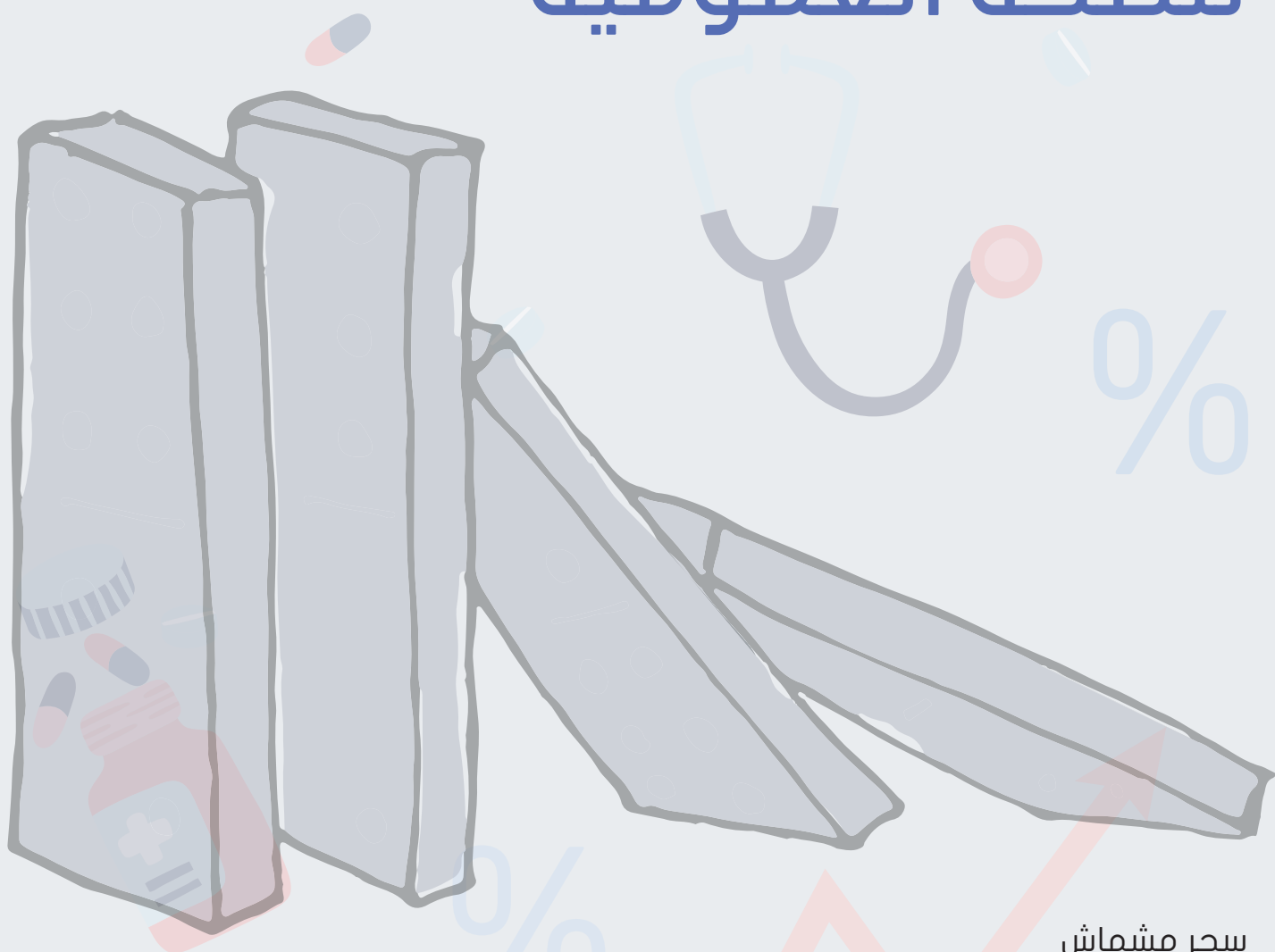


التقشُّف، المرض المزمن للصحة العموميّة



سحر مشماش

حسام شقّام

بمساهمة كلّ من

أمين بوزيان

كايت دونالد

سيف بنتيلي

المُحتوى

4

المقدّمة

5

تشخيص منظومة الرّعاية الصّحية

9

الموارد البشرية

12

نقص على مُستوى البنية التحتية والموارد المادية

01

24

أسباب فشل نظام الرعاية الصحية

25

نقص التمويل

30

نقص خدمات الوقاية

33

تفشي عدم المساواة

33

عدم المساواة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي

44

البطالة

46

عدم المساواة بين الجنسين

50

عدم المساواة في الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي

53

أشكال أخرى من عدم المساواة

53

سوء التصرف

02

57

الخاتمة

58

التوصيات

60

المراجع

ملخص

في الوقت الذي ارتفعت فيه ظاهريًا النفقات العمومية في قطاع الصحة في الفترة اللاحقة للثورة التونسية. لم يُواكب الاستثمار في الصحة العمومية نسق النمو السكاني، حيث ليزال هذا القطاع يشكو من عديد التباينات الإقليمية، كما أنه لم يصل بعد إلى مرحلة تمويل الخدمات الوقائية الفعّالة. حيث تُشير مُختلف المؤشرات إلى حتمية حدوث أزمة مُرتقبة في مستوى الصحة العمومية في حال مُواجهة عامل خارجي قد يُسلط العديد من الضغوطات المُتزامنة على المنظومة الصحية، على غرار ما حدث مع جائحة كوفيد 19.

لم يكن تدهور القطاع الصحي في تونس جليًا فقط في ظل بروز الجائحة. بل مثل ارثًا تاريخيًا تسبّب في التأثير على توفير الخدمات الصحية اليومية. ففي بلد يُعاني بشكل مُزمن من الفقر وعدم المُساواة، مُثلت سياسات التقشف التي فرضها النموذج الليبرالي المُعتمد على القطاع الصحي عاملًا أساسيًا في تفاقم الأضرار داخل قطاع الصحة العمومية ومزيد تعميق لمعاناة التونسيين/ات في التمتع بأحد أهم حقوقهم الأساسية.

تستخدم هذه الورقة التحليلية مُؤشرات الصحة العمومية والإحصائيات الوطنية والجهوية الصادرة عن المؤسسات الوطنية بهدف دراسة مدى سلامة واستدامة نظام الرعاية الصحية في تونس. يُسلط هذا العمل الضوء على مدى قدرة الحكومة التونسية في الترفيع بشكل ملحوظ في مواردها المالية وتوجيهها كاعتمادات تُرصد في سبيل احياء قطاع الصحة والعديد من القطاعات الحيوية الأخرى. وذلك من خلال تكثيف الجهود الرّامية نحو مُكافحة الاحتيايل والتهرّب الضريبي، وقرار لنسب ضريبية تصاعدية أكثر انصافًا ووتوزيعًا.

المقدّمة

مثل ظهور جائحة كوفيد 19 بداية من سنة 2019 اختبارا لقدرات أنظمة الرّعاية الصحيّة العالميّة وسياسات الحماية الاجتماعيّة. أمّا في تونس، فقد كشفت الجائحة بسرعة عن الحقيقة الصارخة المتمثلة في التدهور العام لنظام الصحة العموميّة وانهيار بُنيته التحتية.

لم يَكُن انهيار المنظومة الصحيّة التونسيّة التي تشكّو من اكتظاظ مُتواصل على مُستوى الخدمات الصحيّة وحدّة التفاوتات الجهويّة، مُقترنا أساسا بالفساد وسوء إدارة المال العام فقط. بل كان كنتيجة ضمنيّة ومباشرة لسياسات التقشف والمديونيّة المُعتمدة من قبل الدولة التونسيّة، التي خلّفت بدورها نقصا حادّا في الاستثمار في الخدمات العموميّة وتدهورا مُتواصلا في جودتها رافقها على امتداد عدّة عقود.

على غرار العديد من البلدان النامية، تأثّرت السياسات المالية وسياسات الميزانية للدولة التونسية منذ الثمانينات بشكل كبير بالنموذج الاقتصادي النيو ليبرالي. فباعتماد منطق تحرير السوق تبنّت تونس سياسات مالية أضعفت قدرة البلاد على تعبئة مواردها الذاتيّة ممّا دفع بها وبشكل خطير إلى دائرة التقشف والمديونية. تفاقمت هشاشة المرافق العمومية بعد الثورة التونسية لا سيما في نظام الرعاية الصحيّة مع استمرار السياسات الماليّة لمخطّط الإصلاح الهيكلي تقريبا دون أي بديل أو معارضة.

اعتمدت السلطات التونسية في مواجهة جائحة كوفيد 19 على إجراءات الحجر الصحيّ الصارم وعلى مجموعة متنوعة من قواعد التباعد الاجتماعي. لكن وبغض النظر عن التدابير الاجتماعيّة الرامية إلى الحدّ من انتشار الفيروس في ظلّ النقص الحاد في المعدادات والطواقم الطبيّة والأدوية الحيويّة، شهدت خدمات الرّعاية الصحيّة الأساسيّة اضطرابات واسعة النطاق أدت إلى أعلى معدل وفيات للفرد في أفريقيا والشرق الأوسط مما يكشف عن مدى هشاشة منظومة الصّحة العموميّة التونسية ونقص تمويلها.

تجدد الإشارة إلى أن تونس وقّعت على اتفاق أبوجا في عام 2001 وتعهّدت بمقتضى هذا الاتفاق بتخصيص 15٪ من ميزانيّتها الإجماليّة للصّحة العمومية. وعلى الرغم من أن ميزانية الصحة تُشير إلى زيادة مستمرة في النفقات الصحيّة من 1629 مليون دينار خلال سنة 2015 إلى 2141 مليون دينار خلال سنة 2019 أي السنة التي سبقت الجائحة، إلا أن نفقات الدولة على قطاع الصّحة العمومية كنسبة مئوية من إجمالي ميزانية الدولة تراجعت من 5.86٪ في 2015 إلى 4.95٪ في 2019. لا تُشكل هذه الاتفاقيّة في الواقع سوى واحدة من العديد من القوانين والاتفاقيات الوطنيّة والدوليّة التي صادقت عليها تونس والتي تضمن الحق في الرّعاية الصحيّة وتنظّم الوصول إليها والتي أدّى عدم احترامها إلى انهيار نظام الرّعاية الصحيّة في مواجهة كوفيد 19.

تهدف هذه الورقة إلى دراسة وكشف نقاط الضعف في قطاع الرّعاية الصحيّة في تونس وتحليل العوامل الرئيسيّة المتسبّبة في ذلك. هل كانت الموارد المُخصّصة للصّحة العامّة في السنوات التي سبقت الوباء كافية لبناء نظام قوي وهل تمّ تعبئة الموارد في سنوات الجائحة بالشكل المُناسب لمواجهة أزمة بذلك الحجم؟

للإجابة على هذه الأسئلة، اعتمدت الدّراسة على مُقاربة تحليل الميزانية من منظور الصحة العمومية بهدف تقديم توصيات حول سياسات وخيارات الماليّة العمومية التي يُمكن أن تُساعد على إرساء نظام صحي عادل وقويّ يكون قادرا على مُواجهة التحدّيات المُستقبلية.

01

تشخيص منظومة الرعاية الصحية

الأساس القانوني للحق في الصحة:

الحق في الصحة محمي على أعلى مستوى قانوني بموجب دستور تونس لعام 2014 حيث تنص المادة 83 منه على ما يلي:

“الصحة حق لكل إنسان. تضمن الدولة الوقاية والرعاية الصحية لكل مواطن. وتوفر الإمكانيات الضرورية لضمان السلامة وجودة الخدمات الصحية.

تضمن الدولة العالج المجاني لفاقدني السند ولذوي الدخل المحدود. وتضمن الحق في التغطية الاجتماعية طبق ما ينظمه القانون¹.”

تم التأكيد على الحق في الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي صادقت عليه تونس في عام 1985.² كما يبرز أيضا الحق في الصحة في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الذي صادقت عليه تونس كذلك والذي تنص المادة 12 منه على ما يلي:

“1. تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية.”

يعتبر العهد بأن الحق في الرعاية الصحية يتكوّن من العناصر المترابطة والأساسية التالية: التوافر وإمكانية الوصول والمقبولية والجودة³. لكن تجدر الإشارة إلى أن الحق في الصحة لا يقتصر فقط على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات والمصحات الطبية بل هو أوسع بكثير في مفهومه⁴.

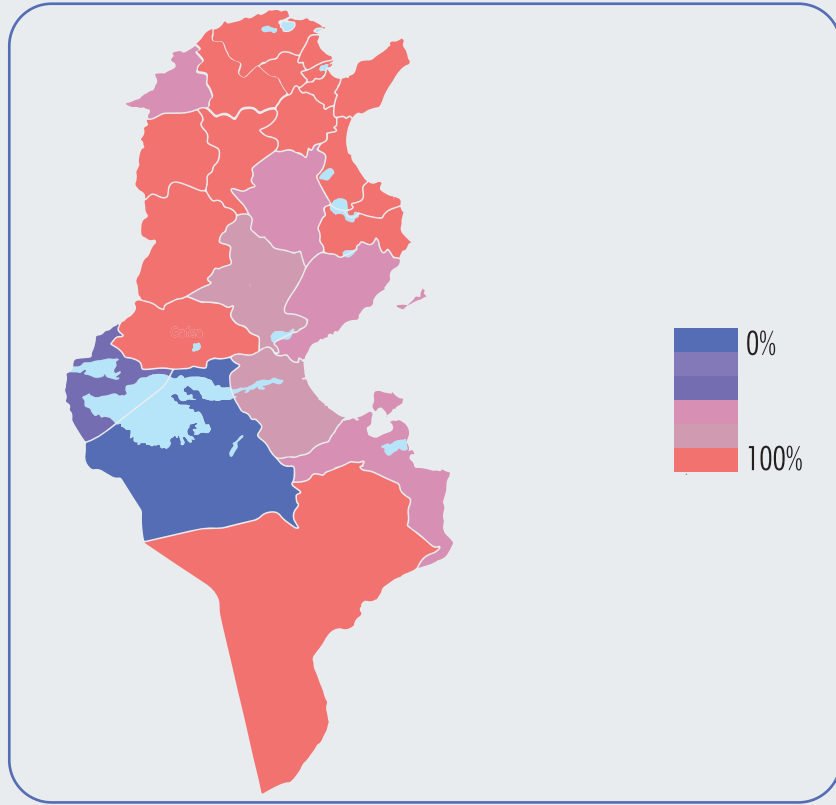
لكن على الرغم من كل هذه القوانين والاتفاقيات الوطنية والدولية، لا يزال أمام تونس طريق طويل لتقطعه من أجل احترام وضمن الوصول إلى هذا الحق.

1 مشروع Constitute. الدستور التونسي لعام 2014. جوان 2021. https://www.constituteproject.org/constitution/Tunisia_2014.pdf

2 المادة 52 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان:
(1) لكل شخص الحق في مستوى معيشي ملائم لصحة ورفاه نفسه ولأسرته بما في ذلك الغذاء والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية والحق في الأمن في حالة البطالة أو المرض أو العجز أو الترميل أو الشيخوخة أو أي شكل آخر من أشكال انعدام سبل العيش في ظروف خارجة عن إرادته.
(2) يحق للأمومة والطفولة الحصول على رعاية ومساعدة خاصتين. ويتمتع جميع الأطفال سواء وُلدوا داخل رباط الزوجية أو خارجه بنفس الحماية الاجتماعية.»

3 مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، التعليق العام رقم 14 للجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه (المادة 12). أوت 2000. متاح على العنوان التالي: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

4 وفقا للفقرة الثانية من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية:
”تشمل الخطوات التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لإعمال هذا الحق إعمالا كاملا الخطوات اللازمة:
(أ) النص على خفض معدل الإملاص ووفيات الرضع وتحقيق النمو الصحي للطفل.
(ب) تحسين جميع جوانب النظافة البيئية والصناعية.
(ج) الوقاية والعلاج والسيطرة على الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية وغيرها.
(د) تهيئة الظروف التي تضمن لجميع الخدمات الطبية والعناية الطبية في حالة المرض.”

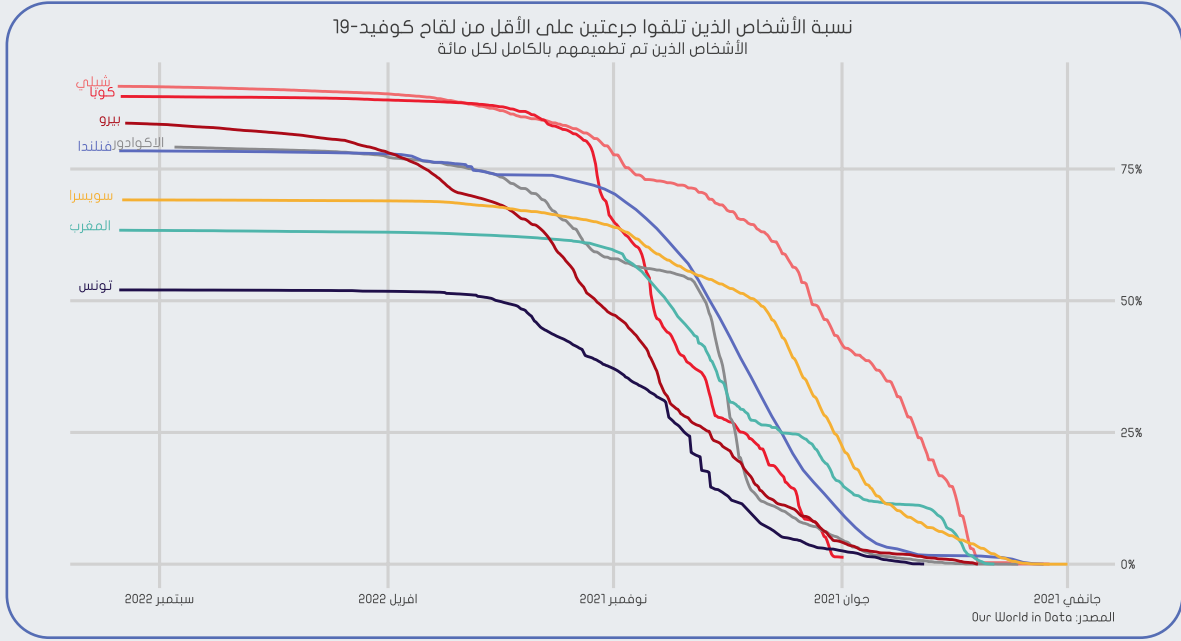


الشكل 1: سعة وحدات العناية المُركّزة في المُستشفيات العامة 21 جوان 2021 (المصدر: وزارة الصحة)⁵

اتخذ الفشل في ضمان الحق في الصحة أبعادا عديدة أثناء الجائحة حيث تعدّدت المشاكل والصّعوبات بدءا من الافتقار إلى وحدات العناية المُركّزة (الشكل 1) إلى بطء وتيرة عمليات التلقيح. وبالفعل فقد كانت تونس بطيئة للغاية في تنفيذ استراتيجية فعّالة للتلقيح ضد كوفيد 19 حتى جويلية 2021 مما جعل البلاد عُرضة لموجة كارثية في تلك الصّائفة⁶. وعلى الرّغم من إحراز تقدّم كبير في التلقيح ضدّ كوفيد-19، لا تزال تونس تقبع خلف الدّول المتقدمة مثل فنلندا وسويسرا ولكن أيضا خلف دُول نامية على غرار تشيلي وكوبا والمغرب (الشكل 2).

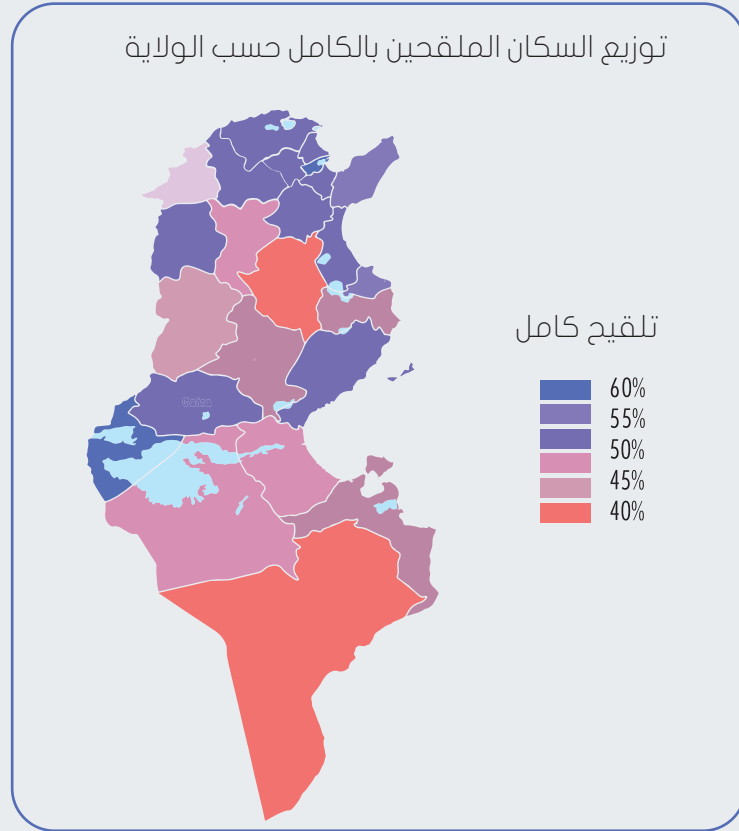
5 صفحة وزارة الصحة على الفيسبوك تم نشرها في 22 جوان 2021 والاطلاع عليها في 32 جوان 2021
<https://www.facebook.com/santetunisie.rns.tn/photos/pcb.4245030148869390/4245029722202766>

6 كوردال سسايمون "Tunisia lockdown ends, despite Africa's worst Covid death rate", The Guardian, Cordall Simon
<https://www.theguardian.com/global-development/2021/may/19/tunisia-lockdown-ends-despite-africas-worst-covid-death-rate>



الشكل 2: نسبة الأشخاص الذين تلقوا جرعتين على الأقل من لقاح كوفيد-19 (المصدر: Our World in Data)⁷

على غرار معظم الموضوعات التي تم استكشافها في هذه الورقة، فإن معدلات التلقيح ضد كوفيد-19 موزعة بشكل غير عادل بين مناطق مختلفة من البلاد حيث يكون أعلى تركيز في المناطق الساحلية (الشكل 3).



الشكل 3: توزيع السكان الذين تم تلقيحهم بالكامل حسب الولاية اعتباراً من 17 مارس 2022 (المصدر: Evax.tn)⁸

⁷ "لقاحات فيروس كورونا (كوفيد-19) - الإحصاءات والبحوث" Our World in Data. تم الوصول إلى المقال في 23 جوان 2021
<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=TUN>.

⁸ Evax.tn، بيانات التلقيح المفتوحة، مارس 2022 -
<https://evax.tn/vaccination00.html>

كما أتضح ذلك بشكل بديهي قبل الجائحة وبعدها فإنّ نظام الرعاية الصحية التونسي يُعاني من نقص في الخدمات عالية الجودة ومن عدم قدرته على الصمود أمام حالات الطوارئ. بالإضافة إلى ذلك، فإنّ التونسيين غير راضين بشكل عام عن الخدمات التي يتلقونها من هذا النظام الصحي. قبل محاولة فهم الأسباب الكامنة وراء هذا الفشل، يتعيّن مُعالجة بعض مظاهره وكيف يؤثر على الأوضاع الصحيّة لمُستخدمي الخدمة وعلى حياتهم اليومية.

يقدّم هذا القسم لمحة عامة عن البنية التحتية الصحيّة والموارد البشرية والمادية لقطاع الرعاية الصحية. يتّسم الاتجاه العام بنقص في الفئات المذكورة أعلاه وبتوزيع غير عادل كبير بينها.

الموارد البشرية

يوجد نقص حاد في الطواقم الطبيّة في تونس كما سيتمّ التطرّق إلى ذلك في هذا القسم. يختلف هذا النقص في شدّته حسب المناطق وحسب الاختصاصات المهنية (الأطباء والممرضات والقابلات والفنيين).

الأطباء

يُعتبر النقص في الأطباء في تونس ظاهرة صادمة خاصة في بعض التخصصات الطبية والجراحية إذ يبلغ عدد الأطباء في تونس عن كلّ 1000 شخص 1,3⁹ وبينما ارتفع عدد الأطباء العاميين في القطاع العمومي من 3414 في عام 2017 إلى 4225 في عام 2019 (0,36 عن كلّ 1000 شخص). شهد عدد الأطباء المتخصصين انخفاضا حادا في نفس الفترة إذ تراجع من 3339 إلى 2318 (0,19 عن كلّ 1000 ساكن)¹⁰.

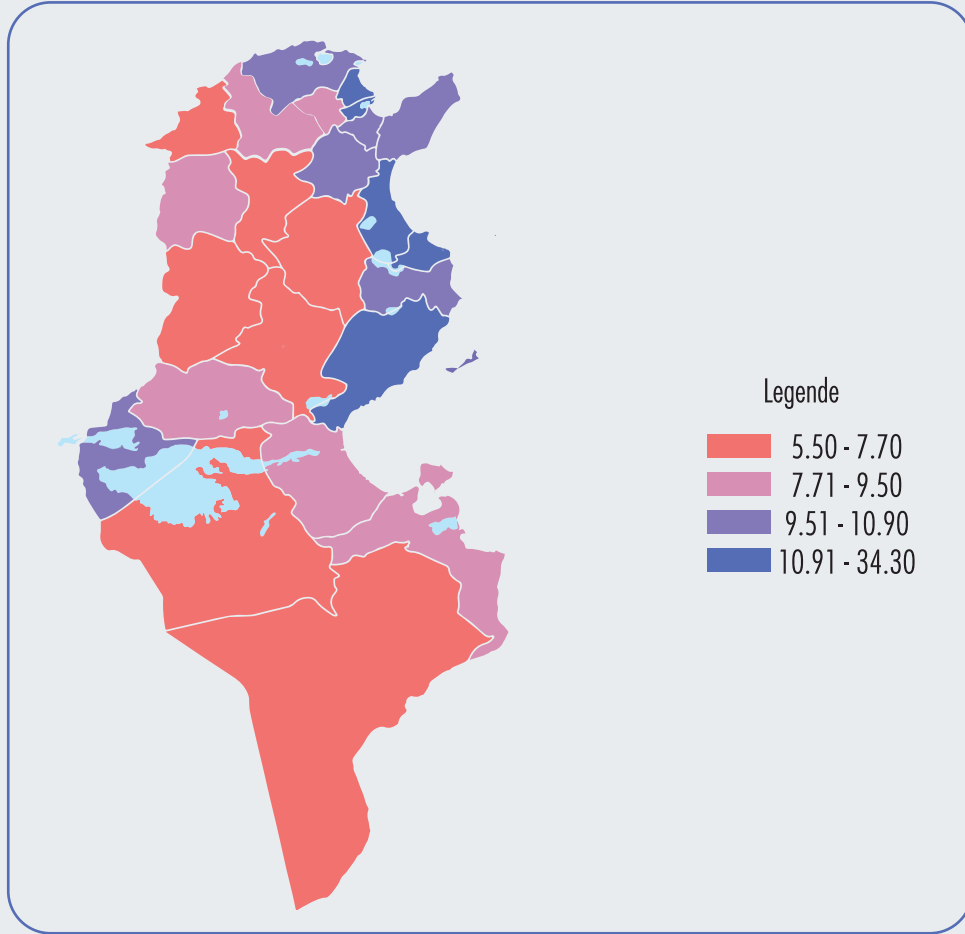
يشمل النقص في الموارد البشرية أيضا القوى العاملة الجراحية المُتخصصة التي يبلغ مُعدّلها الوطني 11,54 عن كلّ مائة ألف نسمة (2014) وهو أقل بكثير من المتوسط العالمي البالغ 30,53 (2015) وهي نسبة تقل أيضا عن بلدان أخرى مثل هندوراس (60 في عام 2014) وفنلندا (76 في عام 2014) وكوبا (100,89 في عام 2017)¹¹.

