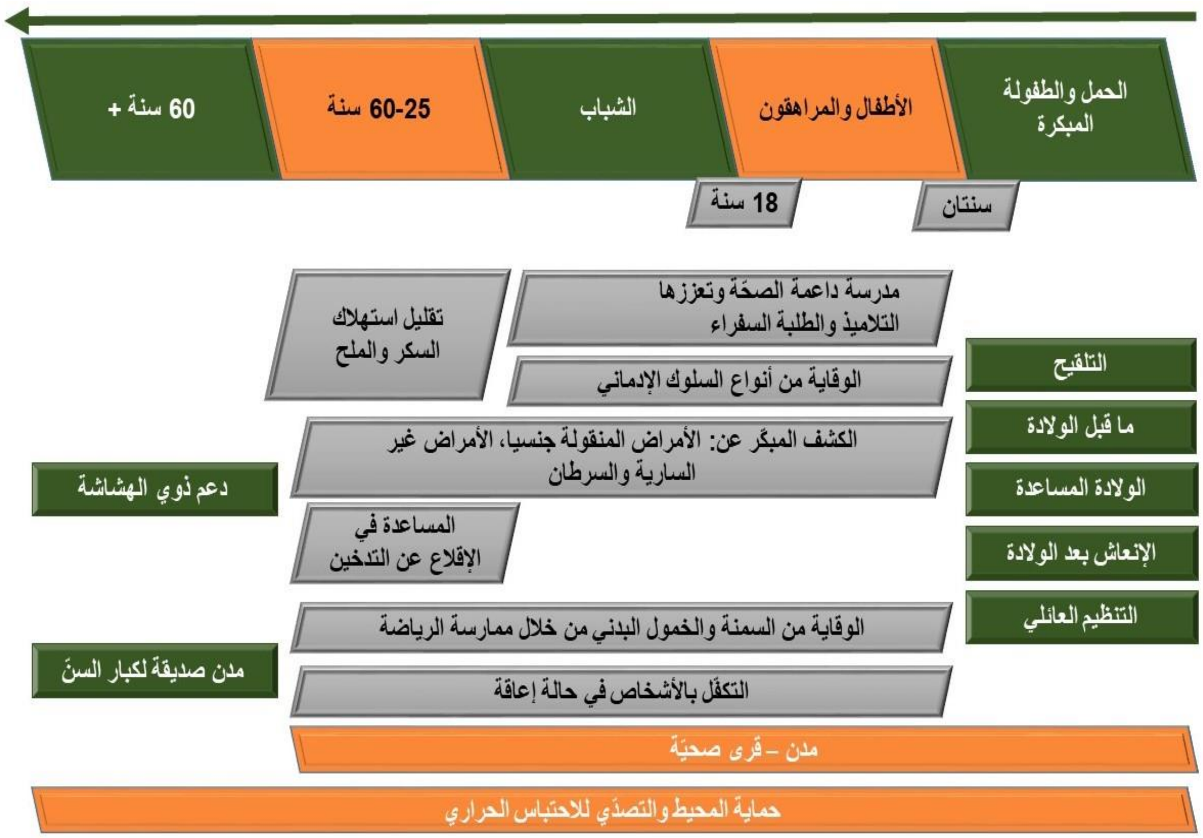
باعتباره التزاما رئيسيّا من التزامات الدولة، يجب ترجمة حماية صحة المواطنين إلى استراتيجية تشمل جميع القطاعات المعنية، مع اتخاذ تدابير وإجراءات ملموسة، وكذلك آليات فعالة لضمان التنسيق والمتابعة. وبالتالي، سيكون من الممكن التصرف في المراحل الأولى من المرض عن طريق التحكم في عوامل الاختطار التي تضر بالصحة. ويجب أن تتعلّق حماية الصحّة بالسلسلة الغذائية والبيئة وأنواع الإدمان. كما يجب أن تكون من بين مشمولاتها أيضا مقاومة أشكال العنف، لا سيما ضد النساء والأطفال وكذلك الصدمات الناجمة عن حوادث السير والطرقات وحوادث الشغل. ومن بين المجالات التي تهتمّ بها حماية الصحّة، حالات الكوارث،

---

[39] تساهم ميزانيات العائلات بنسبة 38 ٪ من مصاريف العلاج الجارية في سنة 2014.
[40] مثال: زيادة الخدمات المجانيّة وإنشاء هياكل جديدة بدون موارد مضمونة.

والاستغلال المالي والإفراط في العلاج الطبي[41]. ويشكل ضمان الدولة لهذه الالتزامات قاعدة دعم قوية لتعزيز الصحة وتنمية المهارات الفردية[42] والجماعيّة التي تحتاجها.

رسم بياني 4 : التدخلات الرئيسية حسب دورة الحياة



6. ثلاثة مفاتيح للتغيير الناجح

لا تسمح الإخلالات على مستوى الإدارة والتعديل والتمويل والمشاركة لأي نظام صحي، معقد بشكل متزايد، بالتكيف مع متطلبات التطور السريع أو أخذها بعين الاعتبار، ومراعاة تطلعات المواطنين والمهنيين في الآن نفسه. وبالتالي، فإن السياسة الوطنيّة للصحّة تخطط لدعم التعديل، وتعزيز الشفافية، والمطالبة بالمساءلة وتعزيز المشاركة، مع مراعاة ما سيكون لهذه الأبعاد الحاسمة من تبعات على جميع وظائف الإدارة والحوكمة.

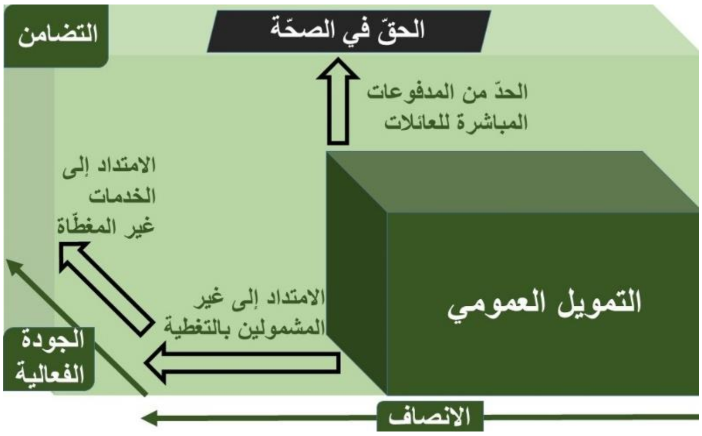
1.6. ضمان تعديل الأبعاد المختلفة للتغطية الصحية الشاملة

لتلبية التوقعات المجتمعية والسياسية للحق الدستوري في الصحة، تؤكد السياسة الوطنيّة للصحّة على التعديل مع إيلاء اهتمام خاص لأبعاد التغطية الصحية الشاملة (الرسم البياني 5)، بحيث يضمن تطوير المنظومة الصحيّة تقديم الرعاية الصحيّة الجيدة والعادلة والدائمة لجميع التونسيين وفي جميع أنحاء البلاد. ويتعلق التعديل بتوفير الخدمات الصحية والنفقات ذات الصلة. وسيسمح ذلك بما يلي: (1) توجيه تطوير المنظومة الصحيّة نحو توفير جهوي عادل لرعاية جيدة للجميع؛ (2) تسهيل التكيف المستمر للمنظومة مع القرب الضروري من الرعاية الصحيّة؛ (3) مراجعة محتوى السياسة الوطنيّة للصحّة واستغلالها بشكل مناسب؛ (4) تحديد الأسباب الكامنة وراء الإنفاق المباشر للعائلات واقتراح الحلول وفقا لذلك؛ (5) تقييم التكامل والتعاون بين القطاعين العام والخاص لتحقيق أهداف الصحة العامة.

---

[41] بُعْدٌ يعتبر من مفاتيح التعديل.
[42] بعد تم وضعه في إطار مفتاح المواطن الفاعل والشريك

رسم بياني 5 : أبعاد التغطية الصحيّة الشاملة والقيم التي تؤطّر تلبية الاحتياجات



يستجيب التعديل لمشكلة فشل المقاربة الإدارية والبيروقراطية لتكييف نظام الرعاية الصحيّة طبقا لاحتياجات وتوقعات المواطنين ومهنيّي الصحّة وقدرة المؤسسات المعنية الضعيفة. وهو يمثل بديلا لعملية تطوير تتميز بتأثير مجموعات الضغط. ويتمثل في: (1) التوزيع الجهوي للخدمات الصحية واستخدامها، وهو أمر غير عادل رغم التطور الكبير في الموارد البشرية والمادية ؛ (2) تهميش[43] دور تعزيز الصحة والوقاية في الخدمات التي تقدمها المرافق الصحيّة وخاصة في القطاع الخاص ؛ (3) غياب حزمة من الخدمات الأساسيّة المنسجمة مع مجموعة متنوعة من الممارسات في تقديم الخدمات الصحيّة، ولا سيما مع المواد الصيدليّة والتقنيات الصحية ؛ (4) غياب وعدم كفاية الأطر المرجعيّة المتعلقة بالمعايير والممارسات الجيدة المعتمدة والملزمة. وقد أدت كل هذه النقائص إلى: ارتفاع مستوى الإنفاق المباشر من قبل العائلات، والنقص أو الإفراط في التداوي، وتعدد الثغرات المؤدية إلى الفساد مع تنمية مشاعر انعدام الثقة والريبة بين المواطنين وهو ما ينتج منظومة غير فعالة وغير عادلة.

2.6 تعزيز الشفافية ومكافحة الفساد

للحدّ من الغموض الذي يميز المنظومة الصحيّة المعقدة بالفعل، ومن تعدد الأطراف المتدخلة وكذلك عدم التناسق الحالي في العلاقة مع المواطن، فإنّه من الضروري تحقيق قدر أكبر من الشفافية فيما يتعلق بما يلي: (1) طبيعة الخدمات المقدمة، جودتها، سلامتها، أهميتها وتكاليفها ؛ (2) المعايير والأدلة التي تستند إليها الخدمات ؛ (3) إدارة المرافق المسدية للخدمات عبر الامتثال للمعايير المعتمدة ؛ (4) الفصل بين الوظائف وفقًا لممارسات الإدارة الجيدة ؛ (5) الاستقلاليّة وغياب تضارب المصالح الشخصية و/أو المؤسساتية داخل الهيئات المعنيّة وذلك بتحديد المعايير والرقابة والتعديل.

3.6 جعل المواطن فاعلا وشريكا من أجل الصحّة

إنّ المواطن الفاعل والشريك، باعتباره محور المنظومة الصحيّة، سيشارك بنشاط في تعزيز وإدارة صحته. وعند القيام بذلك، سيساهم في العمل منذ البداية على الوقاية من خطر الإصابة بالأمراض، وسيشارك بمستوى أكبر وأفضل مع المهنيين لحل مشاكله الصحية. يجب على المواطن أن يكون متصلا بالهيئات التشاركية فيما يتعلق بإدارة وحوكمة المنظومة في الخطوط المختلفة وكذلك في السياسات والاستراتيجيات.

" يستجيب المواطن الفاعل والشريك من أجل الصحّة " للإشكاليّة التي يكون فيها المواطن: (1) ضعيف الاطّلاع أو غير مطّلع أو مخولًا ليصبح الشريك الرئيسي في الوقاية و/أو إدارة مشكلته الصحية ؛ (2) غير مشارك بما فيه الكفاية في تعزيز الصحة داخل محيطه ؛ (3) غير ملتزم بشكل كامل بالاستراتيجيات الوطنية للحد من السلوكيات وعوامل الاختطار التي تسبب الأمراض السارية وغير السارية ؛ (4) "مستهلكا" محبطا لا يشارك في تنظيم وإدارة وتقييم نظام الرعاية الصحيّة ؛ (5) غير متأكّد من أيّ مراعاة لتطلعاته في عملية اتخاذ القرارات الإدارية والاستراتيجية والسياسية التي تتمّ في إطار من التعتيم بين السياسيين والخبراء. وبالتالي، فإن سوء التفاهم والإحباط المتبادلين سيتطوران بين المواطنين ومهنيّي الصحّة. وهكذا سيكون المواطن معفى من المسؤوليّة في ظلّ منظومة غير قادرة على الاستجابة بسبب عجزها الهيكلي. وهو ما سيؤثر سلبا على عبء الأمراض والعجز.

7. التغييرات المنتظرة

سوف تعكس التغييرات والنتائج المنتظرة من الاختيارات الاستراتيجية للسياسة الوطنيّة للصحّة التقدم المحرز في تحقيق الرؤية في أفق 2030 والمضيّ قدما نحو التغطية الصحية الشاملة.

[43] تأمين صحّي لا يشمل الخدمات الوقائية.

مواطنون محميون وواثقون. يمكنهم أن يجدوا، على مستوى الخطّ الأول، حلولا مناسبة لمعظم مشاكلهم الصحية ممَا يساعد في استعادة ثقتهم في القطاع العام الذي أعيد تنشيطه بفضل استجابة أفضل، بالإضافة إلى الحدّ من التخلّي عن متابعة العلاج ومن اللجوء إلى الخدمات غير مسترجعة المصاريف. وبفضل حزمة الخدمات الأساسيّة، أصبحوا يمتلكون حقا صريحا ونافذا. كما أصبحت الحماية المالية فعالة بفضل التضامن بين الأجيال ومختلف الفئات الاجتماعية، وتبقى بذلك المساهمات المباشرة من ميزانيات العائلات معتدلة. سيصبح المواطنون أقل عرضة لخطر الفساد بفضل تبسيط وشفافية الإجراءات. وسيتمتعون بحقهم في المعلومات والتمكين فيما يتعلق بالصحة، وسيكونون قادرين على ممارسة حقوقهم وواجباتهم كمواطنين مسؤولين عن صحتهم. فهم شركاء في اختيار الخدمات ومراقبتها وتقييمها بفضل آليات الإصغاء والمشاركة التي تمّ تنفيذها. سيشاركون في مختلف مشاريع وهيئات المنظومة الصحيّة وسيساهمون في النقاشات حول الخيارات الهامة المتعلقة بالصحة من خلال الآليات المناسبة (المجلس المحلي، مجلس الإدارة، اللجان الوطنية وهيئة المواطنين[44]). وسيمارسون، من خلال المنظمات الاجتماعية والجمعيّاتيّة، أدوار المراقبة والضغط في سياق المساءلة.

مهنيّو الصحّة متحفّزون وواثقون. فهم يتمتّعون بقيمة اجتماعية أفضل بفضل المصداقية المكتسبة في توفير الرعاية ودورهم كأشخاص ذوي كفاءة في المؤسسات الصحية. كما أنّ شعورهم بالانتماء إلى القطاع العام سيعزّز من خلال توفر الوسائل اللازمة للقيام بأنشطتهم المهنيّة والتكوينيّة والبحثية. وهم محميّون وأقل عرضة لخطر الفساد ومنخرطون في تحقيق أهداف الصحة العموميّة بفضل معايير الممارسات الجيدة والإجراءات المبسطة والشفافة. كما يشعرون بالتحرّر من خلال التطوير المهني المستمر لمهاراتهم وتحفيزهم للأداء والابتكار. وينظرون إلى الفرد أثناء تعاملهم معه على أنّه مريض وإلى مساهمته في الصحّة على أنّه مواطن. هم في علاقة حوار وتعاون مثمر وحامل للاعتبار الاجتماعي والسياسي.

