



المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية

المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية
عمل جماعي

الحق في الصحة زمن جائحة كوفيد-19



fidh

FÉDÉRATION INTERNATIONALE
POUR LES DROITS HUMAINS

المنتدى التونسي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية
عمل جماعي

الحق في الصحة زمن جائحة كوفيد-19

المنسق:

ماهر حنين

قائمة الباحثين:

ريم الحلواس غربال

محمّد بن صالح:

الدكتور المنصف بلحاج يحيى

شرف الدين اليعقوبي

سفيان جاب الله

حبيبة الرّمضان

ياسمين العكري

فاتن مبارك

سيرين بن سعيد

أزمة كوفيد 19 والأزمة البنيوية في قطاع الصحة في تونس: الإشكالات وفرص الإصلاح.

المنصف بالحاج يحيى

الجزء الاول

1. التطور التاريخي للمنظومة الصحية التونسية

يمكن أن نميز إجمالاً بين مرحلتين رئيسيتين من تطور المنظومة الصحية في تونس.

مرحلة أولى شهدت التزام الدولة القوي في مجال الصحة، وامتدّت من الاستقلال إلى منتصف الثمانينيات حيث عرف قطاع الصحة تطوراً هاماً من حيث البنية التحتية وتكوين الكوادر، وتوسيع المستشفيات القائمة، وإنشاء أخرى جديدة في جلّ أنحاء البلاد. كما تمّ إنشاء كلية للطب، ومدارس لتكوين الإطار شبه الطبي، والتوفير التدريجي لخدمات جامعية رفيعة المستوى. وكان لاعتماد سياسة الرعاية الصحية الأساسية في عام 1980 أثره على تعزيز شبكة المراكز الصحية الأساسية التي غطت البلاد بأكملها، بما في ذلك المناطق الريفية، ومكنت من تطوير برامج وقائية مثل التلقيح، والطب المدرسي، ومكافحة السلّ وغيره من الأمراض المعدية. كان الوصول إلى الرعاية الصحية في هياكل الصحة العمومية أسهل نسبياً للفئات الاجتماعية المحرومة مع إنشاء دفاتر العلاج. وشهدت تلك الفترة تحسناً ملحوظاً في المؤشرات الصحية مع زيادة هامة في أمل الحياة وانخفاض لا يقل أهمية في وفيات الاطفال والأمهات.

مرحلة ثانية امتدّت من نهاية الثمانينيات إلى اليوم، وتميّزت بالتخلّي التدريجي للدولة على قطاع الصحة إثر برنامج الإصلاح الهيكلي وتطبيق سياسة المانحين الدوليين الداعية إلى تقليص تدخل الدولة في المنظومة الصحية. فقد دعم هؤلاء المانحون

الإصلاحات التي تهدف إلى الحدّ من حصّة الدولة في التّمويل الصحيّ وتعزيز نموّ القطاع الخاصّ. هكذا وجدت المنظومة الصحية التونسية نفسها، مثل جلّ المنظومات الصحيّة في العالم، في مواجهة قوى وتأثيرات جبّارة مدفوعة بمنطق الرّبح والتشجيع على السلعة المتزايدة للرعاية الصحيّة.

II. إصلاحات في اتجاه تراجع الدولة عن التزاماتها تجاه القطاع الصحي

انطلق إصلاح المنظومة الاستشفائية عام 1991 بتمويل من البنك الدولي، وكان الهدف المعلن تحسين أداء المستشفيات الجامعية التي تم تحويلها إلى مؤسسات صحة عمومية (EPS) في حين تمثّل الهدف الحقيقي في تقليص حصة الدولة من تمويل المستشفيات والزيادة في المعلوم التعديلي أي نسبة مشاركة المرضى في كلفة العلاج الطبي الذي يتمتّعون به. وكان هذا الإصلاح أبعد من أن يحقّق النتائج المرجّوة. فعلى مدى السنوات الثلاثين الأخيرة، تدهورت ظروف العمل في المستشفيات الجامعية بحيث أثّرت سلباً على جودة الرعاية الصحية. وبدلاً من تحسين التصرف في المؤسسات الاستشفائية، أنشئ جهاز إداري ثقيل أثبت عدم جدواه، وأدّى عدم كفاية الموارد والعلاقات المختلّة مع قطاع خاص في أوج التّموّ إلى تدهور تدريجي في أداء القطاع العام، فضلاً عن ظهور أشكال من الخصخصة السلبية و/أو الفساد.

أمّا الإصلاح الرئيسي الثاني فهو إصلاح التأمين على المرض بموجب قانون 2004 للتأمين على المرض وإنشاء الصندوق الوطني للتأمين على المرض، وهو إصلاح بتمويل من الاتحاد الأوروبي. وقد تمّ إقراره في أعقاب ضغوط قويّة من طرف مهنيّ القطاع الخاص من أجل أن تتولّى الصناديق تغطية تدخّلاتهم العلاجية وإثر عديد الشكاوى التي تقدّم بها المرضى وتبنّيها المركزية النقابية. ولئن مكّن هذا الإصلاح من تنسيق أفضل في مجال التكلّف بعدّة أمراض وخاصة المزمّنة منها، بين كلّ من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية، فقد كان يشوبه عيب من الأساس.

