

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

الحق في الصحة في تونس

2023

أمام تحديات التغطية الصحية الشاملة



عائدة قايد السبسي

أستاذة محاضرة بكلية العلوم القانونية و السياسية و الاجتماعية بتونس

إيناس العيادي

مختصة في الاقتصاد الصحي بجامعة صفاقس في تونس

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركز كلَّ إصدار على حقٍّ معيَّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركِّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثِّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شاملٍ ونقديٍّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصراً، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt، دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع:
<http://www.annd.org>

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

الحق في الصحة في تونس

أمام تحديات التغطية الصحية الشاملة

عائدة قايد السبسي

أستاذة محاضرة بكلية العلوم القانونية و السياسية و الاجتماعية بتونس

عائدة قائد السبسي مبرزة في القانون. أستاذة محاضرة بكلية العلوم القانونية و السياسية و الاجتماعية بتونس. مديرة ماجستير قانون الصحة بالكلية المذكورة. مختصة في قانون الصحة. مستشارة قانونية لمشروع "صحة". لها كتابات و مقالات متعلقة بالمسؤولية الطبية و بالحق في الصحة و بحوكمة قطاع الصحة باللغتين العربية و الفرنسية منشورة بمجلات تونسية و اجنبية.

إيناس العيادي

مختصة في الاقتصاد الصحي بجامعة صفاقس في تونس

الدكتورة إيناس عيادي أستاذة جامعية في الاقتصاد. مختصة في الاقتصاد الصحي بجامعة صفاقس في تونس. تم تعيينها سابقا مستشارة وزير الشؤون الاجتماعية سنة 2020 و وزير الصحة سنة 2014. عملت سابقا مستشارة مع منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وبنك التنمية الأفريقي شاركت في صياغة وتقديم السياسة الصحية الوطنية.

36
36
36
37

- إشراك وتمكين المرضى والمواطنين
- تحفيز مهنيي الصحة
- منظومة صحّية ناجعة تخضع للحكومة
- منظومة صحّية لديها الإمكانيات لأداء دورها



المنهجية المُعتمدة

يهدف هذا التقرير إلى تقييم التقدّم نحو إعمال الحق في الصحة في تونس حسب معايير: التوافر، إمكانية الوصول، المقبولية، الجودة، المشاركة، الحريات، الاستحقاقات، مع اعتماد مقارنة النوع الاجتماعي. بعد تقديم استعراض الحالة الراهنة، سيتمّ تحديد أساس الحق في الصحة وتكريسه في القانون التونسي قبل النظر في تجليات وتطبيقات الحق في الصحة من خلال التّثبت من مدى توفر معايير ومؤشرات هذا الحق.

استعراض الحالة الراهنة

تغييرات سياسية

شهدت تونس تحولاً سياسياً سنة 2011، عقب التحركات الشعبية، بإسقاط النظام القائم وتغييره وانتخاب مجلس تأسيسي في تشرين الأول / أكتوبر 2011. واجه المشهد السياسي التونسي عدّة اضطرابات طوال المرحلة الانتقالية، وتعرّض للعديد من الضغوطات والصعوبات الاجتماعية والاقتصادية والأمنية التي أزمّت المشهد وكان لها تأثيرٌ على الحق في الصحة. وتمّ عقب ذلك إطلاق حوار وطني لتذليل هذه الصعوبات السياسية ثم وقع إصدار دستور في 2014 أفرز نظاماً سياسياً جديداً وتنظيم انتخابات تشريعية ورئاسية في 2014 و2019. لكنّ تصاعد الأزمة السياسية استمر، وتمّ في 25 تموز/جويلية 2021 تجميد البرلمان وأعلن رئيس الجمهورية عن مسار سياسي جديد أدّى إلى إصدار دستور تفتت المصادقة عليه باستفتاء في 25 تموز/جويلية 2022.

وضعية اقتصادية واجتماعية متردّية

يواجه اقتصاد البلاد صعوبات منذ سنوات وخاصّةً المديونية والانكماش حيث أنه استناداً إلى المؤشرات الأخيرة للبنك المركزي ارتفع الدين العمومي التونسي من 40% من الناتج الإجمالي عام 2010 الى حوالي 90% عام 2020 ولم يتجاوز معدّل النمو الاقتصادي نسبة 0.6 بالمائة خلال السنوات العشر الماضية، فتفاقت الفجوة المالية وتفقر الاستثمار. وأثر الوضع السياسي في تأزيم الأحوال الاقتصادية والاجتماعية حيث تُعدّ نسبة العاطلين عن العمل مرتفع وخاصة لدى النساء (20.5%) ولدى الحاملين لشهادات علمية عُليا (30.1%) (المعهد الوطني للإحصاء في تونس 2022) ممّا أدّى إلى ازدياد ظاهرة الهجرة غير الشرعية (Forum Tunisien 2021 pour les Droits Economiques et Sociaux). كما زاد انتشار الشغل الهشّ وخاصةً بالنسبة الى النساء في المجال الفلاحي مع عدم التمتع بالتغطية الصحيّة والاجتماعية اللازمة (السفير العربي 2019)، بالإضافة إلى ظروف التنقل والعمل غير الآمنة، في ظلّ عدم التطبيق الفعلي للقانون عدد 51 لسنة 2019. كما تراجعت القدرة الشرائية للمواطنين مع ارتفاع نسبة التضخم (البنك الدولي 2022) والنقص في بعض المواد الأساسية (الزيت النباتي والسميد والسكر والأرز والأدوية...).

وقد زادت جائحة كوفيد 19 من تعميق الأزمة الاجتماعية حيث تشير تقديرات البنك الدولي لشهر حزيران/جوان 2021، إلى أن الجائحة تسببت في ارتفاع نسبة الفقر إلى 21% من مجموع سكّان تونس مقابل نسبة 15.5% ما قبل الجائحة. وقد أكّدت خريطة الفقر في تونس (Banque mondiale et Statistiques Tunisie 2020) التفاوت المتنامي بين الجهات حيث تتركز معدّلات الفقر الأعلى في الأرياف، لا سيما تلك الواقعة في الشمال الغربي والجنوب الغربي للبلاد. وقد سلّطت جائحة كوفيد 19، المُستمرّة، الضوء على ضرورة تعزيز الجهود الرامية الى معالجة المُحدّدات الاجتماعية للصحة بوصفها جزءاً لا يتجزأ من الاستجابة الوطنية والإقليمية والدولية للأزمات الصحيّة الاجتماعية. ورغم تراجع حدّة الجائحة إلا أن تأثيراتها ما زالت ملموسة وما زال الاقتصاد التونسي، كغيره في عديد البلدان، يعاني من مخلفاتها. كما فاقمت الحرب الروسية الأوكرانية من الأزمة الاقتصادية في تونس وذلك

تبعاً للنقص الذي شهدته الاسواق العالمية في المواد الأساسية المستوردة من منطقة التوتّر الروسية - الأوكرانية (خصوصاً القمح).¹

من جهةٍ أخرى، يعرف العالم اليوم احتباساً حرارياً وتغيّراتٍ مُناخيةٍ تؤثر على الاقتصاد عموماً وعلى الوضعية الاجتماعية للمواطنين خصوصاً، وتؤثر أساساً في وضع الأشخاص المُنتميين للطبقة الفقيرة. وليست تونس بمنأى عن هذا التأثير إذ تتسبب التغيرات المُناخية في شدة الجفاف وتراجع منسوب المياه ممّا يؤدي إلى نقص في الماء الصالح للشرب. هذا فضلاً عن الحرائق التي اندلعت في العديد من الجبال وأتت على جزءٍ من الغابات في شمال البلاد. وهو ما يهدّد مصالحي ووضعية الكثير من المواطنين.

ويظلّ الحق في الصحة من أوكد الحقوق وأهمّها لذا وجب البحث في أسس إرسائه في القانون التونسي.

انخراط تونس في المعاهدات والاتفاقيات الدولية والإقليمية

صادقت تونس على جلّ المعاهدات الدولية² فأصبحت هذه النصوص جزءاً من منظومتها القانونية، لها إلزامية تعلو إلزامية القوانين الداخلية، وإن كانت في مرتبةٍ أدنى من الدستور.

تكريس الحق في الصحة في القانون التونسي

تمّ تكريس الحق في الصحة في تونس بصفةٍ تدريجية فأخذ هذا الحق يتدعم ويتشكّل شيئاً فشيئاً من مجرد رعايةٍ للمواطن ثم خدمةٍ صحيةٍ ينتفع بها إلى حقٍ أساسي لكلّ شخصٍ تلتزم الدولة بضمانه والعمل على احترامه. وهو ما يكتشف عن توجّه خيارات الدولة التونسية نحو المراهنة على الصحة حيث اعتبرته قطاعاً أساسياً وحقاً يتعيّن دعمه بصفةٍ واضحة. وقد نشأت البذرة الأولى للحق في الصحة في توطئة دستور 1959، وهو دستور تمّ إصداره في فجر الاستقلال يُعبّر عن خيارات الدولة الناشئة آنذاك. وقد كانت الصحة مجالاً تسعى الدولة إلى الإحاطة به. فجاءت التوطئة لتؤكد على ضرورة حماية حق المواطنين في الصحة. ولئن بدت الصحة في التوطئة حقاً لكلّ المواطنين إلا أن الصبغة الإلزامية لهذا النص بقيت محلّ شكّ وجدال وبالتالي فهي لم تُنشئ التزاماً صارماً في ذمة الدولة بحماية الحق في الصحة، بل اكتفت بإقرار حق المواطنين في الصحة مثله مثل بعض الحقوق الأخرى.

سرعان ما تدّعم هاجس حماية الصحة فقامت الدولة التونسية سنة 1974 بإنشاء وزارة للصحة، مستقلة عن وزارة الشؤون الاجتماعية وهو ما يشكّل توطئة لدور المتدخّلين والمسؤولين في هذا المجال. وقد جاء الأمر عدد 1064 لسنة 1974 ليحدّد هذا الدور. حيث تتمثل مهمة وزارة الصحة العمومية حسب الفصل الأول من هذا الأمر في "السهر على صحة السكان قصد المساعدة على حصول تطوّر منسجم لطاقتهم البدنية والذهنية وإيجاد الملاءمة بينها وبين المحيط الطبيعي والبيئي الاجتماعية للبلاد وذلك بمقاومة كل أسباب تدهور سلامتهم الجسدية أو الفكرية ممّا قد يصيبهم فرادى أو جماعياً". ولهذا الغرض تُعدّ الوزارة للحكومة سياسة الصحة العمومية وتخطيطها وتسهر على وضعها موضع التطبيق وتراقب تنفيذها

¹ نستورد تونس 30% من حاجياتها من القمح الصلب، وأكثر من 90% من القمح اللين. وتأتي 80% من حاجياتها من الحبوب المستوردة عبر السوق الروسية والأوكرانية، حيث تورد سنوياً ما قيمته 984 ألف طن من القمح من أوكرانيا و111 ألف طن من روسيا.

² على سبيل المثال صادقت الدولة التونسية في سنة 1985 على اتفاقية السيداو التي تُلزم الدول المصادقة برفع كافة أشكال التمييز المسبب على النساء وتوفير سبل تمكينهنّ في مختلف المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والمدنية وقد تمّ رفع كل التحفظات في سنة 2014. كما كانت تونس من الدول الأوائل التي صادقت على اتفاقية حقوق الطفل الصادرة في 1989 إذ تفت المصادقة عليها منذ سنة 1991. أمّا الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لسنة 1965 فقد أمضتها تونس في 12 نيسان/أفريل 1966 وصادقت عليها في 13 كانون الثاني/جانفي 1967.

في ثلاثة مجالات وهي: الوقاية والعلاج والتأهيل الوظيفي. وتبرز الصحة من خلال هذا الدور المنوط بعهدة الوزارة كمجموعة من الخدمات التي يتمتع بها المواطنون.

أقرّ الفصل الأوّل من القانون الأساسي عدد 63 لسنة 1991- المؤرّخ في 29 تموز/ جويلية 1991 المتعلّق بالتنظيم الصّحي، الحقّ في الصحة إذ ينصّ على أنه

لكلّ شخص الحقّ في حماية صحّته في أحسن الظروف الممكنة³. كما يسعى هذا القانون لحماية الحقوق الأساسية وحقوق الإنسان ومن أبرزها حماية الكرامة البشرية³ عند الخضوع للعلاج. إضافة إلى ذلك، يتبنّى المنشور الوزاري عدد 36 لسنة 2009⁴ محتوى ميثاق المريض الذي ينصّ في النقطة الأولى منه على أنّ " لكلّ شخص الحقّ في حماية صحّته في أفضل الظروف الممكنة دون تمييز بسبب دينه أو جنسه أو لونه أو سنّه أو وضعه الاجتماعي والاقتصادي مع مُراعاة خصوصية بعض الفئات من المرضى الذين تستوجب حالتهم الصحيّة أولويّة في التعهّد بها طبقاً للتشريع الجاري به العمل على غرار الحالات الاستعجالية والأشخاص ذوي الإعاقة والمستين والأطفال والحوامل ...

وهو ما يبدو إرساء لحقّ المواطن في الحماية والرعاية الصحيّة لا غير. في حين تنصّ معلقة ميثاق المريض في أوّل بند لها على أنّ " الحقّ في حماية الصحة حقّ أساسيّ لكلّ مواطن مهما كان وضعه الاجتماعي في حدود ما يضمنه التشريع الجاري به العمل". ويشير المنشور إلى ضرورة وجود هذه المعلقة في الهياكل العمومية والخاصة⁵. ولكنّ إلزامية ميثاق المريض تظلّ محدودة إذ تمّ تبنيه في شكل منشور وزاري، وينطبق كقواعد سلوكٍ تحدّد سير العمل في إطار الهياكل الصحيّة دون أن تكون له صبغة إلزامية صارمة.

إن التكريس الصريح للحقّ في الصحة كحقّ أساسيّ كان من مميّزات دستور 2014. إذ أقرّ هذا الدستور في الفصل 38، الصحة كـ "حقّ لكلّ إنسان" أيّ كحقّ مباشر، يُنشئ التزاماً⁶ على عاتق الدولة بحماية الحقّ وضمّانه. ويكون المُشرّع التونسي بذلك قد تبنّى الحقّ في الصحة بصفة واضحة وأرسى دعائمه وأدرجه في أعلى هرم النصوص القانونية. ويترتب عن هذه الطبيعة الدستورية المُسنّدة للحقّ في الصحة ضرورة ملاءمة القوانين وانسجامها مع هذا الحقّ. وهذا يعني أنّه لا يمكن إصدار قوانين تُقلّص من الحقّ في الصحة أو ترفضه وإلاّ اعتبرت قوانين غير دستورية يمكن الطعن فيها أمام المحكمة الدستورية عند إنشائها. كما أنّ إقرار الحقّ في الصحة كحقّ أساسيّ في الدستور من شأنه أن يدعم طلبات المواطنين في حماية حقّهم في الولوج إلى الخدمة الصحيّة وحقّهم في التمتعّ بالعلاج في ظروف ملائمة، ويدفع نحو إصدار نصوص تُفضّل هذا الحقّ وترتّب النتائج المناسبة عن إقراره (فيما يتعلّق بتوفّر العلاج ومجانّيته أو جودته).

أخيراً، حافظ دستور 2022، على هذا الترسّخ للحقّ في الصحة في الفصل 43 منه معتمداً نفس مضمون الفصل 38 من دستور 2014.

تضمن الدولة حسب الفصل 43 من دستور 2022، الوقاية والرعاية والعلاج، وتكون المعالجة مجانّية لدّوي الدّخل المحدود وفاقدي السّنَد. وتسعى الدولة إلى تقديم هذه الخدمة بجودة محترمة تُراعي ظروف المواطنين واحتياجاتهم. حافظ دستور 2022 على الحقوق المنصوص عليها في دستور 2014 كالحقّ في الماء والحقّ في

³ ينصّ الفصل 5 من القانون الأساسي عدد 63 لسنة 91 المؤرّخ في 29 تموز/جويلية 1991 على ما يلي: "يجب أن تعمل الهياكل والمؤسسات الصحيّة العمومية والخاصة في ظروف تضمن: الحماية الأساسية للذات البشرية وسلامة المرضى الذين يلجأون إلى خدماتها...".

⁴ المتعلّق بإصدار ميثاق المريض.

⁵ يجب على كل مؤسسة صحيّة وضع نسخ من ملخّص الميثاق على ذمّة المرضى ومرافقيهم بمكتب الاستقبال إضافة إلى تعليق الملخّص في الأماكن الأكثر ارتياداً (بهو الاستقبال -قاعات الإنتظار...).

⁶ على عكس دستور 1959 الذي أشار إلى الحقّ في الصّحة في التوطئة فقط دون تحديد مسؤوليات الدولة في هذا الشأن.

بيئة سليمة وحماية الحرمة الجسدية والكرامة البشرية، وهي حقوق تدعم دورها الحق في الصحة. وينص الفصل 24 من الدستور في هذا الصدد على أن: "الحق في الحياة مقدس. ولا يجوز المساس به إلا في حالات قصوى يضبطها القانون." كما يُضيف الفصل 25: "تحمي الدولة كرامة الذات البشرية وحرمة الجسد، وتمنع التعذيب المعنوي والمادي. ولا تسقط جريمة التعذيب بالتقادم". هذان الفصلان يُشيران ضمناً إلى الحق في الصحة بما أن حماية الحق في الحياة وحماية الكرامة البشرية تكونان عبر ضمان الحق في الصحة. كما يؤكد الفصل 47 من دستور 2022 على "الحق في بيئة سليمة ومتوازنة، وعلى الدولة توفير الوسائل الكفيلة بالقضاء على التلوث البيئي". وهو نفس منطوق الفصل 45 من دستور 2014، وهي مادة اعتبرت مكسباً هاماً لتونس، بما أن دستورها يُعتبر من الدساتير القلائل في العالم الذي يتبنى الحق في بيئة سليمة. أما الفصل 48 من دستور 2022 فيؤكد من ناحيته على واجب الدولة في "توفير الماء الصالح للشرب للجميع على قدم المساواة، وعليها المحافظة على الثروة المائية للأجيال القادمة. وهذا من مقومات البيئة السليمة والصحة الجيدة.

كما تُعدّ الصحة العمومية إحدى الضوابط التي يمكن أن تبرّر وضع قيود على الحقوق والحريات (الفصل 55 من دستور 2022). فإذا ما كانت الصحة العمومية مهدّدة جاز للمشرّع اتخاذ التدابير اللازمة، وإن أدّى الأمر إلى الحدّ من حرية التنقل أو من حرية التجارة أو من حماية المُعطيات الشخصية، كما كان الحال بالنسبة إلى المراسيم التي تمّ اتخاذها إبان أزمة الكوفيد 19؛ أو حتّى الحدّ من حماية الحرمة الجسدية بفرض جواز التلقيح ضد الكوفيد 19، حسب المرسوم عدد 1 لسنة 2021.