منظومة صحيّة محورها المواطن فهي توفّر له رعاية صحيّة جيّدة وآمنة ومناسبة وقريبة يكون مركزها الفرد. تتم الإحالات إلى طبّ الاختصاص في الوقت المناسب. وتضمن صحّة العائلة والجوار، سواء كانت في القطاع العام أو الخاص، عملية تنسيق المسار العلاجي. كما تستفيد الرعاية الصحيّة داخل المنزل وفي الخدمات المستوجبة لإقامة استشفائيّة متوسطة أو طويلة المدى من تطور التقنيات الطبية الحيوية ووسائل الاتصال. قطاع عام قادر على ضمان المساواة في الحصول على رعاية جيدة، والاضطلاع بدوره في التكوين والبحث. كما يتم تحسين استجابة المنظومة لحاجيات مواطني كل مجموعة من المناطق بفضل التنظيم في شبكة وظيفية من الأقطاب الجهويّة مع تشريك القطاعين العام والخاص. تساهم حزمة الخدمات الأساسيّة والنظام القاعدي الموحّد في تنسيق عملية توفير الخدمات باستخدام التمويل العمومي. ويمكن استخدام حزمة الخدمات الأساسيّة وفقًا لحاجيات كل شخص من خلال الهياكل الصحية التي يمكن الوصول إليها في الزمان والمكان. كما يتم التكفّل بتوفير الرعاية وضمان استدامتها على أساس معايير الممارسة الجيدة المتفق عليها واعتماد ملف طبي رقمي موحّد. مع الحدّ من نقص التداوي أو الإفراط فيه وضمان سلامة المرضى بشكل أفضل.

حماية الصحة وتعزيزها بشكل أكثر فعالية. في بيئة أكثر سلامة وشمولا وتحفيزا لتعزيز الصحة. مع فضاءات عامة ملائمة للممارسات والسلوكيات المفيدة للصحة مثل المشي والرياضة والأنشطة الترفيهية للأطفال. والحدّ من الأضرار التي تلحق بالصحة بفضل الامتثال للأنظمة المعمول بها (الإنتاج الفلاحي، صناعة الأغذية، التوسّع الحضري، سلامة الطرقات، التدخين السلبي، إلخ). بالإضافة إلى إدماج التعليم للقيم والمهارات الحياتية، وخاصة التنمية الذاتيّة وتعزيز الصحة في جميع المراحل التكوينيّة.

منظومة أكثر إنصافا وشمولا تم تعزيز كفاءتها الشاملة. ستكون الهياكل العموميّة للصحّة مدينة للسكان الذين يستفيدون من خدماتها وكذلك للهيئات التي تسهر على حوكمتها. وإلى جانب دعمها للمناطق في مختلف أنشطتها التنموية، تركّز الإدارة المركزية جهودها على مهامها الإستراتيجية المتمثلة في صياغة وتقييم السياسات والاستراتيجيات الوطنية والجوانب التنظيميّة. وتأخذ الإدارات الجهويّة على عاتقها البرامج والإجراءات بشكل فعليّ وذلك بفضل الموارد الكبيرة المخصصة والتعاون مع السلطات الجهويّة. كما يرتبط القطاع الخاص المنظم بشكل أفضل بمهام الصحة العموميّة. أما المؤسسات التعديلية، فبفضل ما يتوفّر لديها من قدرات كافية، ستمكّن الدولة من ضمان الحقّ الدستوري في الصحة وتعزيز المصلحة العامة في سياق تعدد المصالح ومحدودية الموارد. وسينصبّ اهتمام جميع الأطراف على مظاهر انعدام الشفافية وسوء الإدارة وتضارب المصالح والفساد. ويتمّ الحدّ من الفوارق الاجتماعية والجهويّة والتقليل من عبء الأمراض وعواقبها الاقتصادية والاجتماعية.

8. مقاربة التنفيذ...

التزام سياسي قوي من جميع الأطراف المعنية. بناءً على مقترح السياسة الوطنية للصحّة المقدم إلى الندوة الوطنية حول الصحة، يجب أن تُترجم القيادة التنفيذية، لجميع الأطراف ولا سيما الحكومة، عبر بيانات رسميّة والتزامات عامة مناسبة، وخاصة أمام مجلس نواب الشعب. ويجب أن يتحقق الالتزام السياسي من أجل السياسة الوطنيّة للصحّة أيضا في نص قانونيّ، على شاكلة ما يحدث في العديد من البلدان، حيث يتم نشر السياسات والاستراتيجيات الصحية، وبالتالي يمكن للمواطن أن يعارضها بحثًا عن حقه في الصحة. إنّ المطلوب من السياسة الوطنيّة للصحّة هو أن تصبح مرجعًا للحكومة ولمجلس نواب الشعب لإعداد الخطط الإستراتيجية والتشغيلية

[44] وهي تتألف من مواطنين عاديين تم إحداثها لمشكلة مخصصة ولفترة محدودة.

القادمة، كما يُطلب منها أن تكون بمثابة المرجع للشركاء التقنيّين والماليّين الدوليّين الذين سيقومون بملاءمة وتنسيق تعاونهم بناء عليها.

طموحة وواقعية. ستسمح السياسة الوطنيّة للصحّة بالإنفاق بشكل أفضل لتحسين المرفق الصحّي ورفاهية السكان، وذلك لخدمة التنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة في البلاد. وستساهم غالبية الخيارات الاستراتيجية وجميع مفاتيح النجاح بشكل مباشر في تعزيز كفاءة المنظومة وفعاليتها. وهكذا يمكن أن نضمن نتائج أفضل بنفس المستوى من الإنفاق. ومع ذلك، فهناك حاجة إلى موارد إضافية لتمويل إدماج المواطنين الذين لا يشملهم النظام القاعدي الموحد ولتغطية التكاليف الإضافية المرتبطة بالتزامات مهام القطاع العمومي. أما بالنسبة إلى التمويل العمومي، فتتوقع السياسة الوطنيّة للصحّة زيادة تدريجية لا تقل عن 1.5٪ من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2030. وسيتم ذلك من خلال توسيع قاعدة المساهمة وزيادة المخصصات الضريبيّة للصحة. وبالتالي، سيكون من الممكن الحدّ بما لا يقل عن 12 نقطة بحلول سنة 2030 من العوائق أمام التغطية الصحيّة الشاملة التي تشكلها المساهمات التي تتحملها جيوب العائلات. يجب أن يكون الصندوق الخاص المخصص للصحة، مؤطرًا بشكل جيد مع حوكمة ومهام وأولويات محددة بشكل واضح. وهكذا يمكنه أن يكمّل بشكل مناسب الآليات القائمة[45] . وستضبط الدراسات الإضافية مستوى وتوقيت التمويل الإضافي[46] وتحدّد الآثار المترتبة في الميزانية على حسن سير العمل في القطاع العام وعلى السعي لجعل الحماية الصحية أكثر فعالية.

وسوف يتبّع التنفيذ المبادئ التالية:

التزامن والتكامل. فتنفيذ كل خيار يعتمد على التقدّم الصحيح للخيارات الأخرى. ذلك أنّ النتائج وأدوات تنفيذ الخيارات الاستراتيجية ومفاتيح النجاح مترابطة[47]: إذ يمكن أن تؤدي الإخلالات أو حالات التأخير الكبيرة في تنفيذ واحدة منها إلى إلحاق الضرر بديناميكية السياسة الوطنيّة للصحّة.

وانطلاقا من كونها موثوقة وجادّة في المضيّ قدما، تعتبر الأحكام المهمة المشتركة بين الخيارات الاستراتيجية المختلفة ذات أهمية كبرى. وسوف تعكس الإجراءات المتعلقة بها مستوى التصميم السياسي. وستشكل الأسس التي سيتم من خلالها التنفيذ الفعال للسياسة الوطنيّة للصحّة. ويتعلق هذا الأمر بشكل خاص بالنقاط التالية:

- تحسين استجابة القطاع العام بحيث يلبي بشكل أفضل تطلعات المواطنين؛
- الاستغلال المناسب للتمويل العمومي لجعله وسيلة فاعلة لتحقيق التغييرات التي تم تعزيزها، ولاسيما صحة العائلة والجوار، حزمة الخدمات الأساسيّة، النظام القاعدي الموحّد وتنشيط القطاع العمومي؛
- المراجعة الفورية لمهام كلّ خطّ في المنظومة الصحيّة، بالعودة إلى المزايا المقارنة الخاصة بكل خطّ منها، مما سيتيح اعتماد حزمة الخدمات الأساسيّة في سياق مسارات الرعاية الصحيّة وللنظام القاعدي الموحّد بالإحالة عليها وبالخصوص عبر الاتفاقيات وكراسات الشروط.
- تسريع وضع معايير الممارسة الجيدة المعتمدة من قبل الهيئة الوطنية للتقييم والاعتماد في المجال الصحّي استخدامها الفعال من قبل مستخدمي التمويل العمومي في خدماتهم (الحوافز والقيود).
- إصدار أحكام تتعلّق بضمان توليد معلومات استراتيجية موثوقة ومتاحة.
- تعميم المعرف الوحيد والملف الطبي الرقمي الموحد من أجل تهيئة ظروف المتابعة السريعة والحدّ من الإهدار والفساد.
- الشروع في وضع الأحكام التي تمكّن من تكييف التشريعات مع متطلبات السياسة الوطنيّة للصحّة ومن إنفاذها، وخاصة منها تلك المتعلقة بالمضارّ المتعلّقة بالصحة.

التدرّج. إذ يجب أن يكون تحديد المداخل للانطلاق الفعلي واضحا، كما هو مقترح في الجدول 2 [48] وأن يتمّ ضبط مراحل التنفيذ التي سيتم تحسينها أثناء عملية التخطيط الاستراتيجي. ومع ذلك، فإن تفعيل و / أو إنشاء الهيئات والآليات التي تقترحها السياسة الوطنيّة للصحّة سوف يعكس الإرادة للمضي قدمًا في تعريف حزمة الخدمات الأساسيّة، وحماية الصحة، وتطوير النظام القاعدي الموحّد، وتنشيط القطاع العام والتعديل وتشريك المواطن. وسيكون التطوير في الزمان والمكان لأنماط التنظيم والعمل الجديدة في المرافق الصحيّة تدريجياً. وسيتم ذلك على أساس إنشاء مشاريع للمستشفيات والاعتماد / التصنيف للهياكل الصحية الخاصة بصحّة العائلة والجوار. وستسمح كراسات الشروط والاتفاقيات بدعم هذا التطوير.

الديناميكيّة. يجب لعملية التنفيذ أن تراعي التحديات والفرص المتاحة أمامها باعتماد واستخدام المعلومات الاستراتيجية المنتجة (الأدلّة) ومراعاة الطلب الاجتماعي وأخلاقيات المهنة. وسوف تسمح عمليات التقييم الجارية و/أو المخطط لها لاستخدام التكنولوجيات الحيوية، وتحليل المعلومات الاستراتيجية المتاحة حول تكاليف الخدمات وطرق استخدامها، وكذلك الدراسات الإضافية

---

[45] يتم تمويل الصندوق الخاص بالصحّة من مداخيل الضرائب المخصصة. يجب أن تكون المساواة، وتعزيز الصحة، وتشجيع الابتكار من أجل طبّ الجوار هي أولوياتها الرئيسية.

[46] تتناول المذكرة التوجيهية حول التمويل الصحي، بالإضافة إلى الإجراءات الكفيلة بتحقيق الكفاءة وحسن التسيير، عددًا من المصادر الجديدة والمخصصة الممكنة (ضرائب على مصادر الإضرار بالصحة) ولكن أيضًا تحسين استرداد المستشفيات العموميّة لتكاليف علاج ضحايا حوادث الطرقات من شركات التأمين.

[47] الجدول 1: الآثار والأدوات

[48] الجدول 2: من أجل مصداقية بدء تنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة

اللازمة لعمليات التطوير التي وردت في الخيارات الاستراتيجية (حزمة الخدمات الأساسيّة، النظام القاعدي الموحّد، تنشيط القطاع العام على وجه الخصوص) بالقيام بالتعديلات اللازمة. ويجب أن يأخذ ميثاق المستخدم، الذي تمت إعادة النظر فيه، بعين الاعتبار حقوق وواجبات كل طرف معني في نظام الرعاية الصحية. وسوف تسمح التجارب المبتكرة لمساحات الإصغاء، واستطلاعات الرأي حول مدى الرضا والمشاركة في هياكل الرعاية الصحية بإطلاق ديناميكية المشاركة الجديدة مع ما سيتبع ذلك من تأثيرات متوقّعة. كما أنّ اللامركزية ستكون فرصة لتطوير التعاون، على المستوى المحلي، بين المواطنين ومهنيِّي الصحّة وكذلك بين القطاعات الأخرى المعنية والمسؤولين المنتخبين. وستساعد الخطوات الأولى في التغلب على مقاومة التغيير بسبب حالة الجمود.

التشاور مع الأطراف المعنيّة، ويجب أن يتعلّق ذلك بأساليب التنفيذ في إطار عملية واضحة مع مسار متفق عليه: مسار التقدم نحو التغطية الصحية الشاملة من خلال تنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة. ويعتبر هذا الأمر مهما بشكل خاص لجميع الخيارات الاستراتيجية وللتعديل بشكل خاص. ويجب أن تأخذ المشاورات بعين الاعتبار المصالح المشروعة للأطراف المعنية. كما يجب التعامل مع الانحرافات عن الممارسات الجيدة المعتمدة والآثار الضارة بالصحة والممارسات الفاسدة بطريقة شفافة من أجل تعزيز المصلحة العامة.

الضرر من عدم تنفيذ الإصلاح سيتجلّى في تفاقم المشاكل الحالية المتعلقة بعدم إمكانية الوصول إلى المرفق الصحّي، وقلّة توافره، ونقص جودة خدماته واستمرار سوء استخدام الموارد البشرية والمادية والمالية فيه. وسيستمر نظام العلاج متعدد السرعات بل سيزداد سوءًا وستترسّخ اللامساواة مع مرور الوقت. وهكذا سيبقى القطاع العام محتجزا في وضع " مقدّم الخدمات للمحرومين". وسيؤدّي نقص التداوي والإفراط فيه، بالإضافة إلى الخطر الذي يمثّله على سلامة المرضى، إلى ارتفاع نفقات العائلات و/أو التخلي عن العلاج. إنّ أوجه القصور في التزامات الدولة في مجال التغطية الصحيّة ستشوه الجهود المبذولة لتعزيز الصحة. ذلك أنّ الفساد سيسير جنبًا إلى جنب مع البيروقراطية وانعدام الشفافية وسوء الإدارة وضعف التعديل. وسوف يتجلّى الإحباط المتبادل وعدم الثقة بين المستخدمين والمهنيين أكثر فأكثر. إن قلة مشاركة المواطنين ستحد بشكل كبير من إمكانية تحسين استجابة المنظومة الصحيّة وتقليل عبء المرض والعجز. ولن تسمح منظومة مجزأة وغير فعالة بإحراز تقدم نحو التغطية الصحية الشاملة ولا يمكن للدولة ضمان الحق في الصحة لجميع التونسيين. وسيزيد هذا الموقف من عدم الثقة، وهو أمر قد يصل إلى حد نزع الشرعية عن الدولة.

إصلاح المنظومة الصحيّة بشكل شامل أمر ضروري من أجل الحفاظ على المكتسبات، ووضع حد للانحرافات التي تؤثر عليها وجعل الطموح الوطني للحصول على التغطية الصحيّة الشاملة أمرا ممكنا. وسوف يتطلب ذلك مشاورات وعمليات تحكيم دقيقة، خاصة في حالات الأزمات. ومع ذلك، فإنّ مسار الإصلاح يجب أن يسود في جميع الظروف. كما يجب اتخاذ تدابير عاجلة[49] تتماشى مع السياسة الوطنيّة للصحّة، من أجل الشروع في استعادة الثقة بين المواطنين والمنظومة الصحيّة. وستتوقف طبيعتها على الحاجة في وقت الانتقال الفعلي إلى التنفيذ. ثمّ إنّ اتخاذ التدابير الكفيلة بالشروع الفعلي في تنفيذ الخيارات الإستراتيجية[50] يعدّ أمرا ضروريّا لإضفاء المصداقية على الرغبة في الإصلاح.