فمن ناحية أولى، لم يتم "إعادة تأهيل" قطاع الصحة العمومية الذي كان مقرراً أن يُنجز بالتوازي كشرط وضعه الاتحاد العام التونسي للشغل للمصادقة على هذا الإصلاح. ففيما بين 2006 و2007 أنجزت اللجان، التي كانت المنظمات المهنية ممثلة فيها، عملاً كبيراً من أجل وضع معايير لخطوط القطاع العام الثلاثة لكنّ الحكومة، وبكل بساطة، تجاهلت هذه المعايير.

ومن ناحية أخرى، وعلى الرغم من الفصل الأول من قانون 2004 الذي يؤكد على أن نظام التأمين على المرض "ينبغي على مبادئ التضامن وتكافؤ الحقوق في إطار منظومة صحية متكاملة تشمل الخدمات المسداة بالقطاعين العمومي والخاص للصحة"، فقد أدى هذا الإصلاح إلى تعميق الفوارق بين منخراطي القطاع العام ومنخراطي المنظومتين الخاصتين.

يمثل المنخراطون في منظومة العلاج العمومية الأغلبية من مجموع منخراطي الصندوق الوطني للتأمين على المرض، رغم الانخفاض الكبير الذي لوحظ في السنوات الأخيرة حيث مرّت هذه النسبة من 63.4٪ من مجموع منخراطي الصندوق في عام 2013 إلى 57.4٪ في عام 2018، لكنّ حصة المنخرطين في منظومة العلاج الخاصة من نفقات الصندوق الوطني للتأمين على المرض أرفع من حصة القطاع العام. يُظهر تقدير أُجري استناداً إلى حسابات الصحة لسنتي 2013 و2014 أنه على 100 دينار ينفقها الصندوق، تذهب 30 ديناراً منها للمنخرطين في المنظومة العمومية مقابل 70 ديناراً لمنخراطي المنظومتين الخاصتين (دون اعتبار العلاج الكيميائي). ونظراً لأنّ المنخرطين من ذوي الدخل المنخفض يختارون المنظومة العمومية أساساً في حين يختار المنخرطون من ذوي الدخل المتوسط والمرتفع عمومًا منظومة خاصة، فإنّ هذه البيانات تشير إلى وجود تحويلات مالية من قطاع إلى آخر أي أنّ المنخرطين في المنظومة العمومية يساهمون في تمويل الرعاية الطبية لمنخراطي المنظومتين الخاصتين. وبعبارة أخرى، فإنّ الفقراء يساهمون في تمويل الرعاية الصحية للأغنياء وهو ما يجعلنا بعيدين عن التضامن والمساواة في الحقوق المنصوص عليها في الفصل الأول من قانون التأمين على المرض.

وقد أثر هذا الإشكال منذ عام 2006 في "دراسة عن القطاع الصحي" أنجزها خبراء تونسيون بناء على طلب من البنك الدولي. وقد ورد فيها أن: "وجود ثلاثة منظومات ضمن نظام واحد سيجتنب عنه تحويلات مالية من قطاع إلى آخر. وفعلا فإنّ صندوق التأمين على المرض لئن هو مطالب بالحرص على توازن حساباته، فهو غير ملزم بالحفاظ على التوازن في كلّ منظومة على حدة. حينئذ كيف يمكن التأكد من أن هذه الآليات للمنح المتقاطعة ستفيد أولئك الذين هم في أمس الحاجة إليها؟"، غير أنّه لم يتخذ أيّ إجراء لتصحيح هذا الخرق الكبير للتضامن.

إنّ إصلاح التأمين على المرض، الذي أنجز خارج إصلاح شامل قائم على تمويل الصحة وتأمين جميع السكان ضدّ المرض، قد أدّى إلى تعميق الفوارق بين منخراطي صندوق التأمين على المرض والمستفيدين من المساعدة الطبية المجانية، وخلق فئتين من المواطنين لا تستفيدان من نفس الخدمات. كما أدّى إلى تجاهل المواطنين الذين ليس لديهم أي نظام حماية اجتماعية (المعطلون عن العمل، والعمال العرضيون، وكبار السن، إلخ)، ويقدر مسح استهلاك الأسرة لعام 2015 هذه الفئات بـ 16.7٪ من إجمالي السكان، أي حوالي 2 مليون شخص.

هكذا تسببت سياسة تخلي الدولة عن التزاماتها، أثناء هذه الفترة، في النتائج التالية:

1. تدهور مستوى الرعاية الصحية في قطاع عمومي غير مموّل بما يكفي، ينخره الفساد وسوء التصرف. وقد أدّى ذلك إلى استياء المستخدمين وحملهم على اللجوء إلى القطاع الخاص بتكاليف مالية باهظة أو التخليّ تماما عن العلاج.
2. نموّ غير منظم للقطاع الصحيّ الخاص باستخدام التمويل العمومي ووسائل القطاع العام.
3. تعميق التفاوت الاجتماعي والجهوي في مجال الصحة، وتطوير منظومة رعاية صحية تشتغل بسرعتين متفاوتتين.

