مراجعة الأنظمة الصحية:

الوضع ما بعد كوفيد في تونس

مارس 2024

مراجعة الأنظمة الصحية:
الوضع ما بعد كوفيد في تونس

الطبعة الأولى- مارس 2024

أُعدّت هذه الدراسة من قبل فريق برنامج الحق في الصحة التابع لوحدة العدالة الاقتصادية والاجتماعية بالمبادرة المصرية للحقوق الشخصية (EIPR)، بالشراكة مع التحالف الأفريقي، وبدعم منظمة International Alert بمكتب تونس والباحث الرئيسي اسكندر الصافي.

تم شراء صورة الغلاف بترخيص مفتوح.

جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة. يمكن إعادة نشر هذا التقرير مع إسناده لأغراض غير ربحية بموجب ترخيص المشاع الإبداعي.
www.creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات 3

ملخص 8

ورشة عمل تشاورية مع الخبراء والجهات المعنيّة في تونس 9

النتائج 10

أ. تقديم الخدمات الصحية 10

ب. القوى العاملة في القطاع الصحي 14

ج. نظم المعلومات الصحية 17

د. الحصول على الأدوية الأساسية 19

ه. تمويل الأنظمة الصحية 21

و. القيادة والحوكمة 23

ز. التأهب لمواجهة الأوبئة 24

ح. التواصل في مجال الصحة العموميّة 25

ط. التدابير الخاصة بفيروس كورونا 26

الخاتمة والتوصيات 30

المراجع 31

نبذة عن المشروع

لماذا مراجعة "ما بعد كوفيد-19"؟

على الرغم من الضغط الذي فرضته جائحة كوفيد -19 على أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، إلا أنها ساعدت أيضًا في تسليط الضوء على عيوب ونقائص هذه الأنظمة، بل وأدت إلى زيادة عمليّات الإصلاح في بعض الحالات، ليس فقط في فيما يتعلق بإجراءات الاستعداد للوباء، ولكن في تعزيز قطاع الصّحّة ككل.

تعد هذه الورقة جزءًا من التقييم المقارن لتأثيرات جائحة كوفيد-19 على أنظمة الرعاية الصحية، والتغيرات التي أحدثتها بشكل مباشر على ثلاث دول في شمال أفريقيا (مصر وتونس والمغرب). يبحث هذا التقييم في كيفية تأثير الوباء على عمل أنظمة الرعاية الصحية في كل من هذه الدول، ويقدم لمحة عامة عن التغيرات والآثار الرئيسية للوباء على هذه الأنظمة في كل بلد من تلك البلدان.

الهدف من هذا التقييم هو المساعدة في تسليط الضوء على التدخلات اللازمة لتحسين ظروف عمل العاملين في مجال الرعاية الصحية، وزيادة معدل إبقائهم في وظائفهم، والمساعدة في بناء أنظمة رعاية صحية أكثر قدرة على معالجة الأزمات الصحية المختلفة (بما في ذلك الأوبئة) بفاعلية أكثر، لتحقيق هدف التنمية المستدامة المتمثل في التغطية الصحية الشاملة للجميع. يمكن لهذا أيضًا أن يمدّ صناع القرار وممثلي المجتمع المدني بالمعرفة اللازمة للمضي قدمًا في بذل جهود لإصلاح الأنظمة الصّحيّة.

سلطت جائحة كوفيد-19 الضوء على عدد من جوانب ضعف أنظمة الرعاية الصحية العالمية والوطنية على حدّ سواء. ولفتت إلى ضرورة التحرك سريعًا، في ظل ظهور تحديات جديدة تتعلق بالعدالة الاجتماعية والمساواة، خاصةً عند الحصول على اللقاحات وتوزيع خدمات وموارد الرعاية الصحية التي ربما كانت غير عادلة في كثيرٍ من الأحيان؛ ولذلك فإن إجراء تقييم لقطاع الصّحّة في فترة ما بعد الوباء سيمد مجتمعاتنا بخارطة طريق للمضي قدمًا، ليس فقط من حيث الاستعداد للوباء، ولكن أيضًا لتعزيز نظام الرعاية الصحية بأكمله وزيادة فاعليته وتحسين إداراته.

سيتضمّن التقييم التدابير والتدخلات الفعالة التي تم تنفيذها والموافقة عليها في سياق الوباء، وهو ما قد يتيح استخلاص عديد من الدروس المستفادة. الهدف من ذلك هو إتاحة مجموعة من الخبرات والنجاحات والإخفاقات لمشاركتها على المستوى الإقليمي، ومن ثم إتاحتها عبر القارة للتعلم المتبادل والتعاون.

الهدف الرئيسي من هذه السلسلة من الأوراق البحثيّة هو فهم التغيرات والآثار الناتجة عن الجائحة على أنظمة الرعاية الصحية والتّركيز على التدخلات اللازمة لتعزيز هذه النظم. سيوظّف القائمون على هذا المشروع هذه الأفكار في صياغة توصيات سياسية محدّدة في كل ورقة من هذا البحث والدعوة لتنفيذها.

المصادر وآليات البحث

نظرًا للقيود العامة في الوصول إلى البيانات الموثوقة والمحدثة حول أداء أنظمة الرعاية الصحية في المنطقة، اختار فريق البحث منهجية بحث تعتمد على مصدرين رئيسيين للبيانات:

1. المطبوعات والمصادر الرسمية وسواها من البيانات التي تنشرها الحكومات، إضافة إلى البيانات الصادرة عن وكالات التنمية الدولية (أي منظمة الصحة العالمية WHO والبنك الدولي).
2. مشاورات الخبراء وأصحاب المصلحة، حيث يقدمون مراجعاتهم وملاحظاتهم وتحليلاتهم لهذه البيانات في ضوء تجاربهم العملية ومعرفتهم بالسياسات المنفذة وما يُلاحظ على أرض الواقع.

أداة الدراسة

لتنفيذ هذه المنهجية، أنشئت أداة دراسة توضح بالتفصيل مختلف الأسئلة التي يتم فحصها أثناء مشاورات الخبراء. تعتمد أداة الدراسة هذه على إطار العناصر الأساسية للأنظمة الصحية التي أنشأتها منظمة الصحة العالمية ومؤشراتها وقياساتها لرصد تلك العناصر الأساسية[1]. وتتضمن أيضًا مكونات تعتمد على مؤشر التأهب للأوبئة المنشور عام 2019 في مجلة بي إم جيه للصحة العالمية[2]. تم استخدام كلا الإطارين كدليل للباحثين الذين أضافوا تفاصيل حول كل مؤشر ومقياس، ومصادره المُوصَى بها، وشرح موجز للخصائص الرئيسية لتلك المؤشرات. ثم تم استخدام كل هذه التفاصيل أثناء مراجعة الخبراء التي استندت إليها استنتاجات هذا البحث.

تم نشر نسخة مختصرة من أداة الدراسة هذه **على هذا الرابط**، مما يوفر مرجعًا موجزًا للقراء المهتمين بالمنهجية التي تم الاعتماد عليها في هذا البحث.