9. الأهداف وطرق المتابعة...

1.9 المضيّ قدما نحو التغييرات والنتائج النوعية المتوقعة

بالعودة إلى الرؤية التي تشير إلى الوضع المأمول في السنوات الـ10-15 المقبلة وإلى التغييرات والنتائج المتوقعة، ستسعى المتابعة إلى التحقق من التقدم المحرز على مستوى المواطنين والمهنيين وصناع القرار وبشكل أعم على مستوى المنظومة الصحيّة.

يلخّص الجدول 3 في الملحق التغييرات والنتائج النوعية المتوقعة بالإضافة إلى مظاهر التقدّم الأولى التي يجب التحقق منها. كما أنّه سيوجّه عمليات المراجعة ويجب استكماله بحصيلة ونتائج المراحل التي ستحدّدها الخطة الاستراتيجية.

2.9 الاهداف[51] الخاصة بالحالة الصحية للسكان

الوفيات ومعدلات المرض وعوامل الاختطار البيولوجية.

تطمح السياسة الوطنية للصحّة إلى تحقيق أهداف تمّ اعتمادها من طرف مجموعة التوافقات في إطار أهداف التنمية المستدامة[52] :

- تخفيض معدل وفيات الأمهات إلى 18.7 لكل 100 000 ولادة حية؛
- تخفيض معدل وفيات حديثي الولادة إلى 5 لكل 1000 مولود حي؛
- تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة إلى 8.9 لكل 1000 مولود حي.

[49] يجب اتخاذ إجراءات عاجلة يتم بها استكمال تلك التي اتخذتها الحكومة في أعقاب الأزمة التي تلت وفاة الأطفال حديثي الولادة الأربعة عشر.
[50] يجب أن تُتّخذ قرارات سريعة متعلقة بالإجراءات المشتركة للخيارات الاستراتيجية المذكورة أعلاه. وهي التي ستشكل الأساس لتنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة وأي مقاربة موثوقة لإعادة إصلاح المنظومة الصحيّة. إن تفعيل و / أو إنشاء الهيئات التنظيمية سيؤكد العزم على المضي قدماً.
[51] تم إدراج المقاييس المرجعية في الملحق على مستوى الجدول 4: أهداف السياسة الوطنيّة للصحّة.
[52] المصدر: سياق مؤشرات وأهداف التنمية المستدامة (أكتوبر 2018).

مؤشرات التتبع للأمراض غير السارية والتي تقدم معلومات عن أداء المنظومة من حيث التعزيز والوقاية والكشف المبكّر والفعالية الشاملة والمتمثلة في:

- خفض معدل الوفيات الناجمة عن حوادث الطرقات إلى أقل من 10 لكل 100،000 شخص في سنة 2025 و 7.5 لكل 100،000 شخص في 2030[53] ؛
- التقليص من انتشار السمنة بين السكان الذين تزيد أعمارهم عن 15 عامًا إلى أقل من 23٪ سنة 2025 وإلى 20٪ سنة 2030 (26.2٪ سنة 2016)؛
- الحدّ من انتشار مرض السكري بين البالغين الذين تقل أعمارهم عن 60 عاما إلى 11.3٪ سنة 2025 وإلى 10٪ سنة 2030 (12.3٪ سنة 2016)؛
- جعل نسبة المصابين بضغط الدم المتوازن من بين المصابين المعروفين بضغط الدم 30٪ في 2025 و40٪ في 2030 (24.3٪ في 2016).

التمكين لتعزيز الصحة للوصول إلى الأهداف المختارة التالية:

- النسبة المئوية للتلاميذ الذين اكتسبوا مهارات الحياة، وفقًا للبرامج الدراسيّة التي سيتم تحديدها، في نهاية كل مرحلة دراسيّة (المرحلة الابتدائية والإعداديّة والثانوية).
- تراجع معدل التدخين إلى أقل من 20٪ سنة 2025 وإلى أقل من 17.5٪ سنة 2030.

وصول السكان إلى الرعاية الطبيّة الجيدة.

- 25 ٪ في أفق سنة 2025 وأكثر من 60 ٪ في أفق سنة 2030 يقطنون على بعد أقل من نصف ساعة من مركز علاج معتمد في الخطّ الأوّل؛
- 30 ٪ في أفق سنة 2025 و 75 ٪ في أفق سنة 2030 يقطنون على بعد أقل من ساعة من مستشفى عمومي[54] أو جامعي معتمد ؛
- 30 ٪ في أفق سنة 2025 و90 ٪ في أفق سنة 2030 يمتلكون الحقّ في الوصول إلى قطب جهوي وظيفي.

الحماية المالية.

- 95٪ من السكان مشمولون بالنظام القاعدي الموحّد في أفق سنة 2025 وحوالي 100٪ مشمولون في أفق سنة 2030؛
- ارتفاع الإنفاق العمومي على الصحة إلى 5.5 ٪ من الناتج المحلي الإجمالي في أفق سنة 2025 وإلى 6 ٪ في أفق سنة 2030؛
- انخفاض المصاريف المباشرة من ميزانيات العائلات إلى 30 ٪ في أفق سنة 2025 وإلى أقل من 25 ٪ في أفق سنة 2030؛
- انخفاض نسبة الإنفاق الكارثي إلى 4٪ في أفق سنة 2025 و 2.4٪ في أفق سنة 2030 .

3.9 طرق المتابعة

- **تحسين** واستكمال بعض المقاييس المرجعية والمؤشرات النوعية للمراحل في إطار عملية التخطيط الاستراتيجي.
- **تنظيم** مراجعات شاملة للتقدّم المحرز تكون مرحلية، تشاركية وبشكل دوريّ (على الأقل كل سنتين) بناءً على تجربة الحوار المجتمعي، على الصعيدين الجهوي والمركزي على أساس العمل الفني السابق لتوليد المعلومات اللازمة والمفيدة لممارسة المراجعات.
- **الاستعانة** بالطريقة التي تعتمد على لجان تحكيم المواطنين في كل مرحلة من مراحل التقييم وقبله وأثناءه. وتتم الاستفادة من هذه اللجان لتدارس المواضيع أو الخيارات الرئيسية في سياق تنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة.
- **إجراء** تقييمات محددة، وخاصة من خلال الاختيار الاستراتيجي والشامل خلال مرحلة التنفيذ. ويتمّ إجراء التقييمات الشاملة ففي أفق سنوات 2024 و2028 من أجل الخروج بالتوصيات الحاسمة لتحقيق الرؤية الفعالة والتغييرات المتوقعة في السياسة الوطنيّة للصحّة.

[53] قدّر مرصد منظمة الصحة العالمية أن 22.8 لكل 100،000 حالة وفاة في تونس سنة 2016 كانت بسبب حوادث الطرقات. أثناء عملية التخطيط الاستراتيجي، يجب على مجموعة مخصصة ذات علاقة بالمعهد الوطني للصحة العموميّة تحديد المعطيات التي سيتم استخدامها لهذا الهدف.

[54] يحتوي المستشفى العمومي على منصة تقنية تضمن على الأقل جميع الاختصاصات المسماة ضروريّة

10. الجداول...

جدول 1 : الآثار وأدوات التنفيذ

الخيار الاستراتيجي	الآثار	أدوات التنفيذ/عوامل النجاح
جعل صحّة العائلة والجوار محور المنظومة الصحيّة	• تحسين التوافر الزمني في الخط العمومي الأول • ظروف استقبال وإصغاء أفضل، وتسهيل الحصول على المواعيد. • ملف طبي واحد محوسب ومدمج • أطر مرجعيّة لمسارات العلاج والممارسات الجيدة • تطوير تقنيات الاتصال والتطبيب عن بعد. • وضع استراتيجيات محددة للسكان في المناطق النائية و/أو المعزولة • الاعتماد و/أو تنفيذ آليات تعاقد لهياكل الرعاية الصحيّة في الخطّ الأول للقطاعين العام والخاص. • الإعداد التشاركي لكراس شروط صحة الجوار والعائلة • إعادة تعريف مهام الدوائر الصحيّة مع الأخذ بعين الاعتبار للامركزية[55] وتعدد العرض • وضع خطط محلية لتعزيز الصحة ومراجعتها بصفة دورية وتشاركية من قبل جميع الأطراف المعنية	• التكوين المستمر للمهنيّين الممارسين بما يسمح لهم باستخدام أفضل لإمكانات الموارد البشريّة المتوفرة في الخطّ الأوّل (القطاع العام والخاص). • إعادة تنظيم المنظومة العلاجيّة مع تعديل المهام الخاصة بكل خط بناء على ميزته المقارنة • آليات تنظيميّة وتحفيزيّة لضمان استخدام أفضل للتمويل العمومي (بما في ذلك التأمين على المرض) • المشاركة الجيّدة لأطباء الاختصاص والتعاون معهم (الحوافز)
وضع حزمة من الخدمات الأساسيّة للجميع	• إنشاء آليّة لتعريف حزمة الخدمات الأساسيّة ومراجعتها مع إشراك جميع الأطراف المعنية. • إنتاج وتوافر معلومات استراتيجية موثوقة (مثل الدراسات وتقييم المنتجات الطبية والتقنيات الصحية، الاستخدام، دراسات التأثير، تقييمات مستقلة من خبراء، الملفّ الطبي الموحّد). • تشجيع الدفع عن طريق استراتيجية التكفّل • كراس شروط لمقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص ضمن إطار ديناميكية تعميم تطوعية ومتطوّرة، بدعم من الحوافز لأخذ مسألة العلاج القائم على الفرد وتعزيز الصحّة بعين الاعتبار.	• مراجعة أدوار كل خطّ من خطوط الرعاية الصحيّة وتعزيز التواصل بينها. • موائمة الموارد لمختلف الخطوط بالنظر إلى التوافر المطلوب واستخدام حزمة الخدمات الأساسيّة • استراتيجية لشراء الخدمات في كلا القطاعين، بدعم من تجميع التمويل العمومي (الضرائب ومساهمات الضمان الاجتماعي). • تنفيذ حزمة الخدمات الأساسيّة بالتآزر مع تنفيذ خيارات استراتيجية "النظام القاعدي الموحد للجميع "و" صحة العائلة والجوار "في سياق منطق المصلحة العامة" ولتحقيق التغطية الصحيّة الشاملة.

[55] سيتم تنظيم تشغيل الخط الأول، بما في ذلك عمليات التناوب والحالات الاستعجاليّة، من قبل الدائرة التي ستختار الأولويات الصحية للسكان وفقًا لاحتياجاتهم، وتبحث في إمكانية إنشاء فرق متنقلة في المناطق الريفية (السكان في المناطق النائية) وفي المناطق الحضرية (الأشخاص غير القادرين على التنقّل) ووسائل النقل اللازمة للمرضى.

الخيار الاستراتيجي	الآثار	أدوات التنفيذ/عوامل النجاح
ضمان نظام قاعدي موحّد	• إدماج المستفيدين من مجانية العلاج والتعريفات المنخفضة في الصندوق الوطني للتأمين على المرض[56]. • تعزيز صندوق دعم الصحّة العمومية[57] وتحويل إدارته للصندوق الوطني للتأمين على المرض. • إنتاج وتوافر معلومات استراتيجية موثوقة[58]. • تسريع إحداث المعرف الوحيد. • الإحداث السريع للآليات التي تسمح بالتصدّي للتجاوزات والإخلالات المتعلقة بالتشتّت الحالي. • التحسن الكبير للجودة والكفاءة في خدمات القطاع العام للتموقع بشكل أفضل في سياق التنافس مع القطاع الخاص. • تعزيز الدور التعديلي للدولة وخاصة عبر تنشيط المجلس الوطني التأمين على المرض.	• موارد مالية مناسبة ومستدامة من خلال توسيع قاعدة المساهمين وزيادة المساهمات الضريبيّة المتصلة بالتكفّل بالمجانية والمهام العموميّة (الإنصاف والتكوين والبحث). • عرض للخدمات (العامة والخاصة) يكون منسّقا من طرف حزمة الخدمات الأساسيّة ويأخذ بعين الاعتبار صحة العائلة والجوار كمحور ومدخل مميز لنظام الرعاية الصحية. • وضع آليات خاصة بالحوافز أو القيود لتعزيز استخدام صحة العائلة والجوار بالإضافة إلى الامتثال للمعايير
إعطاء القطاع العام الوسائل الضروريّة للاضطلاع بمهامه كمرفق عمومي	• إنشاء آليات جهويّة لضمان الأداء الوظيفي الجيّد بين الخطوط الثلاثة للمنظومة، في شبكة علاجيّة محورها الفرد، مع منطق الكفاءة الشاملة بدلا من المنطق "التجاري" وذي النتائج العكسية حسب الهيكل أو المصلحة. • وضع حد للانتهاكات الضارة المتعلقة بالانتماء المزدوج لبعض القطاعات من المهنيين (النشاط الحرّ التكميلي على وجه الخصوص). • مراجعة صيغ الدفع من طرف التأمين على المرض من أجل الانتقال نحو التكاليف الحقيقة والمواءمة عن طريق تشجيع الأداء والكفاءة. • ضمان الأولويّة للقطاع العام بالنسبة إلى التقنيات المتطوّرة.	• إعداد نسب ومعايير انصاف لكل هيكل عمومي للرعاية الصحيّة فيما يتعلق بالتكاليف الإضافية المتصلة بالتزامات القطاع العام وخاصة بالنسبة إلى التجمعات السكانيّة قليلة العدد و/أو البعيدة • تحديد وميزنة التكاليف الخاصة بأنشطة التكوين والبحث التي يعتبر القطاع العام فيها مرجعا وضامنا. • آليات مساءلة شفافة، ومعتمدة من أجل التمكين الفعال للهياكل العموميّة. • تنظيم ترابي معدّ بشكل أمثل في إطار أقطاب جهويّة وظيفيّة[59]. • مشروع مؤسسة يجب أن يأخذ بعين الاعتبار جميع التغييرات الضروريّة مع التفكير في الحصول على الاعتماد والاتفاقات المحفّزة مع الممولين العموميّين.

[56] يتم إجراء التعديلات المالية بين المساهمة الضريبية لرواتب مهنيّي الصحّة في الهياكل العموميّة والممارسين وبين مساهمة الصندوق الوطني للتأمين على المرض لضمان التغطية الخاصة بالمتمتعين بمنظومة العلاج المجاني وبالتعريفة المنخفضة كل عام وفقًا للطرائق التي سيتم تحديدها.

[57] تم إنشاء صندوق لدعم الصحة العموميّة بموجب قانون المالية لسنة 2017. يتمّ تمويله بنسبة غير محددة من عائدات المساهمة المتأتية من بيع التبغ. بالإضافة إلى ذلك، يمكن توسعة مصادر الموارد المالية لتشمل الكحول والضرائب الجديدة على المنتجات الغذائية الضارة بالصحة (المشروبات الغازية، وما إلى ذلك)، وعلى الإشهار عن هذه المنتجات، والصناعات الملوثة، والمخالفات المروريّة وغيرها من المصادر الأخرى.

[58] على سبيل المثال: دراسات وتقييم للتقنيات الصحية، الاستخدام، الملفّ الطبّي الموحّد، القبول الاجتماعي، مراجعة الإنفاق الصحي، مراجعة الإنفاق المباشر للعائلات ...).