III. معاناة القطاع العام من نقص التمويل وسوء التصرف واستفحال الفساد

يُمَوَّل قطاع الصحة العمومية، أساساً، من ميزانية الدولة وصندوق التأمين على المرض، وثنائياً من قبل الأسر. فميزانية الدولة تتكفل بدفع رواتب المهنيين الصحيين باستثناء العمال، في حين تُموَّل ميزانية تسيير المستشفيات الجامعية والجهوية من قبل صندوق التأمين على المرض، وثنائياً من المقايض المتأتية من المعلوم التعديلي الذي يدفعه المرضى، في حين تُموَّل ميزانية تشغيل الخط الأول (مراكز الصحة الأساسية والمستشفيات المحلية)، أساساً، بواسطة منحة من الدولة (على أن صندوق التأمين على المرض يدفع مبلغاً معيناً للميزانية من باب التكفل بالمنتفعين بالتأمين الاجتماعي من الخط الأول).

بيد أن مصدري التمويل الرئيسيين لقطاع الصحة العمومية، أي ميزانية الدولة وصندوق التأمين على المرض، لا يمولان القطاع على نحو كاف، إذ رغم الزيادة الكبيرة في تكلفة تكنولوجيات الصحية والارتفاع الكبير في نسبة الأمراض غير المعدية (أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكري، والسرطان)، ذات الكلفة المرتفعة للغاية، فإن الحصة المخصصة لميزانية وزارة الصحة من ميزانية الدولة ما فتئت تشهد انخفاضاً منذ الثمانينيات، حيث مرّت من حوالي 10٪ إلى حوالي 5٪ في السنوات الأخيرة (5.04٪ في 2019) وذلك على الرغم من قرار اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط التابعة لمنظمة الصحة العالمية، في دورتها السابعة والخمسين، والذي أكّده وزير الصحة التونسي مشيراً إلى أن 8٪ على الأقل من الإنفاق الحكومي يجب أن يُخصّص للصحة.

ومن جهة أخرى، فإن الصندوق الوطني للتأمين على المرض يمول بنسبة غالبية القطاع الصحي الخاص والحال أن غالبية منخرطيه ينتمون إلى المنظومة العمومية؛ إضافة إلى أن التدخلات الطبية المنجزة داخل القطاع الصحة العام تخضع إلى قيود مثل السقف المحدد المفروض مسبقاً على جميع المستشفيات.

والنتيجة هي عجز مزمن للهيكل الصحية مع تراكم الديون تجاه الصيدلية المركزية والمزودين الخواص.

وقد تأثرت ميزانية التصرف على نحو خاص، دون اعتبار رواتب العاملين في المستشفيات والمراكز الصحية الأساسية، من هذا النقص في التمويل. ففي تمويل شراء الأدوية، والمعدات الطبية، وتكاليف وسائل النقل، وصيانة التجهيزات الطبية، وإيواء المرضى وكل ما هو ضروري لحسن سير العمل، إلخ. إنّ هذا النقص الفادح في الميزانية يفسّر، جزئياً، نقص الأدوية والمنتجات الطبية، والأعطاب المطوّلة للتجهيزات الطبية.

وغالباً ما تتذرع الدوائر الرسمية بنقص موارد الميزانية لتبرير هذا النقص في تمويل قطاع الصحة العامة. لكن التجربة تظهر أن السبب يعود إلى خيارات سياسية تقشفية في علاقة بتوجهات المانحين الدوليين. فعندما يتعلق الأمر بدعم البنوك العمومية أو قطاع السياحة، فهي تتمكن من تعبئة التمويلات الضرورية أما إذا تعلق الأمر بالتمويل المنصف لقطاع الصحة العمومية، فيقع التحجج بنقص الموارد المالية. وقد بادرائاتلاف المجتمع المدني للدفاع عن المرفق العمومي للصحة، على مدار العامين الماضيين، بتقديم مقترحات ملموسة للترفيه في موارد صندوق دعم الصحة العمومية الذي أنشئ بموجب قانون المالية لعام 2017، غير أنّه وقع تجاهل هذه المقترحات من قبل كل من الحكومة ومجلس نواب الشعب.

كان من المفترض أن يؤدّي إصلاح المستشفيات في عام 1991، إلى جانب إنشاء مؤسسات الصحة العمومية، إلى تحسين إدارة المستشفيات بيد أنّه بعد 30 عاماً، وعلى الرغم من عديد البرامج، مثل مشروع المستشفى أو رصد الميزانية وفق الأهداف، لا يزال الأداء في تسيير المستشفيات وإدارتها ضعيفاً. ولهذا الضعف في الأداء أسباب عدّة، إذ على الرغم من الكفاءات الحقيقية لدى فئة المتصرفين في الصحة، لا يقع دائماً تعيين المسؤولين في المستويات المختلفة استناداً لمعايير موضوعية في الكفاءة بل غالباً ما يتم ذلك على أساس معايير الولاء لشبكة سياسية معينة أو نتيجة العلاقات مع مجموعة مصالح. لقد زادت جوقة مسؤولي ما بعد 2011 الوضع سوءاً. فالتأثير المتزايد لمجموعات

المصالح التي تطالب بمنافع تتجاوز القانون واستثناءات للقواعد حال دون أي محاولة لإرساء تسيير صارم.