[1] منظمة الصحة العالمية، رصد العناصر الأساسية للأنظمة الصحية، دليل المؤشرات واستراتيجيات قياسها، 2010، https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf

[2] أوبنهايم ب، جاليفان إم، مادهاف إن كيه، وآخرون. تقييم الاستعداد العالمي للجائحة التالية: تطوير وتطبيق مؤشر التأهب للأوبئة. مجلة بي إم جي للصحة العالمية BMJ Global Health. https://gh.bmj.com/content/bmjgh/:4;2019 e001157.doi:10.1136/bmjgh-2018-001157، 4/1/e001157.full.pdf

القيود

وعلى الرغم من استحداث منهجية الدراسة خصيصًا نظرًا لصعوبة الحصول على بيانات موثوقة لبناء رأي موضوعي عليها، واعتماد المراجعات والتحليلات المقدمة على البيانات المعتمدة على المستوى الوطني كلما كانت متاحة؛ إلا أنه مع ذلك، كان من المستحيل التوصل إلى نتيجة توافقية لبعض عناصر البحث، وقد تمّ إبراز ذلك بوضوح في الدراسة مع تقديم ملخص للأسباب الكامنة وراء ذلك.

تم بذل كافة الجهود لتقديم دراسة منهجية تعكس آراءً موضوعية حول أنظمة الرعاية الصحية. ومع ذلك، يعرض هذا البحث آراء ومراجعات وتوصيات قد تكون غير موضوعية، شخصية، تُنسب لكُتابها وللخبراء الذين تمت استشارتهم في سياق المشاورات القصيرة. كانت تلك المشاورات بدورها جزءًا من سلسلة من البحوث العامة التي تعرض لمحة عن أنظمة الرعاية الصحية، من دون بحث مُفصل لتفاصيل كل عنصر.

عن تحالف لقاحات الشعوب PVA Africa

تحالف لقاحات الشعوب هي حركة إقليمية لمنظمات وشبكات، يدعمها مجموعة تشمل حائزين على جوائز نوبل ورؤساء دول وخبراء صحة واقتصاديين وقادة دين وناشطين، يعملون سويًا لضمان حصول الأفارقة في كل مكان على اللقاحات بشكل عادل.

تحالف اللقاحات هو منظمة تعمل تحت الاتحاد الأفريقي ويضم قادة لخمس شبكات إقليمية معنية جميعها بالحق في الصحة وفي الوصول للمنتجات والخدمات التي تنقذ الأرواح، وتحافظ على صحة المواطنين وتضمن الحق في الكرامة. يتمثل دور التحالف في ضمان أن تنعكس أصوات وأولويات وعمل الناشطين والمجتمعات الأفريقية، بكل تنوعها، في عمل تحالف PVA على المستوى العالمي. كما يعمل التحالف على إنفاذ التدخلات والاستراتيجيات التي تضمن الوصول إلى لقاحات واختبارات وعلاجات فيروس كورونا المستجد المسبب لـ(COVID-19)، بشكل يضمن المساواة بغض النظر عن الجنس أو الوضع الاقتصادي أو الهوية في قارتنا الأفريقية.

THE PEOPLE'S VACCINE AFRICA

A Movement by Africans, in Africa, for Africa

مراجعة قطاع الصحة في تونس

ملخص

منذ ظهور جائحة كوفيد-19، سُجلت العديد من الملاحظات بشأن نظام الرعاية الصحية التونسي، والتي يمكن أن تكون مرتبطة بطبيعة الجائحة ذاتها، أو بالتطورات الأخرى المصاحبة لها. تم استعراض البيانات الكمية المتاحة والتحليل الكيفي للخبراء لرسم خارطة للتغيرات في العناصر الأساسية والمؤشرات في قطاع الصّحّة في تونس وأسبابها. وللقيام بذلك، تم إجراء مراجعة للدراسات السابقة، والرجوع إلى العديد من الوثائق الرسمية، وتطوير أداة الدراسة استنادًا إلى إطار العناصر الأساسية لأنظمة الرعاية الصحية الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، لتوجيه المناقشة مع الخبراء على أرض الواقع على المستوى الوطني.

تظهر نتائج الدراسة أن معظم مؤشرات اللبنات الأساسية لأنظمة الرعاية الصحية تتجه نحو التدهور، وكان هذا هو الحال حتى قبل بدء جائحة كوفيد-19، الأمر الذي تسببت فيه عوامل خارجية أخرى مثل الأزمة الاقتصادية. تم اتخاذ بعض التدابير الإيجابية التي تطورت خلال الاستجابة للجائحة وينبغي استمرارها. وأخيرًا، سلطت المناقشة الضوء على الدعوة إلى تنفيذ أفضل للسياسات والاستراتيجيات الصحية الوطنية.

ورشة عمل تشاورية مع الخبراء والجهات المعنيّة في تونس

من ضمن شركاء البحث المحليين في المشروع الأفريقي الشامل، جُمعَت قائمة تضم من 8 إلى 10 خبراء محليين في أنظمة الرعاية الصحية، وممثّلين عن أصحاب المصلحة الرّئيسيّين لكل بلد من البلدان المشمولة بالدراسة. تضمنت كل قائمة مجموعة مختلفة من الخبراء الرئيسيين، الذين يمثلون مختلف أصحاب المصالح المعنيين بنظام الرعاية الصحية، ومن بينهم ممثلي الحكومة ومقدمي الخدمات وصانعي السياسات والبرلمانيين وأعضاء المجتمع المدني والأكاديميين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الخاصة وغيرهم.

ثم تمت دعوة هؤلاء الخبراء للتشاور بصورة أعمق للإدلاء بآرائهم حول وضع كل عنصر من عناصر ركائز النظم الصحية في السياق الوطني المقابل، وللإجابة على السؤال القياسي الذي يمكن طرحه فيما يتعلق بعناصر النظم الصحية: "بمقارنة الوضع الآن مع ما كان عليه الحال في عام 2019 (قبل كوفيد-19)، هل تحسنت هذه العناصر أم تراجعت أم بقي الوضع على ما كان عليه؟".

بالنسبة للدراسة التونسية الحالية، تمت دعوة مجموعة متنوعة من الخبراء تم تفويضهم للمشاركة في هذه العملية. كان من بينهم:

1. طبيب عام وممثل عن وزارة الصحة
2. مدير متقاعد من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
3. رئيس قسم متقاعد للطب الوقائي والمجتمعي في أحد المستشفيات الجامعية
4. طبيب ممارس عام ورئيس منظمة للصحة وحقوق الإنسان
5. طبيب عام متقاعد وناشط في مجال حماية مستهلكي المرفق الصّحّي
6. طبيب شاب ناشط في المجتمع المدني
7. طبيب أسنان شاب ناشط في المجتمع المدني
8. صيدلي شاب ناشط في المجتمع المدني

بعد ذلك يطلب الميسّرون من المشاركين البدء بالتصويت الأوليّ لاكتشاف ما إذا كانت هناك إجابة توافقية، تليها مناقشة ليقدم كل خبير تبريرًا لرأيه. ثم تم توثيق نتائج هذه المناقشات وتلخيصها في سبب جوهري موجز تم ذكره في هذه الورقة أسفل كل سؤال.

النتائج

أ. تقديم الخدمات الصحية

المؤشرات	2019	2021 - 2020
عدد المرافق الصحية وتوزيعها لكل 10.000 شخص	الخط الأول: 1.97 (لا تشمل العيادات الخاصة) الخط الثاني: 0.03 الخط الثالث: 0.03	الخط الأول: 1.89 (لا تشمل العيادات الخاصة) الخط الثاني: 0.03 الخط الثالث: 0.03
عدد أسرّة للمرضى النزلاء وتوزيعها لكل 10.000 شخص	2.83	2.23
عدد زيارات أقسام العيادات الخارجية لكل 10.000 شخص سنويًا	1,452.72	(2020) 916.43 (2021) 898.91

تقارير الصحة الوطنية (الخارطة الصّحيّة)

١. الشمولية

"تم توفير مجموعة شاملة من الخدمات الصحية، تتناسب مع احتياجات السكان المستهدفين، بما في ذلك الخدمات الوقائية والعلاجية والتخفيفيّة والتأهيلية وأنشطة تعزيز الصحة".