متابعة تكريس الحق في الصحة

سيتمّ التّثبت من مدى توفّر واحترام الحقّ في الصحة في تونس استناداً إلى عدّة معايير. ذلك أن تكريس الحقّ في الصحة يتطلّب تنفيذ سياسات واستراتيجيات وبرامج صحّية طبقاً لعدّة مؤشرات، مع وجوب المساءلة والمتابعة. وتتمثل هذه المعايير في:

- **التوافر:** يجب أن توفّر الدولة المرافق المَعْنِيّة بالصحة العامة والرعاية الصحيّة وتلك المتعلقة بالسلع والخدمات والبرامج، حسب الحاجيات المحدّدة.
- **إمكانية الوصول:** ينبغي أن يتمتّع الجميع دون تمييز بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة. وتشمل إمكانية الوصول أربعة أبعادٍ مُترابطة وهي: عدم التمييز وإمكانية الوصول المادي، والقدرة على تحمّل نفقات الصحة، وإمكانية الوصول إلى المعلومة.
- **المقبولية:** ينبغي أن تحترم جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة الأخلاقيات الطبيّة والاختلافات الثقافية⁸ وأن تُراعي متطلّبات الأشخاص طوال الحياة، مع احترام السريّة.
- **الجودة:** ينبغي أن تكون جميع المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة. ويتمّ ذلك عن طريق توفير كافة العقاقير والمستلزمات الضرورية والخاضعة لأعلى مقاييس الجودة، كما يتعيّن أن يكون موظفو القطاع الصحيّ والطبّي على مستوى عالٍ من المهارة والمسؤولية.
- **المشاركة:** يجب أن يكون للمستفيدين من الرعاية الصحيّة رأيهم وأن يتمكّنوا من إبلاغ صوتهم فيما يتعلّق بصياغة وإعمال السياسات الصحيّة التي تؤثر عليهم.
- **الحرّيات:** يجب أن يتمتّع الشخص بحريّة عدم الخضوع للعلاجات الطبيّة دون موافقة، مثل التجارب الطبيّة أو التعقيم القسريّ، والتعذيب وغيره من ضروب المعاملة، أو العقوبة القاسية، أو اللانسانية، أو المهينة.
- **الاستحقاقات:** يحقّ للناس، من بين جُملة استحقاقات أخرى، أن يتمتّعوا بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وبالوقاية من الأمراض ومعالجتها ومكافحتها، وبالحصول على الأدوية الأساسية، وأن تتوفّر لهم الصحة الإنجابية، وصحة الأمّ، والرضيع، والطفل.

تجليات وتطبيقات الحقّ في الصحة في تونس

تحقّقت عديداً من المكاسب الصحيّة في تونس، ولكن أوجه القصور ما تزال قائمة وفي تفاقم. ففي قطاع الصحة، تطوّر مؤمّل الحياة عند الولادة (المعهد الوطني للإحصاء التونسي 2021) الذي بلغ 76.3 عاماً في 2020 (72.7 سنة للذكور و77.5 سنة للإناث) بعد أن كان 71.5 عاماً سنة 1995 (69.5 سنة للذكور و73.3 سنة للإناث).

⁸ المستشفى الكرفاني لا يتكوّن من بنايات ثابتة بل من انشاءات مؤمّنة من "السندويش بِنل" sandwich panel لا توفّر معايير السلامة وغير مناسبة للمستشفيات الثابتة، ولذلك سُجّلت حالات احتراق لهذه المستشفيات ووفاته رافدين فيها.

ويرجع هذا التطور إلى الرعاية الصحية من جهة وتحسين ظروف العيش من جهة أخرى. وتجدر الإشارة إلى أن مؤمل الحياة سنة 2020 تراجع مقارنةً بسنة 2019 حيث كان المعدل يقدر بـ 76.3 سنة ويمكن تفسير هذا الانخفاض بتداعيات جائحة الكوفيد.

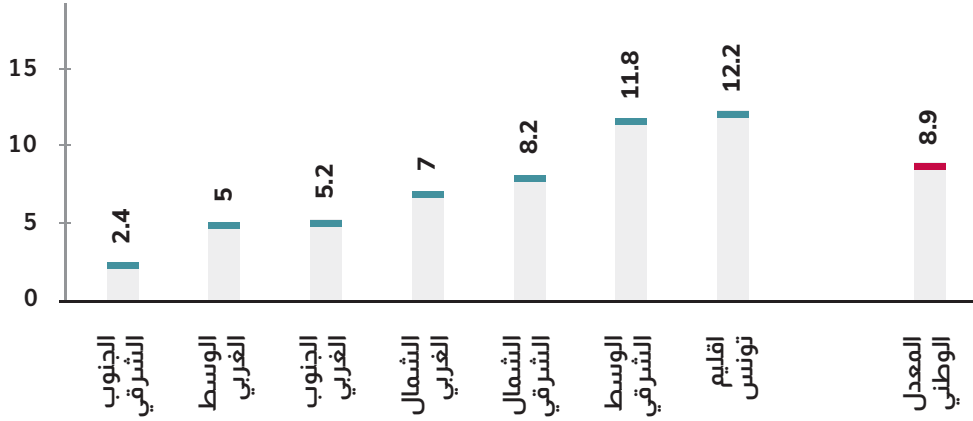
وقد مكّنت البرامج الوطنية لمكافحة الأمراض المُعدية من القضاء على الآفات (الملاريا، البلهارسيا، الزمرد، السل، الإسهال المعدي، شلل الأطفال، الكزاز الوليدي، الدفتيريا، وغيرها...). كما تم وضع برامج وطنية مندمجة للخدمات الوقائية والعلاجية مكّنت من تحقيق نسب تغطية جيدة فأدّت إلى تراجع وفيات الأطفال دون سن الخامسة (المعهد الوطني للإحصاء التونسي 2021) حيث تقدّر بـ 13.3 لكل 1000 مولودٍ حيّ في سنة 2020 مقارنةً بـ 15.7 سنة 2013، ولكن مع تفاوتٍ بين الوسط الريفي والحضري (19 وفاة لكل 1000 مولودٍ حيّ في الريف مقارنةً بـ 11 في الوسط الحضري) حسب ما أشارت إليه بيانات المسح العنقودي (Le Ministère du Développement, de l'Investissement et de la Coopération Internationale 2019 (MDICI), l'Institut National de la statistique (INS) et l'UNICEF).

كما أن الأمراض غير السارية أصبحت في تزايدٍ مستمرٍ⁹ مثل مرض السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، الأمراض المُزمنة التي تصيب الرئتين، والأمراض التي تطال الصحة النفسية عاكسةً عوامل الاختطار¹⁰ ذات الصلة والتمثلة أساساً في الركود البدني والتلوث والنظم الغذائية غير السليمة (الغنيّة بالسكّريات والأملاح). كما تزايد عدد الحالات المصابة بالسرطان حيث تمّ تسجيل أكثر من 19 ألف حالة جديدة سنة 2020 (The Global Cancer Observatory 2021). ورغم وجود برنامج وطني لمقاومة السرطان يبقى اكتشاف المرض متأخراً ممّا يقلّل من فرص النجاة. ويبيّن المسح الوطني للصحة لسنة 2016 (Ministère de la Santé 2016) أن 8.9% فقط من النساء اللواتي تتجاوز أعمارهنّ 30 سنة قد أُجريت تقصياً بواسطة التصوير الشعاعيّ للثدي في السنتين الأخيرتين مع تفاوتٍ جهويّ مُلفت، حيث إن النسبة لا تتجاوز 4% في المناطق الريفية مقابل 11% في المناطق الحضرية، وتُعدّ النسبة الأعلى للحصول على التقصي في تونس الكبرى (12.2%) والأقل في الجنوب الشرقي (2.4%) كما يظهر في الشكل التالي. ويتزايد الإقبال على التقصي لدى النساء الأكثر قدرةً على تكبّد المصاريف (الأكثر ثراءً) حيث تتجاوز 16.3% مقارنةً بـ 3% فقط عند النساء الأشدّ فقراً. ويرجع هذا التفاوت إلى الاختلال في توزيع (Ministère de la Santé en Tunisie 2021) آلات التصوير الشعاعي للثدي بالرغم من برنامج تعزيز القدرات في القطاع العمومي، حيث لم تكن توجد إلا 20 آلة فقط في سنة 2017 وفي سنة 2019 زاد العدد ليصبح 28 آلة وقد شملت الزيادة الجهات الداخلية.

⁹ أكثر من واحد من كل سته كحول مصاب بمرض السكري (15.5 بالمائة) وأكثر من واحد من كل ثلاثة كحول مصاب بارتفاع ضغط الدم (28.7 بالمائة) وفقاً للمعهد الوطني للصحة العمومية (2016). [رابط](#)

¹⁰ من بين الذين تتراوح أعمارهم بين 15-17 سنة، 60 بالمائة يعانون من زيادة الوزن و30 بالمائة يعانون من السمنة. أمّا التدخين فهو منتشر لدى أكثر من 30 بالمائة من الشباب.

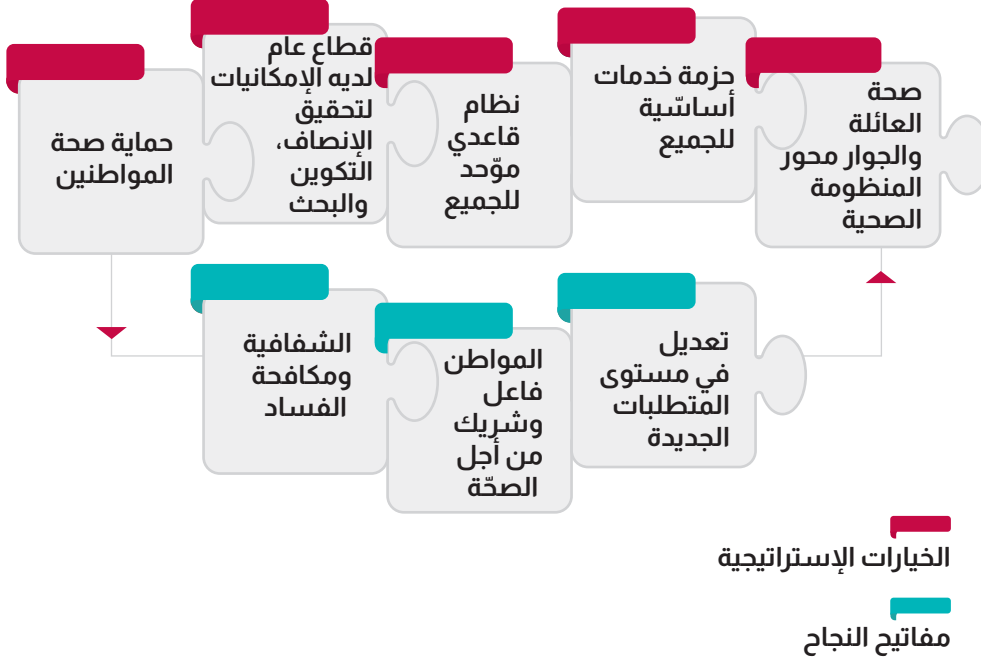
شكل 1. نسبة تقضي بواسطة التصوير الشعاعي للثدي في السنتين الأخيرتين حسب المنطقة - 2016



اعتماد السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030

تم يوم 7 نيسان/أفريل 2021 الإمضاء على الميثاق الوطني لإصلاح المنظومة الصحية في إطار المصادقة على السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030، والتي أعدت على ضوء الحوار المجتمعي بمشاركة مختلف المتدخلين في القطاع من منظمات وطنية وممثلين عن المهنيين والمجتمع المدني. وتستند السياسة الوطنية للصحة إلى الرؤية في أفق 2030 لتغطية صحية شاملة، مستوحاة من القيم العالمية لحقوق الإنسان التي ستسمح للجميع بالحصول على فرص عادلة لتعزيز صحتهم ورفاههم في خدمة التنمية المستدامة. وتتضمن هذه السياسة الوطنية للصحة خيارات استراتيجية ومفاتيح نجاح من أجل الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة. وترتبط الخيارات الاستراتيجية الخمسة بإعادة تنظيم المنظومة الصحية وتمخورها حول المواطن، مع مراعاة حماية صحته بشكل فعّال وكذلك مراعاة الإنصاف والتضامن والجودة في الوصول إلى الخدمات. وتتمثل مفاتيح النجاح الثلاثة في: التعديل في سياق توجيه نظام مُتزايد التعقيد، والشفافية ومكافحة الفساد، ومشاركة المواطنين.

شكل 2. الخيارات الإستراتيجية ومفاتيح النجاح

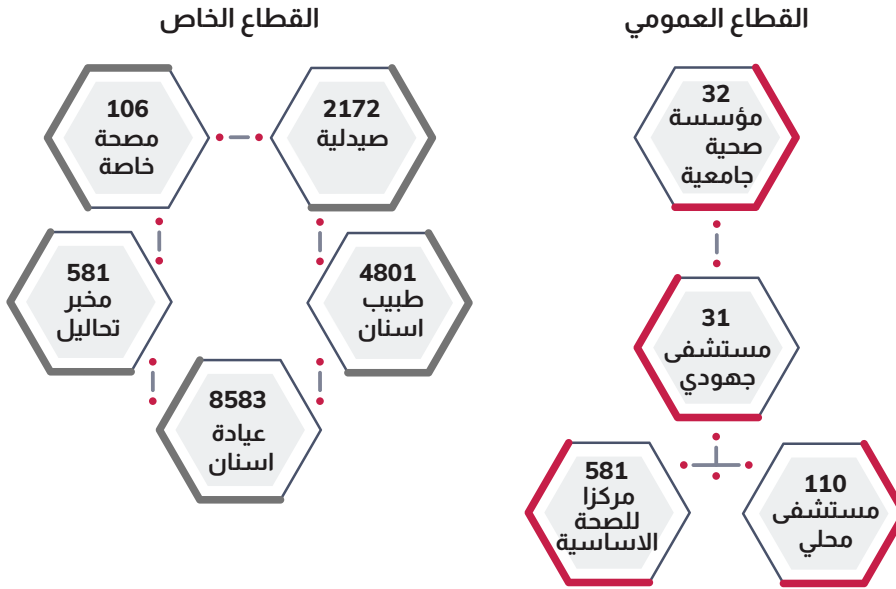


منظومة صحّية مزدوجة

تتميّز المنظومة الصحيّة بتغطيتها لكامل تراب الجمهورية من خلال قطاع عام يتوزّع على ثلاثة خطوط وقطاع خاص نشيط، مع تواجد خدمات محدّدة مقدّمة من طرف الصحة العسكرية والأمن الداخلي ومصحات الضمان الاجتماعي.

حسب الفصل 3 من القانون الأساسي عدد 63 لسنة 91 المؤرّخ في 29 تموز/جويلية 1991 المتعلّق بالتنظيم الصحي: "تقدّم الهياكل والمؤسّسات الصحيّة العمومية والخاصة الخدمات الوقائية والعلاجية والمُهدّنة وكذلك المتعلقة منها بالتشخيص وإعادة التأهيل الوظيفي سواءً مع الإقامة أو بدونها بالمقابل أو مجاناً."

شكل 3. التنظيم الصحي - سنة 2019



يؤمّر قطاع الصحة العمومية -الذي شهد تطوّراً مستمراً منذ الاستقلال، مجموعة من الهياكل تضمن تغطية مُرضية للسكان. ومع ذلك، فإنه يعاني من عدّة أوجه قصور. وفي هذا الإطار ينصّ الفصل 4 من القانون عدد 91-63 على أن تركيز الهياكل والمؤسسات الصحيّة العمومية يعتمد على الخارطة الصحيّة التي تقع مراجعتها دورياً وبصفةٍ وجوبية في بداية كلّ مخطّط وطني للتنمية. ولكن تُعتبر الخارطة الصحيّة مجرد دليلٍ إحصائيّ وليست أداةً تخطيطية. كما يُلاحظ أن تركيز¹¹ الهياكل الصحيّة خضع في السنوات الأخيرة للطلبات السياسية دون ضمان الملاءمة للحاجّيات والإمكانيات الفعلية للتشغيل حيث تمّ بناء أقسام أو هياكل صحيّة دون توفير الموارد البشرية الضرورية ممّا أدّى إلى عدم دخولها حيز الاستغلال وعدم تقديم الرعاية اللازمة.

وتُصنّف الهياكل الصحيّة العمومية، طبقاً للفصل 10 من القانون عدد 91-63، حسب مهارتها وتجهيزاتها ومستواها التقنيّ واختصاصها الترابيّ، التي وقع تحديدها في الأمر عدد 846 لسنة 2002 وتوزّع على ثلاثة خطوط متشابكة المهام.

يتكوّن الخط الأوّل من مراكز الصحة الأساسية والمستشفيات المحليّة. وتُعتبر مراكز الصحة الأساسية نقطة الدخول إلى المنظومة الصحيّة بتقديم الخدمات الصحيّة ذات الطابع الوقائي¹² والعلاجي، وبالتثقيف الصحيّ. ويُعدّ توزيعها الجغرافي الأقلّ تفاوتاً بين الجهات حيث إن توزيع عدد السكّان على كلّ مركز صحة أساسية متساوٍ بين الجهات بمعدّل مركز واحد لكل 5000 شخص ويُقدّر معامل الاختلاف بـ 0.94 في سنة 2019. ولكن تشكو المراكز الصحيّة الأساسية من عدم توافر الخدمات الصحيّة حيث تقتصر على حصة صباحية، كما أن أغلب هذه المراكز لا تُقدّم عيادات طبيّة يومية¹³ مع تفاوتٍ بين الجهات، فكل مراكز الصحة الأساسية مثلاً¹⁴ تعمل في تونس العاصمة كامل أيام الأسبوع (6 أيام عمل) على عكس ولاية مدينين حيث إن 8 مراكز فقط من إجماليّ 119 مركزاً في الجهة تُقدّم عيادات يومية، أيّ بنسبة لا

¹¹ قرابة 5000 سرير في طور الإحداث.

¹² حماية الأمومة والطفولة بما في ذلك التنظيم العائلي، الوقاية من الأمراض المنقولة والمعدية ومرافقتها وخاصة عن طريق التلقيح، خدمات الطب ما قبل سن الدراسة، والطب المدرسيّ والجامعيّ " (الفصل 11 من القانون عدد 91-63).

¹³ حسب مُعطيات الخارطة الصحيّة 2019، 20 بالمائة فقط من المراكز تُقدّم العيادات 6 أيام / 6 (منها أكثر من 60 بالمائة في المناطق الساحلية) في حين أن 49 بالمائة من المراكز تُقدّم العيادات يوماً واحداً فقط / 6 (90 بالمائة منها فيما يُسمّى بالولايات المحرومة).

¹⁴ الخارطة الصحيّة للخط الأوّل سنة 2015 على هذا الرابط.

تتجاوز 7%. ويتمّ التلقيح في مراكز الصحة الأساسية وفي الوسط المدرسيّ وهو ما يضمن المساواة بين كلّ الأطفال مهما كانت امكانيّاتهم الماديّة أو المناطق التي يقطنون بها (في الريف أو في المدينة، في المناطق الداخلية والساحلية) وهو ما يحدّ من التفاوت بين الجهات.

وبالإضافة إلى الخدمات المُسداة في مراكز الصحة الأساسية، تُقدّم المستشفيات المحليّة خدمة الطبّ العام، ووحدة الأمومة للولادات الطبيعية، وخدمة العيادات الخارجية وحالات الطوارئ، ومنصّة تقنية أساسية (الأشعة والمختبر وكرسيّ الأسنان ومستودع الصيدلة). وتمثّل الأسرّة في المستشفيات المحليّة ووحدة التوليد 10% من إجماليّ الأسرّة في القطاع العمومي حيث يتمّ إنجاز 3% فقط من الولادات العادية. ويُعدّ حجم الأنشطة صغيراً جداً بحيث يُمكن أن يؤثر على الحفاظ على المهارات المهنية فتكون له تداعيات سلبية على سلامة المرضى. وقد تمّ استقبال 62742 شخصاً في سنة 2019، بانخفاض قدره 13% مقارنة بسنة 2017. ومن وجهة نظر النجاعة في الاستغلال الجيّد للموارد البشرية والمالية، تُعتبر هذه الخدمات المقدّمة في المستشفيات المحليّة ذات تكلفة عالية.