[59] تنظم الأقطاب الجهويّة الأداء الوظيفي لهياكل الرعاية الصحيّة والتكامل بين الخطوط من ناحية وعلى مستوى كلّ خطّ من ناحية أخرى وذلك لفائدة مجموعة من الولايات المجاورة مما يجعل كل مواطن على بعد ساعة من المستشفى العمومي ويسهّل على المنظومة الصحيّة التكفّل به، بما في ذلك على مستوى الخطّ الثالث، والمتابعة، بغض النظر عن البوابة التي لجأ من خلالها إلى منظومة الرعاية الصحيّة

الخيار الاستراتيجي	الآثار	أدوات التنفيذ/عوامل النجاح
	• دعم البحث والابتكار في مجال الصحة وفقا لأنماط تقوم على تعدد الاختصاصات والقطاعات من أجل تحسين نوعية الخدمات وخلق القيمة المضافة الاجتماعية والاقتصادية. • تحفيز مهنيّي الصحّة وتعزيز شعورهم بالانتماء إلى القطاع العام. • التواصل المناسب و إحداث مساحات للإصغاء و المشاركة للمواطنين في مختلف مستويات المنظومة وفي المرافق الصحية العموميّة.	
ضمان حماية صحّة المواطنين	• مراعاة الصحّة بشكل فعليّ في جميع السياسات العامة. • تلعب وزارة الصحة دورها المحوري بشكل فعليّ على مستوى الحكومة في مجال حماية الصحة وتعزيزها. • تضمن المؤسسات المعنية المركزية، الجهويّة والمحليّة الدور المناط بعهدتها بالكامل. • يجعل المجتمع المدني من حماية الصحّة وتعزيزها مجال اهتمام من أجل كسر الجمود.	• تحديث وتفعيل المعايير والأنظمة ذات العلاقة بالإضرار بالصحة[60]. • مراجعة أنظمة المراقبة والتنبيه وتعزيزها. • التنسيق متعدد القطاعات رفيع المستوى مع وسائل مخصّصة ومناسبة تسمح بالمتابعة والاستجابات اللازمة للتحديات والمخاطر والتهديدات الجديدة

[60] صناعة الأغذية والإنتاج الفلاحي، وتعزيز التغذية الصحية (كميات أقل من الملح والسكر والدهون)، والبيئة الصحية (التلوث، والتطهير، والمساحات الخضراء)، ومكافحة العنف، والوقاية من الحوادث وخاصة حوادث المرور وبيئة العمل والنظافة في العمل والظروف والحوافز لممارسة الرياضة والمشي أثناء دورة الحياة، ومكافحة الإدمان وخاصة حماية غير المدخنين والوقاية والاستعداد المناسب لحالات الكوارث.

مفتاح النجاح	الآثار	أدوات التنفيذ/عوامل النجاح
ضمان تعديل الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحيّة الشاملة	• وجود هيئات تعديلية[61] موثوقة وفعالة لديها القدرات اللازمة، مستفيدة من البيئة السياسيّة والتنظيميّة المواتية والاستقلاليّة اللازمة. • مراجعة منتظمة للامتثال للمهام (المراجعة) في الخطوط الثلاثة. • تحيين المعايير و الأطر المرجعيّة[62] في علاقتها بتنظيم المنظومة والمسارات العلاجية. • تعزيز دور الصيدلية المركزية التونسية في استيراد الأدوية. • إعادة النظر في إستراتيجية الدعم المتبادل للصيدلية المركزية التونسية، غير المناسبة للنظام القاعدي الموحّد ومصدر الفساد والتهريب. • صيغ تعاون شفافة ومؤطرة بين القطاعين من أجل الحد من التفاوت بين الجهات وتضارب المصالح (بما في ذلك الانتماء المزدوج فيما يتعلق بالنشاط الحرّ التكميلي). • مراعاة احتياجات القطاع الخاص للحفاظ على التزامه الاجتماعي بشكل مستدام لصالح مهام الصحة العموميّة.	• قرار سياسي كبير من أجل إبراز الدور التعديلي الذي يجب أن تتحمّله الدولة باعتبارها مسد للخدمات من خلال الهياكل العموميّة[63،64]. • اتخاذ التدابير الملائمة من أجل توليد أفضل للمعلومات الاستراتيجية الضرورية. • إطار قانوني ومؤسسي واضح وفعال من أجل مساهمة القطاع الخاص في أهداف الصحة العموميّة. • اللامركزية مع الوسائل اللازمة لضمان التعديل على المستوى الجهوي • التآزر بين مصدري التمويل العمومي(الضرائب والتأمين على المرض) لضمان المسار نحو التغطية الصحية الشاملة.
تعزيز الشفافية مكافحة الفساد	• اعتماد أحكام تنظيمية ملزمة لتعزيز الشفافية والمساءلة الفردية أو المؤسسية (قانون مكافحة الهدايا). • جعل المعلومات حول طبيعة الخدمات وشروط استخدامها في الزمان والمكان موثوقة ومتاحة وقابلة للاستغلال. • الشفافية في عملية صنع القرار، وفي العلاقات وتضارب المصالح الحقيقي والمحتمل، وكذلك مراعاة هذه المسألة لدى جميع صنّاع القرار و/ أو أعضاء اللجان الاستشارية أو لجان التفكير فيما يتعلق بالمنظومة الصحيّة وأدائها. • تأطير التسويق الصيدلي. • تطوير قدرات الجهات الفاعلة والمواطنين من أجل فهم أفضل لحقوقهم وواجباتهم • جعل التعاون بين مختلف هياكل ومؤسسات القطاع الصحي مع الهيئة الوطنيّة لمكافحة الفساد[65] والهيئة الدستورية المستقبلية (هيئة الحوكمة الرشيدة ومكافحة الفساد) هيكلية ومستدامة لتحقيق أقصى قدر من الوقاية من التعرض للفساد في القطاع الصحي.	• المراعاة الفعالة لمبدأ المساءلة أمام المواطنين الذين تقدم لهم الخدمة. • إشراك جميع الأطراف المتدخلة في المنظومة الصحيّة في مكافحة الفساد. • دعم الهياكل الصحية العامة والخاصة للوفاء بالتزام الشفافية ومكافحة الفساد في إطار السياسة الوطنية للتمكين واللامركزية وكذلك الشراكة مع الهيئة الوطنيّة لمكافحة الفساد.

[61] الهيئة الوطنية للتقييم والاعتماد في المجال الصحي، إنشاء هيئة لحزمة الخدمات الأساسيّة، ولجنة لوضع استراتيجية شراء لفائدة الصندوق الوطني للتأمين على المرض، إنشاء وكالة الأدوية، وهيئات ومؤسسات مركزية أخرى معنية.

[62] المعايير التي تحدد المنصات التقنية حسب المستوى، وإجراءات نظام الإحالة والإحالة المضادة، ومسارات الرعاية للأمراض التي تستخدمها، والأطر المرجعيّة للممارسات الجيدة، وكتيبات الاعتماد لمؤسسات الرعاية الصحية، والنصوص المحددة والمنظمة للأقطاب الجهويّة

[63] الوظيفتان هامتان ولكن يجب الفصل بينهما بوضوح.

[64] ستكون مسألة ضمان الفصل الصحيح بين الوظائف والتمكين الفعال لهياكل الصحة العمومية في إطار إشراف يُعاد النظر فيه على مستوى أساليب التدخل والدعم.

[65] الهيئة الوطنية لمكافحة الفساد.

مفتاح النجاح	الآثار	أدوات التنفيذ/عوامل النجاح
جعل المواطن فاعلا وشريكا من أجل الصحّة	• خلق المساحات والفرص لتعزيز الصحة في بيئات العيش والعمل. • حشد آليات مختلفة للمعلومات والتمكين، وخاصة منها الصحة الإلكترونية، ووسائل الإعلام الوطنية والمحلية، والمجتمع المدني. • خلق مساحات وفرص للإصغاء ومراعاة مظالم المواطنين. • تثمين ومكافأة السلوكيات الإيجابية في جميع البيئات. • تطوير أو تكييف التشريعات وضمان احترامها في العقوبات ضد السلوكيات الضارة بصحة الآخرين.	• تكييف وتحديث البرامج التعليميّة في جميع مراحل التعليم. • تكييف التكوين الأولي والمستمر لمهنيّي الصحّة[66]. • مراجعة الحقوق في ميثاق المستخدم والآليات لضمان ممارستها.
	• تنفيذ تدابير لتطوير قدرات جميع الأطراف المتدخلة من أجل شراكة حقيقية. • إتاحة المعلومات اللازمة عن أداء ومشاريع تحسين المنظومة. • تحديد النطاق والإطار المناسبين للتعاون والنقاش المتعلقين بالمواطن.	• إضفاء الطابع المؤسسي على الحوار المجتمعي كعملية تشاركية توفر مساحة لمساهمة المواطن في صنع القرار. • الأحكام التنظيمية التي تجعل من الممكن إشراك المواطن بفعالية في هيئات الإدارة والحوكمة في النظام الصحي. • استخدام الفرص المرتبطة باللامركزية وبالأحكام التي نصّ عليها الدستور من أجل الشفافية والديمقراطية.

[66] خاصة العلاج الذي يكون محوره الفرد وتعزيز الصحّة

جدول 2 : من أجل المصداقيّة في بدء تنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة

الخيار الاستراتيجي	من أجل الانطلاق بكل مصداقية	
	المداخل الممكنة	أمثلة على الأحكام الهامة
جعل صحة العائلة والجوار محور المنظومة الصحيّة	التكوين المستمر والأولي للمهنيين الممارسين مما يسمح باستخدام الموارد البشرية المتوفرة في الخطوط الأمامية (القطاع العام والخاص) استخدامًا أفضل.	اتخاذ قرار بأن صحة العائلة هي البوابة المفضلة للمنظومة.
		نص تنظيمي (الحوافز والقيود) بداية من السنة الأولى للتنفيذ.
	بدء تجارب الاعتماد والتصنيف في كل منطقة وفقًا للمواصفات المحددة.	كراسات الشروط ومرافقة منذ السنة الأولى للتنفيذ.
وضع حزمة خدمات أساسيّة للجميع	مراجعة نقدية لما هو موجود والنظر في مسارات ومعايير الممارسة الجيدة التي انتجتها الهيئة الوطنيّة للتقييم والاعتماد في المجال الصحّي.	وضع آلية لتحديد حزمة الخدمات الأساسيّة ومراجعتها.
		مراجعة المهام حسب الخطوط مع نهاية السنة الثانية لمواءمتها مع أحكام (القانون63-91) وتحديد الموارد على أساس ذلك.
		تفعيل آلية الرصد والتنبيه.
ضمان نظام قاعدي موحّد	وضع آليات تسمح بمعالجة التجاوزات والإخلالات ذات الصلة بالتشتّت الحالي.	إدماج المتمتّعين بالعلاج المجاني أو بتعريفة منخفضة في الصندوق الوطني للتأمين على المرض.
	تسريع إحداث المعرّف الوحيد.	وضع آليات للحوافز أو القيود التي تشجع على الاستخدام المناسب لحزمة الخدمات الأساسيّة لفائدة الجميع والنظر إلى صحة العائلات والجوار على أنّها المحور والبوابة للمنظومة.
إعطاء القطاع العام الوسائل الضروريّة للاضطلاع بمهامه كمرفق عمومي	مشاريع التأسيس وتصورات للاعتماد.	أحكام متعلقة بتقدير معاملات الإنصاف وتكاليف الخدمات.
	تدابير لتعزيز الشعور بالانتماء وتأطير النشاط الحرّ التكميلي والانتماء المزدوج للقطاع العام والخاص	إطلاق آليّتين جهويّتين
		مبادرات لإحداث فضاءات إصغاء ومشاركة للمواطنين داخل المرافق الصحيّة
		التشجيع على الأداء والكفاءة مع مراعاة دوافع المهنيين.
ضمان تعديل الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحيّة الشاملة	تفعيل الهيئات التعديلية القائمة وإنشاء أخرى.[67]	إطار تشريعي ومؤسسي لمساهمة القطاع الخاص في أهداف الصحّة العموميّة.
تعزيز الشفافية ومكافحة الفساد	جعل الأحكام التنظيمية الملزمة للشفافية والمساءلة الفردية و/أو المؤسسية فعالة واستكمالها عند الحاجة.	دعم الهياكل الصحية العامة والخاصة للوفاء بالتزام الشفافية ومكافحة الفساد في إطار السياسة الوطنية للمساءلة واللامركزية.

---

67 الهيئة الوطنية للتقييم والاعتماد في المجال الصحي، هيئة حزمة الخدمات الأساسيّة، لجنة تطوير استراتيجية الشراء في الصندوق الوطني للتأمين على المرض، الصيدلية المركزية، وكالة الأدوية التي تجمع بين جميع الوظائف المركزية والاستراتيجية والهيئات الأخرى والمؤسسات المركزية المعنية.

الخيار الاستراتيجي	من أجل الانطلاق بكل مصداقية	
	المداخل الممكنة	**أمثلة على الأحكام الهامة**
جعل المواطن فاعلا وشريكا للصحة.	القيام بمراجعة البرامج الدراسيّة.	تطوير وتعبئة آليات مختلفة للمعلومات والتمكين ، لاسيما الصحة الإلكترونية ، ووسائل الإعلام الوطنية والمحلية، والمجتمع المدني.
	استغلال فرصة اللامركزية لتطوير التعاون بين المسؤولين المنتخبين المحليين ومهنيّي الصحّة وكذلك من القطاعات الأخرى المعنية والمواطنين على المستوى المحلي.	أحكام تنظيمية تسمح بالإشراك الفعلي للمواطن في الهيئات المكلفة بإدارة المنظومة الصحيّة وحوكمتها.