وليس الفساد في مجال الرعاية الصحية وليد اليوم لكنه استشرى في السنوات الأخيرة. فقد بيّنت عدّة دراسات مختلفة أجراها المعهد الوطني للإحصاء، والجمعية التونسية للمراقبين العموميين، ومؤسّسات استطلاع الرأي، أن قطاع الصحة هو من بين القطاعات الأكثر تضرراً من الفساد. كما أفاد المواطنون الذين تمت استشارتهم بمناسبة اللقاءات الوطنية (في إطار الحوار المجتمعي حول الصحة) أن الفساد هو "آفة واسعة الانتشار في القطاع فالرشاوى (كشروط للتمتع بالخدمات) وتحويل وجهة المرضى من القطاع العمومي إلى القطاع الخاص، أصبحت ظواهر ملحوظة ومتزايدة على مدى السنوات الأخيرة بعد أن كانت محدودة نسبياً في السابق.

هذا، ويتربّب عن النشاط التكميلي الخاص الذي يتمتع به عدد من الأطباء الجامعيين، والنشاط الجهوي الخاص لعدد من أطباء الاختصاص في المستشفيات الجهوية، ممارسات تشجّع على الفساد. وفعلاً، فإن جزءاً كبيراً من الأطباء المرخص لهم في ممارسة نشاط ربحي خاص، يرتكبون تجاوزات للتراتب المؤطرة لهذه الأنشطة ويقدمون مثلاً سيئاً لفئات أخرى من الأعوان يشجّع على التعاطي مع الفساد.

ولئن كان فساد بعض مسدي خدمات الرعاية الصحية، المتمثّل في تقاضي مقابل غير قانوني، أمراً جلياً للمواطن، فالفساد يمسّ أيضاً، على نحو أقلّ وضوحاً، أنشطة أخرى مثل أنشطة قطاع الأدوية. فقد أجريت دراسة لتقييم شفافية القطاع الصيدلي العمومي في عام 2012، في إطار برنامج حوكمة التصرف في الأدوية التابع لمنظمة الصحة العالمية، وقُدّم ملخص لهذه الدراسة إلى الصحافة في نوفمبر 2014 (نشرة المجلس الوطني لعمادة الأطباء عدد 37، ديسمبر 2014) حيث تبين أن ترويج الأدوية، وإجراءات المراقبة، والتجارب السريرية عرضة للفساد. وتمثّل هذه الدراسة المرحلة الأولى من برنامج منظمة الصحة العالمية الذي لم يتواصل.

وتجدر الإشارة إلى أن حصيلة مكافحة الفساد في وزارة الصحة ضعيفة للغاية. فبعض الأعوان المعروفين بالفساد يواصلون مباشرة عملهم في كامل الطمأنينة ولم تُنقذ

أي من التوصيات المتعاقبة، السنة تلو الأخرى، للهيئة الوطنية لمكافحة الفساد، وهكذا توقّف برنامج حوكمة القطاع الصيدلي في مرحلته الأولى.

IV. نموّ فوضوي وغير منظم للقطاع الصحي الخاص

شهدت السنوات الثلاثين الماضية نموّاً هاماً لكنه فوضوي وغير منظم، في كثير من الأحيان، للقطاع الصحي الخاص. فمنذ عام 2001، لم يعد إنشاء مصحّة خاصة خاضعاً للترخيص بل لكّراس شروط غالباً ما لا يتم احترامه (تقرير دائرة الحسابات لعام 2020). بين عامي 1985 و2020، سجّل عدد الأسرّة في القطاع الخاص ارتفاعاً من 974 إلى 6676، أي أنه تضاعف 7 مرّات تقريباً. ثمّ تواصل هذا المنحى بعد الثورة حيث ارتفع عدد الأسرّة إلى أكثر من الضعف بين عامي 2010 و2020 ليمرّ من 3029 في عام 2010 (الخارطة الصحية 2010) إلى 6676 في عام 2020. ورغم الحوافز المقدّمة للتشجيع على الانتصاب في المناطق الداخلية، فإن 90٪ من المصحّات الخاصة موجودة في المناطق الساحلية (تقرير دائرة الحسابات). وارتفع عدد العيادات الطبية الخاصة من 1500 سنة 1990 إلى 8065 سنة 2017، وهي موجودة أساساً في المدن الكبرى والمناطق الساحلية (المجلس الوطني لعمادة الأطباء). وتتوفّر لدى القطاع الخاص 70٪ من المعدات الطبية الثقيلة (الماسحات الضوئية، التصوير بالرنين المغناطيسي، أجهزة تفتيت الحصى، غرف قسطرة القلب، تجهيزات العلاج الإشعاعي). وتصل هذه النسبة إلى 80٪ لأجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي و90٪ لأجهزة تفتيت الحصى (تقرير دائرة المحاسبات). وهذا النمو السريع للأسرّة داخل المصحّات الخاصة له صلة باستثمارات الرأسمال المالي الوطني والأجنبي إذ العديد من المصحّات الخاصة الكبيرة مملوكة لبنوك خاصة تونسية أو لصناديق استثمار أجنبية.

أمّا عن القطاع الاستشفائي الخاصّ الخاضع إلى منطق الربح، فهو يبحث عن التطوّر بطرق مختلفة، غالباً ما تكون على حساب المرضى حيث يشجّع ضعف الرقابة التي تمارسها كلّ من دوائر وزارة الصحة ووزارة التجارة على الفوترة المضخّمة التي يشتكي منها جلّ مستخدمي المصحّات الخاصة، والتي مثّل بعضها موضوع تقارير تفقّد دون نتيجة تذكر.