وقد تمّ الارتقاء بعددٍ من هذه المستشفيات الى صنف المستشفيات الجهويّة لأسباب متنوّعة، ولكنّها لم تستوفِ شروط هذا التحوّل ممّا أدّى إلى تلاشي الموارد المهنية النادرة المُتاحة وإلى نقصٍ في استخدام هذه الهياكل.

للمستشفيات الجهويّة (الخطّ الثاني) دورٌ مزدوج: تقديم الخدمة القريبة للمواطن ودور المرجعية للخطّ الأوّل من جهة والإحالة عند الضرورة إلى المستشفيات الجامعية لتقليل الاكتظاظ من جهةٍ أخرى. غير أن المستشفيات الجهويّة تُعاني من عدم التوافق بين الموارد البشرية المخصّصة والمعدّات المُتاحة من ناحية ومن التوزيع غير المُتكافئ للأخصائيّين الطيّبين بين مدن الساحل الرئيسيّة وبقية البلاد من ناحيةٍ أخرى. ولمعالجة هذه النقائص، تمّ اتخاذ بعض الإجراءات مثل: وضع برنامج دعم للمناطق يعتمد على المساهمة التطوّعية لأطباء المستشفيات الجامعية وذلك لضمان ديمومة واستمرارية الخدمات من خلال الخدمة المدفوعة عند الطلب، وفي نفس الإطار يتعيّن على المساعدين الاستشفائيين الجامعيين في الطبّ العمل مدّة سنة واحدة¹⁵ بإحدى الهياكل الصحيّة العمومية بالمناطق الصحيّة ذات الأولويّة. كما يُمكن للأطباء¹⁶ المُمارسين في المناطق ذات الأولوية استقبال المرضى في عيادات بعنوان خاص داخل المؤسسة الاستشفائية، ولكنّ هذا الإجراء التحفيزي، الذي يهدف إلى الإبقاء على الأطباء الكفاء بالقطاع العام لضمان حدّ أدنى من الجودة وتكافؤ الفرص، أصبح سبباً في إهدار الطاقات البشرية والماديّة للمستشفيات العمومية وحتى في تحويل وجهة المرضى المُقبّلين على القطاع العمومي في اتجاه القطاع الخاص، حيث إن جزءاً كبيراً من الأطباء في القطاع العمومي المُقرّص لهم في ممارسة نشاط ربحي خاصّ يرتكبون تجاوزات للتراتب المؤطّرة لهذه الأنشطة (Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux 2021).

تتمثّل المهمة الأساسية للمؤسّسات الصحيّة الجامعية (الخطّ الثالث) في توفير رعاية عالية التخصّص. كما تساهم في التعليم الجامعيّ وما بعد الجامعيّ (الطبيّ والصيدلاني وطبّ الأسنان)، وكذلك في تدريب مهنيّ الصحة. بالإضافة إلى ذلك تقوم هذه المؤسّسات بالبحث العلمي. ومع ذلك، ونظراً للفشل التراكمي للخطّ الأوّل والثاني، فإن هذا الخطّ العام الثالث مثقلٌ بالمشكلات التي كان من

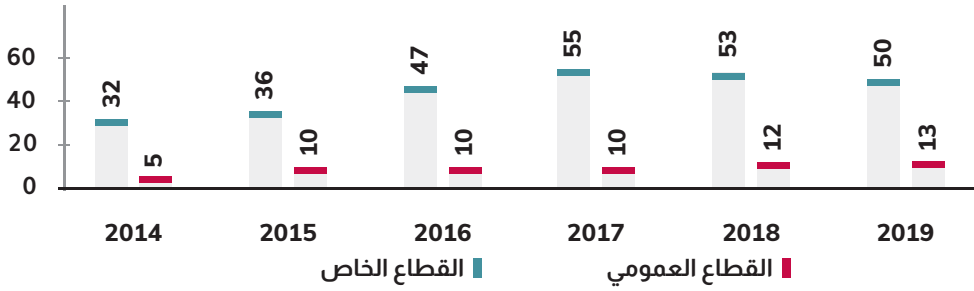
¹⁵ الفصل 19 من الأمر عدد 3353 لسنة 2009 مؤرّخ في 9 تشرين الثاني/نوفمبر 2009 يتعلق بإتمام الأمر عدد 772 لسنة 2009 المؤرّخ في 28 آذار/مارس 2009 يتعلّق بضبط النظام الأساسي الخاص بالسلك الطبيّ الاستشفائي الجامعي.

¹⁶ الأمران عدد 2156 وعدد 2158 لسنة 1994 المؤرّخان في 17 تشرين الأوّل/أكتوبر 1994.

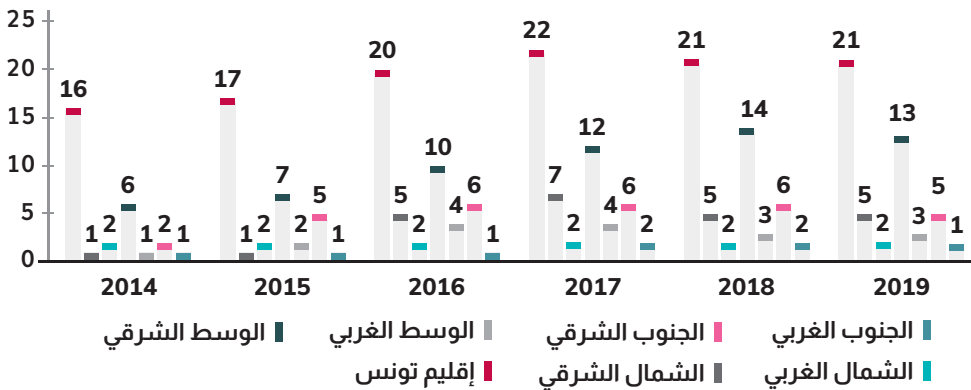
الممكن التعامل معها في المراحل الأولى، والتي من المُحتمل أن تُؤثّر على جودة واستمرارية الرعاية وتحدّ من الدور التعليمي والتدريبي الذي يفترض أن تضطلع به هذه المستشفيات. هذا وتتركز هياكل الخطّ الثالث في 13 ولاية، مع غياب تامّ في الشمال الغربي والجنوب ومع وجود مركز واحد في كلّ من الوسط الغربي (القيروان) والجنوب الشرقي (مدنين)، ممّا يزيد من عدم المساواة بين الجهات.

شهد القطاع الخاص تطوُّراً كبيراً في العقود الأخيرة¹⁷ بفضل الطلب الخارجي وخاصةً من الدول المجاورة، ولا سيّما ليبيا والجزائر، وبفضل الحوافز المالية والضريبية لهذا القطاع. ويضمّ القطاع الخاص حسب الخارطة الصّحية لسنة 2019: 54% من إجماليّ الأطباء و79% من إجماليّ الصيادلة و86% من إجماليّ أطباء الأسنان. كما يحتوي هذا القطاع على غالبية المُعدّات الثّقيلة¹⁸ والتقنيات المتقدّمة، كما يُبيّن الرسمان التوضيحيان 4 و5 حدّة التفاوت بين القطاع العام والخاص وبين الجهات.

شكل 4. العدد الإجماليّ لآلات التصوير بالرنين المغناطيسي- الخارطة الصّحية لسنة 2017 وسنة 2019



شكل 5. توزيع آلات التصوير بالرنين المغناطيسي في القطاع الخاص - الخارطة الصّحية لسنة 2017 وسنة 2019



ورغم دوره في تحسين توافر الخدمات الصّحية، فإنّ جلّ القطاع الخاص متركّز في الولايات الساحلية ممّا يزيد في التفاوت بين الجهات. فعلى سبيل المثال، يوجد أكثر من 61% من المصنّات الخاصة في تونس الكبرى (43) وولايته سوسة (7) وصفاقس (15).

¹⁷ على سبيل المثال: سنة 1987 كانت هناك 28 مصحّة خاصة بطاقة 796 سريراً. أما في سنة 2019 كان العدد 106 مصحات خاصة بطاقة 6704 أسرة.
¹⁸ على سبيل المثال: توجد آلة تصوير بالرنين المغناطيسي في القطاع الخاص من إجماليّ 63 آلة موجودة في تونس.

ينصّ الفصل 17 من دستور 2022 على ما يلي: "تضمن الدولة التعايش بين القطاعين العام والخاص وتعمل على تحقيق التكامل بينهما على قاعدة العدل الاجتماعي". ويحدّد القانون عدد 49 لسنة 2015 الإطار العام للشراكة بين القطاعين العام والخاص. وفي هذا المجال، يمكن للمهنيين الصحيين في القطاع الخاص (الأطباء والصيدلة وأطباء الأسنان والفنيين) الممارسة في هياكل الصحة العمومية وبالتحديد في المناطق ذات الأولوية وفقاً لمقياس الرواتب (وهو حافز مالي ضعيف).¹⁹ كما يُقرّ الأمر الرئاسي عدد 318 لسنة 2022 امكانية التعاون الطبي بين القطاعين العام والخاص عند ممارسة الطب عن بُعد.²⁰ ولكن تظلّ هذه الشراكة محدودةً اليوم في الواقع إذ لم يقع بعدّ الالتجاء إلى إبرام اتفاقيات شراكة فعليّة بين القطاعين العام والخاص. ولكنّ هذا لا ينفي وجود بعض بواصر التعامل بين القطاعين كالأجراءات التي تمّ اتخاذها لمواجهة جائحة كوفيد فقد تمّ إجراء التلقيح المجاني في الصيدليات وعند بعض الأطباء وأطباء الأسنان بصفة طوعية.

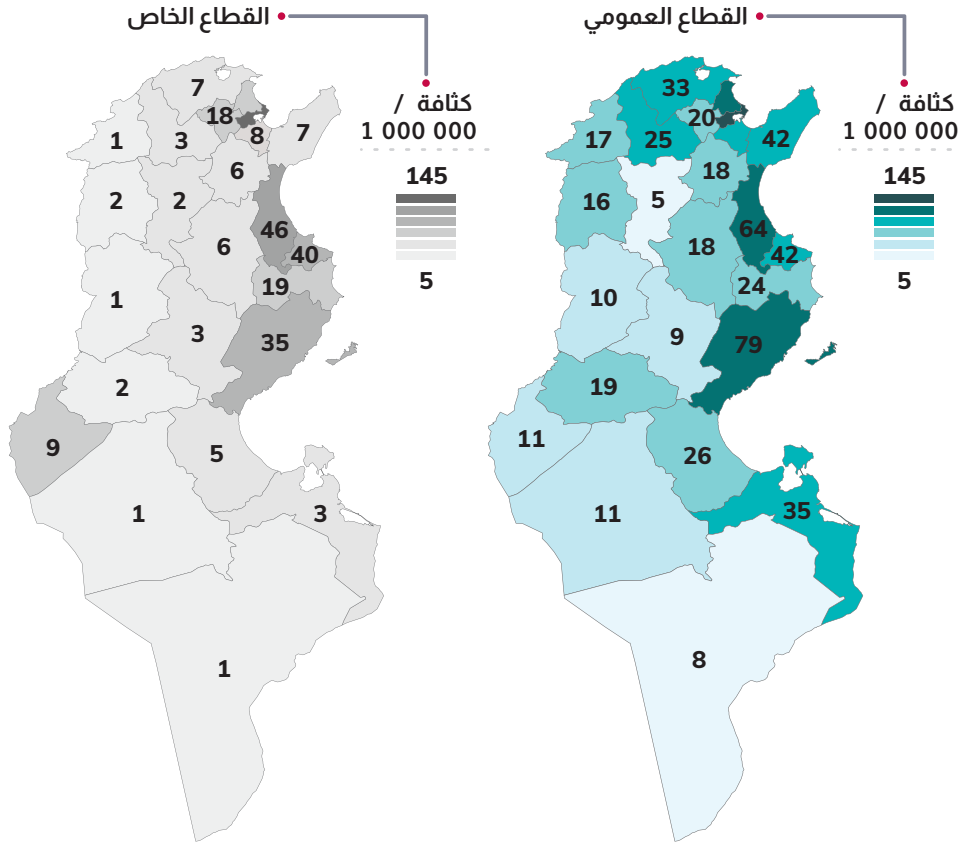
بقيت العدالة في توزيع الخدمات هدفاً نظرياً لم يتحقّق بعد إذ ما زال المشهد الصحي في تونس يعكس **شكل 6** تركز الخدمات الصحيّة (المتخصّصة والتابعة للقطاع الخاص) في المدن الساحلية، على حساب المناطق الداخلية. يُذكر مثلاً أن المستشفى الوحيد المتخصّص في الأورام والأمراض السرطانية موجود بالعاصمة مع إمكانية الجراحة في بعض الأقسام الاستشفائية الأخرى. وهو ما يجعل الوصول إلى الخدمة الصحيّة شاقاً على من يقطنون خارج العاصمة. كما أن تركز هذه الخدمات بمؤسسة استشفائية واحدة يؤدي إلى الاكتظاظ وتدني جودة الخدمات (طول انتظار المواعيد - طول انتظار خلال العيادات). وقد تمّ توثيق التفاوت الجهوي في العديد من الدراسات (Banque Africaine de Développement 2014). على سبيل المثال التشخيص الذي تمّ إنجازه في إطار الحوار المجتمعي سنة 2014 (Le Comité Technique du Dialogue Sociétal 2014a). حيث يُلاحظ اختلال وتفاوت في توزيع مهنيي الصحة وخاصةً أطباء الاختصاص الذين يتجاوز عددهم 5407 في القطاع الخاص مقارنةً بـ 2318 في القطاع العمومي في سنة 2019 مع تسجيل انخفاض في العدد مقارنةً بسنة 2018 (5212 في القطاع الخاص و3005 في القطاع العمومي). ويعود هذا الانخفاض إلى تنامي ظاهرة هجرة الأطباء التي تفاقمت في السنوات الأخيرة ممّا زاد في حدّة التفاوت بين القطاعين وبين الجهات كما يبيّن الشكل التالي (Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux 2021).

علاوةً على ذلك، فإن الاختلافات في الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأشخاص وبين الجهات يزيد في عمق التفاوت في الوصول للخدمات الصحيّة كما بيّنت الدراسة المُنجزة في 2022 من طرف المُنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، حيث إن اختيار مكان الاستشارة الطبيّة مرتبطٌ بمستوى الثروة (شرائح الإنفاق) (Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux 2021). وهو ما تمّ تقديمه في الدراسة التي وقع إنجازها في سنة 2015 حول تمويل الرعاية للفئات الفقيرة وضعيفة الدخل حيث بيّنت أن هذه الفئات تتجه أكثر إلى مراكز الصحة الأساسية والمستشفيات المحليّة، ويعود هذا إلى القرب الجغرافي مقارنةً بالهياكل الأخرى، مما يستوجب التنقل مع تكبّد مصاريف إضافية. ومع تحسّن المداخل والقدرة على الإنفاق، يتمّ التوجّه أكثر إلى الأطباء في القطاع الخاص (Banque Mondiale 2016).

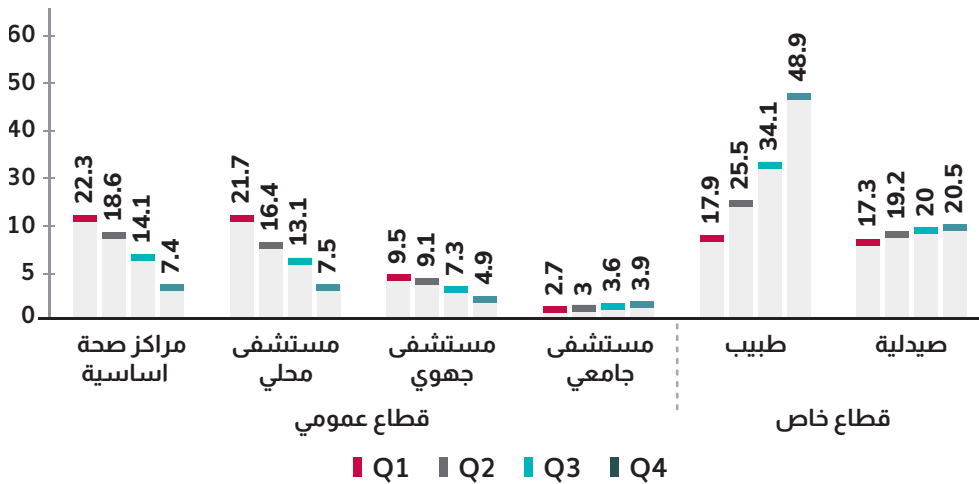
¹⁹ قرار من وزيري المالية والصحة العمومية مؤرخ في 14 آذار/مارس 1992 يحدّد شروط ممارسة ومكافأة النشاط، الذي يُمكن أن يتعاطاه الأطباء والصيدلة وأطباء الأسنان والفنيون السامون المباشرون بالقطاع الحز هياكل الصحة العمومية كما تمّ تنقيحه وإتمامه بالقرار المؤرخ في 9 آذار/مارس 1995 والقرار المؤرخ في 24 كانون الأول/ديسمبر 2009 والقرار المؤرخ في 31 كانون الأول/ديسمبر 2015.

²⁰ ينصّ الفصل 7 من هذا الأمر على: " يتمّ إجراء أعمال الطب عن بُعد في القطاعين العمومي والخاص في إطار منظمة أو في إطار مشروع تعاون طبي بين الهياكل الصحيّة العمومية فيما بينها أو بين هيكل صحي عمومي وهيكل آخر أو بين هيكل صحي عمومي ومؤسسة صحيّة خاصة".

شكل 6 . نسبة أطباء الإختصاص ب 100 ألف ساكن



شكل 7. اختيار مكان الاستشارة الطبيّة حسب شرائح الإنفاق - المعطيات من المسح الوطني حول الإنفاق والاستهلاك ومستوى عيش الأسر لسنة 2015



الصحة الإنجابية والجنسية بين المكاسب والتهديدات

مُنَّ التنظيم العائلي في تونس خياراً سياسياً وصحياً هاماً فكانت البلاد مثلاً يُقتدى به في مجال الصحة الإنجابية والجنسية لمدّة عقود حيث تمّ إلغاء تعدّد الزوجات

سنة 1956 والسماح بالحق في الإجهاض. ففي سنة 1965 سُمح للنساء المتزوجات اللواتي لديهنّ بالفعل خمسة أطفال على الأقلّ بإجراء الإجهاض بموافقة أزواجهنّ. أما في سنة 1973، فقد تمّ تعديل القانون لإقرار إمكانية إنهاء الحمل لجميع النساء بغضّ النظر عن حالتهنّ المدنية وعدد أطفالهنّ، خلال الأشهر الثلاثة الأولى. كما مكّنها القانون أيضاً من اللجوء الى إيقاف الحمل خارج أجل الثلاثة أشهر ودون أيّ حدّ زمني في صورتَي الخطر الذي يهدّد صحة الأم الجسدية والعصبية أو في صورة خطر متوقّع علي صحة المولود. ويُعتبر موقف القانون التونسي في ذلك موقفاً متطوّراً مقارنةً ببعض الدول العربية والإسلامية وحتى دول العالم المتقدّم. ويتمّ في المراكز الصحيّة العمومية وفي مراكز التنظيم العائلي بصفةٍ مجانيّة أو في القطاع الخاص بمقابل ماليّ. ويسهر الأطبّاء في التطبيق على الحصول على الموافقة المسبقة والرضا المُستتير للأمّ في حين لا يشترط النصّ ولا يطلب الأطبّاء في الواقع الحصول على موافقة الأب لإجراء الإجهاض. ولكن يُشترط الحصول على موافقة الوليّ إذا كانت المرأة الحامل قاصراً.