جدول 3 : التغييرات المنتظرة

الخيار الاستراتيجي	المواطنون	المهنيّون	المنظومة	مظاهر التقدّم الأولى
جعل صحة العائلة والجوار محور المنظومة الصحيّة	حل الغالبية العظمى من مشاكلهم الصحية على مستوى الخط الأول، وهو أقرب وأكثر سهولة في الاستخدام. الإحالات إلى طب الاختصاص في الوقت المناسب. ضمان استمرارية العلاج في أفضل الظروف بالنسبة إلى المريض.	اكتساب المصداقية من خلال الخدمات العلاجيّة ودور الأشخاص ذوي الخبرة في المرافق المحلية في تنميتهم الاجتماعية وتحفيزهم.	مساهمة كبيرة في الكفاءة الشاملة للمنظومة الصحيّة المتزايد التعقيد والمجرّدة باستمرار من طابعها الإنساني. تعزيز الاستخدام الجيد والتبنّي من قبل المواطنين. مشاركة المؤسسات المحلية في تعزيز الصحة.	امتلاك ما لا يقل عن 60 ٪ من الأطباء في مجال الطب العام (القطاع العام والخاص) لمهارات صحة العائلة (السنة الخامسة من التنفيذ). ما لا يقل عن 50٪ من مقدمي الخدمات المتعاقد معهم من القطاع الخاص و 60 ٪ من مراكز الصحة الأساسيّة المعتمدة تمتثل لمواصفات صحّة العائلة والجوار (السنة الخامسة للتنفيذ)
وضع حزمة خدمات أساسيّة للجميع	يمتلك حقا صريحا وقابلا للتنفيذ، مما يسمح له بالوصول إلى مجموعة من الخدمات المنسقة بين مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص. يستفيد بذلك من خلال حصوله على خدمة أكثر عدالة وقائمة على الأدلة.	يصبحون أكثر ثقة في وجود معايير الممارسة الجيدة.	أكثر تأطيرا من أجل جودة وسلامة العلاج. أكثر إنصافا. أكثر كفاءة	تصبح حزمة الخدمات الأساسيّة، المحددة بشكل تدريجيّ، قابلة لتنفيذ كل جزء من أجزائها تمّت المصادقة عليه. تنفيذها بالكامل في نهاية السنة الخامسة للتنفيذ وستتم مراجعتها بشكل دوري.
ضمان نظام قاعدي موحّد	تعتبر الحماية المالية فعالة للجميع وفقًا لاحتياجاتهم بفضل التضامن بين فئات السكان المختلفة والأجيال. لا تزال مساهمته المباشرة في الإنفاق على الصحة معتدلة ويمكن تحملها. محمي من مخاطر النفقات الكارثية. وهو أقل عرضة لخطر الفساد بفضل تبسيط الإجراءات وشفافيتها.	أقل عرضة لإجراءات الإدارة المعقدة ولديهم علاقات أكثر شفافية مع المرضى. تهميش إغراءات الفساد	أصبحت أكثر إنصافا وشمولا. تم تحسين كفاءتها. إحراز تقدم نحو التغطية الصحية الشاملة.	نقل إدارة صندوق دعم الصحة العموميّة إلى الصندوق الوطني للتأمين على المرض في نهاية السنة الثانية للتنفيذ. أصبح القطاعان العام والخاص (طب العائلة) أكثر جاذبية في نهاية السنة الثانية للتنفيذ. في نهاية السنة الخامسة، يدخل النظام القاعدي الموحّد مرحلته التشغيليّة .منظومة استرجاع المصاريف لا تؤثر سلبا على النظام القاعدي الموحّد

الخيار الاستراتيجي	المواطنون	المهنيّون	المنظومة	مظاهر التقدّم الأولى
إعطاء القطاع العام الوسائل الضروريّة للاضطلاع بمهامه كمرفق عمومي	ضمان وتيسير الوصول إلى الرعاية الجيدة في القطاع العام، بما في ذلك الفحوصات اللازمة والعلاج المختصّ، في جميع مناطق البلاد. التخلّي عن العلاج واللجوء إلى الخدمات غير مسترجعة المصاريف أصبح محدودا. استعادة ثقته في المرافق العموميّة بفضل استجابة أفضل (احترام الكرامة والاهتمام بالشخص).	يمتلكون الوسائل اللازمة للقيام بأنشطتهم المهنيّة والتكوينيّة والبحثية. يعيدون بناء علاقة الثقة مع المواطنين وتقوية شعورهم بالانتماء	مراعاة التكاليف الإضافية الناجمة عن الإنصاف والتكوين والبحث. خلق ظروف مواتية أكثر لمواءمة توفير الخدمات. تتكيف بشكل أفضل مع المتطلبات الجديدة بفضل أنشطة البحث وتشجيع الابتكارات.	مراعاة التكاليف الإضافية المتعلقة بالإنصاف والتكوين والبحث في سياق قبول مشروع المؤسسة من السنة الثانية من تنفيذ السياسة الوطنيّة للصحّة. امتلاك 20 ٪ من الهياكل الصحية العموميّة مشاريع إنشاء في نهاية السنة الثالثة للتنفيذ. 2 أقطاب جهويّة تعمل خلال السنة الثالثة للتنفيذ
ضمان حماية صحّة المواطنين			حماية أكثر فعالية ضد المخاطر الصحية وبيئة ديناميكية تفضي إلى تعزيز الصحة. الحد من عبء الأمراض وعواقبها على صحة البلاد وتنميتها.	مراجعة البعد الصحي في السياسات العامة مع أخذ السياسة الوطنيّة للصحّة بعين الاعتبار في نهاية السنة الأولى للتنفيذ. تحيين خطة الطوارئ والوقاية من الكوارث وجعلها متاحة في نهاية السنة الثانية للتنفيذ. تقدم كبير في التحيين والامتثال للأحكام.
تعزيز الخيارات	التخلّي عن العلاج واللجوء إلى الخدمات غير مسترجعة المصاريف محدودان - الوصول الفعال (الزمني، الجغرافي، إلخ). تخفيض المدفوعات المباشرة من ميزانيات العائلات. واثق وشريك	استخدام الأطر المرجعيّة للممارسات الجيّدة ← أكثر ثقة. امتلاك الوسائل وفقًا لاحتياجاتهم ←متحفّز. يأخذ بعين الاعتبار الجانب الانساني ←التعاون مع المواطنين. المشاركة مع المؤسسات المحلية ← التثمين الاجتماعي.	أكثر استجابة: مراعاة الجانب الإنساني/ توافر الوقت. أكثر كفاءة. تقديم خدمات منسق. تعزيز الإنصاف.	المصالحة بين المواطنين والمنظومة. تقدم فعال ويمكن التحقق منه نحو التغطية الصحيّة الشاملة.

الخيار الاستراتيجي	المواطنون	المهنيّون	المنظومة	مظاهر التقدّم الأولى
ضمان تعديل الأبعاد المختلفة للتغطية الصحيّة الشاملة	مراعاة مشاغل المواطنين فيما يتعلق بالوصول الجغرافي والمالي إلى خدمات صحية آمنة وذات جودة وعلى مستوى الجوار. المواطن في علاقة ثقة مع المنظومة الصحيّة	يمتلكون إطارا مرجعيا لتأطير أنشطتهم وحمايتها. ملتزمون بتحقيق أهداف الصحة العامة.	التغلب على الصعوبات المتعلقة بتعدد مصالح الأطراف المتدخلة. تصبح أكثر إنصافا وشمولا. تحسين كفاءتها. المضيّ قدما نحو التغطية الصحية الشاملة	تآزر فعال بين مصدري التمويل العمومي (الضرائب والتأمين الصحي) يعمل كأداة لتحقيق التغطية الصحيّة الشاملة في نهاية السنة الثانية للتنفيذ. تتمتع المؤسسات المشاركة في هذا النظام بالقدرات اللازمة في نهاية السنة الثانية للتنفيذ. الحدّ من قلّة التداوي أو الإفراط فيه في نهاية السنة الثالثة من التنفيذ[68].
تعزيز الشفافية ومكافحة الفساد			منظومة شفافة تجعل المعلومات ة عن حقوق وواجبات الجهات الفاعلة الاقتصادية والمهنية والمواطنين متاحة ومتوفر. منظومة مسؤولة وفعالة	تتضمن مشاريع الإنشاء أو تدمج عنصر الشفافية ومكافحة الفساد الذي يشمل جميع الأطراف. إدارة أفضل لتضارب المصالح وللضغوطات.

[68] الصندوق الوطني للتأمين على المرض مشتري استراتيجي

الخيار الاستراتيجي	المواطنون	المهنيّون	المنظومة	مظاهر التقدّم الأولى
جعل المواطن فاعلا وشريكا للصحة	واثق، يتمتع بحقه في الحصول على المعلومات والتمكين فيما يتعلق بصحته. قادر على ممارسة واجباته كمواطن مسؤول عن صحته وصحة الآخرين مما يساهم في تعزيز الصحة. يشارك في مختلف المشاريع والهيئات في النظام الصحي. يساهم في النقاشات حول الخيارات المتعلقة بالصحة من خلال الآليات المناسبة (مجلس محلي، مجلس إدارة، لجنة وطنية وهيئة المحلفين المواطنين[69]). يمارس دوره، من خلال المنظمات الاجتماعية والنقابية ، في المراقبة والضغط في سياق المساءلة.	هم أكثر ثقة في حل مشكلة الصحّة من خلال مراعاة الجانب الإنساني للمريض ومساهمة المواطن. في علاقة من الحوار والتعاون المثمر والحامل لاعتبارات اجتماعية وسياسيّة.	أكثر استجابة وكفاءة. ملائمة بالنسبة إلى المواطن الذي يساهم في: - الوقاية وتعزيز الصحّة، - إدارة المنظومة وحوكمتها في خطوطها المختلفة، - السياسات والاستراتيجيات الوطنية للصحة.	مراجعة ميثاق المستخدم في نهاية السنة الثانية للتنفيذ. استخدام البرامج الدراسيّة المنقحة في النظام التعليمي في السنة الثالثة للتنفيذ. إضفاء الطابع المؤسسي على الحوار المجتمعي من السنة الأولى للتنفيذ على أساس الدروس المستفادة. إنشاء فضاءين على الأقل للإصغاء ومشاركة المواطنين في الهياكل الصحية في كل منطقة من مناطق البلاد في نهاية السنة الثانية للتنفيذ.

[69]وهي تتألف من مواطنين من عامة الناس تمّ جمعهم لمشكلة مخصصة ولفترة محددة.

جدول 4 : أهداف السياسة الوطنيّة للصحّة

البعد	الهدف	المقاييس المرجعية	2025	2030
الوفيات والمراضة	وفيات الأمهات	44.8 على كل مائة ألف ولادة حية (2008)	غير متوفر	18.7 لكل مائة ألف ولادة حية
	وفيات حديثي الولادة	8.3 لكل ألف ولادة حية (2017) و 9 وفقًا للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 6 ، وللمعهد الوطني للإحصاء (2019	غير متوفر	5 لكل ألف ولادة حية
	وفيات الأطفال أقلّ من 5 سنوات	14.2 لكل ألف ولادة حية (2017) و 17 لكل ألف وفقًا للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 6 ، وللمعهد الوطني للإحصاء (2019	غير متوفر	8.9 لكل ألف ولادة حية
	الوفيات جراء حوادث الطرقات	12.8 لكل مائة ألف نسمة في عام 2015 و22.8 لكل مائة ألف في عام 2016 وفقا لمنظمة الصحة العالمية	أقل من 10 لكل مائة ألف نسمة	7.5 لكل مائة ألف ساكن 11.4 لكل مائة ألف ساكن بالنسبة لخطّ أساس المنظمة العالمية للصحّة
	انتشار مرض السكري لدى البالغين دون الستّين سنة[70]	12.3 ٪ من السكان فوق سن 18 وما دون 60	٪11,3	٪10
	نسبة ارتفاع ضغط الدم المتوازن(من المصابين المعروفين بضغط الدم)	24.3 ٪ (مسح الفحص الطبّي في تونس 2016)	٪30	٪40
عوامل الخطر البيولوجية والسلوكية	انتشار السمنة بين البالغين والمراهقين (السكان> 15 سنة)	٪26.2	أقل من ٪23	٪20
	انتشار التدخين (> 15 سنة)	٪25	أقل من20 ٪	أقل من 17.5٪
	النسبة المئوية للتلاميذ الذين اكتسبوا مهارات الحياة في نهاية كل مرحلة دراسيّة (المرحلة الابتدائية والإعداديّة والثانوية)[71]	يجب إجراء مسح لتحديدها	يجب احتسابها	يجب احتسابها

[70] المؤشر الذي تم اختياره لتقليل التأثير العمري على عامة السكان وفهم التأثير الذي يعزى إلى تعزيز الصحة بشكل أفضل
[71] فيما يتعلق بالمعرفة والمهارات التي يتناولها البرنامج الدراسي

البعد	الهدف	المقاييس المرجعية	2025	2030
الحصول على رعاية صحيّة ذات جودة	النسبة المئوية للسكان الذي يقطنون على بعد أقل من 30 دقيقة من مركز معتمد لتقديم خدمات الخط الأول	يجب احتسابها[72]	٪25	أكثر من 60 ٪
	النسبة المئوية للسكان الذين يقطنون على بعد ساعة واحدة من مستشفى عام[73] أو جامعي معتمد	يجب احتسابها[74]	٪30	٪75
	النسبة المئوية للسكان الذين لديهم إمكانية الوصول إلى المراكز الجهويّة الوظيفية	صفر بالمائة (عدم وجود أقطاب جهويّة حاليا)	٪30	٪90
الحماية المالية	السكان المشمولون بالنظام القاعدي الموحّد	٪16.8 من السكان ليس لديهم تغطية	٪95	٪100 تقريبًا
	مستوى الإنفاق العمومي على الصحة بالنسبة المئوية من الناتج المحلي الإجمالي	4.4 ٪ في 2014	٪5.5	٪6
	مستوى المدفوعات المباشرة من ميزانيات العائلات	38 ٪ من النفقات الجارية في 2014	٪30	أقل من 25 ٪
	تأثير الإنفاق الكارثي (للعائلات)	9.7 ٪ (في 2016)[75]	٪4	٪2.4

[72] في إطار التخطيط الاستراتيجي، تحسب كل إدارة جهويّة بدعم من الدوائر الصحية عدد السكان الذين يعيشون على بعد نصف ساعة من مركز رعاية أساسيّة على أساس آخر تعداد. ويتم التراكم والنسبة النهائية على المستوى الجهوي لتكون بمثابة مقياس مرجعي.
[73] لدى المستشفى العام منصة تقنية تضمن على الأقل جميع الاختصاصات التي تعتبر ضروريّة.
[74] يتم احتسابها حسب المنطقة بدعم من الدوائر الصحية كجزء من عملية التخطيط الاستراتيجي.
[75] محسوب على عتبة ٪25 من إجمالي إنفاق العائلات

11. الملحقات...

الملحق 1

عناصر لتطوير المواصفات الخاصة باعتماد صحة الأسرة والجوار

1. مقدمة

في إطار السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030، تلعب صحة الأسرة والجوار دورًا أساسيًا في تحسين الوصول إلى الرعاية الجيدة التي تُرَكّز على الشخص وتوفير الزخم والدفع المحلي الضروري لتعزيز الصحة.

وباعتبارها محور النظام الصحي، فإن صحة الأسرة هي بوابته المفضلة. تُعَدّ صحة الأسرة والجوار مصدرًا أساسيًا لاستمرارية الرعاية، وتتيح للمجتمعات والمؤسسات المحلية خبراء لحماية وتعزيز الصحة.

يُقترح تطوير العناصر التالية في إطار المواصفات التي تهدف إلى تعزيز تطوير العرض، العمومي والخاص، بما يتوافق مع معايير الممارسات الجيدة المعتمدة واعتماد أو تأطير جميع خدمات الحزمة الأساسية للخط الأول.

2. المبادئ

المشاركة الطوعية لمركز صحي أساسي / مركز وسيط أو عيادة ممارسة حرة، في اتفاقية مع السلطات العامة والصندوق الوطني للتأمين على المرض، في مسار الاعتماد والتصنيف. هذا يعني أنه على الهيكل المعني ما يلي:

- تنظيم تسجيل الأفراد والأسر الذين يختارون الفريق و / أو طبيب الأسرة الذي يجب أن يتكفل بهم؛
- تطوير التكفل بالعائلات والأشخاص المسجلين وتقديم رعاية جيدة تركز على الشخص من خلال الامتثال لمواصفات صحة الأسرة والجوار التي تُعْتَمد كأساس للاتفاقية؛
- تحديد الأهداف والخدمات المقدمة وشرح إجراءات تنفيذ المواصفات في مشروع المركز. يجب أن يكون المشروع في متناول السكان الذين تتم خدمتهم وعلى صلة بشبكة العمل والسلطات الصحية المحلية والجهوية.

التزام السلطات العامة (المحلية و / أو الإقليمية / المركزية) وكذلك الصندوق الوطني للتأمين على المرض بضمان:

- دعم ومرافقة لإنجاح الاعتماد، ولا سيما التدريب، وتنظيم المراجعة، والملف الرقمي الوحيد.
- تمويل إضافي (الموارد الجبائية للإنصاف) مما يساعد على ضمان شروط الامتثال للمواصفات (المعدات الكافية، والرقمنة، والحوافز الخصوصية للمهنيين العاملين في ظل هذه الشروط).
- التمويل المركب: ثابت على أساس عدد المشتركين، ومتغير على أساس حجم النشاط المنجز والنتائج التي تم الحصول عليها (التغطية، والمتابعة الجيدة للمصابين بأمراض مزمنة، وما إلى ذلك)، وأنشطة النهوض بالصحة خارج المركز في إطار البرامج الوطنية أو تلك التي تطلبها المؤسسات المحلية.