كما يتّسم هذا النقص بتوزيعه غير العادل بين المناطق فكما يوضّحه الشكل 4، تختلف كثافة الأطباء عن كلّ عشرة ألف ساكن حسب المنطقة مع وجود مُعدّلات أعلى غالبا في المناطق الساحلية.

9 البنك الدولي «الأطباء (عن كلّ ألف نسمة) - تونس»
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=TN-XN>

10 وزارة الصحة. «الخارطة الصحيّة 2019» - جوان 2012. صفحة 89

11 البنك الدولي. «القوى العاملة الجراحية المتخصصة (عن كلّ 100000 نسمة) - تونس، العالم، كوبا» البيانات. تم الاطلاع على المقال في 16 فيفري 2012.
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.SAOP.P5?locations=TN-1W-CU>



الشكل 4: كثافة الأطباء عن كلّ 10000 نسمة في عام 2019 (المصدر: وزارة الصحة)¹²

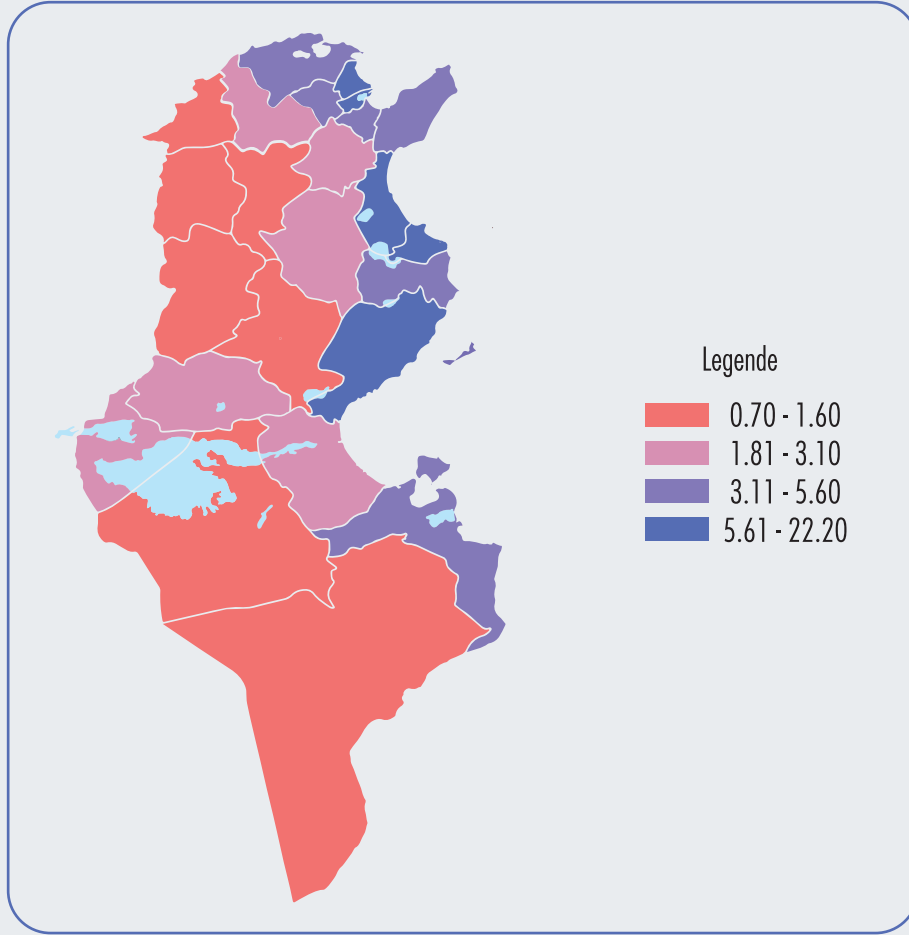
بينما بلغ المعدّل الوطني لعدد الأطباء عن كلّ عشرة آلاف شخص سنة 2019 (في كل من القطاعين العام والخاص) 13,2 طبيب، سجّلت منطقة الوسط الشرقي نسبة 16,8 (بزيادة 5 ٪ عن معدّل سنة 2017) في حين بلغ هذا المعدّل 6,2 فقط في منطقة الوسط الغربي وسجّل الشمال الغربي 7,6 (انخفاض بنسبة 1٪ عن عام 2017) بينما سجلت منطقة الجنوب الشرقي 8,6 (انخفاض بنسبة 4 ٪ مقارنة بسنة 2017).

أما حسب الولايات، فقد تم تسجيل أدنى نسبة في سيدي بوزيد بمعدّل 5,5 تليها ولاية القصرين بمعدّل 5,8 ثمّ 7,0 في كل من ولايتي القيروان وتطاوين. بالإضافة إلى ذلك، فقد لوحظ أكبر تراجع في نسبة عدد الأطباء عن كلّ عشرة آلاف شخص بين عامي 2017 و 2019 في بنزرت بنسبة 69٪ (انخفاض المعدّل من 31,26 إلى 9,7) وفي ولاية قبلي بنسبة 32 ٪ (من 11,31 إلى 7,7)¹³.

يتفاقم التوزيع غير المتكافئ في الموارد البشرية على مستوى أطباء الاختصاص كما يتضح ذلك في الشكل 5.

وزارة الصحة، «الخارطة الصّحية 2019» - جوان 2021، صفحة 105.
نفس المرجع

12
13



الشكل 5: كثافة أطباء الاختصاص عن كلّ عشرة آلاف شخص في عام 2019 (المصدر: وزارة الصحة)¹⁴

بلغ المعدّل الوطني لكثافة أطباء الاختصاص 6,63 طبيب عن كلّ عشرة الف شخص سنة 2019 (انخفاض بنسبة 8,85 ٪ مقارنة بعام 2017). لكن هذه النسبة تُسجل أدنى مستوياتها في الجنوب الغربي بمعدّل 1,9 وفي الشمال الغربي بنسبة 1,8 وكذلك في منطقة الوسط الغربي بمعدّل 1,6. تمّ تسجيل أدنى نسبة في ولاية سليانة بمعدّل 0,7 طبيب مُختص (انخفاض بنسبة 54,35 ٪ مقارنة بسنة 2017) تليها ولاية تطاوين بمعدّل 0,9 طبيب مُختص و كل من قبلي والقصرين بمعدّل 1,1 طبيب مُختص عن كل عشرة ألف شخص¹⁵.

بالإضافة إلى كونها غير منصفة بشكل عام، تختلف التفاوتات أيضا بحسب التخصصات. فعلى سبيل المثال، يبلغ المعدّل الوطني لأطباء أمراض النساء عن كلّ عشرة ألف شخص 2,91 طبيب مُختص. وينخفض هذا المعدّل إلى 0,71 و 0,72 في تطاوين وسليانة على التوالي. ولا يوجد في ولايات مثل سليانة وقفصة أطباء تخدير وإنعاش في حين لا يوجد في كل من ولايات زغوان ومدنين وقبيلي أطباء نفسانيون¹⁶. يُشير هذا بوضوح إلى مدى حرمان المناطق الداخلية وخاصة منها الولايات الغربية للبلاد.

لا تؤدي هذه التفاوتات إلى ضرورة التنقل على مسافات أبعد والانتظار لفترات أطول لتلقي الرعاية المناسبة فحسب بل تؤدي في بعض الحالات إلى مضاعفات وتدهور للأوضاع الصحية وحتى إلى وفاة البعض من مُتساكني هذه المناطق.

مثال ذلك في ولاية تطاوين التي تُعدّ أكبر ولاية في البلاد التونسية من حيث المساحة، والتي اقتصر عدد الأطباء الأخصائيين فيها سنة 2016 على 11 طبيبا تقلص عددهم إلى 4 أطباء خلال العام الموالي (مقابل 387 طبيبا إخصائيا في ولاية سوسة). كما لم يوجد في هذه الولاية خلال العامين الماضيين أي أطباء متخصصين في أمراض النساء والتوليد.

لهذا السبب، كان الشاغل الرئيسي لسكان تطاوين في استطلاع مفتوح حول أولوياتهم من حيث الرعاية الصحية هو مشكل القلة أو الغياب الكامل للمتخصصين في بعض المجالات الطبية مثل أمراض النساء،

14 نفس المرجع، الصفحة 107.

15 نفس المرجع

16 نفس المرجع، الصفحة 108

الممرضات والقابلات

شهد عدد المُساعدين الطبيين خلال السّنوات القليلة الماضية انخفاضا طفيفا. فقد تراجع عدد الفنيين الصّحيين من 128337 سنة 2017 إلى 127710 في عام 2019 وانخفض عدد الممرضات من 25893 إلى 25030.¹⁸

زاد هذا الانخفاض من تفاقم نقص الممرضات والقابلات في تونس حيث يقلّ مُعدّل الممرضات والقابلات لكل 0001 شخص في تونس كثيرا عن المتوسط العالمي كما يقل عن النسبة التي توصي بها منظمة الصحة العالمية. فعلى سبيل المثال، بلغ هذا المتوسط في كوبا 7,561 في عام 2018 في حين يُقدّر المتوسط العالمي خلال نفس السنة بـ 3,816. أمّا في تونس، فلا تتجاوز هذه النسبة 2,514 (2017)¹⁹ وهو انخفاض مُقارن بـ 2,65 سنة 2015 و 2,64 سنة 2016.²⁰ تعتبر طبعا هذه النسبة ضئيلة خاصة عند مقارنتها بالنسبة التي توصي بها مُنظمة الصحة العالمية وهي 1000/4. وهذا يعني أن تونس تعاني من نقص حاد في الممرضات والقابلات وهو ما يزداد سوءا سنة بعد سنة.²¹

أمّا من حيث الأداء الوطني في هذا المجال فقد كانت المقاييس أغلبها ثابتة. فعلى سبيل المثال، شهد عدد وفيات الأمهات تحسّنا من 96 حالة في عام 2014 إلى 90 حالة في عام 2017.²² ومن ناحية أخرى، شهدت نسبة النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية ما قبل الولادة تراجعا طفيفا من 98,1 في عام 2012 إلى 95,3 في عام 2018.²³

لكن هذه المقاييس الوطنية لا تُمثل بالضرورة تجارب النساء في العديد من المناطق في تونس. ففي تطاوين مثلا، أدّى النقص المذكور أعلاه في أطباء أمراض النساء والعاملين الصحيين للمرأة بشكل عام إلى انخفاض في الولادات في المستشفى مع لجوء عدد متزايد من النساء إلى الولادة بالطرق التقليدية في البيوت. بالإضافة إلى ذلك، يرتبط هذا النقص بارتفاع مُعدّل وفيات الأمهات في الولاية، الذي يبلغ 80 حالة وفاة عن كل مائة ألف ولادة في عام 2013 وهو ما يزيد عن ضعف المُعدّل الوطني البالغ 36 حالة وفاة عن كل مائة ألف ولادة.²⁴

إن النقص والانخفاض المستمر في الموارد البشرية إلى جانب الطلب المتزايد على خدمات الرعاية الصحية يضع ضغطا كبيرا على المهنيين الطبيين ويخلق حواجز أمام مُستعملي الخدمة وقد يُؤدّي إلى تدهور الظروف الصحية للمرضى وحتى إلى الموت في بعض الحالات.

يتضح ذلك مثلا من حالة الموظفين المثقلين في مستشفى عزيزة عثمان بتونس (الشكل 6).²⁵

17 International Alert – «تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص و بدائل» 2019 – الصفحة 24

18 وزارة الصحة. «الخارطة الصحية 2019»، جوان 2020. الصفحة 102.

19 البنك الدولي «الممرضات والقابلات (لكل 1000 شخص) - تونس، العالم، كوبا» - البيانات. تم الاطلاع عليها في 16 فيفري 2021.

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=TN-TW-CU>.

20 «كثافة موظفي التمريض والقابلة (لكل 0001 نسمة)» - منظمة الصحة العالمية. تم الاطلاع على البحث في 11 جوان 2021

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-density-\(per-1000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-density-(per-1000-population))

21 نفس المرجع

22 البنك الدولي «عدد وفيات الأمهات-تونس»

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MMR.DTHS?locations=TN-XN>

23 البنك الدولي، «النساء الحوامل اللائي يتلقين رعاية ما قبل الولادة (٪) - تونس»

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.ANVC.ZS?locations=TN-XN>

24 International Alert – «تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص و بدائل» 2019 – الصفحة 37

25 محكمة الحسابات. «التقرير السنوي 13». ديسمبر 2018 صفحات 412-448.

الموارد البشرية في مستشفى عزيزة عثمانة

يكتسي هذا المستشفى أهمية وطنية لأنه يوفر خدمات متنوّعة لعدد كبير من المرضى. ففي سنة 2016 فقط، قدّم المستشفى حوالي 69000 عيادة خارجية بينما توفّر وحدة أمراض الدم العلاج لحوالي 60% من مرضى الدم في مختلف أنحاء البلاد. إلا أنّ المُستشفى يُعاني من العديد من الإشكاليات تتمثل إحداها في الطلب المتزايد على خدماته إذ ارتفع عدد المرضى في وحدتي أمراض الدم والتوليد من 5947 في عام 2013 إلى 8307 في عام 2016. بالإضافة إلى ذلك، ارتفع عدد زيارات العيادات الخارجية في وحدة طب النساء والتوليد بين عامي 2012 و 2016 من 2536 زيارة إلى 4971 زيارة سنويا. يتمثل السبب الذي أدّى إلى هذا الارتفاع في استقرار الموارد البشرية، مما وضع ضغوطا هائلة على الموظفين والعملة ويمكن أن يؤدي إلى المزيد من الأخطاء الطبية.

ارتفع عدد المرضى بين عامي 2012 و 2016 عن كُلي:

- طبيب جامعي مختصّ في أمراض الدم من 179 إلى 245،
- طبيب جامعي مُختصّ في أمراض النساء والتوليد من 508 إلى 1241،
- مساعد طبيّ مُختص في أمراض الدم من 40,6 إلى 61,3.

يُعود هذا جزئيا إلى مُفادرة 12 طبيبا بما في ذلك 4 أساتذة جامعيين المستشفى خلال تلك الفترة ولم يتم تعويضهم.

تجدر الإشارة أيضا إلى أن المعايير الوطنية والدولية المتعلقة بعدد الطواقم الطبيّة عن كُلي سرير في المستشفى هي 1,5. إلا أن هذه النسبة وصلت بصعوبة في الوحدات المعزولة لخدمات أمراض الدم إلى 0,4 ممّا من شأنه يُعرّض المرضى الضعفاء لخطر كبير.

كما يتم تأمين اختصاصي طب الأطفال وطب التخدير والإنعاش بقسم أمراض النساء والتوليد من طرف طبيب وحيد لكل منهما علما بأنّ هذه الوضعية ترجع بالنسبة إلى اختصاص طبّ الأطفال إلى سنة 2004. زد على ذلك، فقد تولى طبيب مُقيم واحدة تغطية فترات العمل الليلية في هذه الوحدة بين عامي 2013 و 2016 ممّا أثر على الرعاية الشاملة وعلى الفعالية أثناء الطوارئ.

علاوة على ذلك، وعلى الرغم من العدد الكبير للولادات التي يتمّ تسجيلها في هذا المستشفى حيث بلغت أكثر من 17000 بين عامي 2012 و 2016 فقد أقيمت طبيبة واحدة فحص حديثي الولادة منذ عام 2004 وعملت على تغطية جميع فترات العمل الليلية وبعد الظهر وقد أدّت هذه الوضعية إلى فراغ طبيّ لإنجاز هذه المهمة عندما تكن الطبيبة في إجازة أو في مُهمة خارج المستشفى كما حدث ذلك لمدّة 80 يوما بين جويلية 2015 وجوان 2017.

كما أدّى نقص الموارد البشرية إلى إحالة 56% من الأطفال حديثي الولادة (1300 بلغ عددهم) إلى مستشفيات ومرافق رعاية صحية أخرى للتدخلات. نظرا لصغر سنهم (80% أقل من 34 أسبوعا)، فقد أدّى نقلهم في سيارات طوارئ غير مجهزة تجهيزا جيدا إلى تدهور الظروف الصحية وانخفاض فرصهم للبقاء على قيد الحياة مثال ذلك وفاة مولود جديد في سيارة إسعاف في عام 2016.

الشكل 6: تقرير محكمة الحسابات عن مستشفى عزيزة عثمانة بتونس²⁶

نقص على مُستوى البنية التحتية والموارد المادية

بالإضافة إلى نقص الموارد البشرية، يُعاني نظام الرعاية الصحية العامة أيضا من نقص في الموارد المادية على غرار أسرّة المستشفيات والمُعدّات الطبيّة الثقيلة وغيرها من الضروريات كوسائل ومُعدّات الحماية الشخصية²⁷.

تمّ تسجيل المُعطيات التالية منذ سنة 2011 في القطاع العام:

- ظلّ عدد مجتمعات الرّعاية الصحية الأساسية على حاله أي 28 مجمع.
- ارتفع عدد المراكز الصحية الأساسية بنسبة 4% من 2091 إلى 2176 يضمن 20% فقط منها خدمات تمتدّ على 6 أيام في الأسبوع

26 محكمة الحسابات، التقرير السنوي 31 - ديسمبر 2018 - الصفحات من 412 إلى 448.
27 وزارة الصحة العموميّة - الخارطة الصحيّة 2019 - أبريل 2021، الصفحة 323

- ارتفع عدد المُستشفيات المحليّة بنسبة أقل من 1٪ من 109 إلى 110
- انخفض عدد المستشفيات الجهويّة بنسبة 6٪ من 33 إلى 31 مُستشفى
- ظلّ عدد المستشفيات الجامعية والمراكز المُتخصّصة على حاله في حدود 32.

وفي الأثناء، ارتفع عدد مرافق القطاع الخاص بنسبة تتجاوز 23٪ من 2406 إلى 2976 مرفق صحي (الشكل 7).

2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	نوع المرفق	المستوى	القطاع
28	28	28	28	28	28	28	28	28	مجمع صحّة أساسية	الخط الأول	القطاع الخاص
2176	2161	2157	2135	2123	2109	2104	2098	2091	مراكز صحّة أساسية		
110	110	108	108	108	108	108	109	109	مستشفيات محليّة		
31	31	35	35	35	35	35	33	33	مستشفيات جهويّة	الخط الثاني	
32	32	32	32	32	32	32	32	32	مستشفيات جامعية ومراكز مُتخصّصة	الخط الثالث	
2377	2362	2360	2338	2326	2312	2307	2300	2292		المجموع	
2172	2127	2050	2038	2006	1975	1972	1935	1092	عيادات طبيّة		القطاع العام
581	544	511	486	453	415	392	358	324	مخابر طبيّة		
117	116	115	115	111	106	99	99	99	مصحات تصفية الدم		
106	102	98	90	91	88	82	81	81	مصحات خاصة		
	312	-	-	-	-	-	-	-	مراكز طبيّة للتصوير بالأشعة		
2976	3201	2774	2729	2661	2545	2475	2475	2406		المجموع	

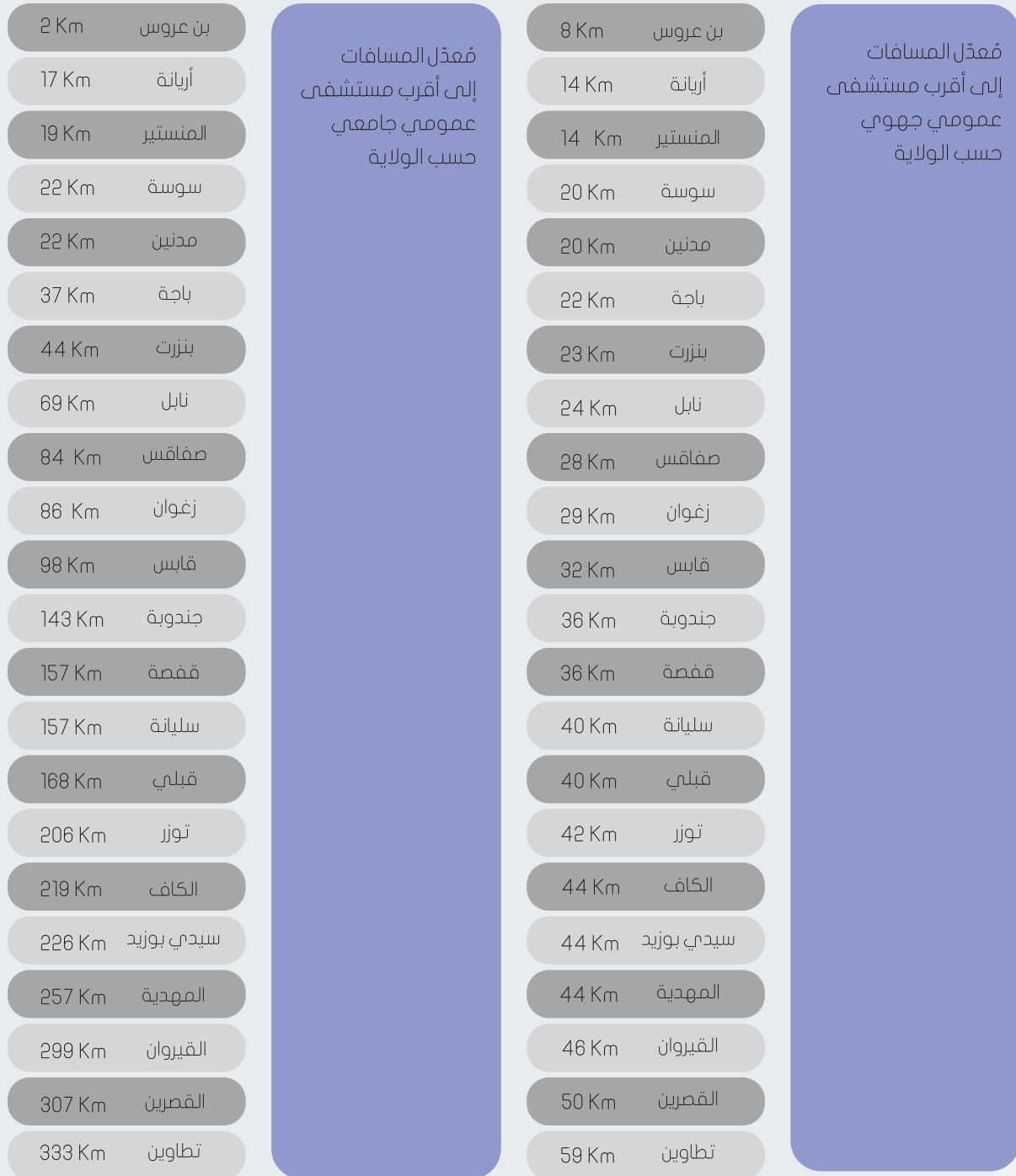
الشكل 7: تطور الهياكل الصحية في عام 2019 (المصدر: وزارة الصحة)²⁸

بما أن قطاع الصّحة العموميّة تطوّر بنسق يقلّ عن النموّ الديمغرافي، فقد ارتفع عدد السّكان عبر السنوات مُقارنة بالخدمات الصحيّة العموميّة. فعلى سبيل المثال، ارتفع عدد الأشخاص بحساب كلّ مركز صحيّ أساسي بنسبة 6٪ بين عامي 2010 و2019 ليصل إلى 5358 ساكن ويرتفع هذا العدد بالنسبة للمراكز التي تعمل بدوام كامل فقط حيث يصل إلى 12555 ساكن.

وعلى عكس تضوّل فرص النفاذ إلى خدمات الرّعاية الصحية للتونسيين الذين لا يستطيعون الاعتماد إلّا على القطاع العام، فقد أصبحت خدمات الرعاية الصحية الخاصة مُتاحة بشكل أكبر خلال السنوات الأخيرة. بالنظر إلى القطاع الصحيّ الخاص، تُلاحظ أنّ نسبة السّكان عن كل مرفق من مرافق القطاع الخاص قد انخفضت بشكل مُتّرد إذ تراجمت نسبة السّكان عن الخدمات الطبية الخاصة خلال النهار من 6593 إلى 6466 (-2٪) بينما تراجمت نسبة السّكان عن الخدمات الليلية والاستعجالية خلال نفس الفترة من 37409 إلى 31594 (-15٪). وبما أن القدرة على تحمّل التكاليف تُمثل عاملاً حاسماً لقدرة المواطنين على التمتع بحقوقهم في الخدمات الصحية، فإن انخفاض عدد الأطباء في القطاع العام وارتفاعه في القطاع الخاص يُمثل تحدياً خطيراً للعديد من الأسر التونسية المحرومة. إلّا أنه تجدر الإشارة إلى أن النفاذ إلى الخدمات الصحيّة في القطاع الخاص لا يزال غير متكافئ بين الجهات حيث أن 90٪ من العيادات الخاصة موجودة في المناطق السّاحليّة²⁹. وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن وجود مرافق الرعاية الصحية العموميّة لا يعكس ضروريّاً توقّر الخدمات، ففي تطاوين مثلاً، كان يوجد سنة 2018 ما يُناهز 65 مركزاً صحياً أساسياً أكثر من نصفها (36 مركزاً) تُوفّر عيادات نهار مرّة واحدة فقط في الأسبوع (32 مركزاً) أو مرّتين (3 مراكز) بالإضافة إلى مركز يوفّر بضع ساعات للعيادة الطبية مرّة واحدة فقط في الشهر³⁰.

28 نفس المصدر
29 ديوان المحاسبة، التقرير السنوي 32، 2020، الصّفحة 212
30 International Alert، تقييم مجتمعي للخدمات الصحيّة العمومية بولاية تطاوين: تشخيص و بدائل – الصّفحة 27 - 2019

بالإضافة إلى ذلك، فإن وجود المراكز الصحية الأساسية حتى عند العمل بدوام كامل لا يعني توافر جميع الخدمات. فبالنسبة لبعض التخصصات، يحتاج مُستعملو الخدمة إلى التوجه إلى المستشفيات الجهوية أو المستشفيات الجامعية لكن يبقى النفاذ إلى هذه المرافق غير متكافئ بالمرّة بين الجهات. فكما يوضّحه الشكل عدد 8، يبلغ مُعدّل المسافة للوصول إلى مستشفى جامعي كيلومترين في تونس و 37 كلم في صفاقس و 84 كلم في نابل. وترتفع هذه المسافة إلى 333 كلم في توزر. لا يُعدّ هذا الأمر مُرهقا ومُكلفا فحسب ولكنه يزيد أيضا من خطر تدهور صّحة المرضى أو حتّى وفاتهم في طريقهم لتلقي الرّعاية المناسبة.



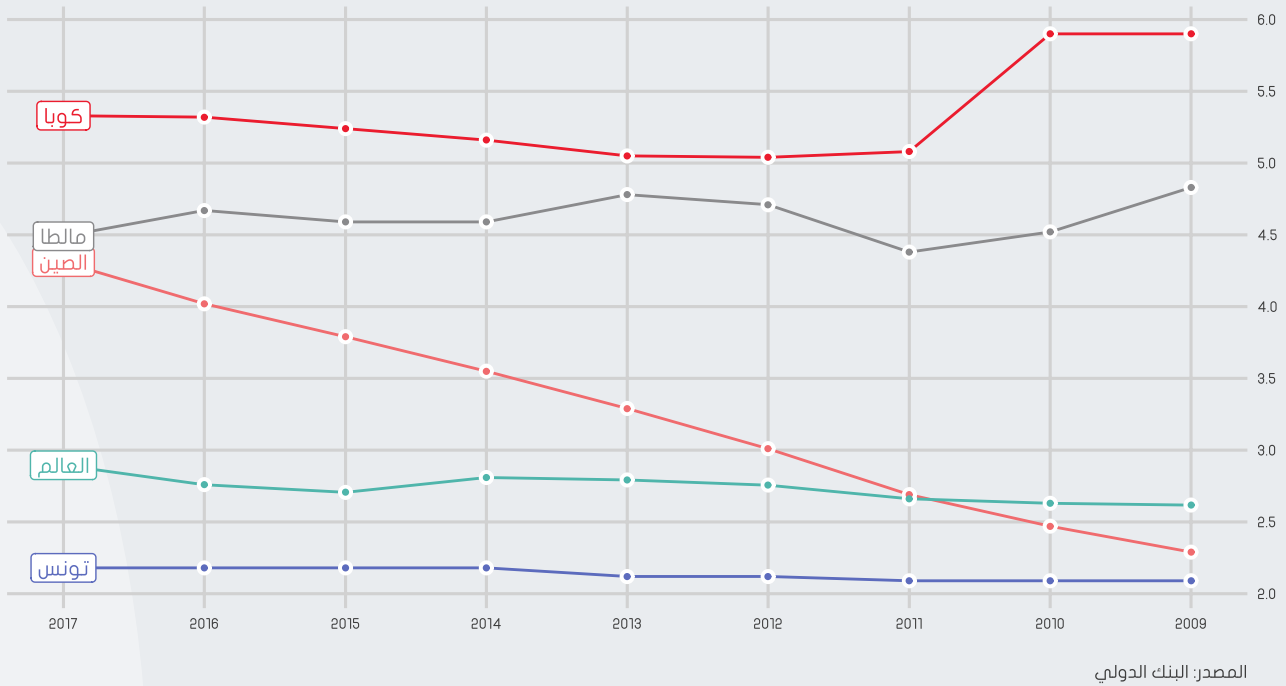
الشكل 8: مُعدّل المسافة إلى مرافق الصّحة العامة (المصدر: International Alert)³¹

كما يتّضح النقص في الهياكل الأساسية والمُعَدّات اللازمة من خلال عدم كفاية قدرة المستشفيات ونقص الأسرة المُتاحة.