ولكن يشهد التطبيق الفعليّ لهذا الحقّ العديد من الصعوبات في السنوات الأخيرة، لعل أهمّها رفض عملية الإجهاض من قبل مهنيّي الصحة ونقص الأدوية المخصّصة للغرض، مع تفاوتٍ بين الجهات والوضع الاجتماعي والاقتصادي، كما بيّنت الدراسة الأخيرة في سنة 2022 (انكفاضة 2022). وقد بيّنت الدراسة المُنجزة من طرف الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري سنة 2020 (UNFPA et al. 2020)، أن 60% من الممرّضين و50% من القابلات و30% من الأطبّاء في مراكز الصحة الأساسية في المناطق الريفية ضدّ الإجهاض لأسبابٍ دينية²¹، ويزداد الرفض التام في مراكز الصحة الأساسية في جنوب البلاد. وفي نفس السياق، تُعتبر النساء العازبات الأكثر تعرّضاً للتمييز فيما يتعلّق بالحقّ في الإجهاض، حيث أشار البحث المُتأتي في شكل شهادة إلى الإهانات و"الدروس الأخلاقية" التي تتعرّض لها النساء العازبات القادمات للإجهاض في بعض المؤسّسات الصحيّة (Maffi 2022). وأمام هذا الرفض تلتجئ بعض النساء إلى القطاع الخاص، حيث سُجّلت بعض الإخلالات مثل عدم احترام التكلفة الحقيقية للعملية، والتشجيع على الإجهاض الجراحي الأكثر ربحاً وفي بعض الحالات إجراء الإجهاض بعد 3 أشهر دون أن يكون الموجب صحياً.

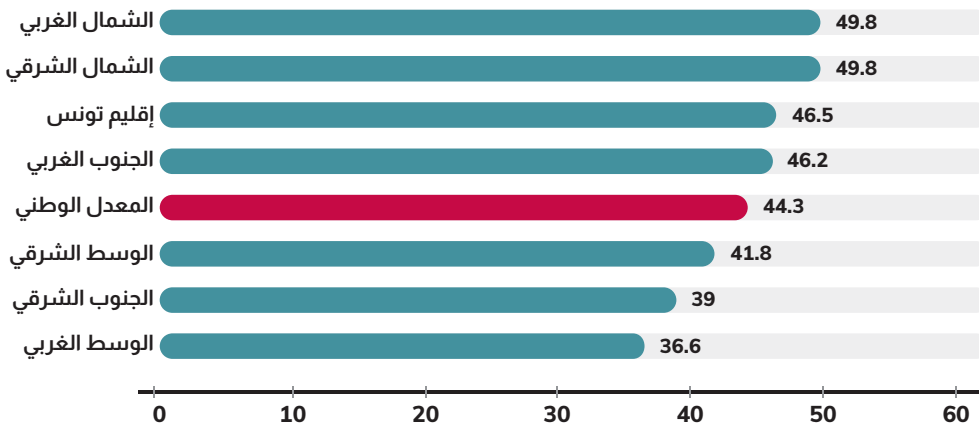
ورغم مرور سنوات على إقرار الحقّ في الإجهاض، يُلاحظ نقصٌ في معرفة الخدمات الموقّرة للإجهاض ومجانيتها عند الشباب، حسب ما أبرزته الدراسة التي قامت بها مجموعة توحيدة بن الشيخ، حيث إن حوالي 50% من الشباب لا يعرفون أن الإجهاض مُتاحٌ وقانونيّ في الثلاثي الأوّل من الحمل (53% من الشباب و43% من الشبان يؤكّدون أن الإجهاض غير قانوني) (Groupe TAWHIDA Ben Cheikh Recherche & Action pour la Santé des Femmes 2019).

كما توخّت تونس منذ الاستقلال سياسة التنظيم العائلي وتحديد النسل. ففي بداية الستينيات، الغي القانون الذي يعود لعهد الاستعمار والذي يمنع الإعلان عن موانع الحمل وبيعها. وفي عام 1966 تمّ إطلاق أوّل حملة لتنظيم الأسرة. فتمّ إرساء مراكز رعاية الأم والطفل ومراكز التنظيم العائلي القارّة والمتنقّلة التابعة للديوان الوطني للأسرة والعمران البشري حتى تتمكّن من الوصول الى الأرياف والمناطق النائية حيث يتمّ إجراء حملات توعية وتوفير وسائل منع الحمل المختلفة وتقديمها للنساء بصفةٍ مجانيّة. كما أشارت بيانات المسح العنقودي لسنة 2019 أن نسبة الطلب على تنظيم الأسرة بالأساليب الحديثة التي تقع متابعيتها في إطار مؤشر التنمية المُستدامة 3.7.1، تقدر بـ 62.8% (61.4 في الوسط الحصري و65.7 في الريف).

²¹ تمّ التأكيد على العنصر الديني والعقائدي كسبب لرفض الإجهاض في الدراسة التالية

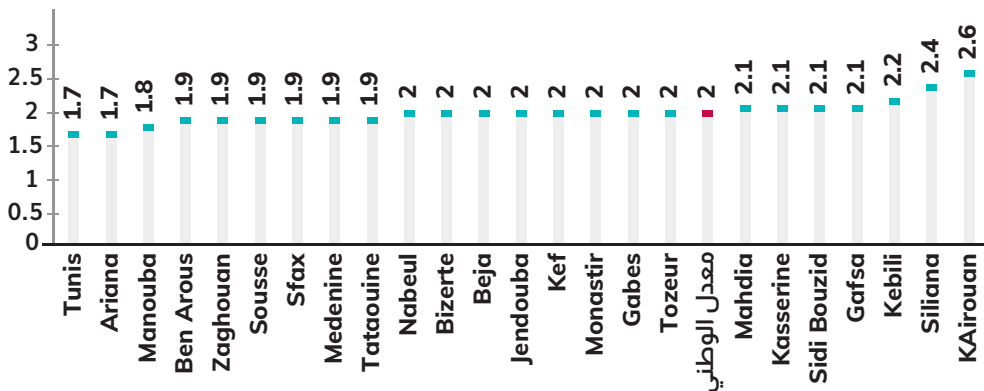
ويُظهر استخدام وسائل منع الحمل الحديثة تفاوتاً بين الجهات كما يبيّن الشكل التالي. ويُعتبر اللولب الرّحمي الوسيلة الأكثر استعمالاً في الوسط الحضري (21.9%) أمّا في المناطق الريفية، فنُعدّ حبوب منع الحمل الوسيلة الأكثر استعمالاً (21.2%) (UNICEF 2019). وعلى غرار الصعوبات في الإجهاض التي وقع تسجيلها في السنوات الأخيرة، يشهد الوصول إلى وسائل منع الحمل نفس الصعوبات.

شكل 8. نسبة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة - 2019



وقد مكّنت هذه الإجراءات من بلوغ مؤسّر الخصوبة مستوى الإطلال حيث يُقدّر بطفلين للمرأة الواحدة أثناء حياتها الخصبة²² في سنة 2020 مع تفاوتٍ قليل بين الجهات (L'Institut National de la Statistique 2020).

شكل 9. معدل الخصوبة لسنة 2020



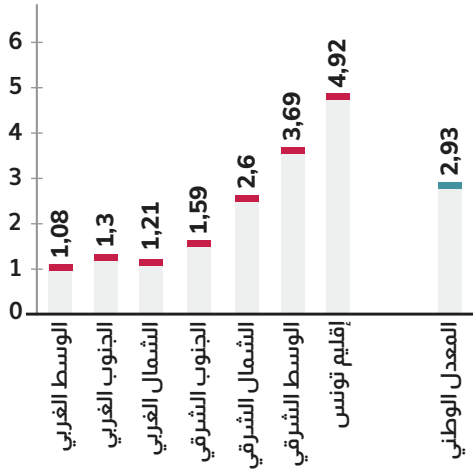
ومن الركائز الأخرى في الصحة الإنجابية، نذكر مراقبة الحمل والمتابعة بعد الولادة، في إطار الخطة الوطنية للتقليل من عدد وفيات الأمّهات، من خلال تقديم خدمات في مراكز رعاية الأمّ والطفل ومراكز التنظيم العائلي ومراكز الصحة الأساسية بصفةٍ مجّانية وبمقابلٍ أجرٍ في القطاع الخاص²³ (UNFPA et al. 2018). وقد حصلت 84.1% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين 15 و49 سنة على 4 عيادات أو أكثر خلال فترة حملهنّ الأخيرة من قبل أعوان صحة مؤهلين. ويتفاوت الوصول لهذه الخدمات بين المناطق الحضرية (88.5%) والمناطق الريفية (76.6%) حسب بيانات المسح العنقودي لسنة 2019 الذي يُبيّن بصفةٍ واضحة التفاوت

²² كل امرأة يتراوح عمرها بين 15 و49 سنة

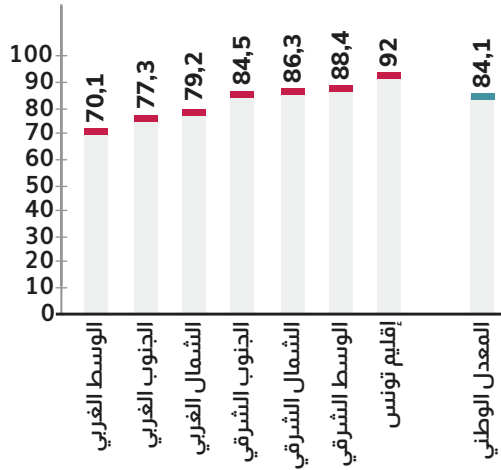
²³ بالنسبة للمضمونين الاجتماعيين، يقع إضافة 150 ديناراً في السقف السنوي، الذي لا يغطي في الحقيقة الخمس عيادات المنصوح بها للمتابعة الحمل

الجّهوي، حيث إن النساء في المناطق الغربية هنّ الأقلّ حصولاً على العيادات لمراقبة الحمل (UNICEF 2019). ويعود هذا من جهة إلى التوقيت الصباحي للهيكل الصحيّة العمومية الذي يتزامن مع أوقات العمل، فإذا اختارت المرأة الذهاب إلى العيادة الطبيّة فإنها تخسر يوم عمل وتُخزَم من الأجر اليومي، ومن جهة أخرى إلى عدم توفّر الأطباء في إختصاص طبّ التوليد بالعدد الكافي في هذه الجهات في القطاعين العمومي والخاص، حيث يقدر المعدّل الوطني بـ 2.93 لكل 10 نساء في سن الخصوبة مع تفاوتٍ جهوي كبير حيث إن المعدّل في إقليم تونس يساوي 4.92 لكل 10 نساء في سن الخصوبة بينما لا يتجاوز 1.08 في جهة الوسط الغربي، حسب الخارطة الديمغرافية الطبيّة لسنة 2019 (Ministère de la Santé en Tunisie 2019).

شكل 11. عدد الأطباء لكل 10 نساء في سن الخصوبة



شكل 10. رعاية الحامل - 4 زيارات لأي مقدم لخدمة صحية



كما تكتّم مساعدة أكثر من 99% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهنّ بين 15 و49 سنة أثناء الولادة من قبل أعوان الصحة المؤهلين واللواتي أنجبنّ ولادة حيّة. وأكثر من 99% من هذه الولادات وقعت في مرفق صحيّ مع عدم وجود تفاوتٍ واضح حسب الوسط ريفياً كان أو حَضَرياً (99.2% في المناطق الريفية و99.7% في المناطق الحضرية). ولكنّ التباين يظهر في الولادات القيصرية حيث تكون أكثر انتشاراً في المناطق الحَضَرية (46.4%) مقابل 37.7% في المناطق الريفية. ويرجع هذا الاختلاف من جهة إلى تواجده أطباء الاختصاص في المناطق الحَضَرية ومن جهة أخرى إلى القدرة على تكبّد المصاريف، حيث تشير بيانات المسح العنقودي لسنة 2019، إلى أن 58% من النساء المُنتميات إلى الأسر الأغنى يلدنّ بطريقة قيصرية، في المقابل لا تتجاوز هذه النسبة 32.5% عند النساء المُنتميات إلى الأسر الأشدّ فقراً.

أمّا عن صحة الرضيع وعن مدى انتشار الرضاعة الطبيعيّة فإنّ الاحصائيات تكشف تراجعاً كبيراً في نسبة النساء اللواتي يقدمنّ بإرضاع أبنائهنّ حيث تبلغ نسبة الرضاعة الطبيعيّة الحضرية 13.5% حسب بيانات المسح العنقودي لسنة 2019 مع تفاوتٍ كبير بين الجهات حيث إن النسبة لا تتجاوز 5% في الشمال الغربي. فرغم أن القانون²⁴ يمنح النساء الموظّفات أو العاملات في القطاع العمومي عطلة الولادة وراحة الرضاعة مدفوعةً لمدة أقصاها ستّة أشهر ابتداءً من تاريخ نهاية عطلة الولادة. وتتمثّل "ساعة الرضاعة" في إمكانية مغادرة موقع العمل قبل ساعة من

انتهائه أو القدوم بعد ساعة من بدايته. ولكن هذا الحق لا يمتد إلى النساء العاملات في قطاعات هشة وبأجرة يومية كالعامل الفلاحي.

يلعب القطاع الصحي دوراً في حماية النساء من العنف حيث لا يقتصر دوره على تقديم العلاج، بل يمتد أيضاً إلى المساهمة في الوقاية والاكتشاف المبكر لحالات العنف. إذ يشير قانون مناهضة العنف ضد المرأة²⁵ إلى دور وزارة الصحة في رعاية النساء ضحايا العنف وإرسائها لسياسة متكاملة لمقاومة هذه الظاهرة وللعناية بالمتضررات منها.²⁶ ويُعتبر هذا القانون -نظرياً- مكسباً هاماً للمرأة التونسية. فقد تدخل المُشرّع من خلال هذا النص لمناهضة العنف ضد المرأة ولحماية النساء من العنف بمختلف أنواعه (العنف المادي، والمعنوي، والجنسي، والسياسي..) والحرص على إرساء منظومة متكاملة²⁷ لرعاية النساء ضحايا العنف، من بينها الإحاطة الصحية. ونظراً لهشاشة الضحية المُعنتفة، جاء المنشور عدد 39 لسنة 2014 ليقرّر ضرورة تمتيعها بمجانبة الشهادة الطبية الأولية واعفائها من دفع تسبقة عند إيوائها بالمستشفى وتمتعها بالتسهيلات في الدفع عند الخروج²⁸ وذلك تحديداً في صورة تعرّضها للعنف الزوجي. ثم جاء المنشور عدد 5 لسنة 2022²⁹ ليوسّع من قائمة النساء المُستفيدات من مجانبة الشهادة الطبية الأولية ومن تسهيل إجراءات استخلاص معاليم الفحوصات الطبية، فبعد أن كان هذا الحق حكراً على ضحايا العنف الزوجي أصبح اليوم يشمل كلّ النساء ضحايا العنف. ولكن يبقى الحصول على هذه الشهادة الطبية الأولية، والتي تسمح بإثبات الضرر الحاصل للمرأة المُعنتفة، مشروطاً بالحصول على تسخير من مركز الشرطة. ويبقى الحصول على هذا التسخير رهين تعاون السلطة الأمنية³⁰ أو امتناعها عن ذلك خاصة وأنه، على عكس ما يشترطه القانون، لم يتم بعد إنشاء وحدات متخصصة بالعنف ضد المرأة في كلّ المراكز الأمنية ولم تقع الاستجابة في كلّ هذه المراكز إلى شرط وجود امرأة تقوم بالاستماع إلى ضحية العنف وتدوين أقوالها على عكس ما كان مُنتظراً عند إصدار القانون المذكور.

هذا وتلعب الجمعيات والمنظمات غير الحكومية دوراً هاماً وفعالاً في الإحاطة بالنساء ضحايا العنف. فإمام عجز المؤسسات العمومية عن رعاية وإيواء النساء المُعنتفات، نظراً لقلّة الإمكانيات المادية، تتدخل الجمعيات والمنظمات غير الحكومية لتلعب هذا الدور فتقوم بإيواء النساء المُتضررات من العنف وأطفالهن في مركز إيواء آمن وتسعى للإحاطة النفسية والارشاد القانوني لهذه الفئة الهشة وتحرص على توجيههنّ ونصهنّ بتوضيح الخطوات الواجب اتباعها لتقديم شكاية جزائية و/ أو دعوى مدنية في التعويض أو الطلاق.. وعادة ما يضطلع محامون متطوّعون بهذا الدور لفائدة الضحايا اللواتي يجدن أنفسهنّ في وضعية مادية حرجة. ويبيّن تقرير وزارة المرأة الدور الهام الذي قامت به الجمعيات والمنظمات غير الحكومية سنة 2020 مع جائحة الكوفيد وفترة الحجر الصحي التي شهدت توقّف أغلب الخدمات المُتخذة لصالح النساء المُعنتفات (وزارة المرأة والأسرة وكبار السن التونسية 2021).

²⁵ القانون الأساسي عدد 58 لسنة 2017 المؤرخ في 11 آب/أوت 2017 بتعلّق بالقضاء على العنف ضد المرأة والذي ينصّ في الفصل الأول منه على "يهدف هذا القانون إلى وضع التدابير الكفيلة بالقضاء على كلّ أشكال العنف ضد المرأة القائم على أساس التمييز بين الجنسين من أجل تحقيق المساواة واحترام الكرامة الإنسانية، وذلك بإتباع مقاربه شاملة تقوم على التصدي لمختلف أشكاله بالوقاية وتبني مرتكبيه ومعاقبتهم وحماية الضحايا والتعهد بهم."

²⁶ الفصل 8 - "على الوزارة المكلفة بالصحة وضع برامج فصد مقاومة العنف ضد المرأة في التدريس الطبي وشبه الطبي والتكفل بتدريب العاملين في المجال الصحي في جميع المستويات لكشف وتقييم كلّ أشكال العنف ضد المرأة والوقاية منه والفحص والعلاج والمتابعة بغرض التعهد بالمرأة والأطفال المقيمين معها ضحايا العنف، كما تتولى توفير فضاءات خاصة باستقبال ضحايا العنف وتقديم الخدمات الصحية والنفسية لهم."

²⁷ تم إمضاء إتفاقية إطارية بين الوزارات المعنية من بينها وزارة الصحة. انظر الرابط.

²⁸ منشور عدد 39/ 2014 المتعلّق بمجانبة الشهادة الطبية الأولية وتيسير إجراءات استخلاص معاليم الفحوصات الطبية والاقامة لفائدة النساء ضحايا العنف الزوجي.