أصبحت خدمات الرّعاية الصّحيّة تقلّ شمولًا شيئًا فشيئًا، بسبب عدم استمرارية كل من: الخدمات الأساسية والتنسيق العام للرعاية الصحية والتعاون بين جميع العاملين في مجال الصحة وأصحاب المصلحة المعنيين.

إجمالا، شهدت الخدمات تراجعًا في شموليتها وجودتها منذ عام 2019، نتيجة لعدم إمكانية وصول الجمهور للخدمات وانخفاض جودة الخدمات الصحية بشكل عام، حتى قبل بدء جائحة كوفيد-19. ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى خفض الميزانية ونقص العاملين والأزمة الاقتصادية. أثر هذا التراجع بشكل خاص على خدمات مثل تنظيم الأسرة، ورعاية ما قبل وبعد الولادة، والرعاية الطبية للأطفال، وخدمات فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وإدارة الأمراض المزمنة، والعمليات الجراحية، وخدمات الصحة العقلية. لم تدرس الحكومة أو تستكشف أو تطور بشكل كافٍ الجهود الخاصة المتفرقة لتوسيع تقديم خدمات محددة من خلال أدوات عبر الإنترنت في ظل أزمة كوفيد-19، وهو ما أدى في النهاية إلى استدامة الفجوات في الخدمات التي تفاقمت بسبب الوباء.

2. إمكانية الوصول

"الخدمات متاحة بشكل مباشر ودائم من دون حواجز غير مبررة تتعلق بالتكلفة أو اللغة أو الثقافة أو الجغرافيا. الخدمات الصحية قريبة من الناس، مع وجود نقطة دخول روتينية لشبكة الخدمة على مستوى الرعاية الأولية (وليس على مستوى الأخصائي أو المستشفى). يمكن تقديم الخدمات في المنازل أو المجتمع أو مكان العمل أو المرافق الصحية حسب الاقتضاء".

هناك توافق بالإجماع في آراء الخبراء الذين تمت استشارتهم على أن الحواجز التي تعيق إمكانية الوصول إلى تقديم الخدمات الصحية قد زادت في السنوات الماضية مقارنةً بعام 2019. وقد يرجع ذلك - إلى حد كبير- إلى التحديات الاقتصادية الوطنية. كما ساهمت أيضًا جائحة كوفيد-19 في استمرار التراجع.

3. التغطية

"تم تنظيم تقديم الخدمات لتغطية جميع الأشخاص في المجموعة السكانية المستهدفة، بما في ذلك المرضى والأصحاء وجميع فئات الدخل وجميع الفئات الاجتماعية".

منذ عام 2019، أصبحت زيادة تغطية الرعاية الصحية لعامة السكان أولوية في الخطط الوطنية. تم تشكيل الصندوق الوطني للأمراض لتوسيع التغطية من خلال تقديم حزمة خدمات رعاية صحية أساسية، تستهدف نسبة كبيرة من السكان الذين لم يحظوا بإمكانية الوصول للخدمات الصحية حتى الآن (حوالي 2 مليون مواطن). ومع ذلك، تعرقلت هذه الخطط بسبب جائحة كوفيد-19 وبسبب التطورات السياسية، إضافة إلى الأزمة الاقتصادية التي تعيق بشكل متزايد قدرة الصندوق على تحقيق هدفه، وهو ما أدى إلى ارتفاع معدلات الإنفاق على الصحة من النفقات الشخصية على الأفراد والأسر، المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم.

4. الاستمرارية

"تم تنظيم تقديم الخدمات لضمان استمرارية الرعاية للفرد عبر شبكة الخدمات، مع توفير الظروف الصحية المناسبة ومستويات الرعاية الملائمة على مدار دورة الحياة".

تأثرت استمرارية الرعاية بشكل كبير، حتى قبل بدء جائحة كوفيد-19، بسبب نقص عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية (على سبيل المثال، ترك الأطباء لمناصبهم دون استبدالهم)، وعدم استمرارية توفير الأدوية (خاصة أدوية الأمراض المزمنة) وعدم القدرة على استدامة تقديم الخدمات وصيانة معدات الرعاية الصحية وضمان توافر الأدوية .كما أدت الأزمة الاقتصادية إلى زيادة صعوبة الوصول إلى الخدمات المتخصصة للرعاية المزمنة، وبالتالي تراجع القدرة على استمرارية الرعاية. ربما يعزى هذا التراجع إلى كوفيد-19، ولكن لا يمكن أن يُنسب إليه وحده لأن هذا التدهور كان ملحوظًا حتى قبل ظهور الوباء.

5. الجودة

"أن تكون الخدمات الصحية ذات جودة عالية يعني أنها فعّالة وآمنة، وتركز على احتياجات المريض وتُقدم في الوقت المناسب".

لا توجد معايير وطنية محددة للجودة المقبولة لخدمات الرعاية الصحية، لذلك كان من الصعب التوصل إلى توافق في الآراء في هذا الصدد. ومع ذلك، يمكن أن يتفق الخبراء على أن هناك تجارب مستمرة تتم من خلال المؤسسة الوطنية للاعتماد الصحي (INEAS)، لتطوير مبادئ توجيهية قائمة على الأدلة لإدارة الرعاية الصحية، وتوفير الاعتماد الرسمي لمرافق الرعاية الصحية وفقًا لمجموعة من المعايير القياسية. هناك أيضًا جهود مستمرة تهدف إلى تحسين تدريب المهنيين في مجال الرعاية الصحية. ومع ذلك، لا تزال هذه المبادرات معزولة ولم تُترجم بعد إلى تحسن ملحوظ في جودة خدمات الرعاية الصحية. ونظرًا النقص البيانات الموثوقة في هذا الصدد، اتفق الخبراء على عدم وجود تغيير كبير في جودة الخدمات مقارنة بعام 2019.

6. التّركيز على الفَرد

"يتم تنظيم الخدمات بحيث ترتكز على الفرد (الحالة/ المريض)و ليس المرض أو التمويل. مما يجعل المستخدمين يشعرون بسرعة استجابة الخدمات الصحية وقبولها بالنسبة لهم. تتضمن هذه التنظيمات مشاركة السكان المستهدفين في تخطيط وتقييم تقديم الخدمات. حيث يُعتبر الأفراد شركاء في رعايتهم الصحية".

على الرغم من إمكانية تحويل التركيز تجاه المريض فيما يخص الرعاية الصحية الأولية، وذلك بفضل تطوير تخصص طب العائلة منذ عام 2017، إلا أن هذا التحول لم ينتشر بشكل كافٍ حتى الآن. ومن الجدير بالملاحظة أن العيوب في توافر الخدمات والتغطية تؤثر سلبًا على أي جهود تهدف إلى تحقيق الرعاية المتمركزة حول المريض. وأيضًا، بالنّظر إلى تكدس المرافق الصّحيّة، ونقص الكوادر العاملة في القطاع الصحي، لُوحظ منح المريض وقت واهتمام أقلّ، مع التركيز بشكل أساسي على المرض، وحل المشكلات الصحية بشكل مؤقت، وبطريقة أقل تنسيقًا.