كما أنّ عدم وجود بروتوكولات علاج لمعظم الأمراض يشجّع على تعدّد التدخّلات والأعمال غير المبررة طبياً وعلى الاستخدام غير العقلاني للمعدات الثقيلة بحثاً عن مردوديتها بأيّ ثمن. ففضيحة اللّوالب القلبية أو الشريانية المنتهية الصلاحية التي كُشف عنها النقاب في عام 2016 ليست سوى مجرد غيض من فيض الممارسات غير المطابقة للقانون. هذا ويسعى أيضاً قطاع الصحة الخاص إلى التطور على حساب قطاع الصحة العمومية حيث يتغاضى مديرو بعض المصحّات الخاصة على تحويل وجهة مرضى المستشفيات العمومية إلى المصحّات الخاصة، وعن التجاوزات المتعددة التي يقترفها الأطباء في القطاع العام من خلال القيام بأنشطة خاصة مربحة في المصحّات الخاصة بترخيص أو بدون ترخيص. وفي مجال جراحة القلب والشرايين التي يتكفّل بها الصندوق الوطني للتأمين على المرض جزافياً (تسعيرة ثابتة)، نشأ مسلك خبيث من شأنه إلحاق ضرر كبير بالقطاع العام حيث يقع إخضاع المريض، الذي يحتاج إلى تدخل جراحي على القلب والشرايين، إلى جميع الفحوصات القلبية في المستشفى في حين يتمّ إجراء التدخّل الجراحي في مصحّة خاصة تستفيد من معاليم التغطية التي يدفعها الصندوق الوطني للتأمين على المرض.

٧. تطوير رعاية طبية بسرعتين وتعميق التفاوت الاجتماعي والجهوي في مجال الصحّة

لقد كان من تبعات السياسة الصحية المنتهجة منذ التسعينيات، والتي لم تتغيّر بعد الثورة، تعميق عدم المساواة. فتعايش قطاع عمومي يعاني من نقص التمويل، وسوء التجهيز، وسوء التصرّف، ويقدم خدمات رعاية صحية منخفضة الجودة مقابل مساهمة مالية منخفضة نسبياً، وقطاع خاصّ تتوفّر لديه أغلبية المعدات الطبية الثقيلة، ويتميّز بشروط استقبال بجودة أرفع مقابل خدمات مدفوعة الأجر، قد شجّع على ظهور رعاية صحية تشتغل بسرعتين، واحدة للطبقات الاجتماعية الدنيا التي تعالج في القطاع العمومي وأخرى لميسوري الحال المتعاملين مع القطاع الخاص.

وقد تمّ توثيق التّفاوتات الجهوي في مجال الصحة في العديد من الدراسات، ولا سيما تلك التي أجراها البنك الأفريقي للتنمية بشأن عدم المساواة في الوصول إلى الرعاية الصحية والتي نُشرت في عام 2014، والتقارير الخاص بالحق في الصحة المنجز من قبل الجمعية التونسية للدّفاع عن الحقّ في الصحة، والذي نُشر في نهاية عام 2016، والخرائط الصحية لوزارة الصحة، والتقارير عن الديموغرافيا الطبية الصّادر عن الهيئة الوطنية لعمادة الأطّباء.

بيد أنّ دراسة التّفاوتات الاجتماعي في مجال الصحة تظلّ غير كافية رغم توقّر عدد من البيانات. فالمسح الاستقصائي حول صحة التونسيين (THES) لسنة 2016 الذي أنجزه المعهد الوطني للصحة العمومية، يبيّن أن النفقات الصحية الكارثية (المقدرة في حدود 25٪ من إجمالي نفقات الأسر) تخص 9.7٪ من الأسر، أي حوالي 10٪ من السكان. وتواجه العائلات، خاصّة منها المتواضعة الإمكانات، مصاعب مالية هائلة في حالة مرض خطير يتطلب رعاية صحية باهظة الثمن. وفي بعض الأحيان، تتردّى هذه العائلات إلى الفقر بسبب هذه التّنفقات الصحية الكارثية.

VI. أزمة بنيوية في النظام الصحي في تفاقم منذ عام 2017

تُشكّل سنة 2017 منعرجًا في تطور الأزمة الهيكلية للمنظومة الصحية التونسية. فقد طرأت سلسلة من الأحداث واتخذت قرارات متعاقبة، كان منطلقها عجز أنظمة التقاعد، أدّت إلى تفاقم صعوبات قطاع الصحية العمومية لتبلغ مستويات غير مسبوقة.

لقد تفاقمت الأزمة المالية للصندوق الوطني للضّمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية نتيجة عجز منظومات التقاعد أساسا، منذ عام 2015. ولم تهتد الحكومة إلى حلّ آخر سوى التّهلّ، بداية من 2016، من الموارد التي يتمّ استخلاصها من قبل كلّ من الصندوق الوطني للضّمان الاجتماعي والصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية بعنوان التأمين على المرض، لدفع جريات التقاعد. وهكذا حُرم الصندوق الوطني للتأمين على المرض من جزء كبير من الموارد المالية المستحقة له،

وأصبح يواجه صعوبات متزايدة في الإيفاء بالتزاماته. إننا نتحدث هنا عن مبالغ ضخمة إذ كشف وزير الشؤون الاجتماعية، خلال جلسة عامة خصصت للنظر في ميزانية وزارة الشؤون الاجتماعية لعام 2021، أن مستحقات الصندوق الوطني للتأمين على المرض التي لم تُستخلص تقدّر بنحو 5 مليار دينار موزعة بين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (3 مليار دينار) والصندوق الوطني للتقاعد والحيطة الاجتماعية (2 مليار دينار). كما صرّح المدير العام للضمان الاجتماعي للصحافة، في نوفمبر 2019، أن التزامات الصندوق الوطني للتأمين على المرض تجاه المستشفيات والصيدلة المركزية بلغت قرابة 1.68 مليار دينار، وأن التزاماته تجاه القطاع الخاص (مصحّات، أطباء) بلغت 85 مليون دينار.