²⁹ منشور مشترك من وزير الصحة ووزيرة الأسرة والمرأة والطفولة وكبار السن عدد 5 لسنة 2022 المؤرخ في 14 آذار/مارس 2022

³⁰ ينصّ الفصل 10 من هذا القانون - "تضع وزارتا العدل والداخلية برامج متكاملة حول مكافحة العنف ضد المرأة في التدريس والتكوين في المؤسسات الراجعة إليهما بالنظر، وذلك لتطوير طرق التعاطي مع شكاوى وقضايا العنف ضد المرأة."

خدمات صحية دون تمييز

يُعتبر التمييز على "أساس أيّ انتماء جريمة يُعاقب عليها القانون"، حسب الفصل 19 من دستور 2022.³¹ وفي هذا الصدد يُقرّ القانون عدد 71 الصادر في 27 تموز/جويلية 1992 المتعلق بالأمراض السارية في فصله الأول أنه "لا يمكن لأيّ إنسان أن يكون عرضةً للتمييز في المعاملة في مجال الوقاية من الأمراض السارية أو معالجتها". كما ينصّ الأمر عدد 1155 المؤرّخ في 17 أيار/ماي 1993 المتعلق بواجبات الطبيب على ضرورة معالجة المرضى دون تمييز. ويشير ميثاق المريض³² الى ضرورة عدم التمييز في النقطة الأولى منه، فيقرّ أن "لكلّ شخص الحق في حماية صحّته في أفضل الظروف الممكنة دون تمييز بسبب دينه، أو جنسه، أو لونه، أو سنّه أو وضعه الاجتماعي والاقتصادي".

يُخصّص الدستور إلزامية الحماية لبعض الفئات: الأطفال،³³ والمرأة،³⁴ والمسنّين،³⁵ والأشخاص ذوي الإعاقة.³⁶ كما يسعى ميثاق المريض لحماية الفئات الهشة حين ينصّ على ضرورة "مراعاة خصوصية بعض الفئات من المرضى الذين تستوجب حالتهم الصحية أولوية في التعهّد بها طبقاً للتشريع الجاري به العمل على غرار الحالات الاستعجالية والأشخاص المعوّقين والمسنّين والأطفال والحوامل". كما يؤكّد القانون التوجيهي عدد 83 لسنة 2005 المتعلق بالnehوض بالأشخاص ذوي الإعاقة على حماية هذه الفئة من جميع أشكال التمييز³⁷ وضرورة توفير الآليات اللازمة لرصد الإعاقات وتطوير البحث العلمي في مجال الإعاقة والوقاية منها وهو ما يشكّل طريقة لحماية صحة المواطنين. هذا وتضمن الدولة لهؤلاء الرعاية الاجتماعية ومجانبة العلاج أو المداواة بتعريفٍ منخفضة.³⁸ وقد جاء قرار وزير الصحة العمومية والمالية الصادر في 25 نيسان/أفريل 2006 لتحديد كيفية تحمّل مصاريف العلاج والإقامة بالهيكل الصحية العمومية والأجهزة التعويضية والتأهيل بالنسبة الى الأشخاص ذوي الإعاقة الذين يستجيبون لشروط الانتفاع بالعلاج المجاني أو بالتعريف المنخفضة.

أمّا بالنسبة الى المسنّين، فيؤكّد القانون عدد 114 لسنة 1994 على حماية هذه الفئة الهشة من المجتمع من خلال "حماية صحّتهم وضمان كرامتهم"³⁹ و"مقاومة جميع أشكال التمييز والإقصاء في الوسط العائلي والاجتماعي". هذا فضلاً عن انتفاعهم "بالخدمات الاجتماعية والصحية في مقرّ إقامتهم" أو "في دور المسنّين التي يجب أن توفر ظروفًا صحيّة ملائمة. كما يُعفى المُسنّ المُعوّز المنتفع بالخدمة الاجتماعية والصحية في مقرّ إقامته من المساهمة في تكاليف هذه الخدمات."⁴⁰

يُركّز البرنامج الوطني لمكافحة السيدا والأمراض المنقولة جنسياً على توفير خدمات الوقاية والرعاية للفئات الأكثر عرضةً لفيروس نقص المناعة البشرية المُكتسبة وتشمل هذه الفئات مستعملي المخدّرات بالحقن وعاملي وعاملات الجنس والرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال إضافةً الى المساجين والمهاجرين وتشمل الخدمات التثقيف وتوزيع أدوات الوقاية وتوفير الحقن النظيفة عن طريق

³¹ الفصل 19 من دستور 2022. "الإدارة العمومية وسائر مرافق الدولة في خدمة المواطن على أساس الحياد والمساواة وكلّ تمييز بين المواطنين على أساس أيّ انتماء جريمة يُعاقب عليها القانون". ويضيف الفصل 23. "المواطنون والمواطنات متساوون في الحقوق والواجبات وهم سواء أمام القانون دون أيّ تمييز".

³² المنشور الوزاري عدد 36 لسنة 2009 المتعلق بميثاق المريض.

³³ الفصل 52 من دستور 2022. "تحمي الدولة حقوق الطفل، وتتكفل بالأطفال المُتخلّي عنهم أو مجهولي النسب. حقوق الطفل على أبويه وعلى الدولة ضمان الكرامة والصحة، والرعاية، والتربية، والتعليم وعلى الدولة أيضاً توفير جميع أنواع الحماية لكل الأطفال دون تمييز وفق المصالح الفضلى للطفل".

³⁴ الفصل 55 من دستور 2022. "تلتزم الدولة بحماية الحقوق المُكتسبة للمرأة وتعمل على دعمها وتطويرها. تضمن الدولة تكافؤ الفرص بين الرجل والمرأة في تحمّل مختلف المسؤوليات وفي جميع المجالات. تسعى الدولة إلى تحقيق التناصف بين المرأة والرجل في المجالس المُنتخبة. تتخذ الدولة التدابير الكفيلة بالقضاء على العنف ضدّ المرأة".

³⁵ الفصل 53 من دستور 2022. "تضمن الدولة المساعدة للمسنّين الذين لا سند لهم".

³⁶ الفصل 54 من دستور 2022. "تحمي الدولة الأشخاص ذوي الإعاقة من كل تمييز وتتخذ كل التدابير التي تضمن لهم الاندماج الكامل في المجتمع".

³⁷ طبقاً للفصل الأول من هذا القانون.

³⁸ الفصل 14 و15 من هذا القانون.

³⁹ الفصل 2 من القانون عدد 114 لسنة 1994.

⁴⁰ الفصل 16.

الجمعيات بتمويل من الصندوق العالمي فيما توّفر الدولة العلاج مجاناً في أربعة مراكز طبية. هذا وقد أقرّ تنقيح سنة 2007⁴¹ لقانون⁴² 1992 المتعلّق بالأمراض السارية امكانية إجراء فحص طوعي لا إسمي لتقصّي فيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض السارية وهو إجراء من شأنه أن يشجّع المصابين أو من يشتبهون في إصابتهم على الانتقال إلى المراكز الصحية والانتفاع بالعيادة بصفة لا اسمية. ولا يكون الطبيب مُلزماً في هذه الحالة بالكشف عن هويّة مريضه. فرغم مجّانية العلاج وتوفر وسائل الوقاية والانتقال التدريجي نحو خدمات جديدة مثل توفير الدولغترافير DLG وخدمات الوقاية قبل التعرّض PreP، فإن هذه الفئات ما زالت ضحية وصم وتمييز من قبل مُقدّمي الخدمة وهو ما يجعل الحصول على الخدمات صعباً ممّا يؤدي إلى نسب كبيرة من عدم الحصول على خدمات الوقاية ونسب ضعيفة لنجاعة العلاج (أقل من 30 في المائة من المُتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية تمكّنوا من الوصول إلى كمية فيروس سلبية في الدّم).

تعّد أنظمة التغطية والصعوبات المالية لفئات خاصّة

عرف قطاع الصحة دعماً هاماً منذ الاستقلال وقد كان التوجّه في البداية نحو مجّانية العلاج. ولكن في التسعينيات من القرن الماضي عرفت المنظومة الصحيّة تحويراً جوهرياً من خلال قانون التنظيم الصحي الذي تراجع عن خيار المجّانية المطلقة وجاء ليُرسي نظاماً يُميّز بين المتمتّعين بالمجّانية والمتمتّعين بالتعريفه المُنخفضة والعلاج بمقابل. وقد كانت الغاية من ذلك توفير مداخيل تضمن الاستقلالية الماليّة للمستشفيات.⁴³ أمّا اليوم فيضمن القانون الحقّ في العلاج ويكفل مجّانية العلاج لفائدة الفئات المُعوزة. كما يقدّم لبعض الفئات خدمات صحيّة بتعريفه منخفضة. إذ يتمّ إسناد بطاقة علاج مجّاني قصد المعالجة والإقامة في الهياكل الصحيّة العمومية لكلّ تونسي مُعوز وزوجته وأطفاله الذين هم في كفالته بصفة قانونية.⁴⁴ كما يتمتّع بمجّانية العلاج كلّ من المقاومين⁴⁵ والعسكريين⁴⁶ وقوات الأمن الداخلي⁴⁷ وأعوان الديوانة⁴⁸. هذا وقد تمّ إقرار الحقّ في العلاج المجّاني لفائدة جرحى الثورة منذ 2011.⁴⁹ من جانبه سعى مرسوم 2022 لدعم الحقّ في العلاج المجّاني وضمان الإحاطة بضحايا العمليات الإرهابية من عسكريين وأعوان قوات الأمن الداخلي والديوانة وأوّلي الحقّ من شهداء الثورة وجرحاها.⁵⁰ ويتمنح المرسوم المذكور لهذه الفئة من المتضرّرين الحقّ في العلاج في الهياكل العمومية كما يسمح أيضاً بإمكانية معالجتهم في القطاع الخاص أو في الخارج بناءً على رأي لجنة طبيّة⁵¹. من ناحية يمنح الأمر عدد 409 لسنة 1998 الحقّ في تعريفه علاج منخفضة للعائلات ذات الدخل المحدود ويشترط أن يكون المُنتفع غير مُنخرط في أحد أنظمة الضمان الاجتماعي. حسب الأرقام، أكثر من أربعة من كل خمسة أشخاص مشمولون بمخطّط. ورغم ذلك يبقى حوالي مليوني⁵² شخص دون أيّ تغطية.

⁴¹ تمّ تنقيح هذا القانون في 12 شباط/فيفري 2007.

⁴² القانون عدد 71 الصادر في 27 تموز/جويلية 1992 المتعلّق بالأمراض السارية المذكور أعلاه.

⁴³ وبالأساس تلك التي تتمتّع بالشخصية القانونية أيّ المؤسسات العمومية للصحة.

⁴⁴ الفصل الأوّل من الأمر عدد 1812 لسنة 1998 المتعلّق بتحديد شروط وكيفية إسناد بطاقة العلاج المجّاني وسحبها.

⁴⁵ القانون عدد 9 لسنة 1974 المؤرّخ في 9 آذار/مارس 1974 يتعلّق بضبط نظام الجرايات المخوّلة للمقاومين.

⁴⁶ القانون عدد 20 لسنة 1967 المؤرّخ في 31 أيار/ماي 1967 يتعلّق بضبط القانون الأساسيّ العام للعسكريين.

⁴⁷ قانون عدد 70 لسنة 1982 المؤرّخ في 6 آب/أوت 1982 يتعلّق بضبط القانون الأساسيّ العام لقوات الأمن الداخلي كما تمّ تنقيحه وإتمامه بالقانون عدد 58 لسنة 2000 المؤرّخ في 13 حزيران/جوان 2000.

⁴⁸ القانون عدد 46 لسنة 1995 المؤرّخ في 15 أيار/ماي 1995 يتعلّق بالقانون الأساسيّ العام لأعوان الديوانة، كما تمّ تنقيحه وإتمامه بالقانون عدد 102 لسنة 1996 المؤرّخ في 18 تشرين الثاني/نوفمبر 1996.

⁴⁹ المرسوم عدد 97 لسنة 2011 المؤرّخ في 24 تشرين الأوّل/أكتوبر 2011 يتعلّق بالتعويض لشهداء ثورة 14 كانون الثاني/جانفي 2011 ومصايبها وخاصةً (الفصل الثامن منه - الفقرة 2).

⁵⁰ المرسوم عدد 20 لسنة 2022 المؤرّخ في 9 نيسان/أفريل 2022 يتعلّق بمؤسسة فداء للإحاطة بضحايا الاعتداءات الإرهابية من العسكريين وأعوان قوات الأمن الداخلي والديوانة وأوّلي الحقّ من شهداء الثورة وجرحاها.

⁵¹ الفصل 11 من المرسوم عدد 20 لسنة 2022 المؤرّخ في 9 نيسان/أفريل 2022. "يتمنح الضحايا بمجّانية التداوي بالهياكل الصحيّة العمومية والعسكرية وتلك التابعة لقوات الأمن الداخلي والديوانة وفقاً لاتفاقية تُبرم في الغرض مع مؤسسة فداء. لمؤسسة فداء التّكفل، عند الاقتضاء، بمصاريف التداوي بالمؤسسات الصحيّة الخاصة أو خارج أرض الوطن، بناءً على رأي لجنة طبيّة مختصة. يشمل حقّ التداوي كلّ أنواع العلاجات، إلى جانب الإحاطة النفسية والحصول على الأدوية بالإضافة إلى الآلات الطبيّة والأعضاء الاصطناعية المُبشرة للإدماج".

⁵² وفقاً للجزء 3 من مسح ميزانية الأسرة الوطنية والاستهلاك ومستوى المعيشة لعام 2015، فإن 16.7% من السكّان ليست لديهم تغطية، بينما 0.5% من السكان لم يجيبوا عن الاستقصاء (إحصائيات تونس).

إرساء منظومة تأمين على المرض

تأسس التأمين الصحي الاجتماعي في الخمسينيات من القرن الماضي. إذ تم إنشاء أول نظام تأمين صحي إلزامي للعاملين في القطاع العام سنة 1951. ثم تم إنشاء التأمين الصحي الإجباري للعاملين في القطاع الخاص سنة 1960. وفي سنة 2004، تم إحداث نظام التأمين على المرض الإجباري لفائدة المضمونين الاجتماعيين وأولي الحق⁵³ يقوم "على مبادئ التضامن وتكافؤ الحقوق في إطار منظومة صحية متكاملة تشمل الخدمات المُسداة بالقطاعات العمومي والخاص للصحة"⁵⁴. وفي هذا المجال حُدّدت قوائم⁵⁵ الاختصاصات والأعمال الطبيّة وشبه الطبيّة والأدوية والآلات ومصاريف النقل الصحي التي يتكفل بها النظام القاعدي وتعريفاتها المرجعية وقائمة الخدمات التي تُستوجب الموافقة المُسبقة.

في إطار النظام القاعدي للتأمين على المرض، يتمّ التكفل بمصاريف الخدمات الصحية حسب اختيار⁵⁶ المضمون الاجتماعي لصيغة⁵⁷ التكفل في حدود سقف⁵⁸ سنوي.

- **المنظومة العلاجية العمومية:** تُمكن هذه المنظومة المضمون الاجتماعي من الانتفاع بكلّ الخدمات العلاجية الخارجية المُسداة من قبل هياكل الصحة العمومية والمستشفى العسكري ومصحات الضمان الاجتماعي حسب صيغة الطرف الدافع مقابل تسديد معلوم تعديلي.

- **المنظومة العلاجية الخاصة:** يتولّى المضمون الاجتماعي اختيار طبيب عائلة من ضمن الأطباء المتعاقدين مع الصندوق، وبمقتضى هذا الاختيار يلتزم المضمون الاجتماعي وأفراد عائلته المسجّلون معه بعيادة طبيب العائلة بصفة وجوبية قبل عيادة أيّ طبيب آخر ما عدا الاختصاصات التي يُمكن إجراء عيادات فيها دون توجيه⁵³ من طبيب العائلة. كما أنه وفي صورة قبول أحد المنتفعين بمرضٍ ثقيل أو مُزمن (ضمن القائمة⁶⁰) فيمكنه عيادة الطبيب المختصّ في هذا المرض مباشرة دون توجيه من طبيب العائلة ويتكفل الصندوق بمصاريف الخدمات الصحية المُسداة في إطار هذه المنظومة حسب صيغة الطرف الدافع. وتبعاً لذلك يتولّى المضمون الاجتماعي دفع مبلغ المعلوم التعديلي الذي يمثل مساهمته في مصاريف العلاج. ويُحتسب هذا المبلغ بالاعتماد على التعريفات التعاقدية⁶¹ للخدمة الصحية ونسبة التكفل بها. ويتولّى الصندوق دفع المبلغ المتبقي مباشرة لمختلف مقدّمي الخدمات الصحية.

- **نظام استرجاع المصاريف:** يُمكن نظام استرجاع المصاريف المضمون الاجتماعي من العلاج لدى كلّ مقدّمي الخدمات الصحية المتعاقدين من

⁵³ القرين غير المطلق وغير المنتفع بعنوان نشاطه بتغطية قانونية إجبارية ضدّ المرض، أبناء المضمون الاجتماعي في الكفالة الآتي ذكرهم: الأبناء القصر بشرط ألا يكونوا منتفعين بتغطية قانونية إجبارية ضدّ المرض، البنت مهما كان سنّها ما لم تجب نفقتها على زوجها أو طالما ليس لها مورد رزق، الأبناء الحاملون لإعاقفة تجعلهم غير قادرين على ممارسة عملٍ مؤجر وغير المنتفعين بعنوان نشاطهم بتغطية قانونية إجبارية ضدّ المرض. المنتفعون بجرانية باقن على قيد الحياة بموجب نظام قانوني للضمان الاجتماعي وغير المنتفعين بعنوان نشاطهم بتغطية قانونية إجبارية ضدّ المرض، الأصول في الكفالة بشرط ألا يكونوا خاضعين بصفة أصلية لتغطية قانونية إجبارية ضدّ المرض.

⁵⁴ الفصل 1 من قانون عدد 71 لسنة 2004.

⁵⁵ القرار المشترك للوزير المكلف بالضمان الاجتماعي والوزير المكلف بالصحة المؤرخ في 13 نيسان/أفريل 2007.

⁵⁶ يظنّ اختيار الصيغة سارياً لمدة عام واحد على الأقلّ طالما لم يتمّ تقديم طلب لتغييره قبل 30 أيلول/سبتمبر من كل عام. وفي حالة عدم قيام المضمون بالاختيار، يتمّ تسجيله في المنظومة العمومية.

⁵⁷ حسب الفصل 4 من أمر عدد 1367 لسنة 2007.

⁵⁸ يحدّد الفصل 2 من قرار وزير الشؤون الاجتماعية المؤرخ في 8 شباط/فيفري 2021 السقف السنوي، 300 دينار بالنسبة لمضمون اجتماعي ليس له اشخاص في الكفالة، 375 ديناراً لمضمون اجتماعي وشخص في الكفالة، 450 ديناراً لمضمون اجتماعي وشخصين في الكفالة، 525 ديناراً لمضمون اجتماعي وثلاثة اشخاص في الكفالة، 600 دينار لمضمون اجتماعي وأربعة اشخاص في الكفالة أو أكثر. ويتم الترفيع بـ 75 ديناراً عن كلّ أصل في الكفالة. تنتفع المرأة الحامل بالتكفل بمصاريف الخدمات الصحية الخارجية المتعلقة بمتابعة الحمل في حدود مبلغ قدره 150 ديناراً وذلك طيلة فترة الحمل.