7. التنسيق

"يتم تنسيق شبكات الخدمات الصحية في المناطق المحلية بشكل فعّال، من خلال أنواع مقدمي الخدمات، وأنواع الرعاية، ومستويات تقديم الخدمات، سواء كان الأمر يتعلق بالرعاية الروتينية أو الاستعداد لحالات الطوارىء. ويقوم مقدم الرعاية الأولية للمريض بتسهيل الطريق من خلال أداء الخدمات المطلوبة، ويعمل بالتعاون مع المستويات والأنواع الأخرى من مقدمي الخدمة. ويتم التنسيق أيضًا مع القطاعات الأخرى (مثل الخدمات الاجتماعية) والشركاء (مثل المنظمات المجتمعية)".

لقد مهدت جائحة كوفيد-19 الطريق، مع النشر السريع للبروتوكولات المُحدَّثة بانتظام، والحاجة إلى جهود وطنية منسقة لاحتواء المرض، من أجل تنسيق أفضل في تقديم خدمات الرعاية الصحية. هناك أيضًا إمكانية لتنسيق إدارة خدمات الرعاية الصحية بشكل أفضل على المستوى الوطني من خلال تطوير المنصات الرقمية وقابلية تشغيلها التي تعتمد على المزيد من الاستثمارات لتحسين عملية تبادل بيانات طبية أكثر كفاءة. ومع ذلك، لم يتم استكشاف هذه الإمكانيّات بطريقة مرضية حتى الآن.

8. المساءلة والكفاءة

"يتم إدارة الخدمات الصحية بشكل جيد لتحقيق العناصر الأساسية الموضحة أعلاه، مع تقليل إهدار الموارد إلى أدنى حد. يتم منح المديرين السلطة اللازمة لتحقيق الأهداف المخطط لها، ويتحملون المسؤولية عن الأداء العام والنتائج. وتشمل عمليات التقييم الآليات المناسبة لمشاركة الفئة المستهدفة والمجتمع المدني".

كما هو الوضع بالنسبة لجودة الخدمات وتنسيقها، فلا يوجد أيضًا معايير محددة للمساءلة، حيث لا توجد حوافز أو آليات رقابية مرتبطة بجهات خارج المنظومة الصحية، لتشجيع مديري المؤسسات والعاملين في القطاع الصحي على تحسين خدماتهم باستمرار. استمر هذا الوضع منذ قبل عام 2019. كما أن الصعوبات المتزايدة مؤخرًا التي يواجهها المجتمع المدني والتحديات المتعلقة بالتواصل مع موظفي الخدمة المدنية وصناع القرار، تهدد أيضًا بمزيد من التراجع في الفترة المقبلة.

ب. القوى العاملة في القطاع الصحي

المؤشرات	2019	2020-2021
عدد العاملين في القطاع الصحي لكل 10000 نسمة (حسب المهنة وفي القطاعين العام والخاص)	الأطباء العامّون: 6.6 الاختصاصيون: 6.6 الصيادلة: 2.37 أطباء الأسنان: 4.8	الأطباء العامّون:5.8 الاختصاصيون: 7.7 الصيادلة: 2.45 أطباء الأسنان: 3.76

تقارير الصحة الوطنية (الخارطة الصّحيّة)

1. نظام التخطيط الاستراتيجي وإدارة الموارد البشرية الطبية

"طريقة إدارة المؤسّسات الصّحيّة ووضع الخطط فيما يتعلق بالموارد البشرية في النظم الصحية. أنظمة التوظيف وتوزيع العاملين بما في ذلك مخططات الحوافز لضمان الوفاء بمعايير التوظيف الموصى بها وطنيًا في مرافق الرعاية الصحية".

لا يوجد خطة واضحة ولا رؤية بشأن توظيف القوى العاملة في القطاع الصحي، مما يُفسر غياب تقييم الاحتياجات من حيث الأفرع الطبية والتخصصات في كل ولاية ومنطقة. الوضع آخذ في التدهور منذ ما قبل العام 2019. ولا يبدو أن هناك تنسيقًا كافيًا فيما يتصل بطلب وتوفير مهنيين في مجال الرعاية الصحية من خلال دفعات جديدة في كليات ومدارس علوم الصّحّة.

2. الحجم

"حجم العاملين على المستوى الوطني في قطاع الصحة، بما في ذلك الانتداب والتدريب".

انخفض عدد الأطباء والمسعفين بسبب استنزاف الكفاءات وهجرة القوى العاملة، وخاصة كوادر التمريض. لا يوجد مؤشر واضح حول توزيع العاملين عبر المناطق. ادعى بعض الخبراء أن الأرقام المنشورة في التقارير الوطنية السابقة في مجال الصحة تبدو متحيزة وغير متسقة بشكل يتيح إجراء مقارنات عبر السنوات. يبدو أن هناك زيادة في عدد الاختصاصيين، ولكن ذلك يرجع إلى تطور التخصص الجديد في طب العائلة. ولُوحظ عجز كبير في القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية في المناطق والتخصصات كانت مُغطاة في الماضي.

3. القدرات

"قدرة المؤسسات التعليمية للمهن الصحية، بما في ذلك كمية ونوعية طاقم العمل من المدرّسين والمساعدين".

تواجه المؤسسات التعليمية للرعاية الصحية نقصًا كبيرًا في معايير التدريب والمعدات. تتزايد معدلات مغادرة الأساتذة الجامعيّين لمناصبهم ولا يتم استبدالهم، مما يؤثر على التدريب الأكاديمي للطلاب نظريًا وعمليًا. بطبيعة الحال لوحظت أوجه قصور في قدرات الكوادر الطبية خلال أزمة كوفيد-19، وبالأخص الحاجة إلى عاملين متخصّصين ومتدرّبين تدريبًا رفيع المستوى في مجال الرعاية الصحية، بشكل يضمن تقديم رعاية متقدمة. علاوة على ذلك، أصبح العجز في القدرات أكثر وضوحًا حتى بعد عام 2020 وما بعده.

4. القطاع الخاص

"مشاركة القطاع الخاص أو التعاون معه يتطلب معرفة دقيقة بأعداد وأنواع ومؤهلات مقدمي الخدمات في القطاع الخاص".

هناك بعض التعاون على المستوى المحلي مع المؤسسات الخاصة والمهنيين في مجال الرعاية الصحية، لسد العجز في بعض التخصصات. ومع ذلك، فإن هذه المبادرات دائمًا ما تكون مؤقتة ولا يتم الاستفادة منها في الخطط أو الاستراتيجيات الوطنية. شهدت جائحة كوفيد-19 مشاركة القطاع الخاص في إجراء الاختبارات والتطعيمات، لكن لم يتم توطيد ذلك من خلال وضع سياسة لتحقيق الشراكة بين القطاعين العام والخاص حتى الآن.

5. إدارة هجرة العاملين في القطاع الصحي

"إدارة سوق العاملين في القطاع الصحي بين الدول التي تشهد هجرة أعداد كبيرة من العاملين في القطاع، يمكن بذل الجهود لإدارة ضغوط سوق القوى العاملة في القطاع الصحي دوليًا بسبب الهجرة".

لقد ذُكِر بالفعل أن هناك تدفقًا كبيرًا في هجرة العاملين في مجال الرعاية الصحية. وتتم هذه الهجرة إما في إطار تعاون متعدد الأطراف مُراقب على المستوى الحكومي، أو في كثير من الحالات تتم من خلال "هجرة غير منظمة"، خاصة الأطباء والممرضات وأطباء الأسنان. لا تزال هناك مناقشات لتنظيم هذا التدفق العام للهجرة، ولزيادة التعاون بين الدول المتدخلة في عملية الهجرة (المُصدِّرة للكوادر وتلك التي تتلقاها). ومع ذلك، يُدار هذا التنظيم حتى الآن من خلال حلول مؤقتة، مثل تدابير استبقاء العاملين في وظائفهم من الجانب التونسي، والتوظيف المصمم خصيصًا لتلبية الاحتياجات داخل البلاد على المستوى الإقليمي، بالإضافة إلى دول المقصد التي تسعى لتوظيف القوى العاملة في القطاع الصحي المحلي.