شهدت طاقة استيعاب المستشفيات في البلاد زيادة بنسبة 6٪ بين عامي 2017 و 2019 حيث ارتفعت من 26795 إلى 28320 سريراً لكن تجب الإشارة إلى أن مُعدل الارتفاع يختلف اختلافاً كبيراً بين القطاع العام (3٪) والقطاع الخاص (17٪). لكن على الرغم من هذا النمو، فإن سعة الأسرة في المستشفيات التونسية تبقى غير كافية.

بلغ عدد أسرة المستشفيات سنة 2017 في تونس 2,18 سرير عن كُـل 1000 شخص (ينخفض هذا المُعدّل إلى 1,84 باحتساب القطاع العام فقط)³²، وهو أقل من المتوسط العالمي البالغ 2,9، وكذلك أقل من البلدان الأخرى مثل مالطا (4,49) وطاجيكستان (4,67) وكوبا (5,33). (أنظر الشكل 9).

أسرة المستشفيات عن كُـل 1000 شخص



الشكل 9: أسرة المستشفيات عن كُـل 1000 شخص (المصدر: البنك الدولي)³³

وعلى غرار الموارد البشرية، تتوزّع الأسرة القليلة الموجودة بشكل غير عادل بين الجهات. ففي حين يبلغ مُعدّل الأسرة على الصّعيد الوطني 2,43 سرير لكل 1000 شخص في عام 2019، سجّل أعلى مُعدّل في تونس ب 6,21 سرير وأدناه في سيدي بوزيد ب 1,06 سرير وهو تفاوت أقلّ ما يُقال عنه صادم.

32 وزارة الصحة، الخارطة الصّحية 2019 - جوان 2021، الصفحة 73.
33 البنك الدولي، «أسرة المستشفيات (عن كُـل 1000 شخص) - تونس، العالم، الصين، كوبا، سويسرا»، البيانات، تم الاطلاع عليها في 14 أبريل 2021،
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=TN-1W-CN-CU-CH&start=2000>.

الولاية	اختصاص طبي			اختصاص جراحي			طب الأطفال وحديثي الولادة			التخدير-الإنعاش			أمراض النساء والتوليد			الطب النفسي		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
تونس	1603	1666	1672	1303	1306	1346	411	421	421	115	115	115	527	550	550	-	-	-
أريانة	325	325	325	63	63	68	28	28	28	45	45	45	35	35	35	-	-	-
بن عروس	87	87	91	122	122	148	42	42	42	38	38	48	60	60	60	4	4	4
منوبة	191	191	191	150	150	150	10	10	10	29	29	29	-	-	-	580	580	580
تونس الكبرى	2206	2269	2279	1638	1641	1712	491	501	501	227	227	237	622	645	645	584	584	584
نايل	444	444	444	226	226	226	90	90	90	20	20	20	140	140	140	22	22	22
زغوان	107	107	107	41	41	41	20	20	20	-	-	12	25	25	25	-	-	-
بنزرت	445	445	445	231	231	221	122	122	122	14	14	24	105	105	105	-	-	-
الشمال الشرقي	996	996	996	498	498	488	232	232	232	34	34	56	270	270	270	22	22	22
باجة	268	274	294	145	157	157	50	50	50	10	13	13	81	86	86	-	-	-
جندوبة	354	354	357	149	149	143	92	92	92	6	6	12	56	56	56	24	24	24
الكاف	340	340	340	115	115	115	40	40	40	8	8	8	60	60	60	15	15	15
سليانة	199	199	199	62	62	48	22	22	22	-	-	-	32	32	32	-	-	-
الشمال الغربي	1161	1167	1190	471	483	463	204	204	204	24	27	33	229	234	234	39	39	39
سوسة	638	661	667	423	423	437	145	145	145	58	58	58	140	140	140	30	30	30
المنستير	453	453	453	379	379	379	126	126	126	34	34	34	119	119	119	32	32	32
المهدية	210	224	224	156	172	172	79	79	79	25	25	25	79	79	79	25	25	25
صفاقس	719	731	767	419	434	392	126	132	132	85	85	85	155	155	155	165	165	165
الوسط الشرقي	2020	2069	2111	1377	1408	1380	476	482	482	202	202	202	493	493	493	252	252	252
القيروان	312	312	312	144	144	144	60	60	60	29	29	25	60	60	60	40	40	40
القصرين	332	332	332	118	118	118	50	50	50	10	10	10	60	60	60	10	10	10
سيدي بوزيد	190	190	190	108	108	108	40	40	40	6	6	6	55	55	55	-	-	-
الوسط الغربي	834	834	834	370	370	370	150	150	150	45	45	41	175	175	175	50	50	50
قايس	275	310	346	150	150	150	55	55	55	30	30	30	85	85	85	30	30	30
مدنين	296	296	296	245	245	245	94	94	94	30	30	30	108	108	108	6	6	6
تطاوين	105	115	115	62	62	62	32	32	32	10	10	10	30	30	30	-	-	-
الجنوب الشرقي	676	721	757	457	457	457	181	181	181	70	70	70	223	223	223	36	36	36
قفصة	323	323	323	288	288	288	55	55	55	10	10	10	60	60	60	-	-	-
توزر	142	142	142	110	110	110	30	30	30	10	10	10	40	40	40	-	-	-
قيلبي	140	140	140	100	100	100	30	30	30	8	8	8	32	32	32	-	-	-
الجنوب الغربي	605	605	605	498	498	498	115	115	115	28	28	28	182	182	182	0	0	0
البلاد التونسية	8498	8661	8772	5309	5355	5368	1849	1865	1865	630	633	667	2144	2172	2172	983	983	983

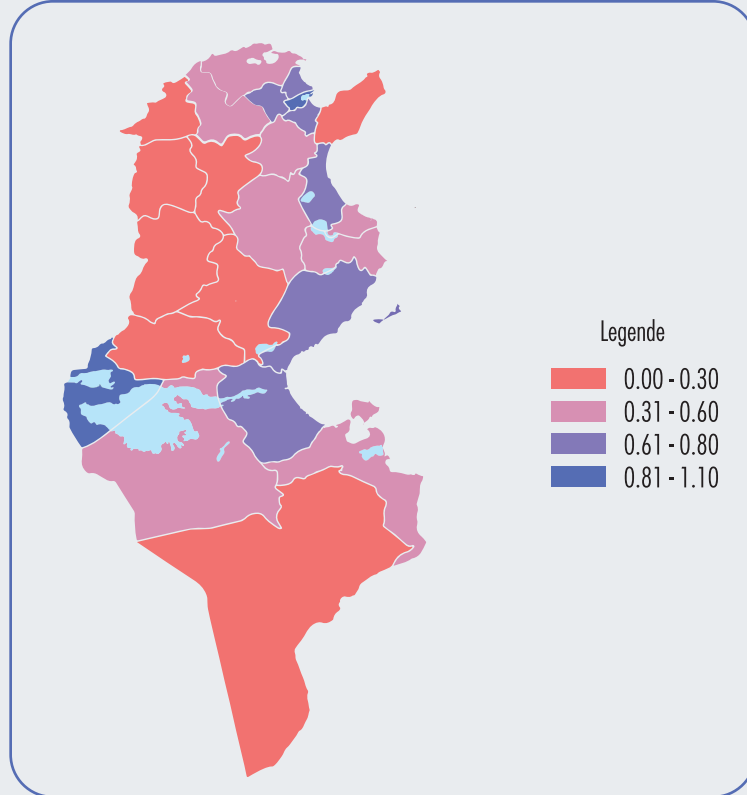
الشكل 9: أسيرة المستشفيات العمومية حسب الولاية والجهة 2017-2019 (المصدر: وزارة الصحة)

الشكل 9: أسرة المستشفيات العمومية حسب الولاية والجهة 2017-2019 (المصدر: وزارة الصحة)³⁴

على سبيل المثال، تحتوي منطقة الوسط الشرقي على أكثر من 200 سرير استشفائي للعناية المركزة بالتخدير (وهو أمر ضروري لمرضى كوفيد) في حين أن الجنوب الغربي لا يحتوي إلا على 28 سريرا فقط بينما لم يوجد أي سرير من هذا الصنف في ولايات مثل زغوان حتى عام 2019 في حين لا تزال سليانة تفتقر إلى هذا النوع من الأسرة. يُوضّح الشكل 9 هذا التفاوت بالتفصيل.

وبصرف النظر عن غياب الخدمات، فإن قلة عدد الأسرة تُؤدّي أيضا إلى اكتظاظ المستشفيات مما يُؤثر بدوره سلبا على المرضى. ولعلّ أفضل توضيح لهذه الحالات هو تقرير محكمة الحسابات بخصوص مستشفى عزيزة عثمانة:

- توصي منظمة الصحة العالمية بآلا تتجاوز طاقة الاستيعاب بين 40% إلى 80% لكن في مستشفى عزيزة عثمانة وعلى الرغم من أن عدد الأسرة يتجاوز العدد المسموح به من قبل وزارة الصحة بنسبة تصل إلى 11%، إلا أن سعة المستشفى تجاوزت في بعض الأحيان 100% مما يتطلّب من المرضى تقاسم الأسرة. أدّى الاكتظاظ في المستشفى بين شهري فيفري ومارس 2013 إلى تدهور الظروف الصحية لما لا يقل عن 4 مرضى يخضعون لعملية قيصرية كان لا بد من إنعاش أحدهم.
- بسبب محدودية سعة الأسرة، يحتاج المرضى على المرضى الذين يحتاجون العلاج الكيميائي تأخير علاجهم لمدة تصل إلى 11 يوما مما يؤثر بشدة على فرص الشفاء لديهم.
- يؤدي الاكتظاظ أيضا إلى انتشار العدوى والأمراض بما في ذلك في قسم أمراض الدم. ساهم هذا بدوره في وفاة 46 مريض سنة 2012 و59 مريض سنة 2013.³⁵



الشكل 11: نسبة أسرة وحدة العناية المركزة في القطاع العام لكل 10000 شخص في عام 2019 (المصدر: وزارة الصحة)³⁶

34 وزارة الصحة. الخارطة الصحية 2019 - جوان 2021، الصفحة 60.
35 محكمة الحسابات. «التقرير السنوي 31»، ديسمبر 2018. صفحات 419-420.
36 وزارة الصحة. الخارطة الصحية 9102 2019 - جوان 2021، الصفحة 76.

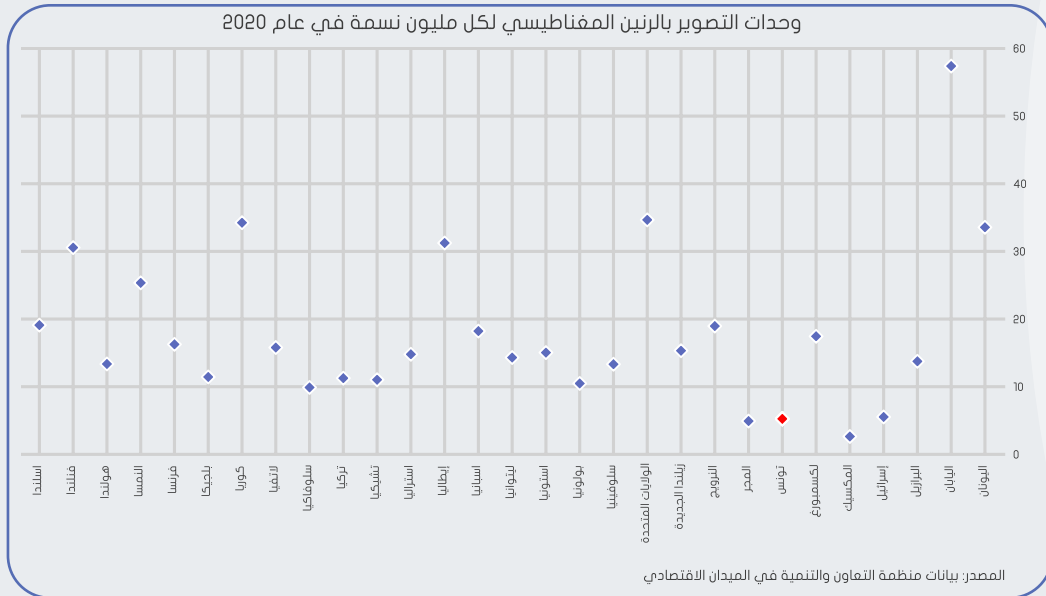
يُسجَل هذا النقص في الأسرة كذلك في المُعدّات الضّروية الأخرى بما في ذلك الأجهزة الثقيلة مثل الماسحات الضوئية وآلات التصوير بالرنين المغناطيسي وكذلك مُعدّات الحماية الشخصية.

كما يتّضح من الشّكل 12، فإن المُعدّات الطبيّة الثقيلة (التصوير بالرنين المغناطيسي والماسحات الضوئية) في القطاع الخاص أكثر انتشارا منها في القطاع العام³⁷. بلغ العدد التقديري للمُعدّات الثقيلة في القطاع الخاص 340 جهاز خلال شهر فيفري 2020 أي ثلاثة أضعاف كميّة المُعدّات في القطاع العام. فعلى سبيل المثال، لم يُوجد سوى 47 ماسحا ضوئيا في القطاع العام سنة 9102 (انخفض عددها من 15 سنة 2017) مُقابل 140 في القطاع الخاص. كما يتوفّر 13 جهاز تصوير بالرنين المغناطيسي في القطاع العام (انخفض عددها من 55 سنة 2017) مُقابل 50 في القطاع الخاص.

المجموع			القطاع الخاص			القطاع العام			مُعدّات ثقيلة
2019	2018	2017	2019	2018	2017	2019	2018	2017	ماسحات ضوئية
187	195	182	140	135	131	47	50	51	تصوير بالرنين المغناطيسي
63	65	65	50	53	55	13	12	10	

الشكل 12: أجهزة التصوير الطبي. 2019 (المصدر: وزارة الصحة)³⁸

بيد أن هذه الأرقام الوطنية لا تزال مُنخفضة حتّى باحتساب العدد الإجمالي للمُعدّات في كلّ من القطاعين الخاص والعام. فإذا نظرنا إلى عدد وحدات التصوير بالرنين المغناطيسي عن كل مليون نسمة فإنّ النسبة في تونس تبلغ حوالي 5,25 كما هو موضح في الشكل 13 وهي نسبة أقل بكثير من بلدان أخرى مثل تركيا (11,2 في عام 2018) وليتوانيا (14 في عام 2019) واليونان (31,9 في عام 2019) وفنلندا (28,8 في عام 2019).

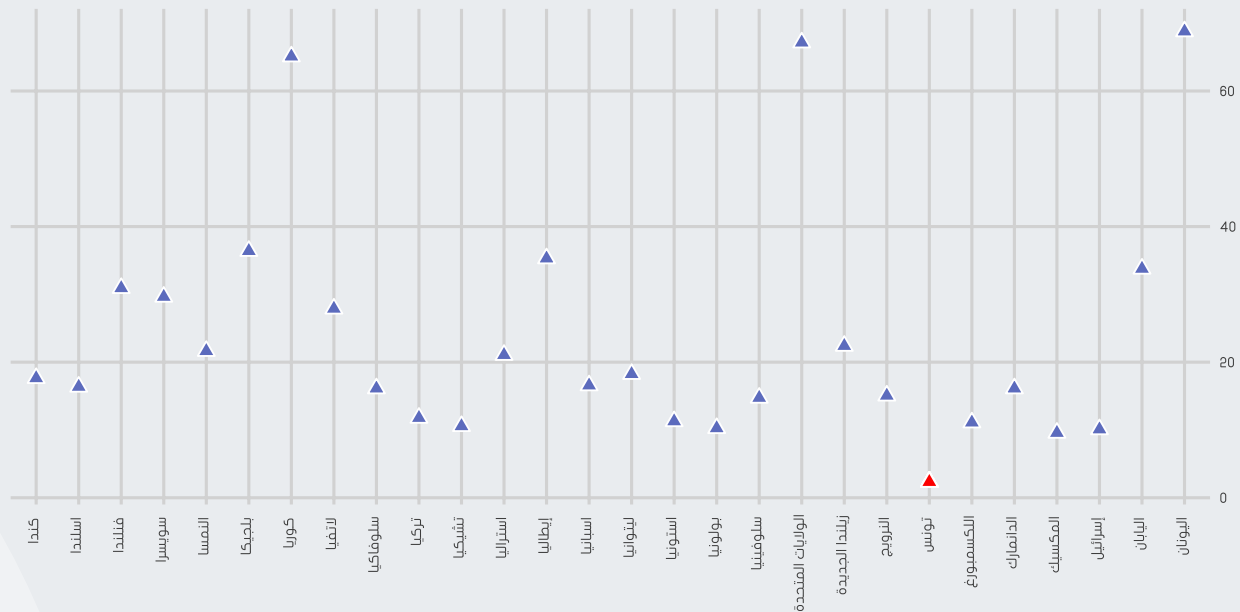


الشكل 13: وحدات التصوير بالرنين المغناطيسي لكل مليون نسمة (المصدر: بيانات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي)³⁹

37 محكمة الحسابات، التقرير السنوي 2020، صفحة 210.
 38 وزارة الصحة. «الخارطة الصحية 2019» - جوان 2021، الصفحة 62.
 39 منظمة التعاون والتنمية في المجال الاقتصادي (2021)، وحدات التصوير بالرنين المغناطيسي (مؤشر). DOI: 10.1787/721-1-أون (تم الاطلاع عليه في 25 جوان 2021)

ينطبق الشيء نفسه على وحدات التصوير الشعاعي للثدي إذ تبلغ نسبة الوحدات لكل مليون نسمة في تونس أقل بقليل من 2,33 وهي نسبة تقلّ مرّة أخرى عن دول أخرى مثل إستونيا (10,6) في عام 2019 وبلجيكا (36,6 في عام 2017) واليونان (66,8 في عام 2019) (الشكل 14).

آلات التصوير الشعاعي للثدي لكل مليون نسمة في عام 2020



المصدر: بيانات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي

الشكل 14: آلات التصوير الشعاعي للثدي لكل مليون نسمة (المصدر: بيانات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي)⁴⁰

على غرار الجوانب الأخرى للرعاية الصحية، يتفاقم هذا النقص بسبب التفاوتات الجهوية الشديدة مثل عدم وجود أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسي في القطاع العام في الجنوب الغربي مع توقّر وحدة واحدة فقط في القطاع الخاص. كما تُشاهد هذا التفاوت أيضا على مستوى الأجهزة الضرورية لصحة المرأة حيث لا تتوقّر في العديد من الولايات ومعظمها في المناطق الداخلية، أيّ وحدة لتصوير الثدي بالأشعة. تشمل هذه الولايات كلّ من منوبة وزغوان وباجة وسليانة وتطاوين وقبلي. (الشكل 15)

40 منظمة التعاون والتنمية في المجال الاقتصادي (2021). آلات التصوير الشعاعي للثدي (مؤشر). DOI: c9c5e-en685/10,1787 (تم الاطلاع عليه في 15 جوان 2021)

الولاية	التصوير بالترين المفتا طبيسي			الماسح الضوئي			غرف تصوير الأوعية الدموية متعددة الأغراض			التصوير الشعاعي للثدي					
	2017	2018	2019	القطاع العام	2017	2018	2019	القطاع العام	2017	2018	2019	القطاع الخاص	2017	2018	2019
تونس	3	3	3	11	9	8	28	26	26	2	2	2	5	6	6
أريانة	1	1	1	4	4	4	6	8	8	0	0	0	0	1	1
منوبة	0	0	0	1	1	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
بن عروس	1	1	1	3	4	4	7	8	8	0	0	0	1	1	1
تونس الكبرى	5	5	5	18	16	14	43	44	44	2	2	2	6	8	8
بئرث	0	0	0	2	2	2	5	5	5	0	0	0	0	1	1
تايل	0	0	0	1	1	12	11	11	0	0	0	0	1	1	1
زغوان	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
الشمال الشرقي	0	0	0	4	4	3	18	17	17	0	0	0	1	2	2
باجة	0	0	0	1	1	0	3	3	3	0	0	0	0	0	0
جنوبية	0	1	2	1	1	2	1	2	2	0	0	0	0	0	0
الكاف	0	0	0	1	1	1	2	2	2	0	0	0	1	1	2
سليانة	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1
الشمال الغربي	0	1	2	4	4	4	7	8	8	0	0	0	2	2	3
سوسة	1	1	1	3	3	3	10	10	9	1	1	1	1	2	2
المنستير	1	1	1	2	3	3	8	8	9	1	1	1	1	2	2
المهديّة	0	0	0	1	1	1	4	5	5	0	0	0	1	1	1
الوسط الشرقي	2	2	2	6	7	7	22	23	23	2	2	2	3	5	5
القبروان	0	1	1	2	2	2	5	5	5	0	0	0	1	1	1
القصرين	0	0	0	1	1	2	2	2	2	0	0	0	1	1	1
سيدي بوزيد	0	0	0	1	1	1	4	3	4	0	0	0	1	1	1
الوسط الغربي	0	1	1	4	4	5	11	10	11	0	0	0	3	3	3
فايس	1	1	1	1	1	1	2	3	4	0	0	0	1	1	1
مدنين	1	0	0	4	4	4	9	8	10	0	0	0	1	2	2
تطاوين	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
صفاقس	1	2	2	5	5	5	16	18	18	1	1	1	2	2	2
الجنوبي الشرقي	3	3	3	11	11	10	27	29	32	1	1	1	4	5	5
قفصة	0	0	0	2	2	2	3	3	3	0	0	0	1	1	1
توزر	0	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1
قيلبي	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
الجنوب الغربي	0	0	0	4	4	4	3	4	5	0	0	0	1	2	2
البلاد التونسية	10	12	13	51	50	47	131	135	140	5	5	5	20	27	28

الشكل 15 التوزيع الإقليمي لأجهزة التصوير الطبي، 9102 (المصدر: وزارة الصحة)

الشكل 15: التوزيع الإقليمي لأجهزة التصوير الطبي، 2019 (المصدر: وزارة الصحة)⁴¹

ومرّة أخرى، لا يقتصر هذا النقص على المُعدّات الثقيلة فحسب بل يشمل أيضا المُعدّات الضرورية الأخرى مثل معدات الوقاية الشخصية وهو أمر ضروري خاصة خلال أزمة كوفيد-19. في دراسة ميدانية أجرتها مجموعة توحيد بن الشيخ، سُئلت القابلات عمّا إذا كانت مؤسساتهن الصحية كانت قد تلقت كميات كافية من مُعدّات الوقاية الشخصية (الشكل 16). اعتبرت 22,4% فقط منهنّ تلقين ما يكفي من العبّاءات بينما ذكرت 37,3% من المُستجوبات بأنهن تلقين ما يكفي من الأقنعة و 42,9% ما يكفي من القفازات فيما اعتبرت 36,6% فقط بأنهن تلقين بما يكفي من السائل المُعقّم.

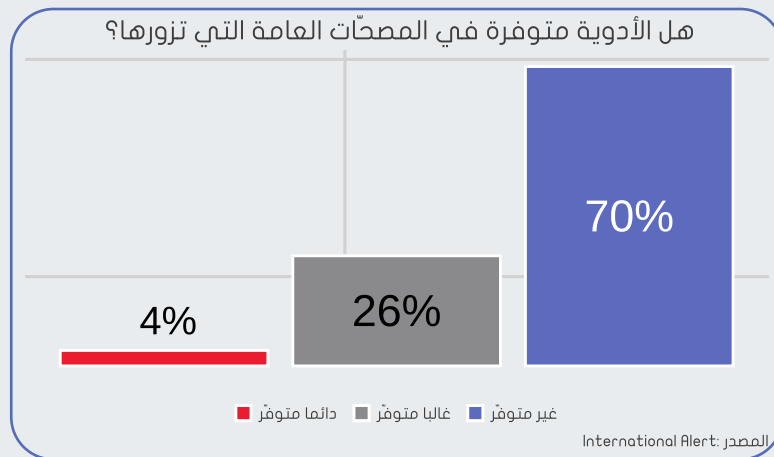
توجد أعلى مستويات الرضا في مراكز الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري⁴² بينما توجد أدنى مستويات الرضا في مراكز الرعاية الصحية الأساسية، وهي هياكل الرعاية الصحية العامة الموجودة في الخطوط الأمامية للاستجابة لمتطلبات الصحة المجتمعية في تونس وخاصة في المجتمعات الريفية والحضرية المحرومة.

العدد (حساب)	سائل مُعقّم	قفازات	أقنعة	عبّاءات	PPP صنف مركز الرعاية
51	29.4%	49%	25.5%	17.6%	مستشفى (جهوي أو محلي)
58	24.1%	27.6%	27.6%	17.2%	Basic healthcare center and PMI
25	60%	64%	72%	40%	مركز رعاية أساسي أو مركز لرعاية الأم والطفل
27	55.6%	44.4%	48.1%	25.9%	مراكز أخرى
161	36.6%	42.9%	37.3%	22.4%	المجموع

أشارت القابلات إلى أكثر من مادة، وهو ما يفسّر إجمالي تجاوز نسبة 100% لمواد الحماية الشخصية

الشكل 16: النسبة المئوية للقابلات اللواتي يعتقدن أن مكان عملهن حصل على ما يكفي من مواد الحماية الشخصية: (المصدر: بلحاج ومساعديه)⁴³

يُمكن تسجيل مشاكل على مستوى توقّر الأدوية.



الشكل 17: دراسة وسبر آراء حول توقّر الأدوية في قطاع الصحة العامة في تطاوين (المصدر: International Alert)⁴⁴

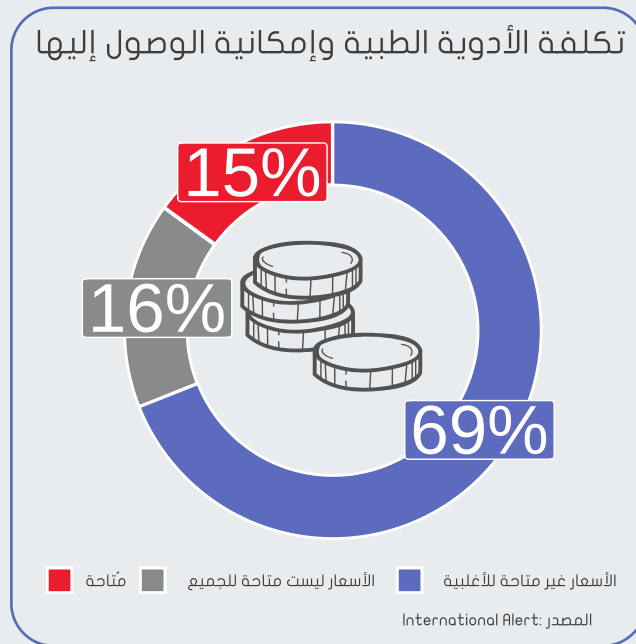
41 وزارة الصحة. «الخرطة الصحية 2019» - جوان 2021، الصفحة 63.