كانت عواقب هذا الوضع كارثية على المستشفيات وعلى الصيدلية المركزية بسبب حرمانها من الإيرادات المتأتية من الصندوق الوطني للتأمين على المرض، والتي تشكل الجزء الأكبر من ميزانية التصرف، والنتيجة أنّ المستشفيات الجامعية والجهوية لم تتمكن من الحصول على الأدوية والمستلزمات والمعدّات الطبية اللازمة لنشاطها اليومي، وتراكمت ديونها للصيدلية المركزية ومزوّديها بالمستلزمات الطبية حتى بلغت نقطة الانهيار. وهو ما ولد لدى المستخدمين حالة من عدم الرضا والغضب وصلت أحياناً إلى العنف، ودفعت بعدد كبير من الأطباء وغيرهم من الإطارات الصحية إلى مغادرة القطاع العام نحو القطاع الخاص أو إلى الخارج. هكذا نشأت حلقة مفرغة يؤدي فيها تدهور ظروف العمل إلى هجرة الإطارات الصحية ونقص الأعوان مما يزيد في تردّي ظروف العمل. كما تأثرت الصيدلية المركزية، من جهتها، على نحو مضاعف حيث حرمت من مداخيل الصندوق الوطني للتأمين على المرض والمداخيل المتأتية من المستشفيات التي لم تعد قادرة على تسديد ثمن الأدوية التي تتلقاها. وتقدر الديون المتراكمة لفائدة الصيدلية المركزية لدى المستشفيات والصندوق الوطني للتأمين على بنحو مليار دينار. من جانب آخر، وفي نفس الفترة، تأثرت الصيدلية المركزية بانخفاض قيمة الدينار بما أنّها تحتكر استيراد الأدوية التي تقتنيها من السوق العالمية بالعملة الأجنبية وتبيعها في السوق التونسية بالدينار. هكذا وجدت نفسها عاجزة، بسبب نقص الموارد، على الالتزام

بتعهداتها تجاه المزوّدين الأجانب، وهو ما أدّى إلى أزمة الأدوية الكبرى في عام 2018. ولم تغيّر مختلف الإجراءات المتّخذة من طرف الحكومة من الأمر شيئاً، ولا حتى القرارات المتخذة خلال مجلس الوزراء الذي انعقد في أعقاب مأساة وفاة الرضع في مارس 2019، وتواصلت الأزمة المالية للصيدلية المركزية بتداعياتها على توفير الأدوية.

في سياق هذه الأزمة الهيكلية المتفاقمة للمنظومة الصحية، حلّت أزمة كوفيد - 19 في ربيع 2020، والتي ستكشف الفشل التام لسياسة تخليّ الدولة عن قطاع الصحة، كما ستبرز نقاط القوة والضعف لمختلف مكونات هذه المنظومة.

الجزء الثاني

1. انعكاسات الأزمة الصحية على المنظومة الصحية

عندما تفشّت الجائحة على نطاق واسع، وجدت المنظومة الصحية نفسها غير جاهزة لمواجهة نظراً لأنّها كانت تعيش أزمة هيكلية متفاقمة. ومع ذلك، لم تتوان عن القيام بمحاولات للرفع من جاهزيّتها. ففي أعقاب وباء الأنفلونزا H1-N1 الذي جدّ سنتي 2009 و 2010، تم إعداد "خطة للتأهب والتصدّي للأمراض ذات الإمكانات الوبائية (P2RmpeT2)" في عام 2015 بدعم من مؤسّسة التعاون الألماني ومعهد روبرت كوخ حيث تمّ، عملياً، التحسّب لكلّ صغيرة وكبيرة في هذه الخطة بدءاً من إنشاء نظام تنبيه للوباء، وتدريب الأعوان، وتكوين مخزون من معدات الحماية الشخصية، وإنشاء مسارات محددة، ووضع خطة لضمان استمرارية الخدمات الأساسية. ولكن هذه الخطة وُضعت في الدّرج، مثلها العديد من الخطط الأخرى التي تم إعدادها جيداً، ولم يُنجز شيء من الإجراءات الموصى بها من حيث الاستعداد لمواجهة وباء محتمل.