6. إدارة أوجه القصور

"قد تشمل أوجه القصور تحديد وتقليل معدل تغيّب العاملين، والذي يعتبر مشكلة في نظام الصحة العموميّة في العديد من السياقات".

في ضوء غياب بيانات موثوقة، كان من الصعب التوصل إلى توافق في الآراء حول هذا الجانب من إدارة العاملين في مجال الرعاية الصحية.

7. تحفيز أداء العاملين بالقطاع الطبي

" تحفيز العاملين في القطاع الصّحّي وإنتاجيتهم، قد يتضمن تعزيز عملية الإشراف، والتي بإمكانها أن تصبح أحد الآليات الفعّالة لتحسين كفاءة العاملين، وإدارة أداءهم بفاعلية في القطاع الصحي".

لم يتمكن الخبراء الذين تمت استشارتهم من تحديد أي تحسينات أو انتكاسات فيما يتعلق بتحفيز الموظفين وإدارة أدائهم.

ج. نظم المعلومات الصحية

فرضت الالتزامات الدولية التي تعهدت بها البلدان بشأن جائحة كوفيد-19 ومكافحتها، عددًا من التدابير بشأن توفير بيانات محدثة وموحدة عن الوفيات الناجمة عن جائحة كوفيد-19، ومعدلات الاعتلال والتطعيم. ولا تزال الأسئلة مطروحة حول استمرارية وتوسع هذه التدابير ودقتها بما فيه الكفاية بعد الجائحة.

1. توليد البيانات

"القدرة على توليد البيانات باستخدام المصادر والأساليب الأساسية (الدّراسات الاستقصائيّة الصحية، السجل المدني، التعداد، تقارير المرافق، وتتبع موارد النظام الصحي)، مما يعكس قدرة البلد على جمع البيانات ذات الصلة على فترات مناسبة باستخدام مصادر البيانات الأكثر ملاءمة، وتشمل المعايير الدورية والتوقيت المناسب ومحتويات أدوات جمع البيانات وتوافر البيانات المتعلقة بالمؤشرات".

تكون البيانات العامة والبيانات المتعلقة بالصحة عمومًا مركزيّة على المستوى الحكومي. ومع ذلك، ليس من الواضح دائمًا متى يتم جمع هذه البيانات وبأي وتيرة يتم مشاركتها.

2. تحليل البيانات والتحقق من صحتها

"قدرات الدولة فيما يتصل بتجميع البيانات وتحليلها والتحقق من صحتها. يتعلّق هذا الأمر بقياس الأبعاد الرئيسية للأطر المؤسسية اللازمة لضمان جودة البيانات، بما في ذلك الاستقلالية والشفافية والوصول. تتضمن المعايير توفّر آليات التنسيق المستقلة وتوافر البيانات الدقيقة والبيانات الوصفيّة".

نظرًا لعدم توفّر البيانات دائمًا وصعوبة الوصول إليها، فقد يتم تحليلها فقط لأغراض داخلية معينة. لا توجد استراتيجية موحّدة لاستخدام هذه البيانات واعتمادها في تنفيذ المبادرات.

3. وجود الدّراسات الاستقصائيّة في مجال الرعاية الصحية

"تمتلك الدولة خطة مسح محدّدة التّكاليف مدتها 10 سنوات تغطي جميع الموضوعات الصحية ذات الأولوية، وتأخذ في الاعتبار مصادر البيانات الأخرى ذات الصلة".

توجد بعض الدّراسات الاستقصائيّة الصحية الوطنية، وقد زادت بشكل مؤقت أثناء جائحة كوفيد-19. وعلى الرغم من ذلك، فقد انتهى الأمر بأن أصبحت بمثابة فرصة ضائعة لتطوير استراتيجية عمل مسوحات صحية منتظمة.

4. وجود سجل الولادات والوفيات

"الأهداف المحدّدة هي: تسجيل المواليد لما لا يقل عن 90% من جميع الولادات، وتسجيل الوفيات لما لا يقل عن 90% من جميع الوفيات، باستخدام التّصنيف الدّولي للأمراض ICD -10 في المستشفيات المحلية، والإبلاغ عن أسباب الوفاة على المستوى الوطني".

أكد الخبراء المُستشارون أن بيانات التسجيل عمومًا محدودة، ولا يوجد نمط محدد أو معروف لكيفية مشاركتها أو متى تتم مشاركتها.

5. تَوافُر تعدادات السّكّان

"تم إنجاز التعداد السكاني خلال السنوات العشر الماضية مع تقديم التوقعات السكانية للجهات والمناطق الإدارية الأصغر حجمًا للسنوات العشر القادمة، مطبوعة إلكترونيًا، وموثقة جيدًا".

لم يلاحظ أي تغيير محدد في هذا المجال.

6. تَوافُر تقارير عن المرفق الصّحّي

"التركيز بشكل خاص على أنظمة الإبلاغ عن الأمراض التي يجب الإبلاغ عنها، ومدى استفادتها من تكنولوجيا الاتصالات الحديثة، والإبلاغ عن الإحصاءات من مستوى المناطق إلى المستوى الوطني".

أصبحت تقارير المرافق الصحية أقل توفرًا حتى عند الطلب. لا توجد ثقافة واضحة لتوليد البيانات وقواعد البيانات الصحية حتى الآن، على الرغم من الجهود والدعم الفني الذي تقدمه منظمة الصحة العالمية.

7. وجود منظومة التتبع لموارد القطاع الصحي

"يشمل ذلك اتمام عمليّة واحدة على الأقل للتّقارير الصحية الوطنية في السنوات الخمس الماضية وقاعدة بيانات وطنية تضم المرافق الصحية في القطاعين العام والخاص والترميز الجغرافي، متاحة ومحدثة خلال السنوات الثلاث الماضية".

تم نشر آخر تقارير الصّحّة الوطنيّة في عام 2015 دون أي تحديثات أو تطورات أخرى في هذا الجانب منذ ذلك الحين.

د. الحصول على الأدوية الأساسية

1. الحق في الحصول على الأدوية الأساسية

"الحصول على الأدوية/ التقنيات الأساسية جزء من الوفاء بحق الحصول على الرعاية الصحية، المعترف به في الدستور أو التشريعات الوطنية كجزء من التّنفيذ التدريجي للحق في الصحة و/أو كحق محدد لجميع المواطنين".

حق الصحة هو حق منصوص عليه في الدستور الوطني ويحق لكل مواطن التمتع به. وهذا يتيح بشكل عام الحصول على الأدوية الأساسية. وعلى الرغم من ذلك، لا يوجد قائمة وطنية رسمية للأدوية الأساسية، وبالتالي يمكن فهم الاعتراف بحق "الحصول على الأدوية الأساسية" على أنه عنصر مُفترض ومُستنتج لحقوق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية.

2. نشر سياسة الأدوية الوطنية

" وجود تحديث لآخر سنة لسياسة الأدوية الوطنية المنشورة (سياسة الأدوية الوطنية الرسمية (NMP)، تم تحديثها خلال الخمس سنوات الماضية)".

توجد سياسة وطنيّة للأدوية قائمة بالفعل، وتتضمن دعمًا لتطوير الأدوية الأساسيّة، ومع ذلك لم تُنشر. ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى أنها ما زالت مفتوحة للنقاش ولم يتم التصديق عليها على المستوى السياسي العالي.