42 الديوان الوطني للأسرة والعمران البشري

43 ه. بلحاج، ه. شكير، س. هاجري، م. محفوظ. «جودة الاستعداد للموجة الثانية من كوفيد-19 واستمرارية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية». نتائج الاستطلاع عبر الإنترنت بين القابلات، مجموعة توحيد بن الشيخ - JGOMF, V1,14,2021. - الصفحة 42

44 International Alert. "تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص و بدائل، 2019، الصفحة 56

على الرغم من عدم وجود إحصاءات وطنية حول توفّر الأدوية، تُشير الأدلة القصصية والجهويّة إلى غياب فُزمن للأدوية حيث أفاد 70٪ من مُستعملي خدمات الرّعاية الصحيّة في مسح أجرته منظمة الإنذار الدولية (Alert International) في ولاية تطاوين (الشكل 17) بأنّ الأدوية التي يبحثون عنها غائبة في مرافق الرّعاية الصحيّة التي يتردّدون عليها⁴⁵.



الشكل 18: استطلاع رأي حول تصوّر أسعار الأدوية في تطاوين (المصدر: International Alert)⁴⁶

لكن حتى وإن توفّرت الأدوية، يعتبر أغلب سُكّان الولاية بأنها باهظة التكاليف وتتجاوز قدراتهم الشرائية من ذلك أن 69٪ من المستطلعين قالوا بأنّ أسعار الأدوية غير مُناسبة لمعظم الناس (الشكل 18)⁴⁷ وأنّه على الرغم من وجود تغطية التأمين الصحي وبرامج المساعدة الطبية للسكان الضعفاء الحال فلا تزال مصاريف الأسر على الرّعاية الصحيّة مُرتفعة عند 38,89٪⁴⁸.

قد تكون أزمة نقص الأدوية وصلت إلى ذروتها سنة 2018 عندما نفذ مخزون وسائل منع الحمل وحبوب الصباح الموالي فجأة في تونس⁴⁹. ولا تزال الأزمة مُستمّرة في مُختلف مناطق البلاد بدرجات مُتفاوتة تُغذيها مشاكل مثل القضايا المالية للصيدلية المركزية⁵⁰.

وكما هو مُوضّح هنا، يُعاني قطاع الرعاية الصحية في تونس من العديد من المشاكل أهمّها الافتقار والتوزيع غير المتكافئ للموارد البشرية والمادية والبنية التحتية. لكن يبقى السؤال: ما هي أسباب هذه الإخفاقات؟ وهل تمّ تعبئة الموارد بالشكل المُناسب لمواجهة حجم الأزمة؟

45 تجدر الإشارة إلى أن هذه الإحصائية هي النقطة الأكثر سلبية التي لاحظتها الدراسة والمسح الذي أجرته International Alert

46 International Alert. تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص و بدائل. الصّفحة 57، 2019

47 International Alert. تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص و بدائل – الصّفحة 24، 2019

48 منظمة الصحة العالمية، تونس: لمحة عن النظام الصحي، 2018، https://applications.emro.who.int/docs/Country_profile_2013_EN_15402.pdf

49 لكحل، مالك. «نقص الأدوية في تونس: في أصول مرض بدون أطباء» نواة، 3 أوت 2018، <https://nowaat.org/2018/08/03/penurie-de-medicaments-en-tunisie-oux-origines-dune-maladie-sans-docteurs/>.

50 المجلس الوطني لنقابة الصيدلة التونسية - «التقرير الأدبي والتقرير المالي: السنة المالية 2018-2019»، 2020، صفحة 35.

02

أسباب فشل نظام الرعاية الصحية

توجد العديد من الأسباب وراء فشل نظام الرعاية الصحية التونسي في تلبية احتياجات المرضى بشكل عام وخاصة خلال جائحة كوفيد-91 ولعل أهمها هو التقليل المزمن والمنهجي للتمويل الذي يعاني منه القطاع. لكن هذا الفشل يتفاقم أيضا بسبب العديد من العوامل الأخرى بما في ذلك نقص خدمات الوقاية وانتشار مظاهر عدم المساواة في الجانب الاجتماعي والاقتصادي والاضلال على مستوى النوع الاجتماعي والتلوث وما إلى ذلك من الأسباب.

سيحاول هذا القسم معالجة بعض هذه القضايا وتجلياتها وكيف أدت إلى الإخفاقات التي تعرّضنا إليها في القسم الأول.

نقص التمويل

يُمثل الإنفاق على الرعاية الصحية مؤشرا قويا يعكس الحالة الصحية العامة للبلد ويُستخدم في مؤشر التنمية البشرية ومؤشر التقدم الاجتماعي في إطار المكوّن الصحي.

لكن بينما يُعتبر الإنفاق العام على الصحة موقفا، فإن الإنفاق العام على الرعاية الصحية يكتسب أهمية خاصة من حيث تحسين مؤشرات النظام الرئيسية⁵¹. في الواقع، «تؤكد النتائج التجريبية الآثار المُهمّة للنفقات الصحيّة على نتائج ومُخرجات الصحة العامة» إذ تُشير هذه النتائج إلى أنه يتعيّن على البلدان التي تُريد اتخاذ تدابير للحدّ من وفيات الرضع وزيادة مُعدّل الأمل في الحياة أن تنظر في تعزيز نفقات الصحة العامة كآلية فعالة لبلوغ هذه الأهداف⁵².

بالإضافة إلى ذلك، فإن تأثير الإنفاق العام أعلى بكثير من الإنفاق الخاص الذي يقلّ تأثيره على مستوى طول العمر. تشير الأبحاث فعلا إلى أن «هذا الأمر يُمكن أن يفسّر التطور المحدود لمُعدّل الأمل في الحياة في البلدان التي يتمّ فيها تخصيص مبالغ خاصة هامة لصرّفها في المجال الصحي. في مثل هذه الحالات، يُمكن أن يؤدي توسيع نطاق الخدمات العامة، في إطار الاستثمار العام في مجال الصحة، إلى نتائج أفضل.»⁵³

لكن هذا النوع من الإنفاق مُنخفض للغاية في تونس حيث لا تستثمر البلاد في قطاع الرعاية الصحية. فكما يوضّح الرّسم البياني أدناه في عام 2018، بلغت النسبة المئويّة للإنفاق العام من إجمالي النفقات في المجال الصحي 57.37% مُقابل 59.54% على المُستوى العالمي. هذا الرقم يضع تونس مرّة أخرى خلف بلدان عديدة على غرار رومانيا (80.13%) وكرواتيا (81.5%) والنرويج (85.32%) وكوبا (88.9%). والأهم من ذلك، فإن نسبة مئوية مُنخفضة تعني بأنه يتعيّن على المواطنين التكلّف برعاية الصحيّة بالاعتماد أكثر على مواردهم الخاصة.

51 عيسى، روزا، جيسوس كليمنتي وفرناندو بياو «تأثير الإنفاق الصحي (العام) على طول العمر» (The Influence of Public Health Expenditure on Longevity) - International Journal of Public Health 59 - (of Public Health Expenditure on Longevity) 7 جوان 2014، الصفحة 865

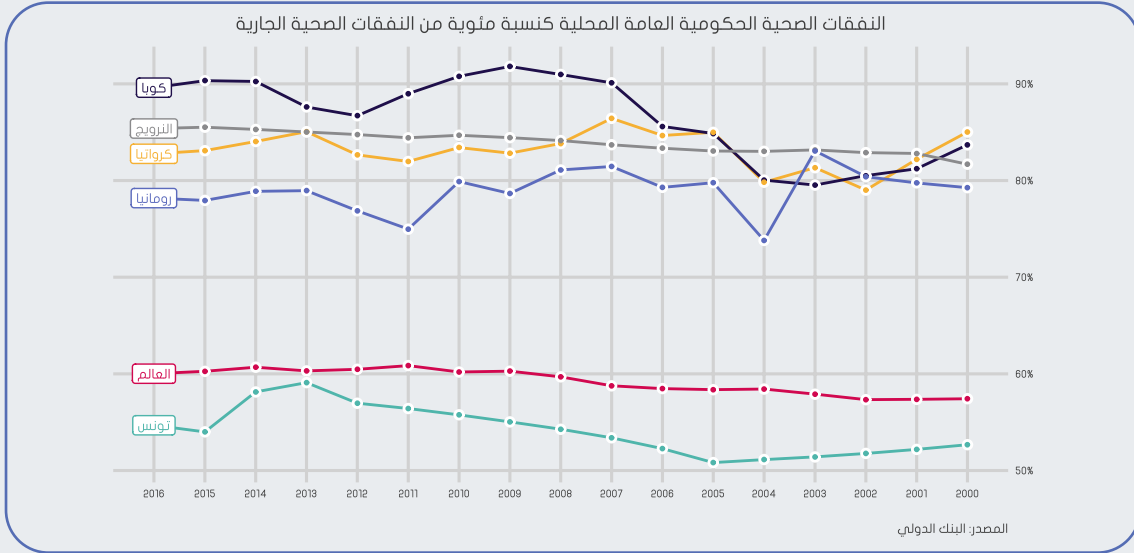
<https://doi.org/10.1007/s00038-014-0574-6>

52 كيم، تاي كوان وشانون ر. لاي «الإنفاق الصحي الحكومي ونتائج الصحة العامة دراسة مقارنة بين 17 دولة وأثرها على إصلاح الرعاية الصحية في الولايات المتحدة

» (American International Journal of Contemporary Research 3) 2013 الصفحة 11

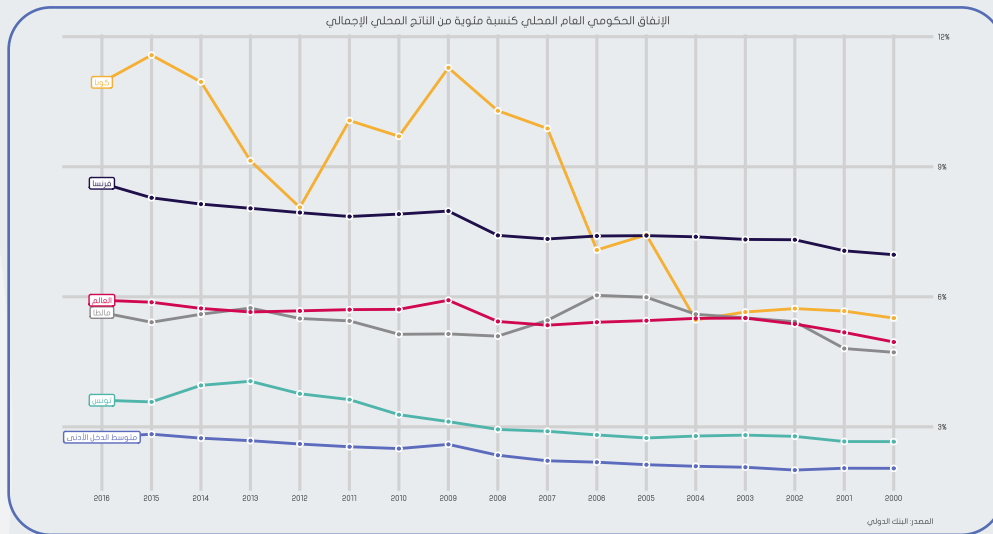
53 عيسى، روزا، جيسوس كليمنتي وفرناندو بياو «تأثير الإنفاق الصحي (العام) على طول العمر» (The Influence of Public Health Expenditure on Longevity) - International Journal of Public Health 59 - (of Public Health Expenditure on Longevity) 7 جوان 2014، الصفحة 865

<https://doi.org/10.1007/s00038-014-0574-6>



الشكل 19: النفقات الصحية الحكومية العامة المحلية كنسبة مئوية من النفقات الصحية الجارية (المصدر: البنك الدولي) 54

كما يُعتبر الإنفاق على الصحة العامة ضعيفا بالمُقارنة بالنتائج المحلي الإجمالي حيث بلغ 4,18 ٪ فقط في عام 2016 في حين يبلغ المُعدّل العالمي 5,87 ٪ كما أنه يقل في تونس عن إنفاق بلدان أخرى تُعتبر رائدة في قطاعات الرعاية الصحية (الشكل 20).



الشكل 20: الإنفاق الحكومي العام المحلي كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي (المصدر: البنك الدولي) 55

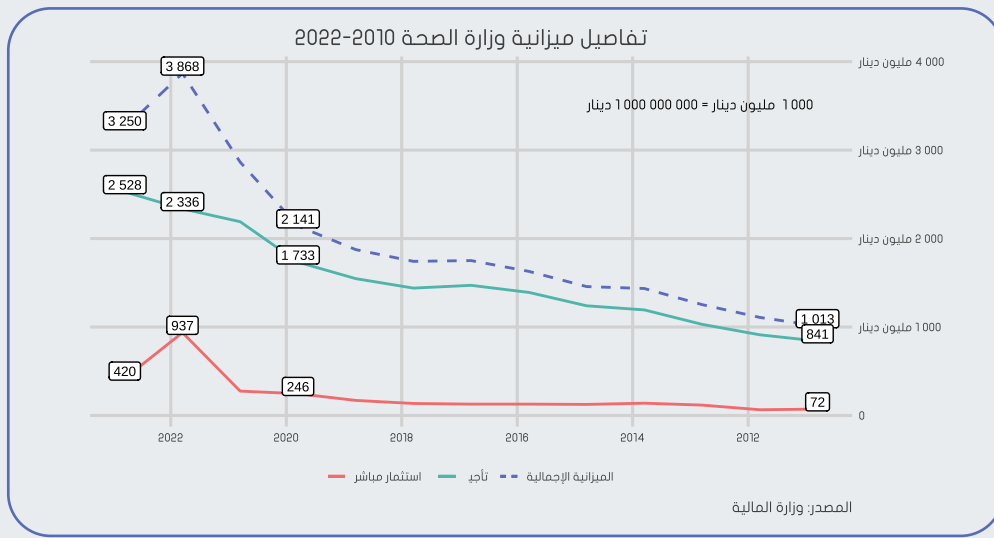
علاوة على ذلك، يُعتبر الإنفاق على الصحة العامة ضعيفا مقارنة بالميزانية الوطنية الإجمالية. تجدر الإشارة إلى أن تونس وقّعت على اتفاقية أبوجا في عام 2001 تعهّدت بمقتضاها بتخصيص 15 ٪ من ميزانيتها الإجمالية للرعاية الصحية. 56 بلغ هذا الرقم في عام 2022 نسبة 6,89 ٪ فقط أي انخفض عن

54 البنك الدولي، «الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي (من الإنفاق الصحي الحالي) - تونس، العالم، كوبا، النرويج، نيوزيلندا»، البيانات، تم الاطلاع عليها في 16 جوان 2021
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=TN-1W-CU-NO-NZ>.

55 البنك الدولي، «الإنفاق الحكومي العام على الصحة (من الناتج المحلي الإجمالي) - تونس، العالم، الدخل المتوسط الأدنى، فرنسا، كوبا، مالطا»، البيانات، تم الاطلاع عليها في 16 جوان 2021
<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?end=2016&locations=TN-1W-NO-CU-NZ&start=2000>.

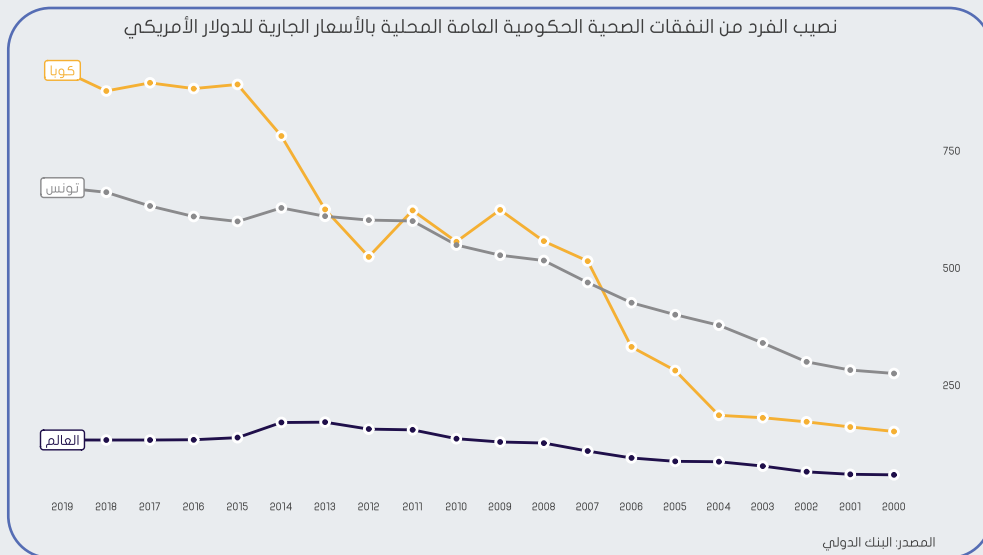
56 الأمم المتحدة، «التمويل العام للصحة في أفريقيا: 15 ٪ من فيل لا يُعادل 15 ٪ من دجاجة» Renouveau Afrique، 31 أكتوبر 2020.

نسبة 7,22% المُسجّلة سنة 2021 على الرغم من استمرار الجائحة⁵⁷. يتقلّص هذا الرقم إذا ما اعتبرنا أن قانون المالية لسنة 2022 خصّص 78% من نفقات الرعاية الصحية العامة لخلاص الأجر بينما يُمثّل الاستثمار 13% فقط من الميزانية⁵⁸.



الشكل 20: نفقات الاستثمار المباشر كنسبة مئوية من ميزانية الوزارة (المصدر: وزارة المالية)

وحتى إذا ما أخذنا بعين الاعتبار نصيب الفرد من الإنفاق، فإن النسب المُسجّلة في تونس أقل بكثير من المُعدّل العالمي (الشكل 21). ففي عام 2018، بلغ نصيب الفرد في تونس من الإنفاق الصحي الحكومي العام المحلي بالدولار الأمريكي 144,3 دولارا بينما بلغ المُعدّل العالمي في نفس السنة 661,56 دولار أي ما يُعادل أربعة أضعاف الإنفاق في تونس وقد انخفض هذا المُعدّل منذ عام 2013 حيث كان يتجاوز حينئذ 170 دولار أمريكي. (الشكل 22).



الشكل 21: نصيب الفرد من النفقات الصحية الحكومية العامة المحلية بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي (المصدر: البنك الدولي)⁵⁹

<https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/octobre-2020/financement-public-de-la-sant%C3%A9-en-afrique-15-dun-%C3%A9%C3%A9phant-nest-pas-15-dun>

قانون المالية 2022 57

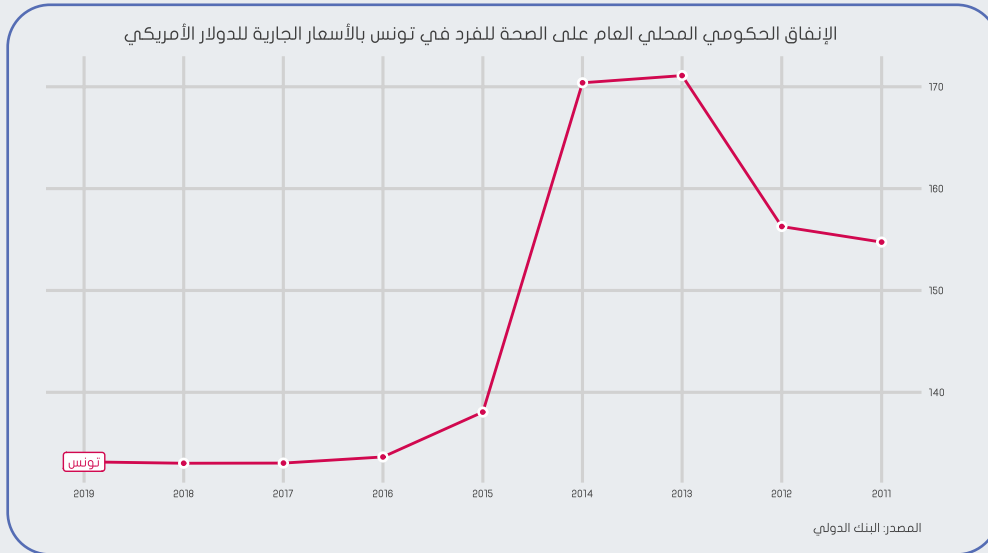
<https://budget.marsad.tn/ar/pendata/download/819>

قانون المالية 2022. 58

<https://budget.marsad.tn/ar/pendata/download/819>

البنك الدولي، «الإنفاق الحكومي المحلي العام على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي) - العالم، تونس، كوبا»، البيانات، تم الاطلاع عليها في 82 جوان 2022 -

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?locations=1W-TN-CU>

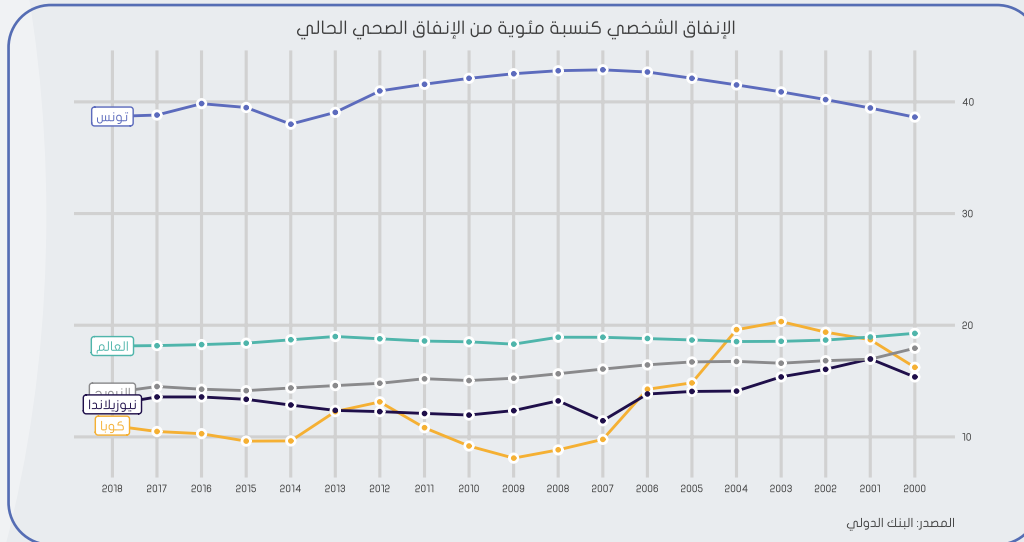


الشكل 22: الإنفاق الحكومي المحلي العام على الصحة للفرد في تونس بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي (المصدر: البنك الدولي⁶⁰)

يدلّ هذا على أن الحكومة التونسية لا تستثمر في الرعاية الصحية كما ينبغي. إن نقص التمويل له العديد من التداعيات الخطيرة بما في ذلك نقص المتخصصين في الرعاية الصحية وضعف البنية التحتية والافتقار للمعدات الطبية المناسبة كما يتنا أعلاه.

إذا لم تقم الحكومة بتغطية تكلفة العلاج، يتعيّن على مستخدمي الخدمات تحمّل التكاليف أي ارتفاع المصاريف المباشرة التي يدفعها طالبو الرعاية الصحية. (يتم تغطية تكاليف الرعاية الصحية مباشرة من جيوب الأسر).

وكما يتضح من الشكل 23، فقد بلغ الإنفاق سنة 2018 من الأموال الخاصة في تونس 38,89 ٪ كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الحالي أي أكثر من ضعف المعدّل العالمي البالغ 18,12 ٪.



الشكل 23: الإنفاق الشخصي كنسبة مئوية من الإنفاق الصحي الحالي (المصدر: البنك الدولي⁶¹)

60 البنك الدولي، «الإنفاق الحكومي المحلي العام على الصحة (% من الناتج المحلي الإجمالي) - العالم، تونس، كوبا»، البيانات، تم الاطلاع عليها في 28 جوان 2022 -

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2019&locations=TN&start=2011>.

61 البنك الدولي، «الإنفاق الشخصي (النسبة المئوية من الإنفاق الصحي الحالي) - تونس، العالم، كوبا، النرويج، نيوزيلندا»، البيانات، تم الاطلاع عليها في 16 جوان 2021.

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TN-1W-CU-NO-NZ>.

تبيّن كل هذه المؤشرات بوضوح أن الحكومة التونسية لا تستثمر ما يكفي في الرعاية الصحية. هذا النقص في التمويل له تداعيات سلبية على الموارد البشرية والمادية للقطاع والتي بدورها تؤثر بشدة على جودة الخدمات ورضا مُستعملي الخدمة كما تُؤثر على وضعهم المالي من خلال وضع تكلفة عالية على هذه الخدمات. يتعيّن على الحكومة تخصيص المزيد من الموارد المالية لهذا القطاع الحيوي والاستراتيجي خاصة في وقت الأزمة التي تمرّ بها البلاد اليوم.

يتمثل التبرير المُقدّم عادةً هو أن الحكومة ليس لديها حاليا موارد يُمكنها توفيرها بما أن نسبة الدّين مُرتفعة مُقارنةً بالناتج المحلي الإجمالي كما أن عجز الميزانية يتزايد باطراد⁶² بيد أن الحالة الصحية تزيد من تفاقم الأزمة الاقتصادية وأصبحت مظاهر تفاقم الأزمة الاقتصادية واضحة حيث سجلت تونس معدل نمو سلبي (-3% في الأشهر الثلاثة الأولى من عام 2012)⁶³ مع ارتفاع في نسبة البطالة (17,8% خلال الثلاثي الأوّل من 2021)⁶⁴. وما يزيد في تفاقم الوضع هي الضغوط التي تمارسها مختلف الجهات الفاعلة بما في ذلك المؤسسات المالية الدولية لاحتواء كُتلة الأجور وخفض الإنفاق في القطاع العام. غير أن الخُلول متاحة لا سيما فيما يتعلق بتعبئة الموارد المحلية والإيرادات الضريبية.

فكما جاء في دراسات سابقة⁶⁵، يُمكن للحكومة التونسية الترفيع في إيراداتها بشكل كبير وتخصيصها لقطاع الرعاية الصحية من ضمن قطاعات أخرى اذا ما اعتمدت نسب ضريبية أكثر تدرّجا وتوزيعة أكثر إنصافا للجهود المالية فضلا عن زيادة الاستثمار في مكافحة الاحتياّل والتهرب الضريبي⁶⁶. من بين السياسات التي تهدف إلى الحد من الظلم الاقتصادي والاجتماعي وزيادة الإيرادات الضريبية، يمكننا أن نذكر:

- تحويل عائدات ضريبة المستهلك (حق الاستهلاك) مُباشرة نحو الرعاية الصحية حيث أن هذه الضريبة خاصة بالمنتجات الضارة بالصحة والبيئة.
- زيادة التدرج في ضريبة الدخل من خلال إدخال المزيد من الشرائح وزيادة الضرائب على أصحاب الدخل المرتفع،
- فرض معدل أعلى لضريبة القيمة المضافة على المنتجات الفاخرة.
- إنشاء ضريبة الثروة والعمل بها،
- مراجعة الحوافز الضريبية غير الفعالة والتقليص منها⁶⁷
- تعزيز الموارد البشرية والمادية لإدارة الضرائب للحد من الاحتياّل الضريبي.
- تخصيص ما لا يقل عن 15% من الميزانية الوطنية في الرعاية الصحية العامة.

ومن أجل احتواء الوباء وتوفير إمكانيّة النفاذ الكافي والعاقل إلى خدمات الرعاية الصحية، يتعيّن أيضا مطالبة العيادات الخاصة رفع التحدّيات للمساعدة على تجاوز الأزمة الصحية الرّاهنة والقطع مع المُقاربة الأمّنية التي تعتمدها الدّولة تجاه المواطنين.