التقييم الدوري المستقل الذي يسمح لجميع الأطراف بتعديل ما يجب أن يكون لخدمة السكان بشكل أفضل ودعم المشاركة الإيجابية للمهنيين وتجديد الاعتماد والتصنيف.

3. الأبعاد الواجب تطويرها في المواصفات

1.3. الأسس

- المواصفات هي نفسها في جميع أنحاء البلاد، مع بعض المتغيرات المتعلقة بعدد السكان الذين تمت تغطيتهم، وتوقيت العمل والتنظيم الداخلي. ويتم تحديد المواصفات من قبل وزارة الصحة وهي أساس مشروع المؤسسة والاتفاقية.
- مواصفات إضافية واختيارية، والتي يمكن الاتفاق عليها بين مركز الصحة الاساسية / عيادة الممارسة الحرة والسلطات الجهوية وفقًا للظروف والإمكانيات والموارد المحلية. ويتم تضمينها في مشروع المؤسسة وتعتبر جزءا من الاتفاقية.

لا تقتصر المواصفات على قائمة الأمراض التي يجب التكفل بها اذ تصف كيفية وضع منظومة الرعاية للمواطنين في قلب اهتماماتها وتمثل بالتالي قفزة في جودة الرعاية الخارجية كما تمارس حتى الآن.

يجب أن تكون الرعاية الجيدة قبل كل شيء آمنة وفعالة. هذا يعني أنه يجب أن تستند إلى أدلة وتتجنب التدخل غير الضروري أو غير المفيد. للحصول على أفضل النتائج الصحية، تعد الشمولية واستمرارية الرعاية والعلاقة الشخصية طويلة الأمد بين مقدم الرعاية والمريض وتنسيق الرعاية بنفس أهمية وصفة طبية جيدة أو إحالة مناسبة. هذا هو الفرق بين الرعاية الأولية التي تركز على الأشخاص والرعاية التقليدية العلاجية في الاتصال الأول. هذه الأبعاد هي بالتالي جزء لا يتجزأ من المواصفات.

2.3. الأبعاد المراد تطويرها

- تحميل المسؤولية والتقييم الذاتي.
- ساعات العمل وطرق الاتصال مع الجمهور.
- تسجيل الأسر والأفراد.
- مجموعة من الخدمات الأساسية على الخط الأمامي.
- استمرارية الرعاية.
- دوام الرعاية (حصص الاستمرار).
- إحالة وتنسيق الرعاية (بالتعاون مع المتخصصين).
- التشخيص المجتمعي.
- التكوين المستمر والعمل الجماعي.

ويمكن اضافة أبعاد تكميلية و / أو اختيارية اعتمادًا على الوضع الخصوصي وقد تتعلق بالصحة المهنية، والبرامج التي تستهدف مجموعة سكانية معينة والتي لا يتم تضمين أنشطتها في المواصفات العامة.

الملحق 2

عمليّة إعداد مشروع السياسة الوطنيّة للصحّة

يعد مشروع السياسة الوطنية للصحّة ثمرة عمل جماعي وتشاركي بما في ذلك ذوو الكفاءات، لخبراتهم، وكذلك المواطنون والمهنيون الصحيون من جميع مناطق البلاد، لمناقشة وإثراء الخيارات الاستراتيجية من منظور جهوي.

تمّت هذه العملية تحت إشراف السيدة فايزة الكافي، رئيسة الهيئة الفنية للحوار المجتمعي حول إصلاح المنظومة الصحيّة. وهي تعتمد على صياغة اللجنة التوجيهية وتوصياتها، برئاسة وزير الصحة، وتستند إلى دعم الأعضاء النشطين التالين في الهيئة الفنيّة والتزام المنسقين أو الأعضاء النشطين في المجموعات المواضيعية (م م):

سامي عبد الفتاح	سليم بن صالح	إيمان الجوادي
هشام عبد السلام	فاطمة بوحامد (م م)	سنية خياط
الهادي عاشوري	نورالدين بوزوية (م م)	فتحي منصوري (م م)
إيناس عيادي	عبد الواحد العباسي	الأسعد مساهلي (م م)
منصف بلحاج يحيى (م م)	إيناس فرادي	بلقاسم صابري
عبد المجيد بن حميدة (م م)	ذكريات قمارة	هاجر السخيري
رياض بن عباس	رياض قويدر	خالد الزغل (م م)
هالة بن مسمية	أحلام قزارة زرقوني	
فيصل بن صالح (م م)	أنياس حمزاوي	

أشكال المشاركة

تم اعتماد أشكال مختلفة من المشاركة، بناء على الاختصاصات و / أو الملاحظات الإجرائية التي اقترحتها الهيئة الفنية:

- ثمانية (8) مجموعات مواضيعيّة: 157 شخصا من أصحاب الكفاءات.
- ورشات عمل مخصصة لبعض المواضيع ذات العلاقة بالسياسة الوطنيّة للصحّة، وخاصة منها ورشات العمل حول الرؤية والتنسيق (8-9 نوفمبر 2018)، وتلك التي تمّ تخصيصها للمراجعة الخارجية للخيارات الاستراتيجية (2-6 أفريل 2019) والورشة المتعلقة بالأهداف (30 ماي 2019).
- أربعة (4) اجتماعات بين الجهات، مع المواطنين ومهنيّي الصحّة، من أجل إثراء الخيارات والتدابير الاستراتيجية لمشروع المذكرات التوجيهية من خلال تصورات وتوقعات المواطنين ومهنيّي الصحّة في المناطق: 373 مشارك، 53 ٪ منهم من بين المواطنين والجمعيات (جويلية / سبتمبر 2018) مع مساهمات فردية مكتوبة تتعلق بالتصورات والتوقعات.
- أربعة وعشرون (24) لقاء جهويّا، مع المواطنين ومهنيّي الصحّة، من أجل اختبار وإثراء الخيارات الإستراتيجية للسياسة الوطنيّة للصحّة من منظور جهوي: 2083 مشاركًا من بينهم 43٪ من المواطنين و57٪ من المهنيّين (فيفري- مارس 2019) مع مساهمات فردية مكتوبة لتسليط الضوء على ما هو أهمّ، ما هو مفقود وتقديم مقترحات بديلة.
- اجتماعات مع بعض الأطراف المعنيّة تمّ عقدها بين ماي وجويلية 2019 مع ضرورة استمرارها حتى اعتماد السياسة الوطنيّة للصحّة.
- التبادلات الإلكترونية الموسعة حول بعض النتائج المرحليّة، بما في ذلك المسودتان الأخيرتان للسياسة الوطنيّة للصحّة الموجودتان على موقع الويب وصفحة فيسبوك للحوار المجتمعي. تمت مشاركة مشروع ما قبل الندوة الوطنية عبر رسائل بريد إلكتروني مخصصة تضم أكثر من 650 شخصًا بين المواطنين ومهنيّي الصحّة وأعضاء اللجنة التوجيهية وأصحاب الكفاءات.

شكر وتقدير
تتوجّه الهيئة الفنيّة بالشكر للآتي ذكرهم (حسب الترتيب الزمني للمساهمات):

الأستاذ بشير الزواري، أستاذ صحّة عموميّة متقاعد، لمساهمته القيمة للغاية في وضع الرؤية الصحية لسنة 2030 ولتشجيعاته في عملية إعداد السياسة الوطنيّة للصحّة

الأستاذ محمد بلحوسين، المنسق المقيم السابق لمنظومة الأمم المتحدة في تونس والمدير السابق للمكتب الإقليمي لإفريقيا لمنظمة الصحة العالمية، لدعمه لورشة العمل المتعلقة بالرؤية.

الأستاذ ويم فان ليربيرج، خبير منظمة الصحة العالمية والمدير السابق لقسم السياسات والنظام الصحي في منظمة الصحة العالمية في جنيف، لإسهامه الثمين خلال ورشة عمل مراجعة الرؤية والخيارات الاستراتيجية وكذلك لتقريره عن المراجعة الخارجية والاقتراحات لكراس شروط صحة الجوار والعائلة.

تعرب الهيئة الفنية عن امتنانها لشركائها من الاتحاد الأوروبي ومنظمة الصحة العالمية لدعمهم وأدوارهم الفعالة في إدارة العمل في المرحلة الثانية من الحوار المجتمعي: إيف فيليب هنري سوتيران (منظمة الصحة العالمية) والسيد لوران لو دانوا (الاتحاد الأوروبي) والسيدة بريانكا ساكسينا (منظمة الصحة العالمية).

تعرب الهيئة الفنية عن امتنانها للمديرين الجهويّين للصحة وجهات الاتصال الجهويّة التي حدّدوها لدعمهم الثمين في تنظيم الاجتماعات بين الجهات واللقاءات الجهويّة وكذلك لمساهمتهم في أعمال هذه الفعاليات.

كما نتوجّه بالشكر أيضًا لجميع المشاركين في الاجتماعات بين الجهات واللقاءات الجهويّة على مساهماتهم التي مكنت من إثراء مشروع السياسة الوطنيّة للصحّة ونخصّ بالذكر منهم أعضاء هيئات المواطنين المحلفين الذين لعبوا دورًا رئيسيًا في استمرارية الحوار المجتمعي.

وتشكر الهيئة الفنية بشكل خاص مجموعة من الأطباء الشبان و / أو طلبة الطب على مساهمتهم الفعالة فيما يتعلق باللقاءات الجهويّة، وخاصة منهم السيدات، الآنسات والسادة: آمال عبيّد، مريم بن سلطان، مريم بوعناني، هدى قلمامي، فاطمة الحبوبي، آمنة الهمامي، شاذليّة الجمالي، محمد سيف الدين محمود، شادي المهذبي.

الملحق 3

المساهمات المباشرة في وثيقة السياسة الوطنيّة للصحّة

قامت **مجموعة الصياغة،** ضمن إطار الهيئة الفنية وفي علاقة بها، بصياغة واستكمال مشروع السياسة الوطنيّة للصحّة بالاعتماد إلى جميع الأعمال والمنتجات[76] من المرحلة الثانية من الحوار المجتمعي، بما في ذلك المساهمات الفردية لهيئات المواطنين ومهنيّي الصحّة خلال الاجتماعات بين الجهات واللقاءات الجهويّة. تتكون مجموعة الصياغة من: الهادي عاشوري، إيناس العيادي وعبد الواحد العباسي.

كما ساهمت **مجموعة القراءة** الشاملة بشكل فعال في إثراء مشروع السياسة الوطنيّة للصحّة. وهي تشمل جميع أولئك الذين قدموا مساهمات أو تعليقات مكتوبة على مسودات مشروع هذه السياسة. وتتضمّن أيضا أعضاء من الهيئة الفنية (هـ.ف) ومن المنسقين ومن المجموعات المواضيعية (م.م) وغيرهم من ذوي الخبرة الذين تمّ الاستنجاد بهم.

هشام عبد السلام (هـ.ف)	إيناس فرادي (هـ.ف)	اسكندر مراد (م م)
منصف بلحاج يحيى (م م)	أحلام قزارة الزرقوني (هـ.ف)	لسعد مساهلي ((م م)
محمد صالح بن عمار (من الكفاءات)[77]	أنياس الحمزاوي (هـ.ف)	توفيق ناصف (من الكفاءات)[80]
عبد المجيد بن حميدة (م م)	محمد الجويني (من الكفاءات)[78]	بلقاسم صبري (هـ.ف)
حبيبة بن رمضان (من الكفاءات)[77]	فايزة الكافي (هـ.ف)	منى الصقلي (م ت)
نور الدين بوزوية (م م)	أحمد المحرزي (من الكفاءات)[79]	المنصف سيدهم (من الكفاءات)[81]
معز الشريف (م م)	فتحي المنصوري (م م)	عمر التومي (من الكفاءات)[82]

تم تقديم **مساهمات شفويّة** كبيرة في الاجتماعات المخصصة لمناقشة وثيقة السياسة الوطنيّة للصحّة وخلال الندوة الوطنية. وقد سجلنا بشكل خاص مساهمات السيدات والسادة:

سنية بالشيخ	وزيرة الصحة بالنيابة
نبيهة برصالي فلفول	مديرة عامة للصحة سابقا
الهادي بوكر	المدير العام لمركز البحوث والدراسات الاجتماعية
هدى الشاهد	إطار في مركز البحوث والدراسات الاجتماعية
سمير شطورو	نقابة أطباء الممارسة الحرّة
الشاذلي الفندري	رئيس مجلس عمادة الصيادلة
رضا قطعة	مدير المركز البيداغوجي بوزارة الصحّة
أنيس كلوز	مدير البحوث الطبيّة في وزارة الصحّة
محمد الهادي الوسلاتي	المدير العام للصحّة
الهاشمي الوزير	المدير العام لمعهد باستور تونس
جوهر مزيد	طبيب صحّة عموميّة
سمير الورغمّي	مدير إدارة حفظ صحة الوسط وحماية المحيط
هاجر السخيري	مديرة المعهد الوطني للصحة العموميّة
محمد الهادي السويسي	نقابة الأطباء، الصيادلة وأطباء الأسنان في الصحة العمومية
خالد الزغلّ	المدير العام للهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصحي
محمد الزريبي	مدير جهوي سابق للصحة العمومية

[76] توجد القائمة الكاملة للأشخاص الذين ساهموا في مخرجات المرحلة الثانية من الحوار المجتمعي في التقرير المخصص.
[77] وزير الصحة السابق
[78] عميد كلية الطب بتونس
[79] عميد سابق لكلية الطب بتونس
[80] مدير عام الصحّة سابقا
[81] مدير الرعاية الصحيّة الأساسيّة سابقا
[82] مدير إدارة الصيدلة والدواء سابقا

شكر وتقدير

خالص الشكر والتقدير من الهيئة الفنيّة لكل المراجعين وما قدّموه من ملاحظات نقديّة وإسهامات قيّمة ولذوي الكفاءة والشركاء الخارجيين، السيدات والسادة:

1. آن ليز غيسيت، مستشارة فنية سابقة في مكتب منظمة الصحة العالمية في تونس.
2. لوران لو دانوا، مستشار صحي فني لوفد الاتحاد الأوروبي في تونس.
3. بريانكا ساكسينا، مستشارة فنية لمكتب منظمة الصحة العالمية في تونس.
4. إيف فيليب هنري سوتيران، ممثل منظمة الصحة العالمية في تونس.
5. ويم فان ليربرج، خبير دولي والمدير السابق لقسم السياسات والنظم الصحية في منظمة الصحة العالمية بجنيف.

12. مسرد...

إمكانية الوصول= الاتاحة

هي سهولة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية. ولها خمسة أبعاد:

- البعد المادي: يقاس بالمسافة المقطوعة للاستفادة من الخدمة؛
- البعد المالي: يمثله الثمن الذي يتعين على المنتفع دفعه؛
- البعد النفسي: تمثله جودة الاستقبال والتواصل في الهيكل الصحّي؛
- البعد الزمني: يقابل دوام الخدمات على مستوى الزمن والساعات المقضّاة في تقديم الخدمات؛
- البعد الثقافي: يمثله قبول المواطنين للخدمات ومدى ثقتهم بها.

الاعتماد

هو النظام الذي يتم بموجبه تقييم أداء المنظومات أو الأفراد وفقًا لمجموعة من المعايير المحددة مسبقًا تتم الموافقة عليها من طرف هيئة اعتماد. إذا ثبت أنه قد تم الوصول إلى هذه المعايير، يتم منح تصنيف لهذه المنظومات أو الأفراد.
وفقًا للهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصحي: الاعتماد هو تقييم خارجيّ لمؤسسة الرعاية الصحية، يقوم به مختصّون، يكونون مستقلين عن مؤسسة الرعاية الصحية وهيئاتها الإشرافية، ويتعلق بجميع أعمالها وأنشطتها. ويستند الاعتماد على عملية صارمة وشفافة ومنظمة لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة.