3. نشر القائمة الوطنية للأدوية الأساسية

"وجود وتسجيل آخر سنة محدثة للقائمة الوطنية التي تم نشرها للأدوية الأساسية، تم تحديثها على الأقل خلال الخمس سنوات الماضية".

لا تزال هناك خطة، حتى وقت كتابة هذا التقرير، للتصويت على القائمة الوطنية للأدوية الأساسية لعام 2023. هناك قائمة بالأدوية الأساسية يتم مشاركتها من قبل الصّندوق الوطني للتّأمين على المرض لأغراض التعويض، والتي يُفترض، من النّاحية النّظريّة، مواءمتها على المستوى الحكومي.

4. التّوفّر العملي للأدوية الأساسيّة

"عمليًا، هل الأدوية الأساسية متاحة ويمكن الوصول إليها على جميع مستويات الرعاية؟"

حدث خلل كبير في توفير الأدوية الأساسية، والأمر زاد سوءًا في السنوات القليلة الماضية. ويرجع ذلك إلى عدة أسباب بما في ذلك عدم تمثيل شركات الأدوية متعددة الجنسيات، وخاصة في المناقصات المحلية لأنها غير مربحة مقارنة بالمُصنعين المحليين القادرين على توفير العديد من الأدوية الأساسيّة رخيصة الثمن. ومع ذلك، فإن الفجوة في الإنتاج لا تستجيب بالضرورة لاحتياجات السكان. وفي حالات أخرى، حتى عند عدم توفر الأدوية الأساسيّة، تكون هناك مشكلات تتعلق بالسداد من الصيدلية المركزية الوطنية. وفي ظل الميزانيات المحدودة والصراعات الناجمة عن القيود المالية، تضطر الصيدلية المركزية الوطنية إلى تغيير بروتوكولات العلاج لبعض الحالات المزمنة، واستبدال الأدوية المشار إليها بأدوية أساسية أكثر بساطة وأقل فاعلية. بشكل عام، كان من المتوقع حدوث هذا الوضع حتى من قبل 2019، بسبب الديون الكبيرة على الصيدلية الوطنية المركزية.

٥. تمويل الأنظمة الصحية

المؤشرات	2019	2020-2021
إجمالي الإنفاق على الصحة (بالمليون دولار أمريكي)	189,75	221.68 :2020
نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من نسبة الإنفاق الحكومي العام ككل (GGHE/GGE)	5,47%	6.34% :2020
نسبة مدفوعات الأسر من مالهم الخاصّ على الصحة بالنسبة لإجمالي الإنفاق على الصحة	42,9%	36.4% :2020

المصادر: التّقارير الصحية الوطنية، سجل منظمة الصحة العالمية

1. الإنفاق الحكومي على الصحة

"نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي العام".

هناك انخفاض كبير في الإنفاق الحكومي على الصحة في عام 2022 وامتد إلى أكثر من عام 2023 (انخفاض بنسبة 25٪). ويرجع ذلك بشكل أساسي إلى تخفيضات الميزانية العامة المرتبطة بالأزمة الاقتصادية، ونتيجة للنفقات الإضافية لإدارة النظام الصحي أثناء الوباء.

2. الحماية من المخاطر المالية وتغطية الفئات الضعيفة

"السكان المشمولون بالتأمين الصحي. إتاحة الآليات لضمان تغطية الفئات السكانية الأكثر ضعفًا".

بسبب الأزمة الاقتصادية العامة وفي أعقاب الاستجابة لجائحة كوفيد-19، لُوحظ أنه يتم توفير حماية أقلّ من المخاطر للمواطنين عامةً، وللفئات الضعيفة خاصةً.

3. الشفافية المالية

"الشفافية المالية على المستوى التنفيذي والإداري"

لم تُنشر تقارير الصحة الوطنية والنفقات التفصيلية للصحة بانتظام، مما يثير تساؤلات حول شفافية واستدامة المالية العامة للنظام الصحي. يبدو أن الأرقام التي تمت مشاركتها على موقع منظمة الصحة العالمية لعامي 2020 و2021 هي أرقام تقديرية وليست أرقامًا رسمية تمت مشاركتها على المستوى الحكومي الوطني.

4. المدفوعات من المال الخاصّ

"نسبة المدفوعات النثرية للصحة التي تتحملها الأسر من نفقاتها الخاصة من إجمالي نسبة الإنفاق على الصحة".

في سياق الأزمة الاقتصادية العامة وفي أعقاب الاستجابة لجائحة كوفيد-19، نتوقع زيادة المدفوعات من المال الخاص على الصحة، حتى مع غياب أرقام رسمية تؤكد من حدوث ذلك.

و. القيادة والحوكمة

لقد قد تم نشر استراتيجية وطنية حديثة ولكن لم يتم تنفيذها بشكل عملي حتى الآن. كما تراجع تمثيل المجتمع المدني في عمليات صنع القرار في السنوات الأخيرة.

1. الاستراتيجية الوطنية للصحة

"كيف تم إعدادها؟ هل هي متاحة للعموم؟ هل يتم تحديثها بانتظام؟ هل هي إلزامية؟"

بدأ إعداد أول استراتيجية وطنية للصحة منذ إطلاق الحوار المجتمعي الصحي (الذي تم إطلاقه بعد الثورة التونسية)، والمستهدفة لعام 2030، ويجري تنفيذها حاليًا. وقد تسارع هذا الأمر خاصة بعد جائحة كوفيد-19. ومع ذلك، فلا تزال خارطة طريق التنفيذ غامضة.

2. التمثيل

"هل يتم تمثيل جميع أصحاب المصلحة المعنيين بانتظام في عملية صنع القرار؟ ما مدى تأثير المشاركة في عملية صنع القرار على مستوى تقديم الخدمة، ومستوى المنطقة، والمستوى الوطني؟"

شمل الحوار المجتمعي الصحي عناصر مؤثرة مختلفة وأعضاء من المجتمع المدني. وقد أُشيد بهذه المبادرة، ولكنها ليست دائمًا تشاركية ولا تعتبر شاملة بما فيه الكفاية خاصةً تجاه جميع أصحاب المصلحة والأقليات، لاسيما فيما يتعلق بعمليات صنع القرار المتقدمة وتفعيل الاستراتيجية الوطنية.

3. الشفافية و 4. المساءلة

"هل يتم توفير المعلومات بشفافية ودقة ويتم تقديمها في الوقت المناسب؟ هل البيانات الوطنية المتعلقة بالصحة متاحة للجميع، وعلى جميع المستويات؟"

"هل هناك آليات للمساءلة المحلية والوطنية تجاه مقدمي الخدمات والجهات التنظيمية؟"

هناك مشكلة عامة في تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية ومتابعتها، ولوحظت هذه المشكلة منذ فترة طويلة. كما لا تزال آليات المساءلة غير موجودة. هناك حاجة إلى هيئة إدارية ينبغي أن تكون متعددة القطاعات، بين السلطات الصحية والمؤسسات الأخرى، وينبغي أيضًا دعمها من قبل المنظمات والصناديق الخارجية والدولية. تؤدي هذه العيوب إلى تشتت جهود مختلف أصحاب المصلحة وانعدام الشفافيّة في رصد هذه الاستراتيجيات.

5. آليات معالجة المظالم

"هل توجد آليات لمعالجة الشكاوى والتظلمات؟ هل هذه الآليات فعّالة، وتُقدم نتائجها في الوقت المناسب؟"

تعذر تقييم ذلك.