62 أزمة الديون التونسية في سياق جائحة كوفيد-19. مؤسسة فريدريش إيبيرت، المكتب الإقليمي تونس، 2021. <http://library.fes.de/pdf-files/bueiros/tunesien/18509.pdf>

63 المعهد الوطني للإحصاء. إحصائيات الحسابات الوطنية الثلاثية. تمّ الاطلاع عليها في 17 جوان 2021. <http://ins.tn/statistiques/72>

64 المعهد الوطني للإحصاء. إحصائيات التشغيل والبطالة. تمّ الاطلاع عليها في 17 جوان 2021. <http://ins.tn/statistiques/153>

65 أمين بوزيان. مشروع قانون المالية لسنة 2019: تحت أضواء العدالة الجبائية» أبريل 2019 وسحر مشعاش « الإدارة الضريبية التونسية: أداة مُعظلة». ديسمبر 2020

66 تبلغ تكلفة الاحتياّل والتهرب الضريبي حوالي 25 مليار دينار وهي تكلفة تزيد عن 2,7 مليون سرير وحدة العناية المركزة.

67 مرصد الميزانية، «الحوافز الضريبية: عبء على المالية العامة» <https://budget.marsad.tn/media/uploads/2020/09/08/tax=incentives.pdf>

نقص خدمات الوقاية

يُعدّ نقص الخدمات الوقائية عاملاً ونتيجة لفشل نظام الرّعاية الصّحية. إن الغياب شبه التام لخدمات الوقاية هو نتيجة للفشل لأنه ينبع أساساً من نقص التمويل.

إلا أن ذلك الغياب لا يُعتبر فقط نتيجة ولكن أيضاً عاملاً في نظام فُخّتل للرّعاية الصّحية لأنه يُساهم في تدهور الظروف الصحية للسكان وبالتالي فهو يُؤثر سلباً على جودة حياتهم ويستلزم علاجاً أكثر عمقاً وتكلفة واستهلاكاً للوقت. لذلك السبب يُعتبر الإنفاق على الرّعاية الوقائية استثماراً مُربحاً على المدى الطويل⁶⁸.

لكن خدمات الوقاية في تونس نادرة بل وتتناقص بمرور الوقت بما في ذلك الخدمات الصّحية المُتعلّقة بالوقاية من الأوبئة والاستجابة لها والصحة الجنسية وحملات التلقيح.

الوقاية من الأوبئة والاستجابة لها

كما اتضح بشكل جلي خلال عام 2020 فإن تونس مثل العديد من البلدان الأخرى تفتقر إلى استراتيجية وبروتوكول لمكافحة الأوبئة. وهذا ما يُفسّر التردّد في اتخاذ قرارات مُعيّنة وتنفيذ إجراءات وتدابير مُضادة في نفس الوقت.

كما ينعكس هذا أيضاً في مؤشر الأمن الصحي العالمي في تونس في عام 2019 إذ سجّل البلد 33,7 من أصل مائة نقطة واحتلّ المرتبة 122 بشكل عام من أصل 195 دولة⁶⁹ (الشكل 24). تقبع تونس في النصف الأسفل من البلدان في جميع المؤشرات بما في ذلك الوقاية والكشف والمعايير والمخاطر. ويشمل ذلك تسجيل 27 من أصل 100 في الوقاية من الأمراض الحيوانية المنشأ كما ذلك الذي تسبّب في فيروس كورونا و 0 من أصل 100 من حيث الاستعداد للطوارئ وتخطيط الاستجابة و 0 من أصل 100 من حيث التدرّب على خطط الاستجابة وتطبيقها.



الشكل 24: مؤشر تونس ورتبتها في مُكوّنات النظام المنسق عالمياً 9102 (المصدر: النظام المنسق عالمياً)

الصحة الجنسية والإنجابية

كما تُعاني الخدمات المُتعلّقة بالصّحة الجنسية وتنظيم الأسرة، فعلى سبيل المثال وفيما يتعلق بتثقيف الشباب بشأن الأمراض المنقولة جنسياً، تعتبر أقلّ من عشرين في المائة فقط من الشباب بأنه لديهم معرفة شاملة بفيروس نقص المناعة البشرية. تختلف هذه المُعدّلات اختلافاً كبيراً حيث تمتلك أغنى 20 ٪ من المشاركات ضعف معارف الأفقر 20٪. منهن حول هذه المسألة، كما أن النساء في المناطق الحضرية أكثر وعياً بشكل ملحوظ من النساء اللائي يعشن في المناطق الريفية⁷⁰ (الشكل 25).

68 إدارة الدراسات والتخطيط، وزارة الصحة. «تنظيم الوقاية في تونس» تم الاطلاع عليها في 17 جوان 2021 الصفحة 4 <http://www.santetunisie.rns.tn/images/preventionvf2020.pdf>

69 مؤشر النظام المنسق عالمياً. «تونس» تم الاطلاع على المصدر في 17 جوان 2021. <https://www.ghsindex.org/country/tunisia/>

70 اليونيسف، «فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز لدى المراهقين»، جويلية 2021. <https://data.unicef.org/topic/hiv-aids/>

19.7	الوقاية ضمن الشباب (15-24 سنة) المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) 2008-2012 , إناث
10.4	المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) الإناث 15-24 2008-2012, أفقر 20%
28.8	المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) الإناث 15-24 2008-2012, أغنى 20%
22.3	المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) الإناث 15-24 2008-2012, حضري
13.3	المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية (%) الإناث 15-24 2008-2012, الريف

الشكل 25: الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية بين الشباب حسب الحالة الاقتصادية والبيئة الحضرية-الريفية بين الإناث (المصدر: اليونيسيف)⁷¹

بالإضافة إلى عدم وجود أي تعليم جنسي تقريبا، تُعاني صحة المرأة أيضا من نقص مُتزايد في وسائل منع الحمل. في هذا الصدد، ارتفعت نسبة الحاجة غير المُستجاب إليها لوسائل منع الحمل في تونس بشكل كبير من 7 ٪ من النساء المتزوجات (تتراوح أعمارهنّ بين 15 و 49 عاما) في عام 2012 إلى 19,9 ٪ في عام 2018.⁷²

يُمكن أن يؤدي ذلك إلى تفاقم الأوضاع مثل حالات الحمل غير المُخطّط لها والتأثير على مُشاركة المرأة في الحياة الاقتصادية.

انخفاض معدلات تلقيح الأطفال

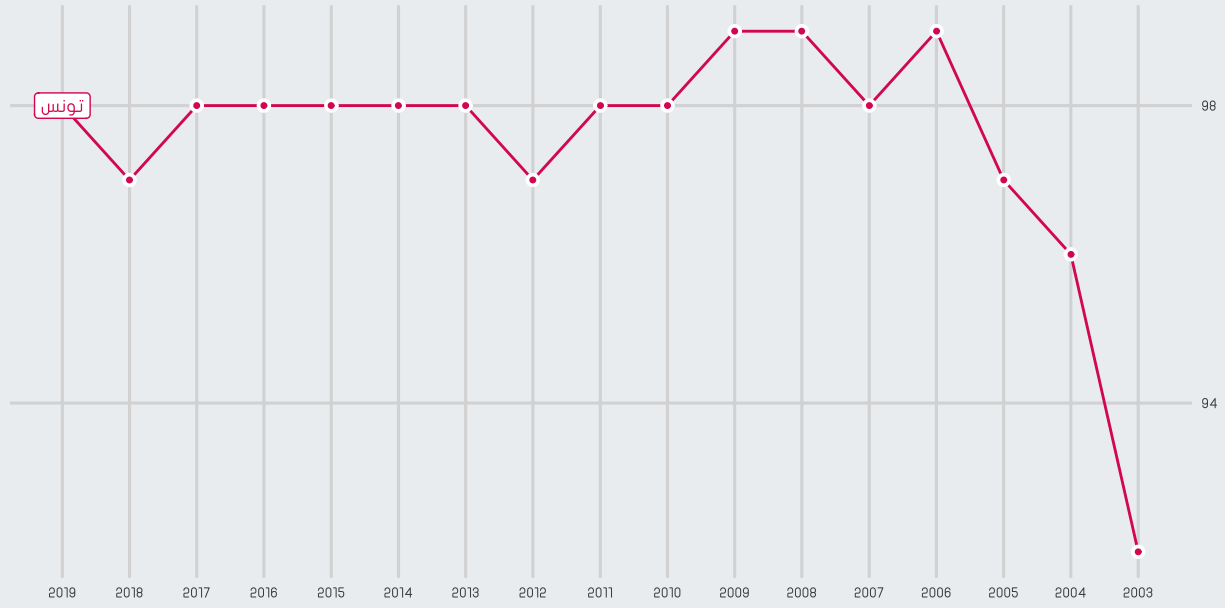
على الرغم من كون تونس تتقدم على العديد من البلدان من حيث التلقيح، فقد شهدت هذه الأرقام انخفاضا مُزعجا وخطيرا في العامين الماضيين. فإذا اعتبرنا مثلا فيروس التهاب الكبد الوبائي 3، فقد انخفض عدد الأطفال من دون السن الواحدة الذين تم تطعيمهم من 99 ٪ سنة 2006 إلى 92 ٪ سنة 2019 (الشكل 26). وبالمثل، فقد انخفضت نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 23 شهرا الذين تم تطعيمهم ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي من 99 ٪ في عام 1999 إلى 97 ٪ في عام 2018 (الشكل 27). إن انخفاض أعداد التطعيم لا يُعرّض حياة الأطفال غير الملقّحين للخطر فحسب بل يُخاطر أيضا بظهور بؤر عدوى جديدة قد تتحول إلى أوبئة.

71 نفس المصدر.

72 البنك الدولي، « الحاجة غير الملباة إلى وسائل منع الحمل (من النساء المتزوجات في سن 15-49) - تونس » البيانات. تم النفاذ إليها في 16 فيفري 2021.

<https://data.worldbank.org/indicator/SP.UWT.TFRT?locations=TN>

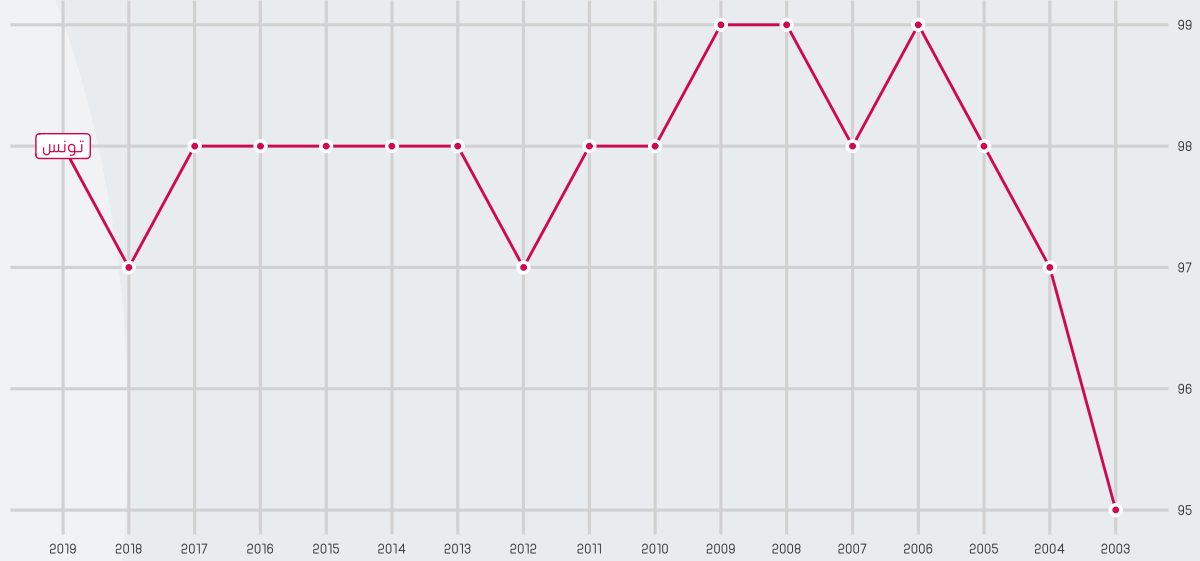
التحصين ضد التهاب الكبد 3 كنسبة مئوية من الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة في تونس



المصدر: البنك الدولي

الشكل 26: التحصين ضد فيروس التهاب الكبد الوبائي لدى الأطفال في سن الواحدة (المصدر: البنك الدولي)⁷³

اللقاح الثلاثي البكتيري أو لقاح الخناق والسعال الديكي والكزاز في تونس
كنسبة مئوية من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و 32 شهرا



المصدر: البنك الدولي

الشكل 27: التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 21 و 32 شهر (المصدر: البنك الدولي)⁷⁴

يتضح من هذه الأرقام أن الحكومة التونسية تفتقر إلى استراتيجية وقائية واضحة وممولة تمويلًا جيدًا من شأنها أن تساعد في الحفاظ على إرث السكان الذين تم تطعيمهم بالكامل والتي يمكن أن تُحسّن مُؤشرات مثل الاستجابة للوباء والوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الجيدة.

73 البنك الدولي: التحصين، التهاب الكبد الوبائي 3 (% من الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة) - تونس. البيانات. تم النفاذ إليها في 16 فيفري 2021

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.HEPB?locations=TN>

74 البنك الدولي: التحصين ضد الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 23 شهر. تونس. البيانات. تم النفاذ إليها في 16 فيفري 2021

<https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.IDPT?end=2019&locations=TN&start=1999&view=chart>

تفشي عدم المساواة

على غرار نقص خدمات الوقاية، فإن التفاوتات المتفشية تُمثل كذلك سبب ونتيجة لفشل نظام الرعاية الصحية. وكما تمت مناقشته في القسم الأول، فإن انعكاسات فشل النظام الصحي مُوزعة بشكل غير عادل بين مُختلف المناطق.

غير أن مظاهر عدم المساواة على المُستوى الاجتماعي والاقتصادي يُساهم أيضا في اكتظاظ الخدمات الصحية. فحالات بسيطة يُمكن مُعالجتها بتكلفة مُنخفضة في المرافق العامة قد تتحول إلى مشاكل أسوأ وأكثر تكلفة من حيث الموارد والوقت اللازم للعلاج لأنّ المرضى لا يرغبون في اللجوء إلى خدمات خاصة بسبب التكلفة أو بسبب عدم إمكانية النفاذ جغرافيًا إلى هذه الخدمات.

يستكشف هذا القسم التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والجنديّة المختلفة الموجودة في نظام الرعاية الصحية التونسي وكيف تؤدي إلى فشل قطاع الصحة العامة على خلاف كونها مظهرا من مظاهر هذا الفشل.

عدم المساواة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي

ينتشر الفقر في تونس حيث يبلغ مُعدّل الفقر الوطني 15,3% ومع ذلك يختلف هذا المُعدّل وفقا للعديد من العوامل بما في ذلك نوع الأحياء السّكنية والمنطقة (الشكل 28).

المنطقة السكنية	السكان	نسب الفقر
مدن كبرى	3810734	6,30%
بلديات صغيرة ومتوسطة الحجم	3143090	15%
ريفية	3471488	26%
المجموع	10425312	15,30%

الشكل 28: معدلات الفقر حسب المناطق السكنية (المصدر: المعهد الوطني للإحصاء)⁷⁵

كما يوضح الشكل 28، يبلغ مُعدّل الفقر في المناطق الحضرية 6,3% وهو أقل بكثير من المُعدّل الوطني في حين يرتفع مُعدّل الفقر في المناطق الريفية إلى 15,3%.

تتأثر المناطق الغربية في تونس بالفقر أكثر من المناطق الشرقية حيث يبلغ معدل الفقر في الوسط الغربي 30,8% وبالشمال الغربي 28,4%. بينما يبلغ معدل الفقر في منطقة تونس الكبرى 5,3% وفي منطقة الشمال الشرقي 11,6% (الشكل 29).

75 المعهد الوطني للإحصاء. «خريطة الفقر في تونس، سبتمبر 2020 / معهد الإحصاء». تم الاطلاع عليها في 19 جوان 2021. الصفحة 14

<http://ins.tn/publication/carte-de-la-pauvrete-en-tunisie-septembre-2020> .

RGPB 2014

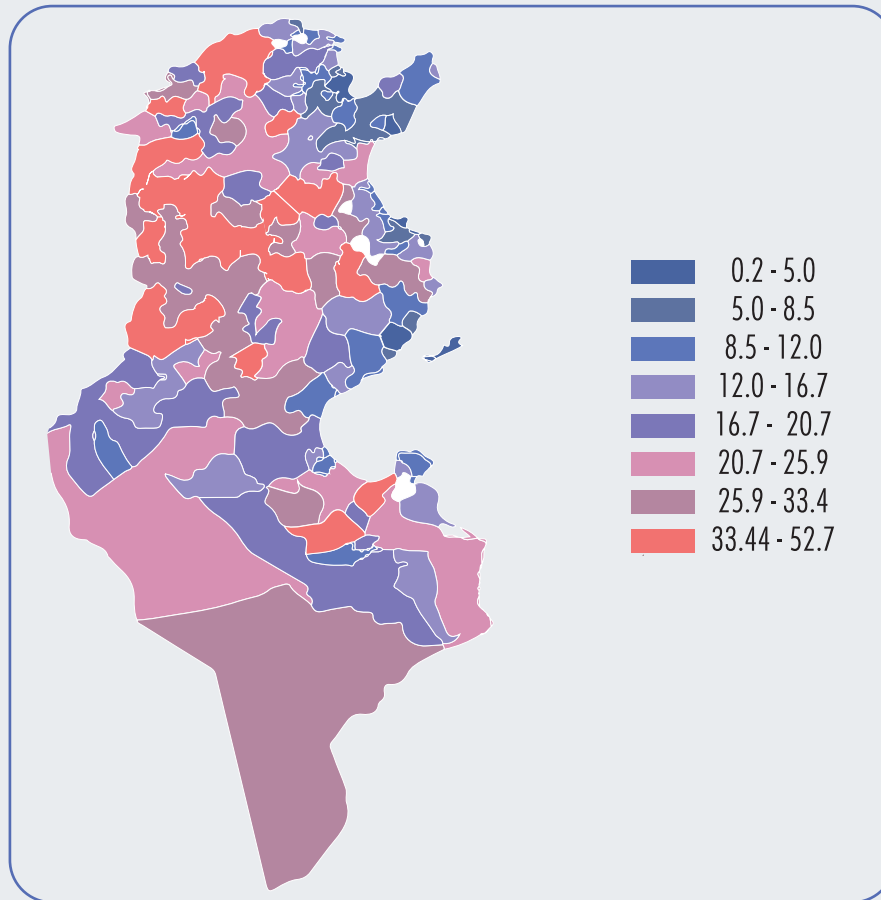
EBCNV 2015

فاصل الثقة % 95

المنطقة	نسبة الفقر	خطأ معياري	مستوى منخفض	مستوى عال	نسبة الفقر	خطأ معياري	الفرق
تونس الكبرى	5.3	0.3650	4.6	6.0	6.1	0.2443	0.8
الشمال الشرقي	11.6	0.6001	10.4	12.7	11.9	0.3372	0.3
الشمال الغربي	28.4	0.7618	26.9	29.9	25.8	0.4360	2.6
الوسط الشرقي	11.4	0.5346	10.4	12.5	11.7	0.3164	0.3
الوسط الغربي	30.8	0.7422	29.3	32.2	29.3	0.4574	1.5
الجنوب الشرقي	18.5	0.6347	17.2	19.7	17.8	0.4792	0.7
الجنوب الغربي	17.5	0.6138	16.3	18.8	18.2	0.4399	0.6
البلاد التونسية	15.2	0.2269	14.8	15.6	15.3	0.1802	0.1

الشكل 29: معدل الفقر حسب المنطقة (المصدر: المعهد الوطني للإحصاء)⁷⁶

أما على مستوى الولايات، توجد أعلى المعدلات في القصيرين والكاف بنسبة 33,6% و 33,1% على التوالي. من ناحية أخرى، يتم تسجيل أدنى المعدلات في تونس وبن عروس بنسبة 4,6% و 5,6% على التوالي. (الشكل 30).



الشكل 30: خريطة الفقر (المصدر: المعهد الوطني للإحصاء)⁷⁷

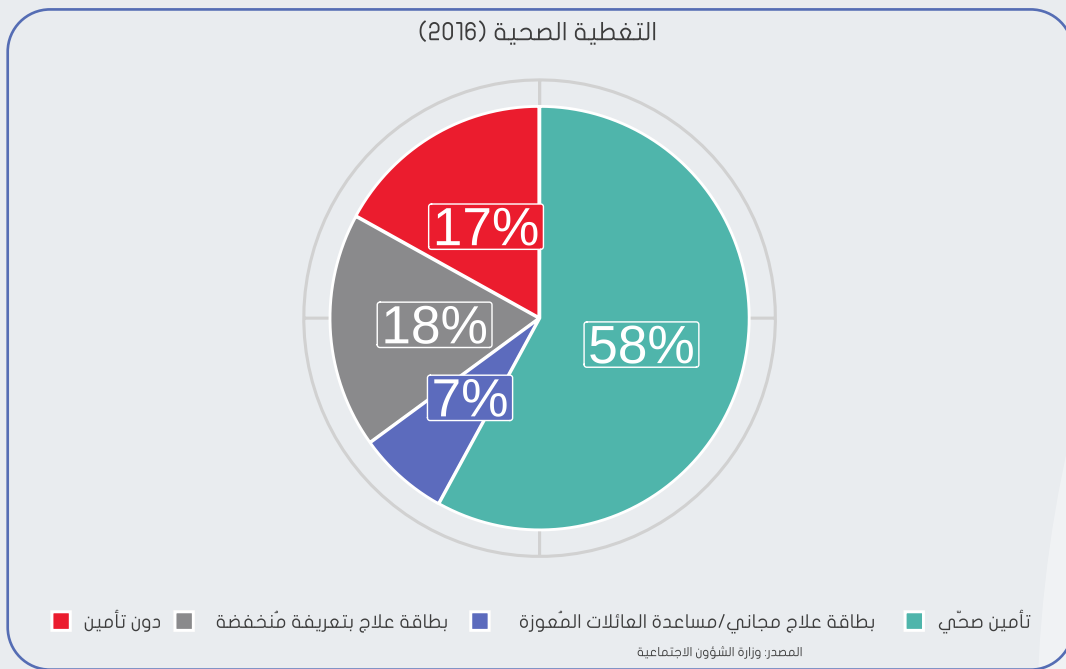
نفس المرجع. الصفحة 17
نفس المرجع. الصفحة 22.

76
77

يُمثل الفقر حاجزا يحول دون الحصول على الرعاية الصحيّة الجيّدة بل ويزداد الأمر سوءا بسبب الافتقار إلى التغطية الصحية لهذه الفئات الضعيفة.

يوجد في تونس برنامجان رئيسيان للمساعدة الاجتماعية يهدفان إلى مساعدة الفئات المحرومة اقتصاديا: «البرنامج الوطني لمُساعدة العائلات المُعوزة» (PNAFN) وبرنامج دفتّر العلاج بتعريفة مُنخفضة» (AMGII).

تم إنشاء البرنامج الوطني لمُساعدة العائلات المُعوزة سنة 1986 للحدّ من تأثير السياسات المفروضة من قبل صندوق النقد الدولي وبرنامج للإصلاح الهيكلي. و يعتبر البرنامج الوطني لمُساعدة العائلات المُعوزة البرنامج الوحيد الذي يُوفّر تحويلات مالية مُباشرة إلى المُستفيدين (150 دينار في الشهر) و ينتفع به ما يُقارب 230 ألف أسرة. أمّا برنامج دفتّر العلاج بتعريفة مُنخفضة والذي تمّ بعثه في الستينات فإنه يسمح بالانتفاع بخدمات الصحة العموميّة بتكلفة مُخفضة بعد دفع اشتراك سنوي قدره 10 دينار. انتفع من هذا البرنامج في عام 2016 ما يُقارب 620 ألف مستفيد.⁷⁸



الشكل 31: التغطية الصحية في تونس 2016 (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)

في عام 6102، شمل التأمين الصحي المنتظم 58% فقط من التونسيين بالإضافة إلى 7,3% استفادوا بتغطية صحية مجانية من خلال برنامج مساعدة العائلات المُعوزة (AMGII/PNAFN) بينما انتفع 17,5% بتغطية صحية من خلال برنامج بطاقة العلاج بتعريفة مُنخفضة مما يسمح لهم بالانتفاع برسوم مُنخفضة على الخدمات الصحيّة وهذا يعني بأن 17,2% من التونسيين ظلّوا على هامش التغطية الصحيّة تماما بسبب تجاوزهم عتبة الدخل أو انفصالهم عن هياكل الدولة على غرار العاملين في القطاع غير الرسمي.⁷⁹

الأشخاص غير المؤمّنين

من ضمن الأشخاص غير المُنتفعين بتأمين صحي، نجد 8,9% لم يتم الإعلان عنهم أو تسجيلهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي و 5,6% عاطلين عن العمل و 2,6% يُعانون من الفقر و/أو يعملون في القطاع غير الرسمي (الشكل 32).⁸⁰

78 نفس المرجع، الصّفحة 16

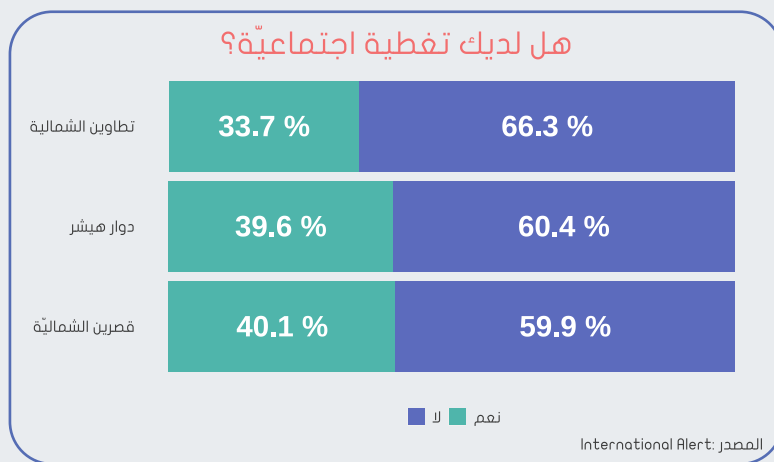
79 نف المرجع، الصّفحة 8

80 نفس المرجع الصّفحة 8

مجموع السكان المستهدفين في القاعدة	من غير تغطية صحية		التغطية بمساعدة طبية		سكان البلاد التونسية
	آخرون	عاطلون	برنامج العائلات المعوزة	بطاقة علاج	
3 730 356	297 916	632 500	1 975 459	824 482	11 295 787
33%	2.6%	5.6%	17.5%	7.3%	100%
مجموع الأسر المستهدفة	عدد الأسر				عدد الأسر
1 373 085	249 843	598 624	446 000	78 618	2 972 575
46.1%	8.4%	20.1%	15.0%	2.6%	100%

الشكل 32: توزيع السكان حسب الفئة (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)⁸¹

يزداد معدّل غير المُنتفعين بالتأمين الصحي والذين ليس لديهم تغطية اجتماعية في المناطق المحرومة. فمثلا ووفقا لمسح أجرته منظمة الإنذار الدولية (International Alert)، فإن أكثر من شخص على ستة أشخاص في تونس ليس لديه إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة العامة بأسعار معقولة مع وجود ارتفاع لمعدّل الأشخاص من دون تأمين صحي في بعض المناطق.⁸²



الشكل 33: الردود على السؤال «هل لديك تغطية اجتماعية؟» (المصدر: International Alert)⁸³

تجدد الإشارة إلى أن هذه المجموعات بشكل عام ليس لديها شبكة دعم أو دخل كاف لأن معظمهم من العاطلين عن العمل وذلك يعني بأنه يتعيّن عليهم تحمّل التكلفة الكاملة لرعايتهم الصحية. وبما أن معظم مقلّ ليست لديهم تغطية اجتماعية عاطلون عن العمل، يُمكننا تقريبا الاعتبار بأنهم لا يملكون مصدرا ثابتا للدخل كما يُحتمل بالأّ يكون لديهم دعم مالي عائلي. يمكننا تقييم مستوى دعم الأسرة من خلال النظر في دعم الأسرة الذي حصل عليه المستفيدون من برنامج مساعدة العائلات المعوزة قبل انضمامهم إلى البرنامج. فكما يوضّح الشكل 34، 80,2% منهم لم يكن لديهم دعم عائلي على الإطلاق

81 نفس المرجع

82 International Alert. "شباب في الهوامش. تم الاطلاع عليه يوم 6 ماي 2021.

<https://www.international-alert.org/or/publications/youth-in-the-margins-perceptions-of-religion-and-politics-in-Tunisia>

83 – الصفحة 16-17
نفس المرجع

أما النسبة المتبقية البالغة 19,8٪ فتحصل على متوسط دخل إضافي من الأسرة يبلغ 90 دينارا شهريا. إن مبلغ 90 دينارا شهريا لا يكفي لتغطية نفقات شهر كامل ناهيك بأن يتبقى منه أي شيء لتغطية تكاليف الرعاية الصحية والتي يتجاوز متوسطها 20 دينارا شهريا.⁸⁴

فترة الانضمام	الدعم	دون دعم	المجموع
1984-1999	1.6% (11.5)	12.3% (88.5)	13.9% (100)
2000-2010	7.6% (18)	34.6% (82)	42.2% (100)
2011-2014	10.6% (24)	33.3% (76)	43.9% (100)
Total	19.8% (19.8)	80.2% (80.2)	100% (100)

تشير القيم الموجودة بين قوسين إلى نسبة الأسر التي تلقت (ولم تتلق) مساعدة عائلية وفقا لفترة الانضمام. فعلى سبيل المثال، إذا نظرنا فقط إلى المستفيدين الذين انضموا إلى البرنامج خلال الفترة من 1984 إلى 1999، فإن هذا الأخير يمثل 13.9٪ من جميع الأسر المعوزة المستفيدة. تلقى من بينهم 1.6٪ مساعدة عائلية بينما لم يتلقى 12.3٪ منهم أي دعم. بمعنى آخر، إذا ركزنا حصريا على هذه المجموعة، فيمكننا القول أن 11.5٪ من هذه المجموعة (بالاستثناء) تلقوا دعما عائليا بينما لم يتلقى 88.5٪ أي دعم.