⁵⁹ طبّ العيون، وطبّ الأطفال، وطبّ النساء وطبّ الأسنان.

⁶⁰ القرار المشترك للوزير المكلف بالضمان الاجتماعي والوزير المكلف بالصحة المؤرخ في 25 حزيران/جوان 2007 يتعلّق بتحديد قائمة الأمراض النقيلة أو المُزمنة المتكفل بها كلياً من قبل الصندوق الوطني للتأمين على المرض. تمّ تحديد قائمة بـ 24 مرض مزمن.

⁶¹ الأمر الحكومي عدد 318 لسنة 2021 المؤرخ في 4 أيار/ماي 2021 يتعلّق بتنقيح الأمر عدد 1367 لسنة 2007 المؤرخ في 11 حزيران/جوان 2007 المتعلّق بضبط صيغ وإجراءات ونسب التكفل بالخدمات الصحية في إطار النظام القاعدي للتأمين على المرض. انظر الرابط.

القطاعين العمومي والخاص. ويتولى المضمون الاجتماعي بمقتضى ذلك دفع المبلغ الكامل للتعريف التعاقدية ثم التقدّم بمطلب في استرجاعها.

أمّا التكبّل بالإقامة الاستشفائية داخل المستشفيات العمومية أو المصحات الخاصة فيتمّ حسب نفس الشروط والإجراءات لفائدة جميع المضمونين الاجتماعيين، دون الأخذ بعين الاعتبار المنظومة العلاجية التي ينتمون إليها. ويتولى الصندوق الوطني للتأمين على المرض التكبّل المباشر بجميع الإقامات الاستشفائية بالمستشفيات العمومية مهما كانت طبيعتها، ولا يتحمّل المضمون الاجتماعي إلاّ قيمة المعلوم التعديلي الذي يبقى على كاهله. أمّا بالنسبة للمصحات الخاصة، فإنّ الصندوق الوطني للتأمين على المرض يتكبّل بالعمليات الجراحية وذلك حسب القائمة الرسمية المحدّدة⁶²، هذا فضلاً عن التكبّل بالولادة. وفي هذه الحالة، يُمكن للمضمون الاجتماعي أن يتحصّل بصورةٍ مُسبقة على قرار تكبّل صادر عن مصالح الصندوق. كما يتمّ التكبّل بصفةٍ موحّدة بمجموعة من الخدمات العلاجية الخارجية على غرار الكشف بالمفراس والكشف بالرنين المغناطيسي والآلات الطبية والأدوية الخصوصية، وتصفية الدّم بالكلّي الاصطناعية.

حسب معطيات المنظّمة العالمية للصحة (WHO 2023)، يُقدّر الإنفاق العمومي لسنة 2019 بـ 4570 مليون دينار،⁶³ وهو ما يُمثّل 3.9% من الناتج المحلي الخام و57.1% من إجمالي الإنفاق الصّحي و12.6% من إجمالي النفقات الحكومية.⁶⁴ وتأتي هذه الأموال العامة بشكلٍ رئيسي من الصندوق الوطني للتأمين على المرض (51.3%)، تليها ميزانية الدولة (48.7%). وتُعَدّ نسبة الإنفاق العمومي على الصحة أقلّ من التوصيات المعتمدة⁶⁵ حيث إنّ الإنفاق العمومي على الصحة يندرج في إطار التزام الدولة بتكريس الحقّ في الصحة وتمكين المنظومة الصحيّة من الموارد اللازمة لتقديم خدمات صحيّة ذات جودة وتحقيق الإنصاف.

وفي هذا المجال، تشكو الهياكل الصحيّة العمومية من اختلال بين الاحتياجات المتزايدة المرتبطة بالمهام الموكّلة لها⁶⁶ والضغطات والمطلّبة السياسية من جهة وعدم توفير موارد مالية إضافية حسب الحاجيات ومشاكل السيولة⁶⁷ التي يعرفها الصندوق الوطني للتأمين على المرض في السنوات الأخيرة والسقف المحدّد لكلّ هيكلٍ صحيّ عمومي⁶⁸، من جهةٍ أخرى. كما تمّ إنشاء صندوق دعم الصحة العمومية⁶⁹ فأصبح يوفر تمويلًا إضافيًا للخدمات المُسدّاة لفائدة المرضى المنتفعين ببطاقات العلاج المجّاني وبطاقات العلاج بالتعريف المُخفضة.

مخاطر عالية جراء المدفوعات المباشرة للصحة

تُمثّل المدفوعات المباشرة للأسر 37.9%⁷⁰ من إجمالي الإنفاق الصّحي في 2019 مقابل 42.5% في 2005 (WHO 2023). ويمكن أن يكون سبب هذا التخفيض هو نظام التأمين الصّحي في تونس. ومع ذلك ما يزال المعدّل مرتفعاً جداً وبالتالي فهو يشكّل تهديداً حقيقياً من خلال خطر الإنفاق الكارثي⁷¹ وإمكانية الوقوع في

⁶² القرار المشترك للوزير المكلف بالضمان الاجتماعي والوزير المكلف بالصحة المؤرّخ في 29 حزيران/جوان 2007.

⁶³ Domestic General Government Health Expenditure GGHE-D

⁶⁴ Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % General Government Expenditure GGE

⁶⁵ حسب توصيات [أيوجا](#) يجب أن تكون نسبة الإنفاق العمومي على الصحة 15% على الأقلّ من الإنفاق الحكومي.

⁶⁶ الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الجيدة للجميع وفي كلّ المناطق مع تدريب مهنيّ الصحة وتطوير البحوث.

⁶⁷ يعود نقص السيولة إلى عدم التحويل الكفّي للمساهمات بعنوان التأمين على المرض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية حيث تراكمت الديون بسبب العجز الهيكلي صلب أنظمة التقاعد، رغم استخلاص مساهمات الناشطين الاجتماعيين في القطاع العمومي مباشرة منذ سنة 2017 حسب القانون عدد 47 لسنة 2017.

⁶⁸ يتمّ استخلاص الخدمات المقدّمة من طرف الهياكل الصحيّة العمومية في إطار سقف سنوي لكلّ هيكل (مستشفيات جهوية وجامعية) ما عدا بعض الخدمات مثل زراعة الأعضاء وجرادة القلب والأوعية الدموية وطبّ القلب التداخلي والتصوير المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي وتفتيت الحصوات وزرع نخاع العظام التي لا يقع احتسابها. وبالنسبة للهياكل العمومية في الخط الأول، يساهم الصندوق الوطني للتأمين على المرض بمبلغ جزائي هو 85 مليون دينار يُدفع للخزينة العامة للدولة.

⁶⁹ أمر حكومي عدد 383 لسنة 2019 وأمر حكومي عدد 381 لسنة 2019.

⁷⁰ (Out-of-pocket (OOPS) as % of Current Health Expenditure (CHES)

⁷¹ قرابة 200 ألف شخص في 2014.

هاوية الفقر⁷² للفئات الأكثر هشاشة. وقد يلتجئ البعض إلى عدم استخدام أو طلب الخدمة الصحية لعدم قدرتهم على دفع النفقات فيعجزون عن الخروج من دائرة المرض والمضاعفات التي يمكن أن تكون أكثر خطورة وأكثر إنفاقاً. ومن أسباب ارتفاع المدفوعات المباشرة للأُسَر: عدم توفر كلِّ الخدمات في القطاع العمومي وضرورة اللجوء إلى الخدمات في القطاع الخاص وهي باهظة التكاليف حتى بالنسبة للمضمونين الاجتماعيين⁷³ بما أنهم يتحملون الفارق بين التعريفة التعاقدية والتعريفة المدفوعة،⁷⁴ ممّا يؤثّر سلباً على وصولهم للخدمات الصحية.

الحق في المعلومة الصحية مع احترام السرية

أقرّ دستور 2014 حقّ النفاذ إلى المعلومة وقد تمّ تأسيس هيئة تسهر على حماية هذا الحقّ.⁷⁵ وإن تمّ الجمع بين المبدأ الدستوري المؤسّس للحق في الصحة والمبدأ الدستوري المُقرّر للحق في النفاذ إلى المعلومة فإن التطبيق المزدوج لهذين الفصلين يؤدّي إلى الحق في النفاذ إلى المعلومة الصحية. ولا يجد هذا الحقّ حدّاً له إلا في مبدأ دستوريّ آخر وهو ضرورة حماية الحياة الخاصة والمعطيات الشخصية. وبالتالي يُمكن أن نستنتج من دستور 2014⁷⁶ ومن القوانين السابقة⁷⁷ والقوانين اللاحقة له أن لكلّ مواطن الحق في النفاذ إلى المعلومة الصحية طالما لا يخلّ ذلك بمبدأ حماية المعطيات الشخصية. ومن واجب الطبيب إعلام المريض بكل ما يتعلّق بمرضه وأساليبه تشخيصه وطرق علاجه. هذا الحق في الإعلام - وإن كان غير مُكرّس كمبدأ عام في مجلة واجبات الطبيب - يمكن استنتاجه بصفة ضمنية من جملة من الفصول في هذه المجلة⁷⁸ وخاصة من خلال تحديدها للحالات التي يمكن فيها للطبيب أن يمتنع عن الإعلام وهي حالة الإنذار الخطير والمُهلك للمريض والحالات الاستعجالية. نفس هذه القواعد تمّ أيضاً اعتمادها فيما يتعلّق بمجلة أخلاقيات طبّ الأسنان وفي القانون المُنظّم لمهنة الصيدلة.⁷⁹

كما تمّ التطرق للحق في الإعلام في بعض النصوص الخاصة بالقانون المتعلّق بالأمراض السارية⁸⁰ الذي يُجبر الطبيب على إعلام المريض بإصابته بأحد الأمراض السارية ونتائج هذه الإصابة ويبيّن له أخطار العدوى⁸¹ كما يُجبر مهتبي الصحة على إعلام السلطات الصحية المعنية بالإصابات بأمراض سارية. ويكتسي هذا الإعلام طابعاً إجبارياً تترتب عن خرقه عقوبات جزائية⁸². هذا ويقع الأخذ بعين الاعتبار "خصوصية الفحص المُجرى في إطار فحصٍ طوعيّ لا إسمي".⁸³

كما تذكّر مجلة واجبات الطبيب بضرورة احترام الطبيب لواجب الإعلام الوجدوبي. وقد أقرّ ميثاق المريض أيضاً الحق في الإعلام. ومن جهته أكد المرسوم الرئاسي المتعلّق

⁷² أكثر من 100 ألف شخص في 2014.

⁷³ تحت المنظومة العلاجية الخاصة ونظام استرجاع المصاريف.

⁷⁴ على سبيل المثال: في حالة عيادة عند طبيب عام، كلفة العيادة 45 ديناراً حسب التعريفات المحددة من طرف عمادة الأطباء (رابط) لكنّ الصندوق الوطني للتأمين على المرض يدفع 24 ديناراً. ويدفع المضمون الاجتماعي الباقي من نفقته الخاصة أي 26 ديناراً (رابط).

⁷⁵ هيئة النفاذ إلى المعلومة.

⁷⁶ وقد حافظ دستور 2022 على نفس هذه المبادئ.

⁷⁷ قانون 2004 المتعلّق بحماية المعطيات الشخصية.

⁷⁸ وذلك بقراءة عكسية للفصلين 35 و36. إذ يحدّد الفصل 36 الحالات التي يجوز فيها عدم الإعلام. أو بتأويل عدّة أحكام مُضمّنة بهذه المجلة والتي تُنظّم الموافقة الصريحة على إجراء تجارب ذات صبغة علاجية أو غير علاجية (الفصول 106 إلى 111 من الأمر عدد 1155 المؤرّخ في 17 أيار/ماي 1993 المتعلّق بمجلة واجبات الطبيب).

⁷⁹ القانون عدد 55 لسنة 1973 المؤرّخ في 3 آب/أوت 1973 يتعلّق بتنظيم المهن الصيدلية كما تمّ تنقيحه وإتمامه بالقانون عدد 31 لسنة 1976 المؤرّخ في 4 شباط/فيفري 1976 والقانون عدد 62 لسنة 1976 المؤرّخ في 12 تموز/جويلية 1976 والقانون عدد 24 لسنة 1989 المؤرّخ في 27 شباط/فيفري 1989 والقانون عدد 101 لسنة 1989 المؤرّخ في 11 كانون الأول/ديسمبر 1989 والقانون عدد 75 لسنة 1992 المؤرّخ في 3 آب/أوت 1992 والقانون عدد 32 لسنة 2008 مؤرّخ في 13 أيار/ماي 2008 والقانون عدد 30 لسنة 2010 المؤرّخ في 7 حزيران/يونان 2010

⁸⁰ القانون عدد 71 الصادر في 27 تموز/جويلية 1992 كما تمّ تنقيحه في 12 شباط/فيفري 2007.

⁸¹ الفصل 6.

⁸² الفصول 7 و8 و17.

⁸³ حينئذ لا يكشف الطبيب عن هوية الشخص المصاب (الفصل 10 مكرّر من قانون 1992 كما تمّ تنقيحه في 2007).

بممارسة الطبّ عن بُعد على ضرورة احترام حقّ المريض في الإعلام وضرورة الحصول على موافقته الحرّة والمُستنيرة.⁸⁴

ضمان الجودة ومراقبتها

ينصّ ميثاق المريض في بنده الثالث على التزام "الهيكل والمؤسّسات الصحيّة بحُسن استقبال المرضى ومرافقيهم وبتقديم أفضل الخدمات المُمكنة لهم في كنف احترام حقوقهم وحرّياتهم". كما تُشير مجلة واجبات الطبيب إلى أن الطبيب يجب أن يمتنع عن مباشرة مهنته في ظروف قد تخلّ بجودة العلاج والأعمال الطبيّة ما عدا في حالات الضرورة التي تبرّرها مصلحة المرضى.⁸⁵ تتمّ مراقبة الجودة من قبل هيكل داخليّة تابعة لوزارة الصحة وتتمثّل في هيكل المراقبة الطبيّة وهيكل المراقبة الصيدليّة وهيكل المراقبة الماليّة والإداريّة. من جهته يتولى الصندوق الوطني للتأمين على المرض مراقبة جودة الخدمات المُسدّاة من قبل مهنيّي الصحة المُتعاقدين معه.

هذا وقد تمّ إحداث الهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصّحيّ بمقتضى الأمر عدد 1709 لسنة 2012 الصادر في 6 أيلول/سبتمبر 2012 والذي أوكل لها مهمة تطوير جودة الخدمات الصحيّة من خلال "التقييم الخارجي لسير المؤسّسات الصحيّة العمومية والخاصة ولخدماتها وتطبيق إجراءات الاعتماد عليها بواسطة خبراء مستقلّين عن تلك المؤسّسات". وبشير الفصل 3 من هذا الأمر إلى ضرورة "ضبط قواعد ومعايير وإجراءات لحُسن الممارسات المهنيّة في كامل أطوار الوقاية والكشف والعلاج والمُصادقة عليها بما في ذلك وضع معايير الجودة الواجب توفّرها في القطاع الصّحيّ". وهو ما يُبرز أهميّة تحديد معايير الجودة وضرورة توفير الآليّات اللازمة لمراقبة مدى توفّرها واحترامها.

وأضاف الأمر الحكومي عدد 792 لسنة 2020 للمهام المُسندة للهيئة مهمّة "تقييم تكنولوجيات الصحة والتدخّلات الصحيّة". ويعتبر المشرّع الهيئة الوطنية للاعتماد في المجال الصّحيّ "الهيكل الوطني الوحيد للتقييم والاعتماد في المجال الصّحيّ". هذا فضلاً عن كونه يمكّنها من التقييم على الصعيد الدولي "وفقاً للمعايير الدولية المعمول بها في مجال التقييم والاعتماد ولمبادئ الحياد والشفافية والنزاهة". وقد قامت الهيئة الوطنية للتقييم والاعتماد في المجال الصّحيّ بإحداث مسارات للعلاج حيث أنجزت 24 مساراً علاجياً وتوصيات مهنية لكن دون إجباريّة تنفيذها ومراقبة تطبيقها. كما تمّ منذ 2016 تكريس مبدأ السلامة والجودة في المجال الصّحي عبر إرساء منظومة للتصرّف في جودة الخدمات الصحيّة بـ 31 مؤسّسة صحيّة (16 مؤسّسة عمومية و15 مؤسّسة خاصة).

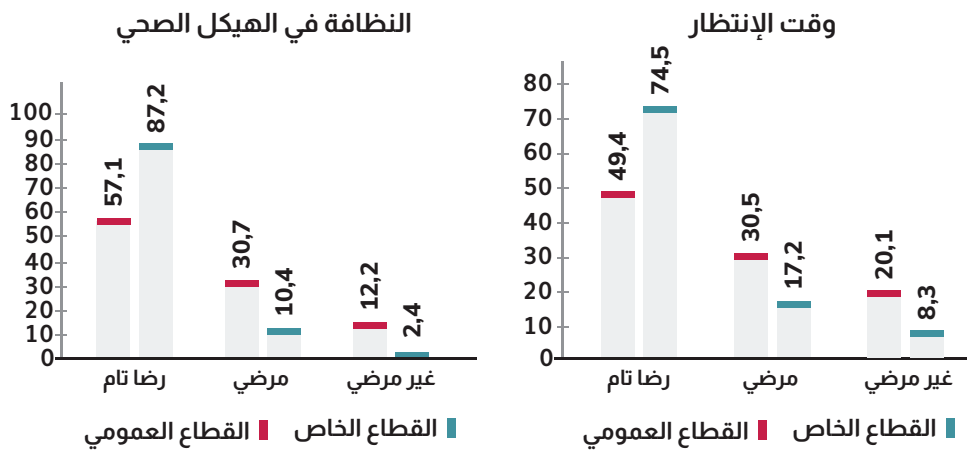
كما تقوم دائرة المحاسبات بإعداد تقرير سنوي يتمّ فيه رصد الإخلالات الماليّة والمتعلّقة بجودة الخدمات بما في ذلك الخدمات الصحيّة، سواءً تعلّق الأمر بالهيكل العمومية للصحة أو بالمؤسّسات الخاصة. وقد أشار التقرير عدد 32 في هذا الصدد إلى أن مراقبة المؤسّسات الخاصة (من قبل الهيكل المُخوّلة لذلك) تشهد نقصاً "عند إحداث هذه المؤسّسات وعند تركيز التجهيزات الثقيلة والمُشجّعة" فضلاً عن "نقص في الرقابة على حفظ الصحة ومقاومة التعفّقات الاستشفائية والأدوية والمُستلزمات الطبيّة بهذه المصحّات". كما رصدت محكمة المحاسبات إخلالات المؤسّسات الخاصة فيما يتعلّق بالتعقيم والصيانة وفي طريقة التخلّص من النفايات الطبيّة والاستشفائية.

⁸⁴ الفصل 21 من المرسوم الرئاسي الصادر في 8 نيسان/أفريل 2022 يتعلّق بضبط الشروط العامة لممارسة الطبّ عن بعد ومجالات تطبيقه. "يجب، قبل إجراء أيّ عملٍ طبيّ عن بُعد الحصول على الموافقة الحرّة والمستنيرة للمريض أو وليه الشرعي، وذلك بعد إعلامه بضرورة وأهميّة ونتائج ونطاق ذلك العمل إضافة إلى الوسائل المخصّصة لإجرائه".