ز. التأهب لمواجهة الأوبئة

1. البنية التّحتيّة للصّحّة العموميّة

لُوحظت بعض التحسينات (على سبيل المثال، وجود منصة التّلقيح EVAX 2.0 للتطعيم العام بعد فيروس كورونا)، ولكن بخلاف ذلك يظل الوضع كما هو فيما يتعلق بمدى استعداد الهياكل الأساسيّة.

2. الرّقابة

يوجد نظام مراقبة ومؤسسة وطنية ترصد الأوبئة الناشئة. طورت هذه المؤسسة هيكلها التنظيمي أكثر، واكتسبت المزيد من الاعتراف حول وباء كوفيد-19.

3. التّلقيح

ظل برنامج التّلقيح الوطني لحديثي الولادة والأطفال كما هو منذ عام 2019، مع تحقيق نتائج مماثلة. ومع ذلك، أُتيحت فرصة

تم استغلالها لاستخدام المنصة الرقمية الوطنية للقاح ضد فيروس كورونا لغرض أكثر عمومية، وتحديدًا لخدمة برنامج التّلقيح الوطني لحديثي الولادة والأطفال. يجري تشغيل هذه المنصة حاليًا.

4. طاقة استيعاب المستشفيات

لم تتحسن طاقة الاستيعاب الإجمالية للمستشفيات (افتُتحَت بعض الوحدات الجديدة، ولكن ليس لغرض الاستعداد للأوبئة).

5. المختبرات

تم افتتاح المزيد من المختبرات وإدخال تقنيات تشخيص جديدة - خاصة في القطاع الخاص - لتشخيص مرض كوفيد-19، وأمراض المعدية الأخرى.

6. التنسيق

يُجري حاليًا نقاش على مستوى وزارة الصحة لوضع استراتيجية للاستجابة والتأهب لحالات الطوارئ، بما يتماشى مع الجهود العالمية لمكافحة التهديدات الصحية والأوبئة المستقبلية.

ح. التواصل في مجال الصحة العموميّة

بعد مرور موجات كوفيد-19 الكبرى (2020 و2021)، أصبح هناك تدابير أقل للوقاية الصحية، وبشكل عام، أصبح هناك عدد أقل من مبادرات التوعية بالصحة العامة.

1. التثقيف العمومي و2. التوعية بالمخاطر

بعد ذروة كوفيد-19 الكبرى، لا توجد حملات توعويّة حالية في مجال الصحة العموميّة. وذُكر أن المهنيين في قطاع الصحة أصبحوا أكثر تساهلًا تجاه تطبيق الإجراءات الصحية. علاوة على ذلك، هناك شعور عام بأنه لن تضرب أي جائحة آخرى مثل جائحة

كوفيد-19 في عام 2021. تُنفذ بعض المبادرات التثقيفية، مثل الإعلان التوعوي حول التهاب الشُّعب الهوائيّة في الشتاء الماضي، لكنها لا تدخل ضمن أي استراتيجيات للصحة العموميّة والاستعداد للأوبئة.

3. التواصل مع العاملين في قطاع الصّحّة

بشكل عام، لا توجد منصات تواصل رسمية بين المهنيين في مجال الرعاية الصحية (مثل القوائم البريدية) سواء داخل نفس التخصص أو داخل نفس المستشفيات وأقسامها المعنيّة. وهذا يعيق تدفق المعلومات فيما يتعلق بالتأهب للأوبئة وإجراءات الوقاية التي ينبغي تنفيذها على جميع المستويات والقطاعات.

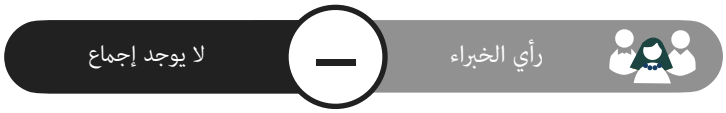
ط. التدابير الخاصة بفيروس كورونا

لُوحظت تحسينات في إجراءات الاختبارات وتغطية التّلقيح. لم يتم التوصل إلى توافق في الآراء بشأن الشفافية المستمرة للبيانات، وتقدير معدلات الإصابة بالمرض أو التقليل منها، ومسألة عدم القدرة على تحمل تكاليف إجراءات الفحص والإقامة في مستشفيات القطاع الخاص.

1. هل البيانات المُتعلقة بفيروس كورونا متوفرة (عدد الإصابات والوفيات والحالات المرضية)؟

كانت البيانات المُتعلقة بفيروس كورونا أثناء فترة انتشار الوباء متاحة بشكل عام ويمكن النّفاذ إليها من خلال القنوات الرئيسية للاتصال ووسائل التواصل الاجتماعي.

2. هل البيانات المُتعلقة بكوفيد ذات مصداقية؟ 3. هل البيانات المُتعلقة بكوفيد منتظمة؟ و 4. هل البيانات المُتعلقة بكوفيد متاحة ويمكن الوصول إليها؟



اتّسمت البيانات بشكل عام بالمصداقية، لكنها في بعض الأحيان كانت مُتأخرة أو مُتبعثرة بسبب التباين في المناطق والقطاعات

التي تجمعها، خاصة في الموجات الأولى (نهاية عام 2020 - بداية عام 2021). يمكن التشكيك في مصداقية البيانات فيما يتعلق بعدد الحالات المرضية خاصة بسبب استخدام اختبارات كوفيد-19 السريعة، مما يؤدي إلى انخفاض تقدير عدد الحالات.

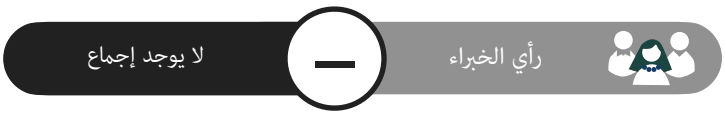
5. هل كان هناك تغطية مضمونة للقاحات؟ 6. هل تحققت العدالة في توزيع اللقاحات؟ و 7. هل تحقق إيصال اللقاحات إلى الفئات السكانية الأكثر عرضة للخطر والفئات المستهدفة؟

تم ضمان تغطية اللقاح في جميع أنحاء البلاد، بعد فترة من الاستقرار والحصول على جرعات كافية لتغطية البلاد بأكملها. وكانت المساواة أحد المبادئ الرئيسية للتغطية عند تنظيم حملات التّلقيح، وكانت اللقاحات متاحة للسكان المعرضين للخطر الشديد أولاً ثم يليهم بقية السكان، بما فيهم المهاجرين. ونظِّمت قوافل خاصة للوصول إلى سكان المناطق النّائية في المناطق الريفية، وذلك بفضل تنقّل الجيش.

8. هل كانت الجرعات المعزّزة متوفرة؟ و 9. هل تحقّقت تغطية كافية للجرعات المعزّزة ؟

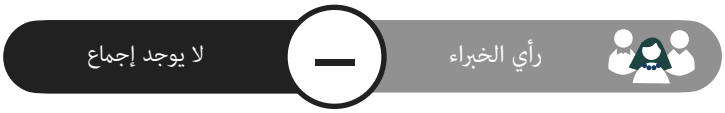
توفّرت الجرعات المعزّزة وتمت دعوة الأشخاص للانضمام إلى أقرب مركز تلقيح بمجرد انتهاء الفترة الموصى بها بعد الجرعة الأولى. ومع ذلك، كان هناك تردد نسبي في تلقي الجرعات المعزّزة، خاصة من الأشخاص الذين تم تلقيحهم ببعض اللقاحات التي كان يُعتقد أنها تسبب المزيد من الآثار الجانبية. ونتيجة لذلك، كان هناك انخفاض في التغطية المتوقعة للجرعات المعزّزة (بشكل رئيسي في الجرعتين الثانية والثالثة).