الشكل 34: دعم الأسرة قبل القبول في البرنامج الوطني لدعم الأسرة (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)⁸⁵

لكن حتى بالنسبة لمن لا يتمتع بتغطية التأمين الصحي ولديه دخل، فمن المحتمل أن يكون هذا الدخل أقل بكثير من الأجر الأدنى هذا إذا ما اعتبرنا بأنهم يكسبون حداً أدنى للأجور أو أكثر منه بقليل.

شهد الحد الأدنى للأجور في تونس انخفاضا في قدرته الشرائية بمعدل سنوي قدره -0.2٪ بين عامي 1987⁸⁶ و 2014 (الشكل 35). بالإضافة إلى ذلك، وكما يتضح من الشكل 36، فقد الحد الأدنى للأجور في تونس قدرته على مكافحة الفقر فقد تدرج من كونه يناهز مرة ونصف (140٪) خط الفقر في عام 1990 إلى 65٪ في عام 2015 مما يعني أنه لم يعد أجرا معيشيا بل أجرا للفقر.

1990	2000	2005	2010	2015	
92	256	294	362	550	خط الفقر/الشهر/ الأسرة الدينار الحالي
140%	73%	76%	75%	65%	الأجر الصناعي الأدنى المضمون/نسبة خط الفقر
16%	14%	15%	16%	27%	المتوسط بين برنامج مساعدة العائلات المعوزة ومعدل خط الفقر

الشكل 35: تطور الحد الأدنى للأجور وبرنامج مساعدة العائلات المعوزة مقارنة بخط الفقر (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)

84 محسوبة على أساس معدل الإنفاق السنوي من الجيب بالدولار الأمريكي ومتوسط سعر الصرف في عام 2018. على الرغم من أن التكلفة ربما تكون أعلى بكثير، حيث غالبا ما يكون لدى الأسر الفقيرة أفراد يعانون من أمراض/إعاقات مزمنة.

85 نفس المرجع. الصفحة 156

86 نفس المرجع. الصفحة 20.

السنة	الأجر الصناعي الأدنى المضمون	التحويلات	الزيادة المطلقة	برنامج مساعدة العائلات_المُعوزة الأجر الصناعي الأدنى المضمون	الأجر الصناعي الأدنى المضمون *_ أسعار ثابتة	برنامج مساعدة العائلات_المُعوزة *_ أسعار ثابتة
1987	110.0	7.7	0.0	7%	231.7	16.1
1990	128.0	15.0	1.7	12%	218.1	25.6
1995	159.1	25.8	0.0	16%	207.2	33.6
2000	187.0	36.3	0.0	19%	210.3	40.9
2005	224.0	43.3	0.0	19%	219.4	42.4
2010	272.5	56.7	0.0	22%	218.5	45.4
2011	286.0	68.3	11.7	25%	220.2	52.6
2012	320.0	92.5	24.2	32%	232.6	67.2
2013	325.0	105.0	12.5	33%	222.8	72.0
2014	335.0	115.0	10.0	33%	218.7	75.1
2015	335.0	150.0	35.0	45%		
Average growth (1987-2014)						
6.0%		-0.2%				

الشكل 36: تطور التحويلات النقدية لبرنامج مساعدة العائلات المُعوزة (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)

لا يُيسّر هذا بالخير بالنسبة لهذه الفئات الضعيفة المُلزّمة بإحدى النتيجتين المحتملتين: إما أن تتخلى عن العلاج أو أن تقع في فخ الديون لأنها تسعى إلى تعبئة الموارد لتغطية تكاليف الرعاية الصحية.

دورة الفقر والديون في الرعاية الصحية

لا يستفيد الفقراء من التغطية الاجتماعية التي تُمكنهم من تحمّل تكاليف العلاج كما يفتقرون لدعم عائلي لتغطية ذلك تأجيل / تجنّب العلاج
تزداد الحالة الصحية سوءاً وتصبح أكثر تعقيداً مما يستلزم علاجاً أكثر تكلفة ولكنه حيوي يحصلون على قروض استهلاكية لتغطية تكاليف العلاج
تفاقم الفقر

يكاد يكون الإنفاق الشخصي للأسر في تونس بالكامل في القطاع الصحي الخاص وبالخصوص في الصّيدليات الخاصة⁸⁷ (45%). على الرغم من عدم وجود بحث حديث حول تأثير الإنفاق الصحي على الوضع المالي للأسر الفقيرة في تونس، إلا أن الجزار وآخرون (2010) وجدوا أن التأثير الإفقاري للإنفاق الشخصي في تونس في عام 2005 يبلغ حوالي 17,7%⁸⁸.

⁸⁷ إيناس عيادي وسلمى زواري (2017) الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة والآثار المترتبة على الإنصاف في تونس

(Out-of-pocket health spending and equity implications in Tunisia) – Middle East Development Journal – 9:1, 1–21, DOI: 10.1080/17938120.2017.1293362

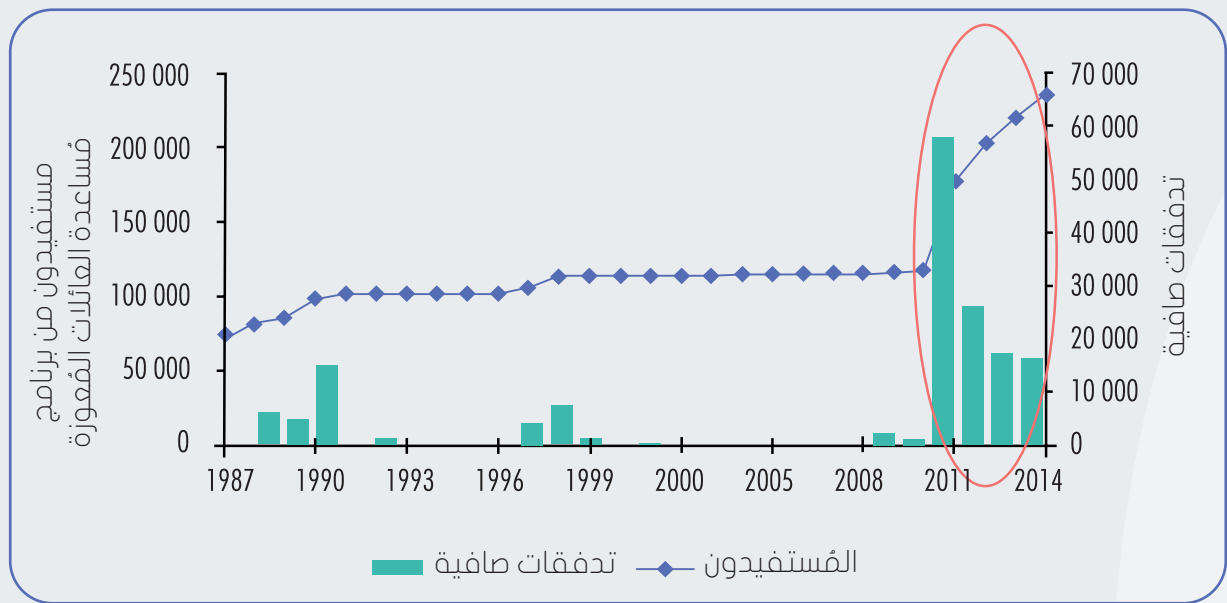
⁸⁸ «من الذي يدفع؟ الإنفاق الصحي من الجيب وآثار الإنصاف في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا» – Elgazar, Heba & Road, Firas & Arfa, Chokri & Matari, Awad & Salti, Nisreen & Chaaban, Jad & Salehi Isfahani, Djavad & Fesharaki, Sanaz. (2010). "Who Pays? Out-of-Pocket Health Spending and Equity Implications in the Middle East and North Africa".

يُقاس تأثير الإنفاق الإفقاري على الرعاية الصحية بنسبة الأسر التي تقع تحت خط الفقر بعد مدفوعات الرعاية الصحية. ففي بلدان أخرى في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يتراوح تأثير الإنفاق الصحي الإفقاري بين 7,9٪ في اليمن و82,9٪ في الضفة الغربية وغزة.

يتعيّن قيام نظام صحي عام موثوق به ويمكن الوصول إليه لمنع حدوث نفقات صحية كارثية كما يجب السماح بوضع استراتيجيات أخرى مثل شبكات الأمان للفقراء حتى تكون فعالة تماما».

المُؤمّنين من خلال برنامج مساعدة العائلات المُعوزة وبطاقة العلاج بالتعريفية المُنخفضة

كما ذُكر آنفا، ينتفع ببرنامج مُساعدة العائلات المُعوزة حوالي 250 ألف أسرة، أي 8,4٪ من مجموع الأسر، في حين ينتفع بطاقة العلاج بالتعريفية المُنخفضة حوالي 620 ألف أسرة أي حوالي 20٪ من مجموع الأسر.



الشكل 37: ارتفاع عدد المستفيدين من برنامج مساعدة العائلات المُعوزة وصافي تدفقاتهم بين عامي 1987 و 2014

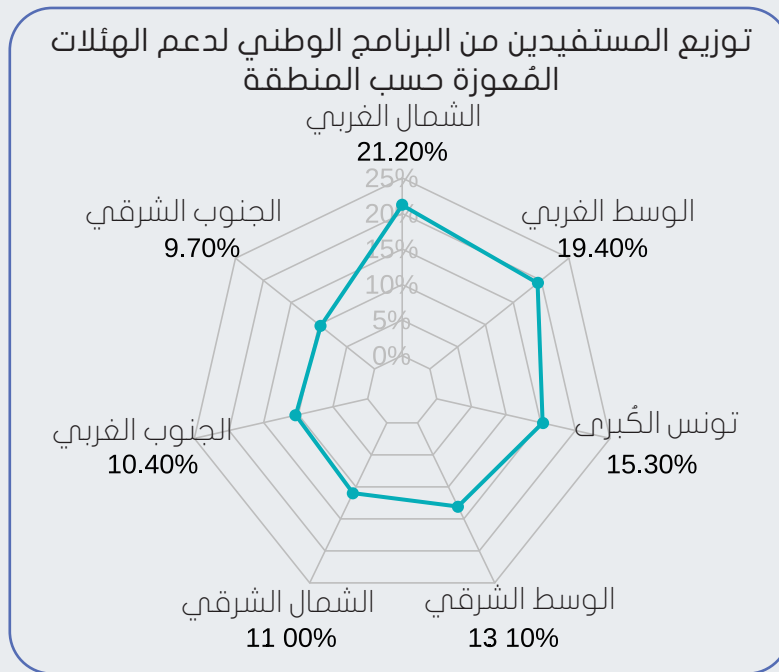
(المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)⁸⁹

كما هو مُتوقّع بالنظر إلى البيانات المتعلقة بالفقر، فإن مُعظم المستفيدين من برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة وبطاقة العلاج بالتعريفية المُنخفضة يندرجون من المناطق الريفية (45,75٪ لبرنامج مساعدة العائلات المُعوزة و 51,44٪ لبرنامج بطاقة العلاج بالتعريفية المُنخفضة). بالإضافة إلى ذلك، يعيش 50,9٪ من المستفيدين من برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة في الجهات الغربية للبلاد التونسية بنسبة 21,2٪ منهم في الشمال الغربي و19,4٪ في الوسط الغربي، على الرغم من أن هذه المناطق لا تضم سوى 30٪ من مجموع السّكان⁹⁰ (الشكل 38).

89 وزارة الشؤون الاجتماعية، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية. «تقييم أداء برامج المساعدة الاجتماعية في تونس لتأمين استهداف الفقراء والحد من تطور القطاع غير الرسمي»، ماي 2017. الصفحة 116
90 نفس المرجع. الصفحة 20.

مؤشر الاستهداف الجوهري			توزيع الأسر (بحسب %)				الصنف
مساعدة العائلات بطاقة علاج المفوزة بتعريفه مُنخفضة غير مستهدفين			مساعدة العائلات بطاقة علاج المفوزة بتعريفه مُنخفضة غير مستهدفين				
123	43	52	33.51	41.30	14.5	17.45	مدينة
101	95	102	35.97	36.47	34.04	36.80	منطقة حضرية
73	169	150	30.52	22.23	51.44	47.75	منطقة ريفية
			100	100	100	100	المجموع
			2 712 827	1 899 103	588 199	225 525	السكان

الشكل 38: توزيع الأسر ومؤشرات الاستهداف (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)⁹¹



الشكل 39: توزيع المستفيدين من برنامج مساعدة العائلات المفوزة حسب المنطقة (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)⁹²

كما يُمثل المُستوى التعليمي عاملاً مهمًا لدى المُسجّلين في برامج المساعدات الخاصة حيث تدلّ الأرقام بأن 68% من المستفيدين من برنامج مساعدة العائلات المفوزة و 34% من المستفيدين من بطاقة العلاج بتعريفه مُنخفضة من الأقبين في حين تُقدّر نسبة الأمية بين التونسيين بحوالي 29%⁹³. لكن وعلى الرغم من تطابق خصائص المستفيدين مع مؤشرات الفقر، فإن هذا لا يعني أن هذه البرامج نجحت في الوصول إلى جميع الفقراء.

يبلغ مُعدّل كفاءة البرنامج الوطني لمساعدة العائلات المفوزة من حيث الحد من شدة الفقر 65,6% بينما تبلغ نسبة البرنامج في الحد من عجز الفقر 70,3%⁹⁴ ولكن على الرغم من كلّ هذا، فإن البرنامج يميّز بمشاكل كبرى على مُستوى الاستهداف. فعلى الرغم من أنه يصل إلى أكثر من 8% من السكان،

91 نفس المرجع. الصفحة 118
92 نفس المرجع. الصفحة 118
93 نفس المرجع. الصفحة 22
94 نفس المرجع. الصفحة 27

فإن أكثر من نصف أفقر الأسر الذي تبلغ نسبتهم 8,3% لا يستفيدون من هذا البرنامج بما أن هامش خطأ الاستهداف يتجاوز 50% (يجب تسجيل معظم الأسر المستهدفة عن طريق الخطأ في برنامج بطاقة العلاج بتعريفه مُنخفضة ولا في برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة). ففي الواقع يُقدّر معدل الدقة بنسبة 47,95%

كما يتسم برنامج بطاقة العلاج بتعريفه مُنخفضة بنفس المشاكل على مُستوى الاستهداف. فعلى الرغم من أنه من المفترض أن يستهدف أفقر 21,7% من الأسر بعد الفئات المُستفيدة من برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة، إلا أن بطاقة العلاج بتعريفه مُنخفضة لم تتمكن من الوصول إلا إلى 10,9% فقط من تلك الأسر مما يعني نسبة نجاح تبلغ حوالي 50,2%.⁹⁶

تجدُر الإشارة إلى أن المستفيدين الذين تمّ استهدافهم غير راضين إلى حد ما عن البرامج. على سبيل المثال ومع ارتفاع تكاليف المعيشة وخصخصة العديد من الخدمات العامة الأساسية بما في ذلك الصحة، يعتبر المستفيدون من برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة أن التحويلات النقدية التي يتلقونها غير كافية (53,4%) وغير كافية إلى حد كبير (40,4%) مع اعتبار 6,2% فقط أن التحويلات النقدية كافية (الشكل 40).

لا يُعتبر هذا الأمر غريباً بالنظر إلى ضعف المبالغ التي يتمّ تحويلها وبأن قبولهم في برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة غالباً ما يرتبط بفقدان الدعم المالي للأسرة.

المبلغ المأمول		مبلغ المُساعدة	
القدر	المبلغ الشهري	النسبة	التقييم
8.8	150 د.ت	6.2	كافي
39.0	200 د.ت	53.4	غير كافي
20.0	250 د.ت	40.4	غير كافي بالمرّة
20.5	300 د.ت		
11.7	350 د.ت أو أكثر		
100	المجموع	100	المجموع

الشكل 40: نظرة المستفيدين من البرنامج الوطني لمُساعدة العائلات المُعوزة على مستوى المعونة المقدمة والمستوى المأمول من المعونة (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)⁹⁷

كما تمّ ذكره سابقاً، لم تتلق سوى 19,8 في المائة من الأسر مُساعدة مالية أسرية قبل انضمامها إلى برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة. يبلغ مُعدّل المُساعدة الأسرية لمن يستفيد منها 90 ديناراً في الشهر.⁹⁸

لكنّ مُعظم الذين استفادوا من المُساعدات العائليّة قبل تسجيلهم في البرنامج يفقدون تلك المُساعدة بفجّرّد تسجيلهم إذ ينخفض مُعدّل المُساعدات العائليّة من 90 ديناراً إلى 29 ديناراً حتى لو استثنينا أولئك الذين يتمّ إلغاء مُساعداتهم، فإن المُعدّل لا يزال أقل من 68 ديناراً.⁹⁹

95 نفس المرجع، الصّفحة 26.

96 نفس المرجع، الصّفحة 26.

97 نفس المرجع، الصّفحة 155.

98 نفس المرجع، الصّفحة 156.

99 نفس المرجع، الصّفحة 158.

فترة القبول	مُلغاة	مُقلّصة	مُستقرّة	المجموع
1984-1999	1.2%	0.3%	0.3%	1.6%
2000-2010	4.0%	2.0%	2.0%	7.6%
2011-2014	6.2%	1.5%	1.5%	10.6%
المجموع	11.4%	3.8%	3.8%	19.8%

الشكل 41: الحفاظ على دعم الأسرة بعد القبول في برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)¹⁰⁰

بصرف النظر عن مشاكل الاستهداف والتحويلات النقدية، تُعاني البرامج أيضا من نقص كبير في الموارد البشرية خاصة على مُستوى الأخصائيين الاجتماعيين. ففي جهة الشمال الغربي مثلا، يوجد أخصائي اجتماعي واحد عن كُل 600 أسرة ويرتفع هذا العدد في منطقة الوسط الغربي إلى أخصائي اجتماعي عن كُل 672 أسرة (الشكل 42).

مُساعدة العائلات المُعوزة	بطاقة العلاج بتعريف مُنخفضة	
25%	12%	جيد
37%	37%	متوسط
22%	33%	سيء
16%	18%	سيء جدا

الشكل 42: نظرة المستفيدين إلى الأخصائيين الاجتماعيين (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)¹⁰¹

يعكس هذا عدم الرضا العام للمستفيدين حيث أن رُبُع المستفيدين فقط من برنامج مُساعدة العائلات المُعوزة وتُمن المستفيدين من بطاقة العلاج بتعريف مُنخفضة يعتبرون أداء الأخصائيين الاجتماعيين جيدا، بينما يعتبره معظمهم متوسطا إلى سيء. (الشكل 43).

توزيع الأسر	توزيع العاملين الاجتماعيين	منتفعين بمساعدة العائلات المُعوّزة	أسر فقيرة عامل اجتماعي	المساهمة المطلقة في الفقر الوطني	
25%	18%	15%	202	13.5%	تونس الكبرى
15%	13%	11%	360	9.0%	الشمال الشرقي
12%	14%	21%	600	19.4%	الشمال الغربي
24%	18%	13%	311	12.3%	الوسط الشرقي
12%	14%	19%	672	27.7%	الوسط الغربي
7%	13%	10%	294	10.3%	الجنوب الشرقي
5%	10%	11%	279	7.7%	الجنوب الغربي
100%					المستوى الوطني

الشكل 43: توزيع الأخصائيين الاجتماعيين حسب ملامح الفقر بالمناطق (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)¹⁰²

بالإضافة إلى ذلك، أفاد الأخصائيون الاجتماعيون في بعض المناطق أن عدم توفر العربات لنقلهم يُمثل عقبة رئيسية تمنعهم باستمرار من تحقيق هدفهم المُعلن، حيث أن العديد من الأسر المستهدفة تعيش في أماكن نائية يصعب الوصول إليها. كما أن الافتقار إلى الزيارات والأنشطة الميدانية يُمثل السبب الرئيسي الذي يجعل المستفيدين من برنامج مساعدة العائلات المُعوّزة وبطاقة العلاج بتعريف مُنخفضة يُعربون عن عدم رضاهم عن الخدمات (الشكل 44).

يُمكن للاستثمار في هذه الموارد أن يُساعد على تغطية المزيد من المناطق والأسر سواء كانت مستفيدة أو غير مستفيدة.¹⁰³

مساعدة العائلات المُعوّزة بطاقة العلاج بتعريف مُنخفضة

أسباب الرضا	الموضوعية	33%	30%
أسباب عدم الرضا	المعرفة الجيدة بالأسر	54%	65%
	التوفر	26%	27%
	الغياب من المناطق	65%	70%
	المبادرة تجاه العائلات	60%	60%
	قلّة الموضوعية	29%	28%
	الفساد	11%	13%
	المحسوبية	15%	19%

الشكل 44: أسباب رضا وعدم رضا المستفيدين من برنامج مساعدة العائلات المُعوّزة (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)¹⁰⁴

102 نفس المرجع، الصفحة 135
103 نفس المرجع، الصفحة 139
104 نفس المرجع، الصفحة 148

تُعزى هذه المعدلات مُنخفضة الدقّة والتحويلات النقدية المنخفضة وعدم الرّضا النسبي بأنشطة الأخصائيين الاجتماعيين أساسا إلى نقاط الضعف المؤسسية وانعدام التنسيق بين مختلف الخدمات العامة والافتقار إلى الموارد البشرية والمادية لإدارة الضرائب وعدم قدرتها على تغطية القطاع غير الرسمي والتحقق من تصاريح الدّخل أو من عدمها ولكن أيضا الافتقار إلى الموارد البشرية والمادية لوزارة الشؤون الاجتماعية التي يُمكن أن تسمح لها بالقيام بزيارات ميدانية للأسر المستهدفة لتقييم احتياجاتها على نحو أفضل. هذا يؤدي إلى مشكلتين رئيسيتين. يتمثل السّبب الأول في انخفاض الإيرادات الضريبية الوطنية التي تحدّ بدورها من قُدرة الحكومة على إعادة استثمار تلك الإيرادات في الحد من عدم المساواة. أمّا السّبب الثاني فيتعلّق بفشل البرامج الاجتماعية في استهداف الأسر الفقيرة بشكل صحيح والاضطرار إلى اللجوء إلى أساليب مثل الاستهداف التلقائي واستخدام المؤشرات الجوهويّة والاجتماعية الديموغرافية التي يمكن ربطها بشكل معقول بالوضع الاجتماعي والاقتصادي.¹⁰⁵

يربط تقرير عام 2017 عن البرامج الاجتماعية الصادر عن وزارة الشؤون الاجتماعية مشاكل هذه البرامج بالتداعيات الاجتماعية والاقتصادية لخطة الإصلاح الهيكلي التي يدعو إليها صندوق النقد الدولي، إذ «تحوّل البرنامج الوطني لمساعدة العائلات المعوزة إلى أداة لإدارة الفقر وآثاره في الوقت الذي لا يتم فيه توفير الموارد المالية والبشرية واللوجستية التي تسمح له بالمساهمة بفعالية في الحد من الفقر بشكل كبير والذي من المفترض أن يُعالجه».¹⁰⁶

البطالة

كما ذكرنا ذلك سابقا، تُعدّ البطالة عاملا رئيسيا في الفقر وتزيد من احتمال عدم التّأمين مع فقدان أو عدم وجود تغطية صحية مرتبطة بصاحب العمل. لكن البطالة تجلب معها أيضا قضايا أخرى.

بصرف النظر عن تعريض الناس لخطر عدم التّأمين عليهم بسبب عدم وجود تغطية مرتبطة بصاحب العمل، ترتبط البطالة أيضا بسلسلة من مُشكلات الصحة العقلية مما يزيد الأمور سوءا بالنسبة لفئة ضعيفة بطبيعتها وتضع الضغوطات على قطاع الرعاية الصحية العقلية الذي يُعتبر هشا.^{107 108}

تجدر الإشارة إلى أنه على الرغم من كون البطالة أكثر انتشارا بين النساء مُقارنة بالرجال، فإن قضايا الصحة العقلية المتعلقة بالبطالة تؤثر على الرجال أكثر من النساء ربما بسبب «زيادة ارتباط الرجال بالدور الوظيفي و/أو التزامات إعالة الأسر و/أو الرغبة في تولّي وظائف أفضل وبالتالي الإحساس بالخسران أكثر من حالة البطالة».¹⁰⁹

إذا علمنا أن مُعدل بطالة الشباب في تونس مرتفع بشكل خاص لدى الشبّان بنسبة 30,7 في المائة (الفئة العمرية 15-24)، يُمكن أن يكون لذلك علاقة بارتفاع معدل الانتحار لدى الرجال مُقارنة بالنساء.¹¹⁰ يُشير أحدث مسح وطني رسمي للانتحار أُجري في عام 2015 بأنّ الرجال يُشكّلون 72٪ من حالات الانتحار

105 نفس المرجع، الصفحة 19-20

106 نفس المرجع الصفحة 21.

107 - تأثير مدة البطالة السابقة على أعراض الاكتئاب بين الشباب والشبان في الولايات المتحدة

Mossakowski KN. The influence of past unemployment duration on symptoms of depression among young women and men in the United States. Am J Public Health 2009; 99:1826-32.

108 - انتقالات التوظيف والصحة العقلية: تحليل من مسح لوحدة الأسرة البريطانية

Thomas C, Benzeval M, Stansfeld SA. Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. J Epidemiol Commun Health

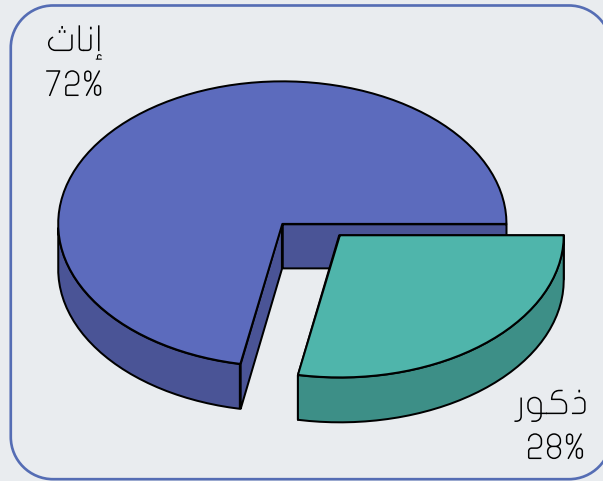
109 - البطالة والصحة العقلية-من (لا) يتأثر؟

Backhans, Mona C., and Tomas Hemmingsson. "Unemployment and mental health—who is (not) affected?" The European Journal of Public Health 22, no. 3 (2012): 429-433. Page 432.