العمل المجتمعي (من أجل الصحة)

هو مجموع الجهود الجماعية التي يبذلها مجتمع محليّ لزيادة قدرته على التصرف بناءً على محددات الصحة لديه بما يؤدي إلى تحسين حالته الصحية.
يؤكد ميثاق أوتاوا على أهمية الاعتماد على إجراءات مجتمعية ملموسة وفعالة لتحديد الأولويات في مجال الصحّة، واتخاذ القرارات، وتخطيط وتنفيذ استراتيجيات لتحسين الصحة. يرتبط مفهوم التنمية المجتمعيّة أو التمكين ارتباطًا وثيقًا بالتعريف الوارد في ميثاق أوتاوا للعمل المجتمعي من أجل الصحة.

التمكين= تمكين الطاقات= التأهيل

جعل شخص ما قادرا على أداء فعل، أو إجراء يمنحه استقلالية معينة. وهو عملية يقدم عليها الأفراد والجماعات أو المنظمات أو المجتمعات المحلية لتحقيق القدرة على التحكّم في حياتهم، وبالتالي اكتساب سيطرة أكبر على القرارات والإجراءات التي تؤثر على صحتهم في سياق التغيير في بيئتهم الاجتماعية والسياسية. وهو فعل يعزّز ثقتهم بأنفسهم، ويدعم حسهم النقدي، وقدرتهم على صنع القرار والعمل. ويعتبر جميع الناس، حتى وإن كانت لديهم قدرات قليلة أو في وضع غير مستقر، حاملين لموارد ونقاط قوة.

تضارب المصالح

يمثل تضارب المصالح في المجال الصحّي، خلافات ومنافسات تشارك فيها الجهات المعنيّة الرئيسية في النظام الصحي: الأفراد والمهنيون الصحيّون والنظم الفرعية للصحة والسياسات الاجتماعية أو الصحية، ويمكن أن ينشأ، على سبيل المثال، بين الاختصاصات الطبية المختلفة (الطب عالي التقنية والطب الوقائي)، بين الإدارة والطب، بين البحوث والخدمات الصحية التقليدية واستقلالية الفرد والرفاه الاجتماعي.

ويجب تحسّسها على مستويات مختلفة: المستوى الشخصي، التنظيمي، المهني والسياسي.

العيادة الطبّية

لقاء بين مهني صحّي، عادة طبيب، وحريف أو مريض، لطلب المشورة أو العلاج. يتمّ الفحص عادةً وجهاً لوجه، ولكن يمكن إجراؤه أيضًا عن بُعد (التطبيب عن بُعد، الصحة المتنقلة، الصحة الإلكترونية، الذكاء الاصطناعي، إلخ).

حسابات الصحّة

تصف على المستوى الوطني جميع الأنشطة الصحية وتدفقات تمويل النظام الصحي. تشمل النفقات الصحية الجارية نفقات الأعوان العموميّين والخواص من المنتجات والخدمات الطبية والنفقات على البرامج الوطنية والوقائية، وكذلك نفقات الإدارة. يتضمّن التمويل العمومي مداخيل الضرائب العامة ومساهمة الصندوق الوطني للتأمين على المرض. ويشتمل التمويل الخاص بشكل رئيسي على الدفع المباشر من ميزانيات العائلات (إما من أجل الشراء الكلي للسلع والخدمات، أو في شكل مدفوعات مشتركة)، بالإضافة إلى أشكال مختلفة من التأمينات الخاصة.

استمراريّة العلاج

هي الحكم على سلاسة وتماسك الرعاية الصحيّة المقدمة وفقًا لتسلسل زمني تشارك فيه عدة موارد أو خدمات. وتعتبر هذه الخدمات مستمرة إذا ترابطت بين بعضها البعض بطريقة متناغمة في غياب أيّ قطع.

يتمّ تصوّر استمرارية مسار الرعاية وفقًا لستة أبعاد: البعد الزمني، الجغرافي، متعدد الاختصاصات (استخدام المستوى المناسب من الخبرة)، العلائقي (التوقعات المشتركة)، المعلوماتي (التواصل الكافي)، الاقتصادي.

التغطية الصحيّة الشاملة (المنظمة العالمية للصحّة)

تشمل التغطية الصحية الشاملة ضمان حصول جميع السكان على الخدمات الوقائية والعلاجية وإعادة التأهيل وتعزيز الصحة التي يحتاجون إليها وأن تكون هذه الخدمات ذات جودة كافية وفعالة، دون أن تكون تكلفتها سببا في صعوبات ماليّة.

المحددات الاجتماعية للصحّة

هي الظروف التي يولد فيها الناس، ويكبرون، ويعيشون، ويعملون، ويتقدمون في السنّ، فضلاً عن الأنظمة الموضوعة لمواجهة المرض. تعتمد هذه الظروف، التي تعكس الخيارات السياسية، على توزيع السلطة والمال والموارد على جميع المستويات.

الكرامة البشرية

احترام القيم الشخصية للفرد. لكلّ شخص أهميته الخاصة ويستحق الاحترام. للالتزام بالاحتياجات الأساسية للفرد من ناحية واحترام شخصيته الفردية من ناحية أخرى لهما أهمية كبيرة، وخاصة في سياق الصحة العمومية وفي فترة تطور سريعة للغاية للتقنيات الطبية. إنّ كرامة الإنسان محمية أخلاقيا في إطار حقوق الإنسان.

التثقيف الصحّي

شكل من أشكال الوقاية مصمم ليتيح للناس "التحكّم بشكل أكبر في صحتهم واتخاذ خيارات تناسبها" (ميثاق أوتاوا). أمّا الهدف الأساسي من هذا التعليم فهو النهوض بالثقافة الصحية، حتى يتمكن المواطنون من اتخاذ الخيارات الصحيحة المتعلقة بالصحة بأنفسهم. إنه مجال فرعي لتعزيز الصحة.

الفعاليّة = النجاعة

العلاقة بين النتائج التي تم الحصول عليها والأهداف، والمقاييس أو المعايير المراد تحقيقها. ويمكن أن تكون النتائج التي تم الحصول عليها نتائج الإنتاج أو الصحة أو نتائج الرفاه. وعادة ما تقاس الفعالية بالصحّة ولا تتضمّن الكفاءة.

الكفاءة = المردود

الكفاءة هي مقياس اصطناعي للنتائج التي تم الحصول عليها (المتوقعة أو الحقيقية)، مقارنة بالوسائل التي تمّ تسخيرها (التكاليف، الموارد، الوقت). وهو مفهوم قريب من عائد الاستثمار الاقتصادي.

تضيف الكفاءة إلى الفعاليّة الطبية فكرة التنظيم الجيد والاقتصاد. فتحسين كفاءة العلاج لا يحكم مسبقا على تحسين جودته. هذا يعني خفض التكلفة للحصول على نتيجة متساوية. إنها القدرة على الإنتاج بأقل تكلفة.

والكفاءة لا تنطوي على الفعاليّة.

المساواة (في الصحّة)

توفير الخدمات الصحية المناسبة ذات الجودة المتساوية، والمتاحة للجميع، وغير المقتصرة على الموقع الجغرافي أو الطبقة الاجتماعية أو العرقية أو الدينية أو الجنس أو الجدارة الائتمانية.

الإنصاف (في الصحّة)

يتمثل في غياب التباينات الممنهجة التي يمكن علاجها، في جانب أو أكثر من جوانب الصحة، بين السكان أو المجموعات السكانية المحددة اجتماعيًا واقتصاديًا وديموغرافيًا وجغرافيًا (منظمة الصحة العالمية). ويعني ذلك أنه من الأفضل أن تتاح الفرصة للجميع للوصول إلى إمكاناتهم الصحية الكاملة.

وبشكل عام، هناك طريقتان لتحديد الإنصاف. المقاربة العموديّة (الإنصاف العمودي) وهو يؤكد على التمويل. ووفقًا لهذه المقاربة، فإن الأفراد ذوي القدرات غير المتكافئة على مستوى المساهمة يسهمون بشكل غير متكافئ في التمويل الصحي. أما المقاربة الأفقية (الإنصاف الأفقي)، من ناحية أخرى، فتؤكد على المعاملة المتساوية للأفراد ذوي الاحتياجات الصحية المتساوية.

الأخلاقيّات

هي انعكاس للسلوكيات والقرارات التي يجب اتخاذها بناءً على المبادئ والقيم، وهي التي تشكل اليوم أساس حقوق الإنسان. يسمح التفكير الأخلاقي بتحديد القيم التي تشكل أسباب التصرف المقبول من قبل المجتمع بأسره. ويمكن الاستناد إلى مثالين من بين أمثلة أخرى على أهمية هذه المقاربة:

- لاتخاذ الخيارات والقرارات في المواقف المعقدة مثل إدراج / استبعاد بعض أنواع الرعاية الصحيّة، كجزء من حزمة الخدمات الأساسية، عندما يكون تقديم الرعاية المعنية مشكوكًا فيه على مستوى الكفاءة والتكلفة الباهظة بشكل خاص التي تُستمدّ من الموارد المحدودة المخصّصة للرعاية الصحيّة للجميع.
- في إطار بروتوكولات البحث السريري حتى لا يُعرّض الأشخاص لخطر لا مبرر له أو يُستبعد آخرون من الفوائد المتوقعة.

بالنسبة للمهنيين، يتم أخذ الأخلاقيات بعين الاعتبار في مدونة أخلاقيات المهنة التي تشكل إطارًا ملزمًا للممارسة والسلوك المهني. وبصورة أعم، تتيح عملية التفكير الأخلاقي، في مواجهة مشكلة معينة، اعتماد أفضل حل ممكن، مع مراعاة المبادئ والقيم التي تشكل المعيار الأخلاقي لصناع القرار.

التقييم

عملية تحدد الدرجة التي تحقق فيها الخدمات أو التدخلات التي تم تنفيذها حسب الأهداف المرسومة. ويجب مقارنة الإنجاز بالمعايير أو التوقعات.

تقييم الممارسات المهنية

يتطابق تقييم ممارسة مهنيّ الصحّة مع تنفيذ الأساليب والأدوات لتحسين الممارسات المهنية، وفقًا للأطر المرجعيّة المحددة من خلال توافق آراء الخبراء، كجزء من تمشّ فردي أو جماعي.

الإصابة (بالمرض)

عدد من حالات المرض الجديدة التي حدثت خلال فترة زمنية معينة داخل مجموعة سكانية محددة.

عدم المساواة / عدم الانصاف (في الصحة)

مصطلح يستخدم عادة في بعض البلدان للإشارة إلى وجود اختلافات منهجية، وهامة ولكن يمكن تفاديها في المجال الصحي. نظرًا لغموض المصطلح. لأنه يمكن أن يُستخدم للتعبير عن ظلم معين أو لوصف اختلافات بالمعنى الوصفي الحسابي والإحصائي البحت، فقد قررت منظمة الصحة العالمية استخدام مصطلح "عدم الانصاف" بدلاً من "عدم المساواة" في النسخة الأوروبية من "الصحة للجميع". الاختلافات في الحالة الاجتماعية والاقتصادية، والفرص وغيرها بين شخصين أو أكثر في مجتمع، مكان عيش ما، أي في مجتمع الانتماء، بالإضافة إلى المرض نفسه، كل ذلك يمكن أن يكون سببا لعدم المساواة.

مرض مزمن

مرض يمتد على فترة زمنية طويلة، وغالبًا ما يرتبط بإعاقة أو خطر حدوث مضاعفات خطيرة، من شأنه أن يقلّل من جودة حياة المريض.

الأمراض غير السارية

تسمّى أيضا بالأمراض المزمنة، وهي لا تنتشر من شخص لآخر. وهي تمتد على فترة زمنية طويلة وتتطور عموما بشكل بطيء. الأنواع الأربعة الرئيسية للأمراض غير السارية هي أمراض القلب والشرايين، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، (مثل مرض الانسداد الرئوي المزمن أو الربو) ومرض السكري

(منظمة الصحة العالمية: https: // www.who.int/topics/noncommunicable_diseases

الأمراض السارية

الأمراض الناجمة عن كائنات دقيقة (البكتيريا، الفيروسات، الفطريات) أو كائنات أوليّة (البروتوزوار) أو حتى عوامل منقولة غير تقليدية (البريونات)، التي تنتقل إلى البشر عن طريق شخص أو حيوان مصاب، أو حشرات أو عن طريق مصدر غير عضوي.

الطب العام- طب العائلة

يمثل الملاذ الأول، نظراً لقربه وتعدد وظائفه. وهو يتحمّل مسؤولية دائمة عن توفير العلاج الذي يركّز على الشخص مع مراعاة محيطه الاجتماعي والبيئي. يعتبر بوابة نظام الرعاية الصحية لأن قراراته هي المحددة لما سيحدث بعد ذلك في سياق المسار المحدد لكل حالة، وخاصة الإحالة في الوقت المناسب للحصول على رعاية متخصصة مناسبة. وفي العديد من البلدان، يعتبر الطب العام - طب العائلة اختصاصا سريريّا موجها نحو الرعاية الصحيّة الأولية.

عدم السعي إلى التداوي

يشير إلى أي شخص لا يستفيد بأي حال من الأحوال ممّا تعرضه الهياكل العموميّة من حقوق وخدمات يمكنه المطالبة بها.

المعيار

يتعلق الأمر بالقيمة و/أو الخصائص المرجعية التي تحددها السلطة المسؤولة. يتم ضبطها في إطار أحكام محدّدة. وهو يختلف من بلد إلى آخر، ولكن يتم إعداده بشكل عام بتوافق آراء الأطراف المعنية.

المسار العلاجي

مسلك منظّم يجب فيه على المريض أولاً استشارة الطبيب المباشر الذي اختاره بحرية. يقوم الطبيب المباشر بتنسيق العلاج ويمكنه إحالة المريض إلى طبيب آخر إذا لزم الأمر (استشارة مختصّة، علاج في إطار بروتوكول معتمد لمرض محدد، علاج لدى مختصّ). يؤدي عدم الامتثال لهذا المسلك، إضافة إلى ما يمكن أن يمثله غياب التنسيق من خطر على المريض، إلى عدم تحمّل التأمين الصحّي لمصاريف العلاج خارج هذا المسار أو تقديم التعويض بنسبة بسيطة.

الملاءمة

المستوى، والكمية ونوع التدخل (العلاجي / الوقائي) المناسب المقدّم للمريض، أو للسكان، للاستجابة بشكل فعليّ لحاجاتهم ضمن إطار زمني مقبول، وذلك باستخدام تدخّل سليم وذي جودة يكون متناسبا ومقبولا وبتكلفة معقولة. وتشمل ملاءمة العلاج:

- ملاءمة الوصفات الطبية: الأدوية، الاستكشافات والفحوص الإضافية،
- ملاءمة الإجراءات الطبية و/أو الجراحية،
- ملاءمة طرق التكفل بالعلاج: العيادات الخارجية، العلاج بالمستشفى، المسار العلاجي

التخطيط التنفيذي

هو الإجراء الذي تقوم المؤسسة من خلاله بتحويل توجهاتها الإستراتيجية إلى برامج عمل تنفذها جميع المصالح والإدارات والوحدات التابعة لها في إطار أنشطتها المعتادة.

التخطيط الاستراتيجي

إجراء رسمي لاتخاذ القرارات تحدد فيه المؤسسة الاتجاهات الرئيسية لتطويرها، وخاصة منها طبيعة مجالات النشاط التي ستعمل فيها، والموارد، والمسار ودرجة الالتزام.