10. هل توفر الوصول إلى اختبار كورونا؟ و 11. هل تم ضمان القدرة على تحمل تكاليف الاختبار؟



خلال الموجات الأولى لكوفيد-19، كان الوصول إلى الاختبارات صعبًا للغاية حيث سُمح فقط لعدد قليل من مراكز الفحوصات بإجراء اختبار RT-PCR. وأعقب ذلك السماح لمزيد من المخابر الخاصّة والمصحّات الخاصة لتنظيم وتوفير الاختبارات، إضافة إلى تطوير الاختبارات السريعة وتسويقها. ومع ذلك، لم تكن هذه الأخيرة جديرة بالثقة دائمًا، كما يُعتبر اختبار RT-PCR مكلفًا للغاية في القطاع الخاص بالنسبة لعامة السكان.

12. هل تحقق الوصول إلى العلاج؟ 13. هل تم ضمان القدرة على تحمل تكاليف العلاج؟



اختلف علاج مرضى كوفيد-19 بين المرضى الذين يعانون من أعراض (خفيفة) إلى المرضى في المراحل المتقدمة والذين يعتمدون على الأكسجين. كان علاج الأعراض الخفيفة متاح بشكل عام في الصيدليات الخاصة، ولكن لم يكن يوصى به ولم يكن ميسور التكلفة لعامة الناس. من ناحية أخرى، كان على المرضى الذين يحتاجون إلى دخول المستشفى الانتظار في المنزل أو في غرفة الطوارئ للعثور على سرير في الجناح الطبي أو في وحدة العناية المركّزة. كانت موجة جويلية (يوليو) 2021 حرجة للغاية بسبب ازدحام المستشفيات والأقسام الطبية، وبسبب انقطاع إمدادات الأكسجين وعدم توافره في بعض المستشفيات. وقد أدى ذلك إلى إضطرار المرضى اللجوء إلى مستشفيات ومصحّات خاصة أخرى، فقط إذا كان ذلك ممكنًا ومجديًا من الناحية المالية.

الخاتمة والتوصيات

الخاتمة والتوصيات

- حتى قبل جائحة كوفيد-19، التي كان لها تأثير كبير على نظام الرعاية الصحية التونسية، كان يميل الاتجاه العام قبل عام 2019 وما بعده نحو تدهور معظم مؤشرات المكونات الأساسية للقطاع الصحي. ويرجع ذلك إلى الأزمة الاقتصادية المستمرة في البلاد ونقص ميزانيات المؤسسات الوطنية، مثل الصندوق الوطني للتأمين على المرض، والصيدلية المركزية الوطنية.

- بعد انتهاء الذروات الكبرى لكوفيد-19، في عامي 2021 و2022، شهدت البلاد عودة إلى عدم الانظباط العام تجاه تدابير النظافة والتأهب للأوبئة بين المهنيين في قطاع الصّحّة والمواطنين، يبدو أنه قد تم الركون إلى الاعتقاد بأنه لن تضرب البلاد أي جائحة كبرى مماثلة.

- كانت هناك فرصة للاستفادة من المبادرات التي نُفذت خلال جائحة كوفيد-19، مثل استخدام المعدات والمرافق الجديدة التي خُصصت لكوفيد-19. ومع ذلك، فقد لوحظ أنه لم يتم استخدام هذه الموارد على النحو الأمثل بعد الجائحة.

- لا يزال هناك أمل في الاستفادة من النجاحات التي حققتها الإجراءات التي تستهدف مكافحة جائحة كوفيد-19، مثل إنشاء المنصة الرقمية للتّلقيح الروتيني للأطفال، وتطوير خطة الوقاية والاستعداد لحالات الطوارئ، بالإضافة إلى تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للصحة.

- إلى جانب الدعم والتمويل من المتبرّعين الخارجيّين، هناك حاجة إلى التركيز على عمليات الأنظمة الصحية لابتكار حلول أكثر استقلالية واستدامة يمكن أن تزدهر بجهودها الخاصة بمجرد انتهاء التمويل.

- هناك حاجة إلى تحسين المعلومات والبيانات الصحية باستمرار من أجل وضع استراتيجيات قائمة على الأدلة. ويمكن القيام بذلك كدرس مستخلص من التقارير الخاصة بكوفيد-19.

- ينبغي على مسؤولي الصحة التونسيين التركيز أكثر على بناء الاستراتيجيات والسياسات، استنادًا إلى الدراسات الاستقصائية والمعلومات الصحية المتاحة، والتي يمكن مراقبة تنفيذها عن كثب. كما يجب إيلاء اهتمام خاص للحد من العوائق البيروقراطية غير الضرورية التي تواجه إنشاء وتنفيذ هذه الاستراتيجيات. هذا الأمر مطلوب بشكل خاص في حالة الاستراتيجية الوطنية للصحة، واستراتيجية توظيف المهنيين في مجال الرعاية الصحية، والسياسة الوطنية للأدوية الأساسية.

المراجع

1. منظمة الصحة العالمية، رصد المكونات الأساسية للأنظمة الصحية، دليل المؤشرات واستراتيجيات قياسها، 2010، https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf

2. أوبنهايم ب، جاليفان إم، مادهاف إن كيه، وآخرون. تقييم التأهب العالمي للوباء القادم: تطوير وتطبيق مؤشر التأهب للأوبئة. بي إم جيه جلوبال هيلث 2019، 4: e001157.doi:10.1136/bmjgh-2018-001157 https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/1/e001157.full.pdf

3. وزارة الصحة، تونس. الخارطة الصحية 2019

4. وزارة الصحة، تونس. الخارطة الصحية 2020-2021

5. منظمة الصحة العالمية. المؤشرات والبيانات - قاعدة البيانات بالإنفاق العالمي للصحة. متاحة على الرابط: https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en

تعمل المبادرة المصرية للحقوق الشخصية منذ عام 2002 على تعزيز وحماية الحقوق والحريات الأساسية في مصر، من خلال بحث وتأييد ودعم التقاضي في مجالات الحريات المدنية، والحقوق الاقتصادية والاجتماعية، والعدالة الجنائية.

تأسس التحالف في عام 2021 بهدف تعزيز ورفع أصوات المجتمع المدني العامل على إيجاد حلول للأوبئة الحالية والمستقبلية، وكذلك العاملين في القطاع الصحي الذين يعالجون إمكانية الوصول إلى الخدمات وجودتها، مع التركيز على الفئات التي لا تحصل على خدمات كافية في واحدة من أكثر المناطق التي تعاني من عدم المساواة على الأرض.

ولتحقيق ذلك، يركز التحالف على تطوير وتنفيذ استراتيجيات التثقيف العام والمشاركة، والمناصرة، وإصلاح السياسات، وترجمة الأبحاث لضمان إعلام جميع الأشخاص في جميع أنحاء القارة بحقوقهم وامتلاكهم للمهارات وإمكانية الدخول على المنصات اللازمة لمحاسبة الآخرين على الانتهاكات.

تعمل منظمة International Alert منذ أكثر من 30 عامًا على بناء السلام الإيجابي وتقليل العنف، وتعمل عبر خطوط النزاع ومع جميع أطراف النزاعات. تتمثل رؤيتها في أن الناس ومجتمعاتهم قادرون على حل النزاعات دون عنف، والعمل معًا لبناء سلام مُستدام وشامل.

تعمل منظمة International Alert في تونس منذ عام 2012 على دعم عملية الانتقال الديمقراطي من خلال تعزيز إدماج الفئات المُستبعدة والمُهمشة.