110 كسر الحواجز أمام إدماج الشباب

World Bank Group, "Breaking the Barriers to Youth Inclusion", 2014. https://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/MNA/tunisia/breaking_the_barriers_to_youth_inclusion_eng_intro.pdf

على الرغم من كونهم يُمثلون أقل بقليل من نصف السكان (5557968 رجلا مقابل 5596404 امرأة في عام 2015) (الشكل 45).



الشكل 45: حالات الانتحار حسب الجنس (المصدر: المعهد الوطني للإحصاء)¹¹¹

تجب الإشارة أيضا بأنّ الفئة العمرية الأكثر تأثرا بالانتحار هي الفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم بين 20 و 39 عاما المعنية أيضا بالبطالة والتي تواجه مشاكل صحّة عقلية خطيرة بسببها¹¹² (الشكل 46).

الفئة العمرية	عدد السكان (2015)	عدد حالات الانتحار	النسبة المئوية	عدد الحالات عن كلّ 100 ألف ساكن
0-19	3 492 024	49	13.46	1.40
20-39	3 718 073	165	45.33	4.43
40-59	2 637 195	102	28.02	3.86
60-79	1 092 037	42	11.54	3.84
≥80	215 044	6	1.65	2.79
المجموع	11 154 400	364	100.00	3.29

الشكل 46: حالات الانتحار حسب الفئات العمرية (المصدر: المعهد الوطني للإحصاء)¹¹³

لعل أفضل مؤشر للصلة بين الصحّة العقلية والبطالة هو الطريقة التي اختار بها بعض الأشخاص الانتحار وهي الاحتراق التي تُمثل الطريقة الثانية الأكثر شيوعا بنسبة 15,89٪ من الحالات.

111 المعهد الوطني للإحصاء «الإحصاءات الوطنية حول الانتحار في تونس لعام 2015» 2016. <http://www.santetunisie.rns.tn/images/docs/anis/statistiquesnationalesdusuicideentunisiepourlannee2015.pdf>.

112 البطالة والصحة النفسية تورقان دورة الحياة Strandh, Mattias, Anthony Winefield, Karina Nilsson, and Anne Hammarström. "Unemployment and mental health scarring during the life course." The European Journal of Public Health 24, no. 3 (2014): 440-445.

113 المعهد الوطني للإحصاء «الإحصاءات الوطنية حول الانتحار في تونس لعام 2015» 2016. <http://www.santetunisie.rns.tn/images/docs/anis/statistiquesnationalesdusuicideentunisiepourlannee2015.pdf>.

النسبة المئوية	عدد الحالات	طريقة الانتحار
الطريقة المادية		
58.63	214	الشنق
15.89	58	الاحتراق
6.30	23	الغرق
3.56	13	الاندفاع أمام جسم متحرك
2.74	10	سقوط من الارتفاع، القفز من نافذة
1.09	4	سلاح أبيض
0.27	1	الصعق بالكهرباء
0.27	1	سلاح ناري

الشكل 47: طرق الانتحار (المصدر: دائرة الهجرة والتجنيس)¹¹⁴

تحمل هذه الطريقة الكثير من الرمزية في تونس ما بعد الثورة على أنها جهد ميؤوس منه من قبل الناس للمطالبة بالعدالة والتوظيف.

عدم المساواة بين الجنسين

على غرار العديد من مظاهر عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية، يُمثل عدم المساواة بين الجنسين سببا من أسباب فشل نظام الرعاية الصحية وكذلك مظهر يعكس ذلك الفشل.

يضيف فشل نظام الرعاية الصحية إلى أعمال الرعاية غير المدفوعة الأجر التي غالبا ما يتعين على النساء القيام بها بالاعتماد على أنفسهن. فعلى سبيل المثال، خلال فترة الحجر الصحي الأول في مارس 2020، تم إغلاق مرافق وخدمات الرعاية بما في ذلك رعاية المسنين ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة وخدمات تنظيف البيوت ورعاية الأطفال. لا يعني هذا بأن هذه الأعمال أصبحت فجأة غير ضرورية بل تم تناولها غالبا من قبل النساء في استخدام غير مدفوع الأجر لوقتهن وجهدهن. على غرار ذلك ومع تقدّم الوباء، أدّى الحجر الصحي وانعدام الأمن الاقتصادي لعمليات الإغلاق المتكررة إلى انتكاسة غير مسبوقة في حقوقهن وظروفهن الاقتصادية حيث تم في كثير من الأحيان تكليفهنّ برعاية مرضى كوفيد أو عائلاتهن¹¹⁵.

كما تقف النساء في الخطوط الأمامية للوباء حيث يُشكّلن معظم العاملين في مجال الرعاية الصحية بنسبة 63,4% من القوى العاملة (ولكن 39% فقط على مستوى القيادة).¹¹⁶ كما تُشكّل النساء مُعظم عمّال النظافة وعمّال البقالة الذين لعبوا دورا اقتصاديا أساسيا وكان عليهم العمل على اتصال وثيق مع الزبائن أثناء الجائحة¹¹⁷. تمثل النساء أيضا غالبية العمال الزراعيين الذين واصلوا العمل أثناء الجائحة (58% من

114 نفس المرجع السابق

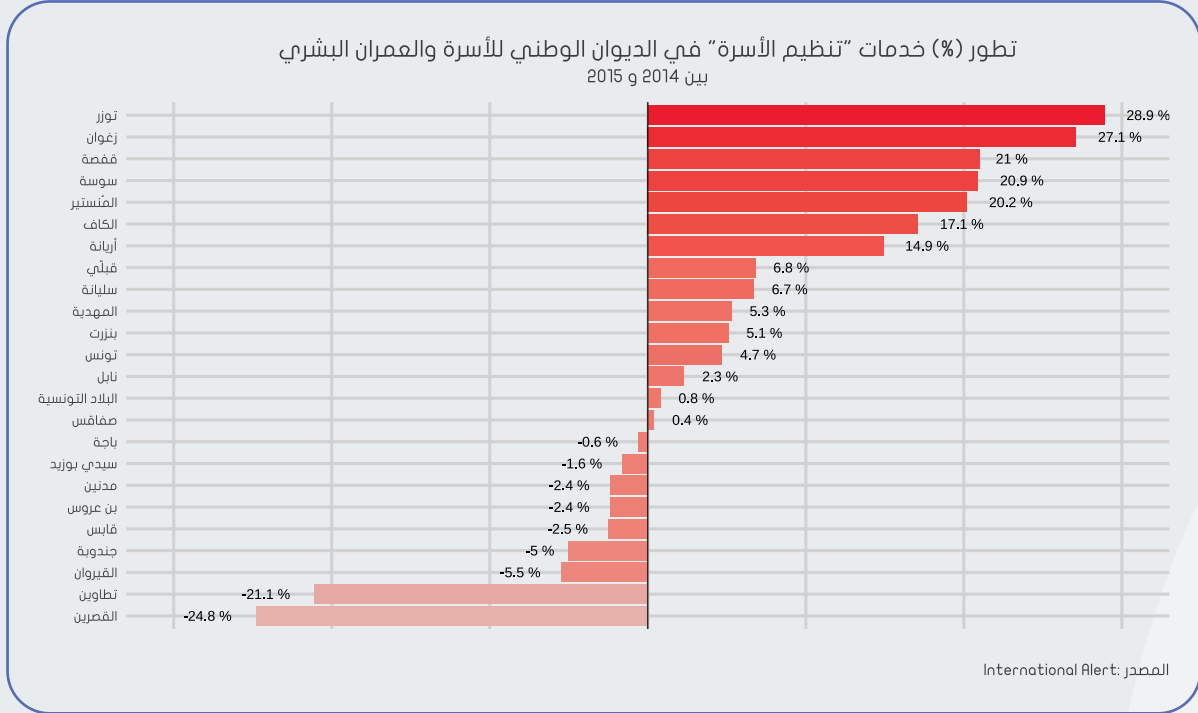
115 هيئة الأمم المتحدة للمرأة. «المرأة التونسية في مواجهة كوفيد - 19 أثناء وبعد الحجر الصحي». جوان 2020. الصفحة 5.

116 نفس المرجع. الصفحة 7

117 غسان سالييني. منى عزت، إقبال بن موسى. «فيروس كورونا وتداعياته الاجتماعية على المرأة: إدارة الأزمات في مصر وتونس ولبنان». فريدريش إبيرت شتيفتونغ، الصفحة 27.

العمال الزراعيين ولكن 4 ٪ فقط من مالكي الأراضي).¹¹⁸

كما تمّ ذكره سابقا، تدهورت مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية أيضا ويرجع ذلك أساسا إلى نقص الاستثمار في زيادة الوعي ومرافق الصحة الجنسية والإنجابية ونقص المخزون. فبين عامي 2014 و2015 على سبيل المثال، ركز استخدام خدمات تنظيم الأسرة بمعدّل نمو وطني بلغ 0,8 ٪ فقط مع تسجيل نموّ سلبي على مُستوى تقديم الخدمات في بعض الولايات بما في ذلك القصرين بنسبة -24,8 ٪ وتطاوين بنسبة -21,6 ٪ ومتّوبة بنسبة -21,1 ٪.



الشكل 48: النسبة المئوية لتطور خدمات «تنظيم الأسرة» في المراكز الوطنية للأسرة والعمران البشري بين عامي 2014 و 2015 (المصدر: International Alert)¹¹⁹

انخفض مُعدّل استخدام وسائل منع الحمل من 62,5 ٪ سنة 2012 إلى 50,7 ٪ سنة 2019. كما انخفضت أيضا في نفس الفترة الحاجة إلى وسائل منع الحمل من 90 ٪ إلى 71,9 ٪ (الشكل 49). اختفت بعض وسائل منع الحمل من الأسواق لمدة تتجاوز العامين (بين عامي 2016 و 2019). وشمل نقص المخزون أيضا حبوب منع الحمل وحبوب الصباح الموالي وأدوية الإجهاض.¹²⁰

مؤشر	Mics 4 (2012)	Mics 6 (2019)
انتشار وسائل منع الحمل	62.5%	50.7%
الاحتياجات التي تفتت تلبّيها فيما يتعلق بمنع الحمل	90.0%	71.9%

الشكل 49: مؤشرات الصحة الجنسية والإنجابية (المصدر: هيئة الأمم المتحدة للمرأة)¹²¹

¹¹⁸ هيئة الأمم المتحدة للمرأة. «المرأة التونسية في مواجهة كوفيد - 19 أثناء وبعد الحجر الصحي»، جوان 2020. الصفحة 3.

¹¹⁹ "تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص و بدائل" 2019، الصفحة 34 International Alert.

¹²⁰ جمعية بيتي. «تقرير عاجل لبيتّي-كوفيد -19 مارس-أفريل-ماي 2020 «كوفيد -19 كاشف عن عامل التفاوتات المتعددة الجوانب تجاه المرأة وتفاقمه» تم الاطلاع على التقرير في 6 ماي 2021. الصفحة 12

<https://beity-tunisie.org/2020/06/rapport-urgence-beity-covid-19-mars-avril-mai-2020-la-covid-19-revelateur-et-facteur-aggravant-les-inegalites-intersectionnelles-envers-les-femmes/>

¹²¹ هيئة الأمم المتحدة للمرأة. «النوع الاجتماعي وكوفيد-19 في تونس: التحديات والتوصيات» أفريل 2020

كما تمّ ذكره أيضا سابقا، يوجد نقص حاد في العاملين في مجال صحة المرأة في بعض المناطق وخاصة أطباء أمراض النساء. ففي ولاية تطاوين بأكملها في عام 2016، كان يعمل أربعة أطباء أمراض نساء تمّ انخفض هذا العدد إلى ثلاثة في نفس العام يعمل جميعهم في القطاع الخاص¹²². لكنّ العديد من النساء غير قادرات على تحمّل تكاليف خدمات القطاع الخاص لأن معظمهنّ تُعانين الفقر والخصاصة¹²³. ولتأكيد ما تمّ ذكره سابقا، يؤدي انتشار الفقر إلى تفاقم مشاكل قطاع الرعاية الصحية ولكنّ الفقر في تونس يظلّ مفهوما وتجربة جنديرية بالخصوص.

تكمّن مشكلة تقدير مستوى فقر النساء في أنّ الفقر في معظم أنحاء العالم بما في ذلك في تونس، يُقاس باعتبار الأسر وبالتالي فإنّ البيانات في تونس ليست مُصنّفة حسب الجنس.

لكنّ التحليلات مُتعدّدة المستويات للفقر في تونس تُظهر أنّ الأسر التي يرأسها الذكور أقل عرضة بنسبة 34% للفقر المدقع من الأسر التي ترأسها الإناث.¹²⁴ يرجع ذلك إلى حقيقة أنّ المرأة التونسية لديها العديد من العوامل التي تسهم في احتمال أن تكون فقيرة على غرار الأمية مثلا. كشف تعداد عام 2014 أنّ مُعدّل الأمية لدى الرجال يبلغ 12,41% أي نصف مُعدّل الأمية لدى النساء الذي يبلغ 25%. ويرتفع هذا المعدل إلى 50% لدى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 55 و 64 سنة في حين أنّ المُعدّل بالنسبة للرجال في نفس الفئة العمرية يظلّ في حدود 19,9%.¹²⁵ كما أنّ مُعدّل الأمية لدى النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية أعلى إذ وفقا لدراسة حديثة أجرتها الجمعية التونسية للنساء الديمقراطيات، فإنّ 40% من النساء في المناطق الريفية أميات.¹²⁶

كما تعاني النساء من المزيد من البطالة. ففي الأشهر الثلاثة الأولى من عام 2021، يُقدّر معدل بطالة الذكور بنسبة 15% في حين أنّ معدل بطالة الإناث أعلى بكثير بنسبة 23,8%. وترتفع هذه الفجوات إذا ما نظرنا إلى مُعدّلات البطالة لدى خريجي الجامعات حيث بلغ مُعدّل بطالة الذكور 17,6% في الثلاثي الثالث من عام 2020 مُقابل مُعدل بطالة يبلغ 40,7% لدى الإناث.¹²⁷

لكن حتّى عندما تعمل النساء، فغالبا ما تقلّ أجورهن عن أجور الرجال. تُقدّر الفجوة في الأجور بين الجنسين في القطاع غير الرسمي بنسبة 35,5% بينما تبلغ في القطاع الخاص الرسمي نسبة 25,4%.¹²⁸

لكنّ هذه الأسباب يتعدّد تقريبا على النساء المحرومات تحمّل تكاليف خدمات الرعاية الصحية وهو أمر يزداد تعقيدا لكون العديد من النساء لا يتمتّعن بتغطية الرعاية الصحية. فإذا ما اعتبرنا مجموع النساء الريفيات (اللواتي يُشكّلن 32% من مجموع السّكان من الإناث)، نجد بأنّ 20% فقط منهنّ يتمتّعن بتغطية اجتماعية و10% فقط يستفدن من برنامج الرعاية الصحية المجانية.¹²⁹ تُعتبر هذه الوضعيّة مأساويّة خاصة لأنّ 60% من النساء الريفيات يعانين من مشاكل صحيّة تتعلّق 93% منها بظروف العمل.¹³⁰ لهذا السبب

122 نفس المرجع، الصفحة 38

123 هيئة الأمم المتحدة للمرأة. « المرأة التونسية في مواجهة كوفيد - 19 أثناء وبعد الحجر الصحي»، جوان 2020. الصفحة 8.

124 عمارة، م.، جمالي، ح. « المؤشرات الأسرية والسياقية للفقر في تونس: تحليل متعدد المستويات Soc Indic Res 137 - 113-128 (2018) <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1602-8>

125 المعهد الوطني للإحصاء - التقرير الوطني حول النوع الاجتماعي، تونس 2015 - الصفحة 12

126 النساء الريفيات في تونس: لقد التزمنا الصمت لفترة طويلة
Nay Elrahi, "Rural Women in Tunisia: 'We Have Been Silent for Too Long'" the Guardian, March 30, 2015. <http://www.theguardian.com/global-development/2015/mar/30/rural-women-rights-tunisia-world-social-forum>

127 المعهد الوطني للإحصاء، التّشغيل، البطالة، الإحصاءات. تم الاطلاع عليه في 17 جوان 2021. <http://ins.tn/statistiques/153>

128 هيئة الأمم المتحدة للمرأة. « المرأة التونسية في مواجهة كوفيد - 19 أثناء وبعد الولادة»، يونيو 2020. الصفحة 8

129 نفس المرجع

130 «النساء الريفيات في تونس: لقد التزمنا الصمت لفترة طويلة»

Tunis, Nay Elrahi in. "Rural Women in Tunisia: 'We Have Been Silent for Too Long' | Nay Elrahi." the Guardian, March 30, 2015. <http://www.theguardian.com/global-development/2015/mar/30/rural-women-rights-tunisia-world-social-forum>

يكتسي الضمان الاجتماعي والطبي أهمية قصوى لمساعدة النساء على تحمل تكلفة الرعاية الصحية من ضمن النفقات الضرورية الأخرى. لكن التحويلات النقدية في تونس مُنظمة حسب الأسرة فيتم إرسالها بالتالي إلى «رئيس الأسرة» الذي يُشير آلياً بموجب القانون التونسي إلى الزوج.

فخلال الجائحة مثلا، تم إرسال 250 مليون دينار إلى الأسر الفقيرة التي تأثر دخلها بالجائحة وإجراءات الحجر الصحي. تلقت 623000 أسرة هذه التحويلات، ذهبت 86,5٪ منها إلى أرباب الأسر من الذكور.¹³¹

غالبا ما يفترض هذا الصنف من التحويلات على غرار دراسات الفقر القائمة على الأسر، بان يتم توزيع الموارد داخل الأسرة بالتساوي بين أفرادها. كما غالبا ما يفترض أنه لا يوجد فرق في تخصيص الموارد بين الأسر التي يقودها الذكور والأسر التي تقودها الإناث. لكن كلي الافتراضين لا أساس لهما من الصحة.

على الرغم من عدم وجود بيانات مُصنّفة حسب الجنس حول كيفية إنفاق المساعدات في تونس، قد تساعد الأمثلة المقارنة في فهم كيفية تأثير هذه التحويلات النقدية على العائلات.

ففي كتابها «المرأة غير المرئية: تحيز البيانات في عالم مصمم لي» (Invisible Women: Data Bias in a World Designed for Me)، اعتمدت الكاتبة كارولين كريادو بي أوكريز (2019) كمثال على سياسة المملكة المتحدة حيث يتم منح الآباء خصم ضريبي على إعانات الأطفال.¹³² تم استبدال هذا الخصم الضريبي سنة 1977 بتحويلات نقدية يتم صرفها مباشرة إلى الأقهار. تقول الكاتبة أنه «إذا تم تقاسم الأموال بالتساوي داخل الأسر، فإن هذا التحويل للدخل من الحقيبة إلى المحفظة لن يكن له أي تأثير على كيفية إنفاق الأموال. وباستخدام مقياس الوكيل لمقدار إنفاق بريطانيا على الملابس، اكتشف الباحثون أنه بعد تغيير سياسة التحويل، شهدت البلاد زيادة كبيرة في الإنفاق على ملابس النساء والأطفال مقارنة بملابس الرجال».

تُظهر دراسات أخرى نوقشت في الكتاب أن «الرجال لا يزال غير مشترك بالتساوي بين الأزواج والأموال التي تسيطر عليها النساء لا تزال أكثر عرضة للإنفاق على الأطفال (كلمة محايدة بين الجنسين تخفي في حد ذاتها كم كبير من عدم المساواة) من الأموال التي يُسيطر عليها الرجال».

لا يمكننا أيضا التحدث عن الرعاية الصحية للمرأة دون ذكر آفة آخر تتعرض إليها: العنف.

فخلال فترة الحجر الصحي الأولى، تلقى الخط الساخن للخدمات الذي يهدف إلى مساعدة النساء والأطفال 9800 مكالمة أي ما يعادل تسعة أضعاف عدد المكالمات التي تم استقبالها قبل جائحة كوفيد.¹³³ تعلقت 2700 مكالمة بالإبلاغ عن حالات العنف بينما تعلقت أخرى بطلب المشورة القانونية أو المساعدة المالية والمادية.

تجدر الإشارة إلى أنه من بين المكالمات المُبلّغة عن حالات العنف تعلقت 90٪ منها بالعنف اللفظي و80٪ بالعنف النفسي و76٪ بالعنف الجسدي و37٪ بالعنف الاقتصادي و17٪ بالعنف الجنسي كما تجدر الإشارة أيضا إلى أن حوالي 26٪ فقط من النساء ضحايا العنف يطلبن المساعدة في تونس.¹³⁴

لا يُعتبر هذا الأمر مفاجئا إذا رأينا كيف يتم إضفاء الشرعية على العنف ضد المرأة حيث وافق 31٪ من المشاركين في الاستطلاع على أنه يجب على النساء التسامح عن العنف المرتكب ضدها خلال هذه الأزمة.

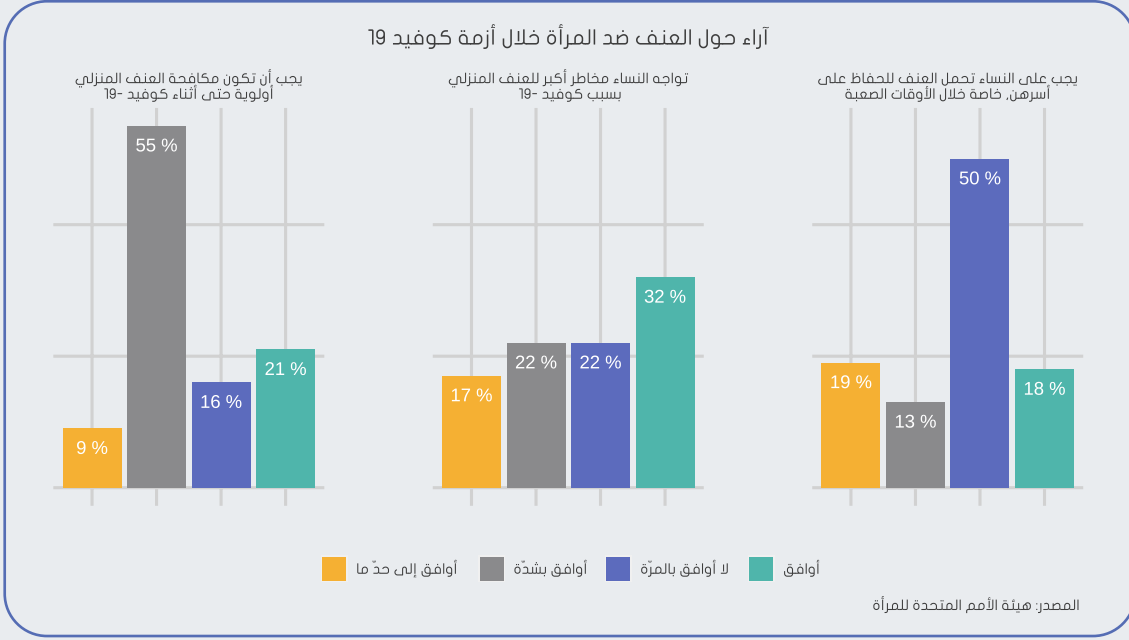
131 هيئة الأمم المتحدة للمرأة. «المرأة التونسية في مواجهة كوفيد - 19 أثناء وبعد الولادة»، يونيو 2020، الصفحة 9

132 .كارولين كريادو بيريز، «النساء غير المرئيات: تحيز البيانات في عالم مصمم للرجال»، مطبعة أبرامز، 2019 Caroline Criado-Perez, "Invisible Women: Data Bias in a World Designed for Men", Abrams Press, 2019

133 هيئة الأمم المتحدة للمرأة. «المرأة التونسية في مواجهة كوفيد - 19 أثناء وبعد الحجر الصحي»، جوان 2020، الصفحة 5.

134 نفس المرجع

ينخفض هذا العدد بالنسبة للنساء المستجيبات بنسبة 24٪ ويرتفع بالنسبة للذكور المستجيبين إلى 40٪.¹³⁵



الشكل 50: آراء حول العنف ضد المرأة خلال أزمة كوفيد 91 (المصدر: هيئة الأمم المتحدة للمرأة)¹³⁶

تجدد الإشارة أيضا إلى أنه في عام 2010، اعتبر 2,3٪ فقط من المستجوبين بأن المتخصصين في الرعاية الصحية يمثلون مصدرا للمساعدة التي يمكن أن يحتاجوا إليها¹³⁷ مما يعكس فشل نظام الرعاية الصحية في تقديم الرعاية والحماية والأمن بشكل صحيح للنساء ضحايا العنف.

لهذا السبب يجب على الحكومة التونسية اتخاذ تدابير لمعالجة الرعاية الصحية للمرأة بدءا من العمل على جمع البيانات المُصنّفة حسب الجنس إلى تزويدهم بالتغطية الاجتماعية والرعاية الصحية المناسبة والسماح لهم بالحصول على المساعدات المالية على قدم المساواة والتصدي للعنف المرتكب ضدهم.

عدم المساواة في الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي

شكّل النفاذ إلى خدمات المياه والصرف الصحي خلال هذه الجائحة أهمية قصوى غير مسبوقة إذ لا تُمكن هذه الخدمات السكان من الحفاظ على صحّة جيّدة وفي ظروف صحية فحسب، بل تلعب أيضا دورا رئيسيا في منع انتشار الجوائح والأوبئة. لكن وعلى غرار العديد من القضايا التي تمّ التطرّق إليها سابقا، توجد تفاوتات جوهريّة صارخة على مستوى توقّر هذه الخدمات.

كما يوضّح الشكل 51، يبلغ المعدّل الوطني للحصول على مياه الشرب 90,7٪. إلا أنّ المعدّلات المُسجّلة في المناطق الساحلية مثل تونس الكبرى وشمال شرق البلاد أعلى بكثير من المعدّل الوطني بينما تنخفض مُعدّلات المناطق الداخلية إلى 75,5٪ في الشمال الغربي و 67,4٪ في وسط البلاد. أمّا على مُستوى الولايات، تتمتع تونس والمنستير بأعلى معدلات النفاذ إلى المياه بنسبة 99,9٪ لكل منهما بينما نجد في ولايتي سيدي بوزيد وجندوبة أدنى المُعدّلات 62,9٪ و 65٪ على التوالي.