عندما بدأت الحالات الأولى للمصابين بالكوفيد-19 في التدفق إلى الهياكل الصحية، تُرك مهنيو الصحة يتدبّرون أمورهم بأنفسهم، دون تدريب، ودون معدات وقاية شخصية، ودون وضع مسالك صحية خاصّة بالكوفيد. فجنود المعاطف البيضاء تركوا لحالهم دون تعليمات ودون حماية. هذا النّقص في التحضير لم يقتصر على المواجهة

الأولى التي انتهت في ماي 2020. ولم يقع استغلال التراجع المسجل طيلة الأشهر الثلاثة التي تلت لإعداد منظومة رعاية صحية تحسباً للموجة الثانية المتوقعة والمعلنة. ففي أغلب المستشفيات، لم يقع إنشاء مسالك خاصة بالكوفيد وتهيئة الفضاءات لاستقبال المرضى ولم تُشاهد عمليات بيضاء تهيئاً للتدقيق الهائل للمرضى.

وعلى الرغم من الأزمة الهيكلية وقلة الموارد، ورغم ضعف الاستعداد، فإن قطاع الصحة العمومية لم ينهار بل صمد وتحمل الثقل الرئيسي في المعركة ضد الوباء، وبقي يشتغل رغم الصعوبات الهائلة وبصرف النظر عن العدد القليل من عمليات الإغلاق غير المبررة خلال الموجة الأولى. وقد كان لعنصرين اثنين دور أساسي في هذه المعركة، هما تجنّد جزء كبير من مهنيي الصحة الذين كرسوا أنفسهم وخاطروا بحياتهم من تقديم الرعاية للمصابين كوفيد وغيرهم من المرضى؛ والانخراط الكبير للمجتمع المدني في حملات التضامن والتعبئة، معوّضاً جزئياً قصور الدولة حيث ساهمت التبرعات المالية والإمدادات بالتجهيزات والمعدات من جميع الأنواع، بدءاً من معدات الحماية الشخصية إلى وحدات مقاومة كوفيد الكاملة، في تمكين المستشفيات العمومية من مواجهة أفضل للأزمة.

ولم يكن القطاع الصحي الخاص مستعداً، بدوره، للجائحة. فخلال الموجة الأولى لم يكن يعمل على نحو جيد باستثناء الصيدليات، في حين لعب أطباء الممارسة الحرة دوراً مهماً في الرعاية المنزلية لمرضى كوفيد أثناء الموجة الثانية، ودفع العديد منهم حياتهم مقابل ذلك، وفتحت المصحات الخاصة أسرة الإنعاش أمام المرضى مقابل أسعار باهظة وأحياناً مشطّة. وقد أفاد تقرير نشره موقع إنكفاده يوم 15 ديسمبر 2020 بوجود إجحاف في الفوترة وانتهاكات مختلفة.

واستغلّ عدد من مكونات القطاع الصحي الخاص الأزمة لتضخيم أرباحه حيث عمد مصنعو وموزعو المواد والمعدات الطبية إلى الرفع الجنوني في الأسعار. وفي مجرى عام 2020، عمد بعض مخابر تصنيع الأدوية التونسية إلى التخلي عن تعهدها تجاه قطاع الصحة العمومية فيما يخصّ بعض الأدوية الأساسية مع مواصلة إمداد القطاع

الخاص بها بسبب الفارق الكبير في هامش الربح. هكذا مكن غياب التنظيم وضعف السيطرة على هذه الأنشطة الخاضعة حصريا إلى منطق الربح من فرض قوانينها على مقدمي الخدمات الصحية والمرضى.

II. فرص وصعوبات الإصلاح الضامن للحق في الصحة

لقد بيّنت الأزمة الصحية بشكل مأساوي فشل سياسة الدولة في التراجع عن التزاماتها تجاه القطاعات الاجتماعية، فكانت الحصيلة آلاف الوفيات، وصعوبات كبيرة في الحصول على الرعاية الصحية لقطاعات كبيرة من السكان، ومنظومة صحية عمومية متهالكة وفاقدة للوسائل الضرورية للاستجابة للوضع. صحيح أن عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية والحالة المتدهورة للمستشفيات كانت معروفة من قبل وتم نشرها على نطاق واسع قبل ظهور الجائحة، لكن الأزمة أبرزتها على نحو أكبر وعززت الشعور لدى قطاعات كبيرة من الرأي العام بأن الوضع لم يعد يطاق. كما بيّنت الأزمة الصحية أن الأمن الصحي لبلدنا لم يكن مضمونًا، وأنه معرض، في ظلّ العولمة، إلى تهديدات وبائية خطيرة وصعوبات في اقتناء التقنيات التي تمكن من مكافحة هذه التهديدات.

كان من المنتظر أن تؤدي أزمة بهذا الحجم إلى تغيير في السياسة. لكن لم يحدث شيء من هذا، حيث لم تتخذ الحكومة أي إجراءات جادة لتعزيز وسائل قطاع الصحة العمومية أو وضع حد لتجاوزات بعض أنشطة القطاع الخاص رغم مطالبات السكان وتعبئة المجتمع المدني. فأتثناء الربع الأخير من عام 2020، وفي أوج الموجة الثانية من الكوفيد، ظلت ميزانية وزارة الصحة لعام 2021 كما هي عليه، عمليا حيث لم تتجاوز، في عام 2020، 5.4٪ الموازنة العامة للدولة. وفي ديسمبر 2020 وقعت تعبئة كبيرة للمهنيين الصحيين إثر وفاة طبيب شاب في مصعد معطل بمستشفى جندوبة كان مطلبها الرئيسي تشكيل لجنة عليا مسؤولة عن "إعادة تهيئة" قطاع الصحة العمومية، وقدمت الحكومة وعودًا في الغرض دون أن تتبع بأي إجراء ملموس.