⁸⁵ الفصل 4.

إن استجابة المنظومة الصحية لحاجيات وأولويات الأفراد والمجتمع ما تزال محدودةً من جزاء عدّة عوامل أهمّها المركزية المفرطة في اتخاذ القرار وتراجع الدور التعديلي لوزارة الصحة في عرض الخدمات. كما أن نظام الرعاية الحالي مُجرأً وغير مُنسّق وغير مُرقّم بصفةٍ كلية، يركّز على الخدمات العلاجية دون الأخذ بعين الاعتبار أهميّة الخدمات الوقائية. كما يؤدي القطاع العمومي خدمات محدودةً في الزمن حيث تقتصر العيادات الخارجية على الفترة الصباحية، بالإضافة إلى مشاكل تنظيم هذه الخدمات وجودتها ممّا يجعل الخدمة في الهياكل العمومية أقلّ جاذبية. فعلى سبيل المثال يُبيّن البحث في المناطق المُستهدفة من قبل برنامج الدعم الأوروبي لسنة 2017 عدم توقّر الخدمات وخاصةً نقص الأدوية وصعوبة الحصول على فحوصاتٍ إضافية. كما تفتت الإشارة إلى وجود عددٍ كبير من القرصى في الجلسة الواحدة، وحصولهم على مواعيد بعيدة المدى بالنسبة للاستشارات المتخصّصة... وقد تمّ رصد عدم الرضا عن الخدمات المقدّمة (حالات الطوارئ، الاستقبال، جودة العلاقات مع الموظّفين، وقت الانتظار، مواعيد بعيدة جداً للاستشارات المتخصّصة، مشاكل البنية التحتية..). وتمّ تأكيد هذه النتائج من خلال استطلاع للرأي في 2016⁸⁶ حيث عبّر المستخدمون، الذين تبلغ أعمارهم 15 عاماً فأكثر، عن مستوى رضاهم. فتبيّن أن 13.1% من المُستخدمين غير راضين عن الوقت الذي يقضونه في قاعة الانتظار. وتجدد الإشارة إلى أن هذا الاستياء يكون أشدّ في القطاع العمومي (20.1%) منه في القطاع الخاص (8.3%). كما بلغ 6.4% من القرصى عن مشاكل تتعلّق بالنظافة في الهيكل الصحي، حيث كانت نسبة عدم الرضا مرتفعةً في الهياكل الصحية العمومية (12.2%) مقارنةً بمقدّمي الخدمات من القطاع الخاص (2.4% فقط).

شكل 12. نسبة رضا المُنتفعين بالخدمات الصحية في الهياكل الصحية (%)



كما رصدت العديد من التقارير⁸⁷ سوء استقبال المرضى وعدم احترام سرّيّة معطياتهم الشخصية وصعوبة في الحصول على الملفّ الطّبي وأحياناً ضياع الملفّات الطّبية الورقية وعدم التواصل في المعلومة بين مختلف الأقسام في مستشفى واحد أو بين المستشفيات المختلفة، وظهور التعقّلات الجبرئومية التي يُمكن أن تسبّب العديد من الضحايا.

⁸⁶ سير آراء بشأن 7 عناصر: (1) وقت الانتظار بين الوصول إلى المنشأة الصحية والعلاج (2) الاحترام العام للمريض من قبل العاملين الصحيين (3) التفسيرات الواضحة التي يقدمها الطبيب (4) المشاركة في القرارات المتعلقة بالرعاية أو العلاج (5) احترام السريّة الطبيّة وخصوصية المريض (6) اختيار العاملين الصحيين و (7) نظافة الهيكل الصحي. [رابط](#).

⁸⁷ على سبيل المثال: [رابط](#).

مظاهر الفساد وعدم النجاعة

يُعدّ قطاع الصحة من أكثر (UNDP 2011) القطاعات التي يتفشى فيها الفساد وتكون الفئات الهشة هي الفئات الأكثر تضرراً من الفساد والرشوة. هذا وتُقرّ الدراسات الميدانية انتشار ظاهرة الرشوة والفساد والمحسوبية في قطاع الصحة عند الحصول على المواعيد والعلاج والدواء وكذلك في مجال الصفقات العمومية

والانتدابات في الوظيفة العمومية التي لا تراعي دائماً حاجيات الهياكل الصحية. وفي هذا الإطار انطلق تنفيذ "مشروع تعزيز الحوكمة الديمقراطية والمساءلة العمومية في تونس" في قطاع الصحة (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي 2020) خلال شهر تشرين الثاني/نوفمبر 2016 حيث تمّ تشخيص وضع الحوكمة في القطاع العمومي للصحة، وذلك من خلال تقييم مخاطر اتسام مختلف الخدمات الصحية التي تؤدّيها الهياكل العمومية للصحة وسلسلة الإمداد بالأدوية بالفساد في مرحلة أولى، وإرساء تجربة نموذجية لتطوير الحوكمة ومكافحة الفساد عبر مقاربة "جُرر النزاهة"⁸⁸ في مرحلة ثانية. كما يهتمّ مشروع "صحة" الذي تمّ إمضاؤه بين وزارة الصحة وسفارة الولايات المتحدة الأميركية والمركز الدولي للمؤسسات الخاصة (CIPE) بنفس الظاهرة إذ تمّ رصد مظاهر الفساد وضرورة حوكمة قطاع الصحة في تقرير صدر في تشرين الأول/أكتوبر 2021 (WEBMANAGERCENTER 2021).

كما يلاحظ الاتجاه نحو الإفراط في العلاج الطبي في القطاعين العمومي والخاص، وذلك في بعض الخدمات مثل الولادات القيصرية التي تمثل 43.2% من إجمالي الولادات (46.4% في المناطق الحضرية و37.7% في المناطق الريفية) نظراً للبعد الربحي.⁸⁹

تونس في مواجهة جائحة كوفيد-19

على غرار بقية بلدان العالم، تمّ إدراج الكوفيد-19 بقائمة الأمراض السارية⁹⁰ حتى تتسنى السيطرة عليه والحدّ من انتشاره. وقد اعتمدت تونس في مكافحة الجائحة إستراتيجية متحرّكة وفقاً للوضع الوبائي واعتماداً على رؤية وطنية أخذت بعين الاعتبار انتشار الوباء والأبعاد الاجتماعية والاقتصادية لذلك. وقد تمّ وضع آليات للتنسيق تتمثل في إحداث عددٍ من اللجان⁹¹. وفي هذا السياق تمّ اتخاذ العديد من الإجراءات نذكر منها بالخصوص تأمين المراقبة الصحية على الحدود، من خلال مراقبة المسافرين الوافدين وحظر التجوّل الكلي⁹² والجزئي ومنع التنقّلات بين المدن، مع تعزيز نشاط التقصي وإجراء التحاليل في القطاعين العمومي والخاص وتعزيز قدرات الإحاطة بالمرضى⁹³ والتلقيح رغم غياب خطة إستراتيجية استباقية ورغم المشاكل الهيكلية التي تُعاني منها المنظومة الصحية ككُلّ والمؤسسات العمومية بالخصوص. هذا وقد تمت رقمنة بعض الأنشطة المتعلقة بالتقصي والإحاطة بمرضى الكوفيد، مثل اعتماد تطبيق "إحامي" لمراقبة تنقّل المصابين بالفيروس حتى يتسنى الحدّ من انتشار العدوى، واعتماد المنصة الرقمية "EVAX" لتنظيم التلقيح. وقد سمحت هذه المنصة بتنظيم الأولوية وضمان الشفافية في إسناد الحقّ في التلقيح والحدّ من إمكانية المحاباة في هذه العملية.

⁸⁸ شملت هذه التجربة ثلاث مستشفيات الجامعي بالرابطة، والمستشفى الجهوي بجنوبية والمستشفى الجهوي بجربة ويؤمل في مراحل لاحقة -بعد تقييم التجربة- تعميمها على بقية الهياكل الصحية.

⁸⁹ نسبة الولادات القيصرية يجب أن لا تتجاوز 15% من إجمالي الولادات حسب توصيات المنظمة العالمية للصحة ومنظمة اليونيسف.

⁹⁰ بمقتضى الأمر الحكومي عدد 152 لسنة 2020.

⁹¹ في البداية تمّ إحداث هيئة وطنية متعدّدة القطاعات تضمّ الوزارات المعنية ويرأسها رئيس الحكومة ولجنة علمية تحت إشراف وزارة الصحة تقدّم الرأي العلمي للهيئة الوطنية ولجان فرعية في وزارة الصحة. تمّ إحداث قاعة عمليات لإدارة جائحة كوفيد 19 بأمر رئاسي عدد 77 لسنة 2021 تحت قيادة المدير العام للصحة العسكرية وبمشاركة بعض الوزارات.

⁹² تمّ إقرار الحجر الصحي الشامل من 22 آذار/مارس إلى 4 أيار/ماي 2020.

⁹³ على سبيل المثال تمّ ترفيع عدد أسيرة الإنعاش في القطاع العمومي من 96 سريراً في أيلول/سبتمبر 2020 إلى 504 أسرة في حزيران/يونان 2021.

ففي فترات الذروة من كل موجة واجهت الدولة ضعف الإمكانيات المادية والبشرية مما حال دون قدرة الهياكل الصحية العمومية للإحاطة بقرضى الكوفيد في ظروف ملائمة. وهو ما برز دعم المنظومة من طرف المنظمات الدولية⁹⁴ والدول والمجتمع المدني الذي لعب دوراً فاعلاً في دعم الهياكل الصحية العمومية مباشرة (من خلال توفير الآلات الطبية ومكثفات الأوكسجين ووسائل الحماية الفردية بالأساس) أو عن طريق التبرع في صندوق خاص⁹⁵ وقع إحداثه للغرض.

كما أظهرت جائحة كوفيد 19 عدم مرونة النصوص التنظيمية المتعلقة بالصفقات العمومية والتي لا تمكن القطاع الصحي من الاستجابة الآتية والفعالة لمجابهة الأزمات. ذلك أن النصوص الحالية تشترط الخضوع لقانون الصفقات العمومية الذي يضع إجراءات معقدة ويتسبب في بقاء الحصول على المستلزمات الطبية. والحال أن هذه القواعد العامة للصفقات العمومية لا تتماشى مع متطلبات المجال الطبي والسرعة المطلوبة للاستجابة لحاجيات المؤسسات الصحية.

المشاركة المجتمعية ودور المواطن

يعدّ هذا المبدأ من بين دعائم الحوكمة الرشيدة ويضمّ القانون التونسي العديد من النصوص التي تؤسس للحوكمة الرشيدة في عدّة مجالات منها المجال الصحي. ومن بين هذه النصوص يمكن الإشارة إلى المرسوم الإطاري عدد 120 لسنة 2011 الذي يهدف إلى "مكافحة الفساد في القطاعين العام والخاص وذلك خاصة بتطوير جهود الوقاية منه وتيسير كشفه وضمان تتبّع مرتكبيه وردعهم ودعم الجهود الدولي للحدّ منه وتقليص آثاره والعمل على استرجاع عائداته". (الفصل الأوّل) والذي يؤكّد على البعد التشاركي في مكافحة الفساد،⁹⁶ أو الأمر الحكومي المتعلّق بإحداث فريق "المواطن الرقيب"⁹⁷ والذي يُسند للمواطن دوراً في مراقبة جودة الخدمات (من بينها الخدمات الصحية).

ويعدّ الحوار المجتمعي أبرز تكريس لثقافة المشاركة المجتمعية وللتنشورية في مجال الصحة إذ يتمثّل هذا الحوار في جمع مختلف المتدخلين في القطاع من وزارات ومنظمات وطنية وهيكل ممثّلة للمهنيين إلى جانب أبرز مكونات المجتمع المدني. وفي المرحلتين من الحوار المجتمعي، تمّ انتخاب لجان تحكيم من بين المواطنين المشاركين، قامت بتقديم توصياتها (Le Comité Technique du Dialogue Sociétal 2014b) للندوات الوطنية في أيلول/سبتمبر 2014 وحزيران/جوان 2019. وتعتبر هذه المبادرة تجربة رائدة (WHO 2019) ومثالاً يُحتذى به حسب المنظمة العالمية للصحة. وكان من المفروض إضفاء الطابع المؤسّساتي لهذا الحوار من خلال ترسيخه في قانون إطاري للصحة وتعميم تجربة مشاركة المواطنين في متابعة تنفيذ السياسة الوطنية للصحة.

⁹⁴ المنظمة العالمية للصحة، اليونسيف، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، بنك التنمية الإفريقي، البنك الدولي، الإتحاد الأوروبي، وكالة اليابان للتعاون الدولي....

⁹⁵ في إطار التوقّي ومجابهة جائحة الكورونا تمّ إحداث حساب أموال المشاركة عدد 06 المُسمّى "حساب التوقّي ومجابهة الجوائح الصحية" (صندوق -18 18) وذلك بمقتضى قرار السيد وزير المالية المؤرّخ في 25 آذار/مارس 2020 والذي تمّ تنقيحه بتاريخ 22 تموز/جويلية 2020 و9 تشرين الثاني/نوفمبر 2020. [رابط](#).

⁹⁶ الفصل 3: تضمن الدولة إدراج مكافحة الفساد كمحور رئيسي في برامج التنمية البشرية والاقتصادية والاجتماعية بناءً على منهج: شمولي يُغطي كافة مجالات تدخلها بصورة مباشرة أو غير مباشرة، تشاركي يسمح بتحديد كل طاقات المجتمع من أفراد ومنظمات وقطاعات عامة، وخاصة تفاعلي يُمكن من تبادل المعلومات بين مختلف المتدخلين وتنسيق جهودهم.

⁹⁷ الأمر الحكومي عدد 1072 لسنة 2016 مؤرّخ في 12 آب/أوت 2016 بتعلّق بتنفيذ الأمر عدد 147 لسنة 1993 المؤرّخ في 18 كانون الثاني/جانفي 1993 المتعلّق بإحداث فريق "المواطن الرقيب".

الحلول والتوصيات من أجل تغطية صحية شاملة

الإسراع في تنفيذ السياسة الوطنية للصحة

إن الإجراءات الظرفية والمحدّدة التي وقع اتخاذها في العقود الأخيرة بطريقة استعجالية لم تُغيّر الوضع، بل خلقت في بعض الأحيان المزيد من الإشكاليات كما تم إبرازه سابقاً.

ومن أجل تحقيق فعليّ للحقّ الدستوري في الصحة، وجب الإسراع في تنفيذ "سياسة تعتمد مراجع احترام كرامة الإنسان والإنصاف والجودة والتضامن وتمثّل القيم الأساسية التي بُني عليها" (مشروع السياسة الوطنيّة للصحة في أفق 2030 2019). والجدير بالذكر أن مجموعة الخيارات الإستراتيجية ومفاتيح النجاح التي تتضمّنها السياسة الوطنية للصحة تستوجب قرارات سياسية كبرى مما يتطلب مشاورات مع الأطراف المعنية وعمليات تحكيم دون المساس بالتكامل بين الخيارات لهذا يتوجب إصدار القانون التوجيهي للصحة من أجل إضفاء المشروعية على الخيارات وتجنّب التجاذبات.

ومن هذا المنطلق، تمّ إعداد المخطّط التنموي للفترة بين 2023 - 2025 الذي اختار أربعة مجالات تدخّل أساسية وهي: الوقاية والنهوض بالصحة، تطوير الخدمات الصحيّة ونظام التغطية الصحيّة، تطوير قطاع الأدوية والصيدلة، وقيادة وحوكمة المنظومة الصحيّة. ويعتبر هذا المخطّط أداة تنفيذ مرحلية للسياسة الوطنية للصحة.

العديد من الحلول والتوصيات المقدّمة في هذه الورقة وقع استلهاها من المخطّط التنموي لقطاع الصحة 2023-2025 ومن السياسة الوطنية للصحة، إلاّ أنه تمّ الاقتصار على أهمّ التوصيات التي تُعدّ اليوم من أولويات قطاع الصحة في تونس. وقد تمّ التعرّض بالأساس الى الحلول والتدابير التي من شأنها أن تساهم في تدعيم الحقّ في الصحة بصفة واضحة، وبأكثر نجاعة، وفعّالية.

اعتماد نهج الصحة الواحدة

يجب اعتبار الصحة والتنمية المُستدامة أولوية في السياسة العامة للدولة وذلك من خلال تفعيل مقاربة إدراج الصحة في جميع السياسات القطاعية وإدماج برامج صحة الأشخاص والحيوانات والبيئة عند إعداد الإستراتيجيات في مجال الصحة. كما وجب تكثيف البرامج التوعوية والوقائية⁹⁸ لغاية حماية الصحة والتقليص من الأمراض والحدّ من انعكاساتها على اقتصاد الدولة، من ذلك مثلاً توفير "مساحات عامة سائحة لممارسات وسلوكيات صحيّة إيجابية مثل المشي والرياضة والأنشطة الترفيهية للأطفال" وتربية النشء على سلوكيّ صديق للصحة (مشروع السياسة الوطنيّة للصحة في أفق 2030 2019). كما يجب تخصيص برامج توعوية وتثقيفية لدفع المواطنين نحو التقصي المبكر للأمراض الخطيرة خاصة منها السرطان.

⁹⁸ تنفيذ الإستراتيجيات الموجودة، على سبيل المثال، الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالصحة النفسية ومكافحة الإدمان، الاستراتيجية الوطنية متعددة القطاعات للوقاية من الأمراض غير السارية ومخطّطها العملي لسنة 2020-2025.

تعزيز الأمن الصحي

أظهرت جائحة كوفيد-19 أهمية المنظومة الصحية وإلزامية إعداد استراتيجيات وطنية شاملة ومندمجة في مجال التوقّي ومجابهة الكوارث والطوارئ الصحية ومراقبتها من خلال تدعيم اللوائح الصحية الدولية. كما يجب ضمان التوافر المستمر للأدوية الأساسية عبر تعزيز دور الصيدلية المركزية للبلاد التونسية وتأمين الأمن الدوائي عبر النهوض بالصناعة الصيدلانية المحلية بما فيها التلقيح⁹⁹، مع إعداد إطار قانوني للتصرّف في الأزمات والطوارئ الصحية.

تحسين توافر الخدمات الصحية ذات جودة حسب المتطلبات

حسب السياسة الوطنية للصحة "يُعتبر من الضروري جعل صحة العائلة والجوار محور المنظومة الصحية وضمان توفير مجموعة من الخدمات الأساسية¹⁰⁰ عالية الجودة للجميع" (مشروع السياسة الوطنية للصحة في أفق 2030 2019). وسيتمكّن تنفيذ هذه الاختيارات من تحسين التوافر الزمني وتلبية الاحتياجات الصحية طيلة دورة الحياة وتسهيل المواعيد من خلال تعميم استخدام المواعيد عن بُعد، وهو ما من شأنه أن يخفّف من الاكتظاظ ويحسن ظروف الاستقبال خاصة في الهياكل الصحية العمومية. كما يتعين تعميم اعتماد ملف طبي واحد رقمي ومدمج¹⁰¹ مما يساهم في الحدّ من تفشي ظاهرة الرشوة والمحسوبية. ولتحقيق هذه الآثار، يجب جعل مجال صحة العائلة والجوار المدخل الرئيسي لنظام الرعاية الصحية، من خلال شبكة اتصال عن قرب تربط بين القطاعين العمومي والخاص، وذلك عبر وضع إطار تنظيمي لطب العائلة وإضفاء الطابع المؤسّساتي عليه مع وضع آليات تحفيزية للنهوض به، بالإضافة إلى تعزيز التكوين المستمر والمناهج الجامعية. ويُعتبر الطب عن بُعد¹⁰² وسيلة لتعزيز التناسق والتكامل بين مختلف مُسدي الخدمات. أمّا بالنسبة لضمان الجودة، فيتوجب تدعيم الرقابة على كلّ المؤسّسات الصحية (الخاصة والعمومية) وإخضاعها إلى نظام التقييم والاعتماد بصفة تدريجية ليصبح الاعتماد بعد ذلك إلزامياً وهو ما من شأنه أن يرتقي بالخدمات ويحسن من جودتها.