الأقطاب الجهويّة

تمثل الأقطاب الجهويّة التنظيم الترابي والوظيفي للمنظومة الصحيّة في وحدة جهويّة تضم ولايتين أو أكثر. وقد تمّ إدراجها في إطار المخطط 2016-2020 لتعزيز توافر الخطّ الثالث (الجامعي) وجعله وظيفيّا. تتيح الأقطاب الجهويّة تنظيم التقسيم الترابي وتطوير هياكل الرعاية الصحية والارتقاء بعملها حسب خصائص واحتياجات كل وحدة جهويّة. وهي تتيح التأكّد من:

- حسن سير العمل بين الخطوط المختلفة للمنظومة (القرب، الإحالة والإحالة المضادة، تنظيم الحالات الاستعجاليّة، إلخ)؛
- التكامل الجيد للهياكل من نفس المستوى لضمان تغطية كافية وفعالة لاحتياجات السكان الخاضعين الراجعين إليها بالنظر؛
- التأكد من قدرة كل مجموعة على المساهمة في تكوين مهنيّي الصحّة.

لم تشهد الأقطاب الجهويّة التطوير المتوقع خلال المخطط الجاري بسبب الافتقار إلى الترتيبات والآليات الهيكلية لدعم تطويرها. وتقترح السياسة الوطنيّة للصحّة إنشاء آلية دعم مشتركة بين الجهات لمساعدة السلطات المختصة في كل ولاية على إنشاء هذه الأقطاب.

سياسة عامّة سليمة = الصحّة في جميع السياسات العامّة

تتميز السياسة العامة السليمة بالاهتمام الصريح بالصحة والإنصاف في جميع مجالات السياسة، وبكونها خاضعة للمساءلة عن التأثير على الصحة. الهدف الرئيسي للسياسة العامة السليمة هو خلق بيئة ملائمة يمكن أن ينعم فيها الناس بالعيش في صحة جيدة. وباعتبار هذا الأمر هاما بشكل خاص، فإنّ هذه السياسة يجب أن تنظم سلوك مجموعة كاملة من الجهات الفاعلة في مختلف القطاعات (البيئة، الفلاحة، النقل، المعدات، تخطيط المدن، الصحة العامة، إلخ)، بما في ذلك القطاع الخاص والمجتمع المدني، وفقًا لمبادئ الشفافية والمساءلة والإنصاف والواقعية والكفاءة. وفي الواقع، فإن هذا النوع من السياسة يجعل من السهل على المواطنين اتخاذ خيارات مواتية لصحتهم وأن تقوم البيئات الاجتماعية والمادية بالتركيز على الصحة.

انتشار(المرض)

عدد حالات المرض بين السكان في وقت محدّد، بما في ذلك الحالات الجديدة والقديمة.

الوقاية

هي مجموعة من الإجراءات للحد من تأثير عوامل المرض أو المشاكل الصحية، لمنع حدوث هذه الأمراض أو المشاكل، وقف تطوّرها أو الحد من عواقبها. يمكن أن تشمل الإجراءات الوقائية التدخل الطبي أو المراقبة البيئية أو الإجراءات التشريعية أو المالية أو السلوكية أو الضغط السياسي أو التثقيف الصحي. وتوجد ثلاثة أنواع من الوقاية:

- الوقاية الأولية: جميع الإجراءات التي تهدف إلى الحد من الإصابة بمرض ما بين السكان وبالتالي تقليل مخاطر ظهور حالات جديدة قدر الإمكان. لذلك، في هذه المرحلة من الوقاية، يتم أخذ سلوكيات المخاطر الفردية بعين الاعتبار، مثل المخاطر من الناحية البيئية أو الاجتماعية.
- الوقاية الثانوية: تهدف إلى الحد من انتشار المرض بين السكان. تغطي هذه المرحلة الإجراءات التي تهدف إلى العمل مع بداية ظهور الاضطرابات أو المرض من أجل التصدّي لتطوره أو حتى القضاء على عوامل الخطر.
- الوقاية من الدرجة الثالثة: وهي تحدث في مرحلة عندما يكون من المهم الحد من انتشار الإعاقات المزمنة أو تكرار حدوثها لدى السكان والحد من المضاعفات أو الإعاقات أو الانتكاسات الناتجة عن المرض.

مهنيّو الصحّة

في إطار نظام الرعاية الصحية: جميع المهنيين الذين يساهمون مباشرة، بشكل أو بآخر، في خدمات الرعاية الصحية (الطبيب في القطاع الخاص أو العام، جراح الأسنان، الصيدلي، الممرض، أخصائي العلاج الطبيعي، معالج النطق، فني المختبرات، فني الأشعة، المسعفون، مساعد التمريض، العملة أو أعوان المساندة ...).

في إطار القطاع الصحي: جميع المهنيين الذين يساهمون في سير عمل نظام الرعاية الصحية (الإطارات الإداريّة والماليّة، المهندسون، إلخ).

تعزيز الصحّة

"تعزيز الصحة هو عملية تمكين الناس من التحكّم بشكل أكبر في صحتهم وتحسينها". المؤتمر الدولي لتعزيز الصحة، أوتاوا، 21 نوفمبر 1986. ويغطي مجموعة واسعة من التدخلات الاجتماعية والبيئية المصممة لتعزيز وحماية الصحة ونوعية الحياة على المستويين الفردي والمجتمعي من خلال معالجة الأسباب الرئيسية لسوء الصحة، وخاصة من خلال الوقاية وعدم اقتصار التركيز على العلاج والتعافي من المرض. (https://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr).

جودة (العلاج)

لكل فرد، دون تمييز، الحق في رعاية جيدة في مكوناتها الثلاثة: جودة الخدمات (الاستقبال، الإصغاء، الاستمرارية، الإنسانية، التعاطف، واستقلالية المريض)، والجودة الفنية للممارسات السريرية والعلاجية، والجودة العلائقية.

المساءلة

تُعرّف بكونها "الوسائل التي يتحمل بها الأفراد أو المنظمات مسؤولية تصرفاتهم أمام سلطة (سلطات) معترف بها، ويكونون مسؤولين عنها". (إدواردز وهولم 1996، استشهد به مولغان في عام 2000). هي العلاقة بين صاحب الحق أو المطلب المشروع (مرفق عام، على سبيل المثال) وبين الأشخاص أو المنظمات (حاملي المسؤولية) الذين يُنتظر منهم أن يحققوا أو يحترموا هذا الحق من خلال أداء أو عدم أداء أفعال معينة.

الأطر المرجعيّة للممارسات الجيّدة

يتم، في مجال التقييم الصحي، استخدام مفهوم الإطار المرجعي لتحديد مجموعة من المعايير أو المراجع التي تتوافق مع المستوى الأمثل من حيث جودة الرعاية الصحيّة وسلامتها، بأقل تكلفة، اعتمادًا على مستوى المعارف والوسائل المتاحة في ظروف سريرية معينة وعلى أساس الأدلة.

يتم إنشاء الأطر المرجعيّة من خلال عملية صارمة ومنهجية ورسمية مع مراعاة البحوث المنشورة وتوافق الآراء، بما يؤدّي إلى تقديم توصيات موضوعية لاتخاذ إجراءات وقائية، لتشخيص أو علاج مرض بسيط أو مجموعة من الأمراض. ويمكن أن تتضمّن نصائح حول التدخلات أو أنماط العلاج الأكثر ملاءمة، وتلك التي ليست كذلك أو التي لا توجد أدلة كافية لإصدار الأحكام بشأنها. وبشكل عام، فإن الجمعيّات العلمية هي التي تنتج الأطر المرجعيّة بناءً على الأدلة. وغالبًا ما تستعين السلطات بوكالات مستقلة (دور الهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصحي في تونس) لوضع معايير ومقاييس معتمدة للممارسات الجيدة تأخذ بعين الاعتبار سياق البلد وفي إطار عملية رسمية محمية من تضارب المصالح.

شبكة الصحّة

تهدف الشبكات الصحية إلى تعزيز الوصول إلى العلاج، التنسيق، الاستمرارية أو الاختصاصات المتعددة للرعاية الصحية، وخاصة منها تلك التي تخص بعض المجموعات السكانية أو الأمراض أو الأنشطة الصحية.

الصحّة

هي حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي التام، ولا تعني فقط غياب المرض أو الإعاقة. الصحة مورد لكل يوم من أيام الحياة، وليست غاية الحياة. إنه مفهوم إيجابي، يسلّط الضوء على الموارد الاجتماعية والشخصية وكذلك القدرات المادية. يعبر هذا التعريف من منظمة الصحة العالمية عن أمر مثاليّ، ينبغي أن يكون هدف جميع أنشطة التنمية الصحية. أما في المجال الطبي والبحثي، فغالبًا ما يتم فهم الصحة على أنها غياب مرض أو اضطراب مشخّص.

وفي سياق تعزيز الصحة، يُنظر للصحّة على أنها مورد يتيح للناس أن يعيشوا حياة منتجة فرديًا واجتماعيًا واقتصاديًا في مواجهة أوضاع متغيرة باستمرار.

التضامن

يعني التضامن بين الأجيال وداخلها الحقوق والالتزامات المتبادلة في تعبئة وتوزيع الموارد من أجل الصحّة بين الأفراد من نفس الجيل وبينهم وبين الأجيال السابقة واللاحقة.

الرعاية الصحيّة في المنزل

في المجال الصحّي، تغطي الرعاية الصحيّة في المنزل جميع أنواع العلاج أو الخدمات التي يقدمها أعوان الصحّة أو مقدمو الرعاية الطبية الخاصون في المنزل.

رعاية صحيّة تركّز على الأفراد

اعتمادا على حقوق الإنسان، تستند الرعاية التي تركز على الفرد إلى المبادئ التالية:

- احترام الشخص، لا سيما كرامته وقيمه وميولاته، وحاجته إلى السرية، ومشاركته في القرارات الطبية المتعلقة به، وتمكينه؛
- إيلاء العناية بسرعة التكفّل وجودة الطعام وتوفير أسباب الراحة في مكان الإقامة عند العناية به؛
- إمكانية اختياره لمسدي الخدمة؛
- الاستقلاليّة التي يجب تعزيزها في جميع الظروف من أجل جعل الشخص شريكا فعالا لفريق الرعاية الصحية وليس مجرد مستفيد.

الرعاية الصحيّة الأوليّة

الخطّ الأول لاتصال الأفراد والأسر والمجتمعات بالنظام الصحي لبلد ما، يقدم الرعاية الصحية أقرب ما يمكن إلى أماكن عمل الناس وعيشهم. ووفقًا لمنظمة الصحة العالمية، يعتمد تنظيم الرعاية الأولية على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للبلد، ولكنه يجب أن يقدم خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل، ويشمل تثقيف السكان حول المشاكل الصحية الكبرى وكذلك كيفية الوقاية منها والتحكّم فيها. ويتم توفير هذه الرعاية من قبل مجموعة واسعة من مهنيّي الصحّة، الذين يعملون معًا كفريق واحد، بالشراكة مع المجتمع المحلي.

المعلوم التعديلي

جزء من مجموع تكلفة الخدمة الطبيّة التي يغطيها الشخص المؤمن عليه أو الشخص الذي استفاد مباشرة من الخدمة. وتعتبر مكمّلا للقسط الذي يغطّيه التأمين الصحي و/أو نظام الحماية المالية المستخدم.

13. المراجع...

1. المذكرات التوجيهية للمجموعات المواضيعية - الهيئة الفنية للمرحلة 2 من الحوار المجتمعي.
متوفر على موقع الحوار المجتمعي على الأنترنت http://www.hiwarsaha.tn/Fr/accueil_46_4
وصفحة فيسبوك https: // www. facebook.com/Dialogue-Sociétal-Santé-581105715608253
   - المجموعة المواضيعية 1: ب.صبري، س. مراد، م. شريف - السياسة الوطنيّة الجديدة للصحة
   - المجموعة المواضيعية 2: م.بلحاج يحيى. د.بوسنينة ، م.الصقلي وآخرون: صحة الجوار والمواطن مركز النظام الصحي
   - المجموعة المواضيعية 3: ع. بن حميدة، ر. تاج - الدلاجي، س. القلال، ف. بوحامد، ن. بن صالح، أ. بن سعيد، ج. العاتي، أ. جوادي وآخرون- الاشتغال على محددات الصحة وتعزيز العمل المشترك بين القطاعات
   - المجموعة المواضيعية 4: الهيئة الفنية و ف. المنصوري- تمويل القطاع الصحي من منظور التغطية الصحية الشاملة
   - المجموعة المواضيعية 5أ: ع. الماطري وآخرون – الصحّة الرقميّة
   - المجموعة المواضيعية 5ب: إ. الفرادي، خ. الزغل، ل. المساهلي، وآخرون- الأدوية والأجهزة الطبية.
   - المجموعة المواضيعية 5 ج: ن. بوزوية، م.هـ. الوزير وآخرون- البحوث والابتكارات في مجال الصحة
   - المجموعة المواضيعية 6: ف. بن صالح، م. الحصايري، محمد ثابت وآخرون. - اللامركزية وحوكمة النظام الصحي
2. استقصاء المذكرات التوجيهية للمجموعات المواضيعية - الهيئة الفنية للحوار المجتمعي 2.
3. تقرير اللقاءات بين الجهات - الهيئة الفنية للمرحلة 2 من الحوار المجتمعي
4. الحوار المجتمعي (2014)، الصحة في تونس: الوضع الراهن
5. الحوار المجتمعي (2014)، المواعيد الجهويّة للصحة
6. الحوار المجتمعي (2014)، توصيات لجان تحكيم المواطنين
7. الحوار المجتمعي (2014)، "الكتاب الأبيض: من أجل صحة أفضل في تونس. لنسلك الطريق معًا
http://www.hiwarsaha.tn/upload/1409228805.pdf
8. الحوار المجتمعي (2014)، بيان الندوة الوطنية للصحة (سبتمبر 2014)
9. جيوفري بريثوايت وآخرون (2018) مستقبل الأنظمة الصحية حتى عام 2030: خريطة طريق للتقدم والاستدامة العالميين - المجلة الدولية للجودة في الرعاية الصحية،
https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy242
10. فيان، سايفدوف، ماتيسين، مكافحة الفساد في القطاع الصحي، استراتيجيات الشفافية والمساءلة. ص 5-6. مطبعة كوماريان. الطبعة الأولى. مارس 2010.
11. مسح الفحص الطبّي في تونس 2016.
http://www.santetunisie.rns.tn/images/rapport final-enquete%20-9mai2019.pdf
12. قياس الأداء في مؤشر الوصول إلى الرعاية الصحية والجودة في 195 دولة ومنطقة والمواقع دون الوطنية المختارة: تحليل منهجي من دراسة العبء العالمي للأمراض لعام 2016 - ذي لانسيت، المجلد 391، 2 جوان 2018.
13. مسح وطني عن المصالح العمومية، المعهد الوطني للإحصاء 2017.
14. مسح وطني حول الميزانية والاستهلاك ومستوى معيشة العائلات، المجلد 3، المعهد الوطني للإحصاء 2015
15. تحديد سياق مؤشرات وأهداف التنمية المستدامة، أكتوبر 2018
16. القانون عدد 71 لسنة 2004 المؤرخ في2 أوت 2004، المتعلق بإنشاء نظام للتأمين الصحي.
17. معطيات من المعهد الوطني للإحصاء www.ins.tn.
18. قاعدة بيانات النفقات الصحية العالمية https://apps.who.int/nha/database.
19. حسابات الصحّة في تونس. 2014

من أجل تغطية صحيّة شاملة، لنسلك الطريق معا

مشروع السياسة الوطنيّة للصحّة في أفق 2030

صحتنا حق ومسؤولية

الحوار المجتمعي

حول السياسات والإستراتيجيات والمخططات الوطنية للصحة