وقد سبق أن تمّت صياغة مشروع سياسة صحية وطنية في عام 2019 إثر الحوار المجتمعي حول الاستراتيجيات والسياسات والخطط الصحية، وقد تضمّن مقترحات إصلاح إيجابية، مثل التغطية الصحية الشاملة، وصحة الأسرة المحلية، وتعزيز وسائل القطاع العام، غير أنّه احتوى أيضاً على العديد من نقاط الغموض، لا سيما فيما يتعلق بدور الدولة في الصحة وتمويل الإصلاح. وقد صادقت الحكومة، رسمياً، على هذا المشروع في أفريل 2021، لكن غابت الإرادة السياسية لتنفيذه.

فالأزمة الصحية بيّنت الحاجة إلى قطاع عمومي قوي، سريع الاستجابة، وقادر على التعامل مع الأزمات، وضمان الأمن الصحي للبلاد، وتأمين نفاذ الجميع إلى الرعاية الصحية بما في ذلك الفئات السكانية الأكثر ضعفاً والأكثر هشاشة. هذا، وقد احتلّت مسألة الصحة مركز الاهتمام الأول بالنسبة لقطاعات كبيرة من السكان، إثر صدمة الوباء.

ولتحقيق هذه الأهداف يجب إجراء إصلاح صحي قائم على إرادة سياسية في إعادة تبني الدولة للقطاعات الاجتماعية، إلّا أنّ القوى الداعية إلى مواصلة انسحاب الدولة من القطاعات الاجتماعية كثيرة وقوية. فمختلف مجموعات الضغط أو لوبيات قطاع الأدوية، والمعدات الطبية، والمصحات الخاصة تملك من يمثلها بقوة داخل دواليب الدولة، وتنشط لا لحماية مصالحها القائمة فحسب بل لخلق فرص جديدة تفتح الطريق أمام أنشطتها الرّبحية، وليست لها مصلحة في تعزيز قطاع الصحة العمومية وفي أن يصبح قادراً على تقديم رعاية جيدة لجميع السكان. كما أنّ الخطاب حول الشراكة بين القطاعين العام والخاص الذي ينادي به كل من المانحين الدوليين والأطراف النّافذة المحلية ليس أكثر من غطاء لزيادة أرباح المشغلين الخواصّ دون مكاسب تذكر لفائدة صحة عموم السكان.

أمام هذه القوى القوية والمنظمة جيّداً، تظلّ التعبئة الاجتماعية من أجل الصحة مجزأة ودورية وضعيفة عموماً. ورغم إعلان الاتحاد العام التونسي للشغل أن سنة 2018 ستكون سنة التعليم العمومي والصحة العمومية، لم يتّخذ أيّ إجراء في هذا

السياق. وحتى تحرّكات نقابات الصحة والأطباء الشبان كانت في أغلبها تقدّم المطالب الفئوية عن الدفاع على قطاع الصحة العمومية. كما انتظمت تحرّكات من أجل الصحة في عديد المناطق دون نتائج ملحوظة. وبادرت مجموعة المجتمع المدني للدفاع عن قطاع الصحة العمومية، والتي جمعت العشرات من المنظمات غير الحكومية، بتقديم برنامج هام، وقدمت مقترحات ملموسة وقابلة للتحقيق على المدى القصير لتحسين خدمات الصحة العمومية، ولكنها لم تجد أذنا صاغية من قبل السّلط العمومية. فأمام الاحتجاجات اليومية للمستخدمين ومطالب المجتمع المدني، تُقدم السلطات وعودًا تصل أحيانا إلى حد توقيع التزامات لكنّها تواصل نفس السياسة. وفي واقع الأمر، فإنّ جميع الحركات التي رفعت مطالب بشأن الصحة في السنوات الأخيرة اصطدمت بجدار سياسة السّلطة الحالية التي لا تنوي الحياد عن توجيهها النيولبرالي.

ولئن بيّنت الأزمة الصحية الحاجة العاجلة إلى إصلاح يهدف إلى تكريس الحق الدستوري في الصحة، فلا مجال لأن يولد هذا الإصلاح من عدم بل يتطلّب تعبئة قوية ودائمة من أجل إحداث التغييرات اللازمة. ويمكن حشد هذه التعبئة من خلال منصّة لإصلاح النظام الصحي.

III. منصّة لإصلاح النظام الصحي

لئن شملت مناهضة سياسة تخلي الدولة عن القطاعات الاجتماعية طيفا واسعا للغاية، فإنّ الأنشطة والتحرّكات المشتركة كانت قليلة، رغم أنّ عددا كبيرا من المنظمات الاجتماعية يملك نفس الخطاب لكنّه لا ينسّق فيما بينه من أجل عمل مشترك. وبقدر ما تتّسم تجربة المجتمع المدني في مجال الصحة في السنوات الأخيرة بالثراء، فقد بقيت مجزأة ومشتتة ولم تحقّق نتائج تذكر. لذا وجب التّفكير في طريقة تنظّم جديدة تُحوّل تجميع كلّ القوى المناهضة للسياسة الصحية الحالية. ولعلّ إطلاق منصّة موحدة لإصلاح النظام الصحي قد تمكّن من تشكيل قوة قادرة على فرض التغييرات اللازمة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والحق في الصحة.