تأمين الحصول على خدمات صحية حسب الاحتياجات الصحية طوال كامل دورة حياة الشخص

في إطار حزمة الخدمات الأساسية، يجب تدعيم الصحة الإنجابية والجنسية من خلال الحرص على حماية الحقوق التي يضمنها القانون ودعمها فعلياً في الواقع كحماية الحق في الاجهاض والحصول على وسائل منع الحمل مع مواصلة اعتماد منهج التنظيم العائلي والتثقيف الصحي الذي انتهجته تونس منذ الاستقلال وذلك بتوفير الموارد المالية والبشرية اللازمة مع العمل المشترك مع الجمعيات والمنظمات غير الحكومية. كما يجب دعم الرضاعة الطبيعية من خلال حملات متواصلة للتوعية والتثقيف حول قيمة الرضاعة الطبيعية عبر وسائل الإعلام مع تطبيق صارم لمنشور منع الترويج للحليب الصناعي في الهياكل الصحية العمومية والخاصة مع

⁹⁹ تمّ اختيار تونس من قبل المنظّمة العالمية للصحة ضمن قائمة الدول المرشحة لصناعة التلقيح المضاد لفيروس كورونا. في هذا الإطار، أنجزت دراسة جدوى واختيار تصنيع التلقيح بشراكة بين القطاع العمومي والخاص.

¹⁰⁰ تشمل هذه الحزمة خدمات الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل وتعزيز الصحة. ويتم مراجعتها حسب معايير محدّدة.

¹⁰¹ الجدير بالذكر في هذا الإطار أن بعض المستشفيات العمومية قد شرعت في اعتماد الملف الطبي المُترجم. كما يوجد في هذا الصدد مشروع أمر تمّ إعداده من قبل وزارة الصحة. ويُعدّ اعتماد مثل هذا النمط خطوة نحو الشفافية ومقاومة الفساد وتحسين الجودة.

¹⁰² الأمر الرئاسي عدد 318 لسنة 2022 المؤرّخ في 8 نيسان/أفريل 2022 يتعلّق بضبط الشروط العامة لممارسة الطبّ عن بُعد ومجالات تطبيقه.

تسليط العقوبات اللازمة.

وللتنفيذ الفعلي لأحكام قانون 58- الذي جاء لإرساء منظومة متكاملة لمناهضة العنف ضد المرأة - يتعيّن تعميم مراكز الإحاطة الطبيّة في الهياكل الصحيّة العمومية التي يجب أن تتعهّد بكلّ أنواع العنف ضد المرأة مع ضمان استمرارية خدمات الإنصات من قبل مهنيّي الصحة والتسريع في إنجاز التساخير الطبيّة وتسليم الشهادت الطبيّة للنساء في أقرب وقت. وفي هذا الإطار، يجب التسريع والزيادة في تكوين مهنيّي الصحة في مجال التعهّد بالنساء ضحايا العنف.

كما يجب توفير الأدوية مع اعتماد نظام مراقبة فعّال لمسارها وطريقة استغلالها. هذا فضلاً عن تشجيع استهلاك الأدوية الجنيسة، مع توعية المواطن من خطر الاستهلاك الذاتي والمكثف للأدوية (خاصةً منها المضادات الحيويّة) وترشيد هذا الاستهلاك، ممّا يعود بالنفع على صحة المواطنين وعلى اقتصاد البلاد.

تقديم خدمات صحيّة أكثر إنصافاً

من أجل الحصول على خدمات صحيّة دون التعرّض لمخاطر مالية، يجب تأمين نظام قاعدي مؤدّد للجميع، من خلال إدماج المتمتعين بالعلاج المجاني أو بالتعريفة المُخفضة في الصندوق الوطني للتأمين على المرض مع إشراك العاملين في القطاع غير المنظّم. ويجب بالتوازي التشجيع على الانخراط في نظام تأمين تكميلي¹⁰³ لتغطية الخدمات العلاجيّة خارج إطار النظام القاعدي المؤدّد دون الإضرار بالمنظومة الأساسية. ولتمويل هذا النظام القاعدي، يتعيّن توفير الموارد المالية الكافية والمُستدامة من خلال توسيع قاعدة المساهمة وإقرار ضرائب مخصّصة للصحة، في إطار تعزيز صندوق دعم الصحة العمومية وتحويل إدارته للصندوق الوطني للتأمين على المرض. وبالإضافة الى ذلك يجب تعميم استعمال بطاقتي "أمان" و "لاباس" على كامل القطاع الصحيّ لمتابعة الإنفاق الفعلي ولمزيد من النجاعة، وإيجاد حلول جذرية لمنظومة التقاعد حتّى يتسنى للصندوق الوطني للتأمين على المرض الحصول على مُستحققاته واستخلاص ديونه من مختلف مُسدي الخدمات الصحيّة.

حماية حقوق المرضى والمهنيّين

تمّ إعداد مشروع نصّ قانوني¹⁰⁴ يُكرّس حقوق المرضى والمسؤولية الطبيّة يتبنّى حقوق المرضى بصفة صريحة ويحدّد أحكام المسؤولية المدنية والجزائية لمهنيّي الصحة من خلال قواعد خاصة تُراعي متطلبات المهنة. ومن بين مزايا هذا المشروع أنه ينصّ على ما يلي: "علاوة على حقوق المرضى المنصوص عليها بهذا القانون، يتعيّن على مهنيّي الصحة والهياكل والمؤسّسات الصحيّة مراعاة الحقوق التي تمّ تكريسها بالدستور والمعاهدات والاتفاقيات المُصادق عليها طبقاً للتشريع الجاري به العمل وكذلك الحقوق الواردة بنصوص خاصّة والمتعلّقة ببعض الشرائح من المرضى على غرار الأطفال والمسنّين والأشخاص ذوي الإعاقة والمرضى النفسانيين." كما يُبيّن المشروع نطاق الحقّ في الإعلام، إذ يقرّ في الفصل 15 منه أنه: "يتعيّن على الطبيب أو طبيب الأسنان المُعالج إعلام المريض أو وليّه الشرعي أو المقدّم عليه بصفة مسبقة بمختلف الكشوفات والعلاجات المُقترحة والتدابير الوقائية الضرورية وأخذ رأيه بشأنها وإعلامه كذلك بكلّ أمانته بالإمكانيات والطرق والوسائل المُتاحة لعلاجهِ إضافةً إلى المخاطر المُتكرّرة الحدوث والمخاطر الجسيمة المتوقّعة عادةً في مثل حالته."

¹⁰³ حسب الفصيلين 19 و20 من القانون عدد 71 لسنة 2004.

¹⁰⁴ تفت مناقشته من قبل لجان الصحة المُتتالية في مجلس النواب وكان التصويت عليه وشيكاً إلّا أنّ تغيير النظام السياسي وتجميد مجلس النواب في 25 تموز/جويلية 2021 حال دون ذلك.

ويكرّس هذا النصّ مبدأ التشاركية، إذ يقرُّ ضرورة تشريك الهيئات المهنية في اتخاذ بعض القرارات (كتحديد تركيبة بعض اللجان).

من جهةٍ أخرى، تمّ منذ سنة 2015، إعداد مشروع قانون يرمي إلى حماية مهنيي الصحة من العنف المُسلط عليهم من قبل مُستعملي المرفق الصحي. ويُقرُّ هذا المشروع عقوبات جزائية على الاعتداءات المرتكبة ضدّ الأطباء وأعاون الصحة في الهياكل الصحية العمومية أثناء أدائهم لمهامهم. ويهدف هذا النصّ إلى الحدّ من ظاهرة العنف. وهو ما من شأنه أن يُحسّن ظروف ممارسة المهنة ويُحسّن بالتالي جودة الخدمات.

من ناحيةٍ أخرى، يجب إصدار قانون أساسي يُنظّم الأبحاث البيوطبية يتبنّى قواعد تحمي الحرمة الجسدية والكرامة البشرية للمريض ولكلّ شخص تُجرى عليه مثل هذه الأبحاث والتجارب¹⁰⁵.

إشراك وتمكين المرضى والمواطنين

تقدّم السياسة الوطنية للصحة بعض المقترحات لجعل المواطن فاعلاً وشريكاً للصحة من خلال إنشاء خلايا استماع ولجان متكوّنة من مُستعملي الهياكل الصحية وممثلي مهنيي الصحة والإدارة للحدّ من مشاكل التواصل بين مختلف المتدخلين. ويُمكن للمجتمع المدني هو أيضاً أن يلعب دوراً هاماً في ذلك. كما يجب أن يتبنّى المواطن الخدمة الصحية ويشعر بالمسؤولية في إدارة المرفق العمومي للصحة وفي المحافظة عليه ككسب له. ويُمكن تعزيز هذا الإحساس بالانتماء والمسؤولية من خلال تشريكه في اتخاذ القرارات واعطائه مجالاً لإبداء الرأي والمشاركة في سير المؤسسة الصحية بتمثيله في المجالس والهيئات المُسيّرة لهذه المؤسسات.

تحفيز مهنيي الصحة

كانت جائحة الكوفيد فرصةً للتذكير بأهمية القطاع الصحي وارتكازه على مهنيي الصحة الذين يجب تشجيعهم ومرافقتهم من خلال التطوير المهني المستمر لمهاراتهم وتحفيزهم للأداء والابتكار وتوفير التجهيزات وفقاً لاحتياجاتهم. ويجب التشجيع على الاستخدام الموسّع لمسارات ومعايير الممارسة الجيدة التي أنتجتها الهيئة الوطنية للتقييم والاعتماد في المجال الصحي، كإطار مرجعي لتنظيم أنشطتهم وحمايتهم ممّا يجعلهم أقلّ عرضة لإغراءات الفساد.

منظومة صحية ناجعة تخضع للحكومة

من أجل ممارسة الحقّ في الصحة يتوجّب تعزيز الدور القيادي والتعديلي لوزارة الصحة في عرض الخدمات التي تستجيب لمعايير الجودة وتلبي احتياجات الأشخاص ومهنيي الصحة مع منح مرونة أكثر في القرارات وفي التصرف للهياكل الجهوية والمحلية في إطار اللامركزية. وفي هذا الإطار، تمّ إدراج العديد من الأنشطة في المخطّط التنموي للفترة بين 2023 - 2025؛ نذكر منها على سبيل المثال:

- إعداد خارطة صحية استشرافية ومراجعة النصوص المتعلقة بالتنظيم الصحي، في اتجاه تحيين أدوار الخطوط الثلاثة وإدراج الأقطاب الصحية الإقليمية ضمنه؛
- إعداد مجلة الصحة من أجل التنسيق والتكامل بين مختلف النصوص القانونية،

¹⁰⁵ يوجد في هذا الشأن مشروع قانون يجمع مختلف النصوص ويؤدّد بين القواعد المنطبقة في هذا المجال.

ذلك أن النصوص المنظمة لقطاع الصحة تتميز بالكثرة¹⁰⁶ وباختلاف قوتها الإلزامية¹⁰⁷ وهو ما يسبب تشتتاً وصعوبةً في الاطلاع عليها وفي تأويلها عند تضارب أو تداخل مجالات انطباقها. هذه الوضعية تجعل من إصدار مجلّة للصحة العمومية مؤدّة لكلّ النصوص ومُنسّقة بينها عاملاً هاماً لتطوير الإطار القانوني للصحة؛

- إحداث الوكالة الوطنية للأدوية والمواد الصحيّة لتحسين مسار الأدوية،
 - بالإضافة إلى دعم الشراكة بين القطاعين العام والخاص من خلال إرساء صيغ تعاونٍ شفّافة ومؤظرة لغاية الحدّ من التفاوت الجهوي وتضارب المصالح.
- ومن أجل ضمان الحوكمة ومكافحة الفساد، تُعدّ الرقمنة الوسيلة الأكثر نجاعة، لذا يتوجّب الإسراع في تنفيذ المشاريع المخطّط لها مثل تعميم النظام المعلوماتي الاستشفائي في جميع الهياكل الصحيّة العمومية وتوسيع استعمال المنصة الرقمية للتلقيح بإدماج عمليات تلقيح الأطفال وتلقيح النزلة الموسمية للكبار.

منظومة صحيّة لديها الإمكانيات لأداء دورها

لأجل التحسين والرقّي بمستوى أداء المنظومة الصحيّة يجب أولاً توفير الإمكانيات الماديّة من خلال الترفيع في ميزانية وزارة الصحة التي يجب أن تكون أكثر توجّهاً نحو الأداء وتدعيم التمويل العمومي من خلال توسيع قاعدة المساهمة وزيادة المداخل الضريبية للصحة مع إبرام اتفاقيات شراكة ناجعة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص. كما يجب توفير الطاقات البشرية الضرورية من خلال تطوير القدرات ودعم التكوين في جميع المجالات وخاصة المهن الجديدة، هذا بالإضافة إلى ضرورة إصدار قانون يُنظّم الوظيفة العمومية الاستشفائية ويراعي خصوصيتها، مع تشجيع البحث العلمي في المجال الصحي. كما يتعيّن اعتماد نصوص خاصة تُنظّم الشراءات العمومية في المجال الصحيّ حتى يقع الأخذ بعين الاعتبار خصوصية متطلّبات الهياكل الصحيّة والسرعة المطلوبة لاقتناء المواد والمستلزمات الطبيّة.

¹⁰⁶ ما يضاهاه الـ 700 نص.

¹⁰⁷ تختلف هذه النصوص بين قوانين وأوامر ومراسيم ومناشير...

المراجع

- البنك الدولي. 2022. "البنك الدولي في تونس." [رابط](#)
- انكفاضة. 2022. "الإجهاض في تونس: حق غير مكفول." [رابط](#)
- "التقرير السنوي العام الثاني والثلاثون لمحكمة المحاسبات." [رابط](#)
- الخارطة الصحيّة سنة. 2018. [رابط](#)
- الخارطة الصحيّة سنة. 2017. [رابط](#)
- الخارطة الصحيّة للخط الأول سنة. 2015. [رابط](#)
- السفير العربي. 2019. "تأثت العمل الهش." [رابط](#)
- السياسة الوطنية للصحة [رابط](#)
- الصحة في تونس: التشخيص [رابط](#)
- المسح الوطني للصحة 2016 [رابط](#)
- المعهد الوطني للإحصاء في تونس. 2022. [رابط](#)
- المعهد الوطني للإحصاء في تونس. 2021. "النشرة الإحصائية السنوية لتونس." [رابط](#)
- المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية. 2018. "أرقام واحصاءات قسم الهجرة." [رابط](#)
- النصوص [رابط](#)
- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. 2020. التقييم وادارة مخاطر الفساد في قطاع الصحة بتونس: المنهجية والتطبيقات في مجال الخدمات العلاجية ومسالك توزيع الادوية. [رابط](#)
- دستور الجمهورية التونسية سنة 1959 [رابط](#)
- دستور الجمهورية التونسية سنة 2014 [رابط](#)
- دستور الجمهورية التونسية سنة 2022 [الرابط](#)
- مشروع السياسة الوطنيّة للصحة في أفق 2030. 2019. "الحوار المجتمعي." [رابط](#)
- وزارة المرأة والأسرة وكبار السن التونسية. 2021. "التقرير السنوي الثالث حول مناهضة العنف ضد المرأة." [رابط](#)

- Banque Africaine de Développement. 2014. "Note economique: Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie?" [Link](#)

- Banque Mondiale. 2016. "Assistance technique de la Banque Mondiale sur le financement de la sante en Tunisie: Etude sure l'assistance medicale gratuite." [Link](#)
- Banque Mondiale et Statistiques Tunisie. 2020. "Carte de la pauvreté en Tunisie." [Link](#)
- Forum Tunisien pour les Droits Economiques et Sociaux. 2021. "Droit a la sante au temps de la crise covid-19: Quand les inequalites font souffrir et tuent." [Link](#)
- Groupe TAWHIDA Ben Cheikh Recherche & Action pour la Santé des Femmes. 2019. "Enquête sur les connaissances, les attitudes et la pratique des jeunes en matière de sexualité et de santé sexuelle et reproductive: Résultats préliminaires et recommandations.
- Le Comité Technique du Dialogue Sociétal. 2014b. "Dialogue sociétal pour les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé: Conclusions des jurys citoyens." [Link](#)
- Le Comité Technique du Dialogue Sociétal. 2014a. "Sante en Tunisie: Etat des lieux." [Link](#)
- L'Institut National de la Statistique. 2020. "Annuaire statistique de la Tunisie 2016-2020." [Link](#)
- Le Ministère du Développement, de l'Investissement et de la Coopération Internationale (MDICI), l'Institut National de la Statistique (INS) et l'UNICEF. 2019. "La quatrième Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS) sur la situation de la mère et de l'enfant en Tunisie." [Link](#)
- Maffi, I. 2023. "The production of ignorance about medication abortion in Tunisia: between state policies, medical opposition, patriarchal logics and Islamic revival". [Link](#)
- Ministère de la Santé en Tunisie. 2021. "Carte Sanitaire 2019." [Link](#)
- Ministère de la Santé en Tunisie et al. 2019. "Indicateurs clefs de la santé des Tunisiens Résultats de l'enquête «Tunisian Health Examination Survey-2016»." [Link](#)
- Ministère de la Santé en Tunisie. 2019. "Démographie des professionnels de santé." [Link](#)
- Ministère de la Santé Institut National de la Santé République Tunisienne. 2019. "Indicateurs clefs de la santé des Tunisiens Résultats de l'enquête - Tunisian Health Examination Survey-2016." [Link](#)
- The Global Cancer Observatory. 2021. "Tunisia Factsheets." [Link](#)

- United Nations Development Program (UNDP). 2011. La lutte contre la corruption dans le secteur de la santé: méthodes, outils et bonnes pratiques. [Link](#)
- UNFPA et al. 2020. "Etude sur l'accès et la qualité des services SSR/PF en Tunisie." [Link](#)
- UNFPA et al. 2018. "Paniers des soins essentiels en santé maternelle et néonatale Programme conjoint en santé maternelle et néonatale." [Link](#)
- UNICEF. 2019. "Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples sur la situation de la mère et de l'enfant en Tunisie Lancement des résultats de l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS)." [Link](#)
- WEBMANAGERCENTER. 2021. "Le projet "SAHA" pour la transparence dans l'administration du secteur sanitaire en Tunisie." [Link](#)
- World Health Organization (WHO). 2023. "Global health expenditure database." [Link](#)
- World Health Organization (WHO). 2019. "Tunisia citizens and civil society engage in health policy." [Link](#)

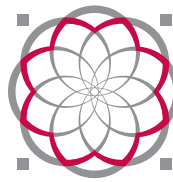




AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركية في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركية في بيروت
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