135 نفس المرجع

136 نفس المرجع

137 المدافعون عن حقوق الإنسان (MRA)، تعبئة من أجل شركاء الحقوق « تونس: تقرير إلى اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للنساء للدورة 59»، أوت 2016 الصفحة 2

معدل حصول الأسر على مياه الشرب حسب الولايات							
2020	2019	2018	2017	2014	2004	1994	الولاية
99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	99,4	97,9	تونس
99,6	99,6	99,6	99,6	99,3	98,3	91,6	أريانة
99,8	99,8	99,8	99,7	99,5	97,5	95,1	بن عروس
98,9	98,7	98,7	98,5	97,3	94,5	_	منوبة
99,7	99,7	99,6	99,6	99,3	98,1	95,5	تونس الكبرى
95,3	95,2	95,1	95,1	93,2	85,7	71,1	نابل
85,6	85,3	85,1	84,5	79,6	72,4	53,9	زغوان
90,7	90,4	89,9	89,4	88,1	80,5	68,8	بنزرت
92,5	92,4	92,1	91,8	89,8	82,3	68,2	الشمال الشرقي
83,9	83,6	83,5	82,7	79,3	66,4	54,9	باجة
65,0	64,8	63,8	63,1	61,2	55,5	39,1	جندوبة
84,6	84,4	84,1	83,7	80,2	63,0	51,4	الكاف
73,0	72,7	72,5	71,3	65,3	57,5	41,9	سليانة
75,5	75,3	74,8	74,0	70,7	60,3	46,4	الشمال الغربي
97,2	97,2	97,2	97,2	96,8	98,3	91,5	سوسة
99,9	99,9	99,9	99,9	99,9	98,6	96,7	المنستير
92,6	92,3	92,1	92,0	90,4	84,0	55,5	المهدية
90,7	90,5	90,4	90,4	89,4	83,5	70,1	صفاقس
94,7	94,6	94,5	94,5	93,7	90,3	77,9	الوسط الشرقي
69,9	69,7	69,6	69,5	68,8	69,1	42,2	القيروان
68,3	68,3	68,3	67,8	65,1	57,2	39,7	القصرين
62,9	62,7	62,6	62,4	62,7	52,7	28,9	سيدي بوزيد
67,4	67,2	67,1	66,9	65,9	60,7	37,7	الوسط الغربي
96,1	96,0	95,8	95,6	94,7	88,9	77,5	قابس
97,4	97,3	97,2	97,1	92,9	81,2	61,6	مدنين
98,0	97,9	97,8	97,6	98,2	84,6	61,7	تطاوين
97,0	96,9	96,8	96,6	94,3	84,6	67,6	الجنوب الشرقي
92,1	92,1	91,8	91,6	90,5	84,2	75,9	قفصة
98,6	98,5	98,5	98,5	98,0	97,3	95,0	توزر
98,2	98,0	98,0	98,0	97,7	96,6	89,5	قبلي
94,9	94,8	94,6	94,5	93,7	89,6	82,4	الجنوب الغربي
90,7	90,6	90,4	90,2	88,9	83,3	70,1	المجموع

الشكل 51: نفاذ الأسر إلى مياه الشرب (المصدر: المعهد الوطني للإحصاء)¹³⁸

ينطبق الشيء نفسه على خدمات الصرف الصحي. فبينما يُعتبر المعدّل الوطني منخفضاً بنسبة 63,1٪، تتقلّص هذه النسبة أكثر في بعض المناطق لتبلغ 39,8 ٪ في الجنوب الشرقي و 28,7 ٪ في الوسط الغربي بينما نجد أدنى معدّل في ولاية سيدي بوزيد بنسبة 17,9 ٪ (الشكل 52).

المعهد الوطني للإحصاء، «التقرير السنوي حول مؤشرات البنية التحتية 2019» تم الاطلاع عليه في 28 أبريل

معدل حصول الأسر على الصرف الصحي حسب الولايات							الولاية
2020	2019	2018	2017	2014	2004	1994	تونس
98,0	97,8	97,7	97,6	97,2	93,5	88,9	أريانة
86,9	86,7	86,5	86,3	85,7	82,5	44,6	بن عروس
91,5	91,4	91,3	91,3	91,1	86,5	64,7	منوبة
80,0	79,6	79,3	78,9	78,0	69,1	-	تونس الكبرى
91,2	91,1	91,0	90,9	90,6	86,6	71,2	نابل
69,7	69,1	68,5	68,0	66,3	59,1	45,7	زغوان
49,1	48,8	48,5	48,2	47,4	39,0	26,3	بنزرت
70,4	70,2	69,9	69,7	69,0	60,3	51,6	الشمال الشرقي
67,6	67,2	66,8	66,4	65,2	57,5	45,9	باجة
49,5	49,4	49,3	49,1	48,8	44,3	38,2	جندوبة
34,5	34,4	34,2	34,0	33,5	27,3	20,5	الكاف
54,4	54,2	54,1	53,9	53,5	49,5	37,6	سليانة
48,8	48,6	48,3	48,1	47,4	37,3	24,9	الشمال الغربي
45,3	45,1	44,9	44,8	44,3	38,3	29,7	سوسة
82,0	81,7	81,5	81,2	80,5	76,5	57,4	المنستير
86,2	85,8	85,4	85,1	84,0	77,3	46,1	المهدية
38,1	37,9	37,8	37,6	37,0	26,9	14,0	صفاقس
51,2	50,8	50,4	50,0	48,7	41,9	26,5	الوسط الشرقي
65,0	64,6	64,3	63,9	62,8	55,2	35,6	القيروان
32,1	32,1	32,0	32,0	31,8	31,2	23,3	القصرين
34,6	34,4	34,3	34,2	33,9	29,5	17,3	سيدي بوزيد
17,9	17,8	17,7	17,6	17,2	13,8	6,0	الوسط الغربي
28,7	28,6	28,5	28,4	28,1	25,6	16,6	قابس
64,6	64,4	64,2	64,0	63,3	53,7	25,4	مدنين
20,6	20,4	20,3	20,1	19,7	15,9	5,3	تطاوين
43,5	43,4	43,3	43,2	43,0	27,5	12,2	الجنوب الشرقي
39,8	39,7	39,5	39,4	39,0	31,7	13,9	قفصة
55,0	54,8	54,6	54,5	53,9	43,3	23,9	توزر
67,7	67,6	67,6	67,5	67,4	64,6	41,1	قبلي
35,8	35,7	35,5	35,3	34,9	22,5	6,5	الجنوب الغربي
52,4	52,3	52,2	52,0	51,7	42,3	23,0	المجموع
63,1	62,9	62,6	62,4	61,7	55,0	39,1	

الشكل 52: النفاذ إلى خدمات الصرف الصحي (المصدر: المعهد الوطني للإحصاء)¹⁹⁹

كما يُعتبر استخدام مرافق الصرف الصحي المُحسّنة غير متساوي بالمرّة حيث يبلغ الحاصل المعياري بين المناطق الحضرية والمناطق الريفية 1,3. (الشكل 53)

97.3

استخدام مرافق الصرف الصحي المُحصّنة (%) 2010، المناطق الحضرية

75

استخدام مرافق الصرف الصحي المُحصّنة (%) 2010، المناطق الريفية

1.3

استخدام مرافق الصرف الصحي المُحصّنة (%) 2010
الحاصل المعياري بين المناطق الحضرية إلى المناطق الريفيةالشكل 53 التّفاد إلى مرافق الصرف الصحي في المناطق الحضرية / الريفية (المصدر: اليونيسيف)¹⁴⁰

تُعتبر هذه الأرقام منخفضة للغاية بحيث لا تحمي السكان من الأمراض الناتجة عن الظروف الصحية ولكنها تُسهم أيضا في انتشار الأمراض بما في ذلك كوفيد-19. وبما أنّ سُكّان القرى الريفية غير المُتصلة بشبكة المياه يعتمدون في كثير من الأحيان على الآبار، فإن كوفيد-19 يمثل عقبة رئيسية أمام الوصول إلى المياه في هذه المناطق.

أشكال أخرى من عدم المساواة

توجد طبعاً العديد من أشكال عدم المساواة الأخرى التي يُعاني منها نظام الرعاية الصحية والتي لم نناقشها بعمق ولكن من الضروري الاعتراف بها وتشمل على سبيل المثال الإعاقات والأمراض المزمنة التي غالباً ما ترتبط بالفقر والحاجة إلى تغطية اجتماعية وصحية خاصة (الشكل 54).

97.3

استخدام مرافق الصرف الصحي المُحصّنة (%) 2010، المناطق الحضرية

75

استخدام مرافق الصرف الصحي المُحصّنة (%) 2010، المناطق الريفية

1.3

استخدام مرافق الصرف الصحي المُحصّنة (%) 2010
الحاصل المعياري بين المناطق الحضرية إلى المناطق الريفيةالشكل 54: نسبة الأسر التي لديها فرد واحد على الأقل مُصاب بحالة مزمنة أو إعاقة (المصدر: وزارة الشؤون الاجتماعية)¹⁴¹

تشمل العوامل المُساهمة الأخرى أيضا التلوث ونقص الخدمات للشباب والتوجه الجنسي والهوية الجنسية وغيرها.

سوء التصرف

يمكن أن يكون سوء التصرف مقصودا (فسادا) أو غير مقصود لكنه يُمثل في كلتي الحالتين عاملا مُساهما رئيسيًا في فشل نظام الرعاية الصحية.

يتميز المكوّن الصيدلي في منظومة الرعاية الصحية في تونس بالتبذير وعديد النواقص التي كُنّا قد تطرّقنا إليها في الفقرة السابقة. أمّا بالنسبة للتبذير فتجب الإشارة إلى الإفراط في استهلاك الأدوية على جميع المستويات علما بأن المواد الصيدلانية تُمثل 39 % من إجمالي الإنفاق الصحي في عام 2013.¹⁴²

140 اليونيسيف، «إحصاءات تونس»، 2021 -

https://www.unicef.org/infobycountry/Tunisia_statistics.html

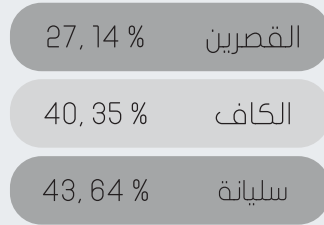
141 وزارة الشؤون الاجتماعية، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، «تقييم أداء برامج المساعدة الاجتماعية في تونس لتحصين استهداف الفقراء والحد من انتشار القطاع غير الرسمي»، ماي 2017، صفحة 179.

142 الجمعية التونسية للدفاع عن الحق في الصحة، «تقرير عن الحق في الصحة في تونس» أكتوبر 2016، الصفحة 7

كما أن التكلفة المرتفعة للأدوية كما يراها مُستعملو الخدمة تعود أيضا إلى ضرورة شرائها من الصيدليات الخاصة دون مُساهمة أو تعويض بسبب الأطباء الذين يوصون بالأدوية المُتاحة فقط في المستشفيات الجهويّة أو التي تقع خارج قوائم الأدوية المُستخدمة في القطاع العام. لا يزال الاستخدام الرشيد للأدوية يُمثل نقطة ضعف رئيسية في تعليم الأطباء وتدريبهم المستمر.¹⁴³

بالإضافة إلى ذلك ووفقا للجمعية التونسية للحق في الرعاية الصحية نجد خطر الإفراط في العلاج واستخدام الإجراءات والأدوية غير الضرورية خاصة في القطاع الخاص وهي ظواهر يربطها تقرير صادر عن الجمعية التونسية للحق في الصحة ببعض العوامل، يتمثل إحداها في عدم وجود سياسة وطنية للاستخدام الرشيد للأدوية يمكن أن تستند إلى قائمة وطنية من الأدوية الأساسية على النحو الموصى به من قبل السلطات الصحية.

وقد أدى ذلك إلى حوادث مؤسفة مثل تلك التي كشفت عنها محكمة الحسابات في مصحّة العمران حيث اختفى 11٪ من مخزون الأدوية في المصحّة خاصة بسبب السرقة. كما تمّ تسجيل العديد من حالات الاتجار بالأدوية عبر الحدود الجزائرية والليبية، «مع تسجيل ارتفاع في مبيعات الأدوية في بعض المناطق الحدودية تراوح بين 4 و 7 أضعاف المُعدّل الوطني».¹⁴⁴



الشكل 55: النمو السنوي في مبيعات الصيدليات 2017 (المصدر: المرصد رد بالك على صحتك)¹⁴⁵

لكن الدواء ليس سوى مجال واحد من الفساد في قطاع الرعاية الصحية حيث لا يرتبط الفساد بالأدوية والمستحضرات الصيدليّة فحسب بل إنه أعمّ من ذلك بكثير ويُعتبر عقبة حقيقية وثقيلة تمنع مُستعملي الخدمة من الحصول على رعاية صحيّة عالية الجودة خاصة أولئك الأكثر حرمانا اقتصاديا لأنه يؤثر على جودة الخدمات ويخلق خسارة كبيرة في الموارد.

في الواقع وعلى الرغم من كون دراسات الإدراك ليست أفضل مؤشر على الفساد إلا أنه وفي استطلاع تمّ إجراؤه، اعتبر 63٪ من المُستجوبين بأنّ قطاع الرعاية الصحية يُمثل القطاع الأكثر فسادا متجاوزا حتى القطاعات الأمنية (52.3٪) (الشكل 56).

يأتي الفساد بأشكال عديدة ويورط العديد من الجهات الفاعلة بما في ذلك مُقدّمي الخدمات (الرشاوى والمحسوبية والاستقطاب غير المشروع للمرضى) والجهات الفاعلة المشاركة في سلاسل التوريد وكذلك الصّفقات والمشتريات العامة، إلخ.¹⁴⁶

<https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>.

143 نفس المرجع
 144 نفس المرجع. الصفحة 8 و 9
 145 د. صهيبي بن نابلية وهيثم مكّي. «دراسة حول تصور مخاطر الفساد في قطاع الرعاية الصحية في تونس» رد بالك على صحتك، ديسمبر 2020.
 146 الجمعية التونسية للدفاع عن الحق في الصحة. «تقرير عن الحق في الصحة في تونس»، أكتوبر 2016 – الصّفحة 9-8

<https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>.

القطاع	2017
قطاع الصحة	63%
قطاع التعليم	43.1%
المساعدة الاجتماعية	39.9%
الجمارك	46.7%
القضاء	29.6%
الأمن	52.3%
القطاع البنكي	19.3%
إسناد القروض	20.3%
القطاع الخاص	21.1%

الشكل 56: توزيع المواطنين وفقا لآرائهم حول الفساد والرشوة حسب القطاع في عام 2017 (المصدر: رد بالك على صحتك)

لدراسة بعض مجالات الفساد في هذا القطاع، سنعتمد على دراسة أجراها المرصد التونسي «رّد بالك على صحتك» سنة 2020. وفقا لهذه الدراسة، فإن أحد المجالات الرئيسية للفساد النظامي الكبير هو المناقصات العامة. «فقد اتفق جميع الأشخاص الذين تمت مقابلتهم بأن هذا هو الخطر الأكثر أهمية للفساد حيث يُمكن للمستفيدين الحصول على أكبر قدر من العمولات بينما تخسر الحكومة بشكل كبير». تشمل مخاطر الفساد في هذا المجال المتطلبات المُصمّمة خصيصا لبعض الموردين حتى يقتصر تقديم الصفقة على مُزوّد واحد أو المبالغة في تقدير الحاجة في بعض الإمدادات لتمرير عقود أكبر وانهاء صلاحية الإمدادات الإضافية أو التخلص منها عندما لا يكون هناك مكان لتخزينها أو صياغة العقود بدون عقوبات عدم الامتثال أو عدم المُطالبة بخدمات ما بعد البيع أو ضمان الصيانة مما يتسبب في بقاء المُعدّات مُعطّلة لفترات طويلة...

كما يوجد مجال آخر للفساد النظامي الكبير وهو شراء وبيع المُعدّات الثقيلة. وتشمل أعمال الفساد هنا المحسوبة في منح التراخيص في النظام الخاص وعقود الشراء المكتوبة بشكل سيئ والتي لا تضمن خدمات الصيانة أو جودة المنتجات والتخريب المُتعمد للمعدات في القطاع العام مما يجبر الأطباء على إحالة المرضى إلى القطاع الخاص...

سوء الإدارة والفساد في مستشفى عزيزة عثمانة

كما تمّ ذكره سابقاً، يُعاني مستشفى عزيزة عثمانة من نقص حاد في الموارد البشرية والمادية والمالية. لكن المُستشفى يُعاني أيضاً من عديد حالات سوء التصرف والإدارة.

تشمل حالات سوء التصرف نظام تخطيط وتحديد المواعيد بالمستشفى. يسمح هذا النظام بحجز المواعيد عبر الإنترنت والتنسيق مع الموعد الشخصي من خلال أحد التطبيقات. لكن إصرار بعض الموظفين على التعيين اليدوي على الرغم من وجود التطبيق أدّى إلى الحجز المزدوج وزيادة أعباء العمل وعدم احترام إدارة الأولوية عند التعامل مع المرضى. تجدر الإشارة أنه في عينة من 1701 حالة، تمكّن 36 ٪ من المرضى من الانتفاع بفحص طبي خارجي دون حجز موعد.

تشمل حالات سوء التصرف الأخرى أيضاً الأدوية. فعلى سبيل المثال، تلقى المُستشفى كميّات من الأدوية بقيمة 402900 دينار بين عامي 2012-2015 من مصقّة العُمران لم يتم تسجيلها ضمن قائمة الجرد بالمُستشفى. بالإضافة إلى ذلك، تلقى المستشفى بين عامي 2013 و 2015 أدوية تُقدّر بـ 156400 دينار لمرضى كانوا قد توفّوا من قبل بما في ذلك 55200 ألف دينار نفى المستشفى تلقيها على الرغم من كون السجلات تظهر توقييع أحد موظفيه عليها.

الشكل 57: سوء الإدارة في مُستشفى عزيزة عثمانة¹⁴⁷

خاتمة

تستخدم هذه الورقة مؤشرات وإحصاءات الصحة العامة لدراسة متانة واستدامة هذا القطاع الحيوي. تُشير جميع المؤشرات إلى أن أزمة الصحة العامة كانت حتمية في مواجهة العوامل الخارجية التي من شأنها أن تضع ضغطاً على النظام بأكمله. فبينما ارتفع الإنفاق العام على الصحة اسمياً في تونس في فترة ما بعد الثورة، فإن هذا الإنفاق على الصحة العامة يُعاني من ثلاثة عيوب خطيرة.

أولاً، لم يواكب الإنفاق على الصحة العامة النمو السكاني وهو ما يتجلى بوضوح من خلال تراجع نصيب الفرد من الإنفاق من 170 دولار في عام 2013 إلى 144,3 دولار في عام 2018. دولار في عام 8102. ثانياً، يبلغ الاستثمار في قطاع الصحة العامة الحد الأدنى مما جعل موظفي مؤسسات الصحة العامة غير قادرين على توفير العلاج اللازم في الوقت المناسب بسبب نقص المُعدّات والأدوية. أخيراً وليس آخراً، في حين تتجاوز تونس غالباً المُعدّل في العديد من المؤشرات في البلدان ذات الدخل المتوسط الأدنى، فإن توزيع الخدمات الطبية العامة والبنية التحتية لا يزال غير متكافئ بالمرّة بين المناطق. لم يكن هذا التفاوت حاسماً على مستوى نتائج جائحة كوفيد 19 فحسب بل استمر أيضاً في التأثير على تقديم الخدمات الطبية اليومية.

يُشير التقشف إلى نموذج تنمية يكون فيه القطاع الخاص الرافعة الرئيسية للنمو حسب رؤية اقتصادية بينما يلعب السوق دور المُنظّم من خلال المنافسة الحرة وغير المشوّهة. في بلد يُعاني بشكل كبير من عدم المساواة و الفقر، تسبب نموذج التقشف النيو ليبرالي الذي اتبعه القطاع الصحي في معاناة وأضرار كبيرة لأجيال من التونسيين. حيث أصبح تأثير تسليع الخدمات الصحية أكثر وضوحاً من خلال عدم قدرة القطاع العام المهجور على مجاراة حجم الأزمة وعدم رغبة القطاع الصحي الخاص في تقديم الدعم اللازم في واحدة من أخطر الساعات في التاريخ التونسي لغياب حافز الربح.

من خلال فحصنا للعديد من المؤشرات المُتعلقة بالقطاع الصحي في تونس، نلاحظ أنّ العشريّة السابقة التي تركزت فيها سياسات التقشف لم تُضعف فقط هياكل الصحة العموميّة، بل ساهمت كذلك في تعميق الفوارق الجهويّة بين مُختلف مناطق البلاد. حيثُ نرصد انخفاض عدد المستشفيات الإقليميّة العامّة من 33 إلى 31، بينما لم يتمّ تشييد سوى مستشفى جهوي وحيد و58 مركزاً صحياً أساسياً. فبرغم من أن طاقة الاستيعاب بالمستشفيات قد شهدت ارتفاعاً بنسبة 6% بين عامي 2017 و 2019 من 26795 إلى 28320 سريراً. ومع ذلك، كان معظم النمو في القطاع الخاص (17%)، مقابل النمو الضئيل للقطاع العام (3%). إذا ما أقمينا الحاجز المالي الثقيل الذي تفرضه المنشآت الصحيّة الخاصّة، يبقى الوصول إلى القطاع الصحي الخاص رهين الامتياز الجهوي، حيثُ تتمركز 90% من العيادات الصحيّة الخاصّة في المناطق الساحليّة. وهو ما يحول دون الوصول إليها من قبل العديد من المواطنين القاطنين في المناطق الداخليّة. لم تكن امكانية التمتع بالخدمات الصحيّة أمراً حاسماً أمام جائحة الكوفيد-19 فقط، بل تواصل هذا العائق ليحول دون التمتع بالخدمات الطبيّة اليوميّة قبل وبعد سنوات من هذا الوباء.

على الرغم من أن هذا العمل تناول العديد من القضايا التي يُعاني منها نظام الرعاية الصحية التونسي، إلا أنه لم يتناول قضايا أخرى التي يجب الإشارة إليها. ويمكننا أن ندرج في تحليلنا: التشريعات القديمة، والسكن غير المستقر، وسوء التغذية عند الأطفال والمراهقين، وحوادث المرور¹⁴⁸ والأهم من ذلك، تستمر عوامل الخطر مثل التدخين والإدمان في عدم العلاج حيثُ أن 52% من الرجال، و 11% من النساء، و 23.7% من الشباب (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 عاماً) يدخنون، مع تزايد هذه الأعداد بسرعة خاصة

148 الجمعية التونسية للدفاع عن الحق في الصحة. «تقرير عن الحق في الصحة في تونس» - أكتوبر 2016، الصفحة 6
<https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>

بالنسبة للنساء. كما أفاد 31% من المراهقين أنهم تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل¹⁴⁹.

تشمل المشاكل الأخرى عدم التواصل مع المرضى كـمستعملين للخدمة والذين غالبا ما يشعرون بعدم احترام لكرامتهم عند طلب الرعاية في القطاع العام. تُظهر روايات الشهود المتعددة في وسائل الإعلام وأثناء الحوار الاجتماعي حول الصحة بوضوح نقاط ضعف في عملية استقبال المرضى وعدم احترام سرية المريض وخصوصيته والصعوبات التي تواجه المرضى في الحصول على معلومات حول صحتهم وحقوقهم، إلخ¹⁵⁰، فغالبا ما تُحرم النساء التونسيات بوجه خاص من حقهن القانوني في الإجهاض في المستشفيات العامة وكثيرا ما يتم إرسالهن إلى القطاع الخاص¹⁵¹.

ملاحظة أخيرة: يُشير التقشف إلى نموذج التنمية يكون فيه القطاع الخاص الرافعة الرئيسية للنمو حسب رؤية اقتصادية بينما يلعب السوق دور المُنظّم من خلال المنافسة الحرة وغير المشوّهة. وقد أدى ذلك إلى إضفاء الطابع التجاري على الخدمات الصحية وهو أمر مشروط بأداء السوق وحافز الربح. في بلد يُعاني بشكل كبير من الفقر وعدم المساواة، تسبب نموذج التقشف النيو ليبرالي للتنمية الذي اتبعه القطاع الصحي في معاناة وأضرار كبيرة لأجيال من التونسيين.

149 نفس المرجع، الصفحة 17

150 نفس المرجع، الصفحة 7

151 مافي وإيرين ومليكة عفاس. «الحق في الإجهاض في تونس بعد ثورة 2011: الترتيبات القانونية والطبية والاجتماعية كما يتضح من سبع قصص عن الإجهاض». «الصحة وحقوق الإنسان sthgir namuh dna htlaeH» المجلد. 21,2 (2019): 78-69

التوصيات

تعكس الصعوبات في تمويل الصحة العامة أعراضاً لأزمة غير مسبوقه في المالية العامة في تاريخ البلاد الحديث. تم اقتراح عديد التوصيات للمساعدة على تخفيف الأزمة في المالية العامة في أوراق أخرى.¹⁵² ولكن بالنسبة للقضايا التي تمت مناقشتها هنا، نُقدّم التوصيات التالية:

- تخصيص المزيد من الموارد لقطاع الرعاية الصحية العام من خلال:
 - تخصيص عائدات ضريبة المستهلك (رسوم الاستهلاك) مباشرة لفائدة الرعاية الصحية حيث تخصّ هذه الضريبة المنتجات الضارة بالصحة والبيئة.¹⁵³
 - زيادة النسب التصاعدية لضريبة الدخل نحو المزيد من الشرائح وزيادة الضرائب على أصحاب الدخل المرتفع،
 - إعادة فرض مُعدّل ضريبة القيمة المُضافة بنسبة 29 ٪ على المنتجات الفاخرة التي تستهدف استهلاك الأسر ذات الدخل المرتفع،
 - إنشاء وفرض الضريبة على الثروة،
 - مُراجعة الحوافز الضريبية والامتيازات الجبائية غير الفعالة والحدّ منها،
 - الاستثمار في الموارد البشرية والمادية لإدارة الضرائب للحد من الاحتياك الضريبي،
 - مُصادرة العيادات والمصحات الخاصة، في حالة أزمة صحية مستقبلية، لمواجهة تحدياتها،
 - تخصيص ما لا يقل عن 15 ٪ من الميزانية الوطنية في الرعاية الصحية العامة
- توجيه هذه الإيرادات في الاستثمارات في:
 - الموارد البشرية: انتداب مكثف للعاملين الصحيين على جميع المستويات: في المجال الطبي والمساعدين الطبيين والعملة. يجب قبل كل شيء ضمان توزيع إقليمي أفضل لهذه الموارد وتوفير رواتب أعلى وتعزيز طواقم الأطباء الإخصائيين (بما في ذلك مُقدّمي خدمات الصحة العقلية)
 - البنية التحتية مع الترفيع في عدد الأسرة وتطوير التجهيزات بما في ذلك المُعدّات الثقيلة ومُعدّات الوقاية الشخصية وتوزيع أكثر إنصافاً لهذه الموارد. تحتاج الدولة التونسية إلى الاستثمار بكثافة في المناطق الداخلية من خلال بناء المستشفيات والمصحات،
 - الأدوية والتصرف الأفضل في هذا المُكوّن الذي يمكن أن يُساعد على تفادي حالات الفساد والإفراط في الاستهلاك. يُمكن تحقيق ذلك من خلال دور أفضل تقوم به الهيئة الوطنية للاعتماد الصحي في تحسين جودة الخدمات المقدمة. يُمكن لهذه الهيئة ضمان تطوير مرجعية أفضل لرعاية المرضى ومن خلال اعتماد أكثر صرامة لمرافق الرعاية الصحية العامة والخاصة. يجب تعزيز جهود الرقابة وتطبيق عقوبات شديدة على كل من يُخالف القانون ويُعرّض صحة الآخرين للخطر.¹⁵⁴

152 أمين بوزيان، «العدالة الضريبية، قضية بقاء على قيد الحياة في متناول تونس»، البوصلة، جوان 2022
https://www.albawsala.com/ar/publications/rapports/20225132?fbclid=IwAR1HAW4zxu1T_ywkyJzh3awF3FXR-zjEn8Zq0elyBufE2hKSwjTuEyxAUW9xJM

153 تتمثل روح قانون ضريبة المستهلك في فرض ضرائب مفرطة على المنتجات الضارة بالصحة العامة. تعتمد هذه الضريبة بشكل كبير على فرض الضرائب على التبغ والمنتجات الكحولية والمخدرات. لذلك، فإن تخصيص إيراداتها للصحة العامة سيكون متماشياً مع القانون الأساسي للميزانية، الذي يفتح إمكانية إنشاء صندوق خاص كاستثناء قانوني لمبدأ عدم التخصيص

154 نفس المرجع، الصفحة 9

- خدمات الوقاية مثل وضع استراتيجية وطنية للاستجابة للأوبئة تُحدّد وتوضّح العلاقة بين مختلف هياكل الدولة خلال الأزمات، والاستثمار في التثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وزيادة اللقاحات وما إلى ذلك.
- وزارة الشؤون الاجتماعية وتحديدًا في مواردها البشرية والمادية حتى تتمكن من تقليل عدد السكّان الذين لا يتمتعون بأي تأمين واستهداف الفئات الضعيفة بشكل أفضل. لا يُمكن الحد من الفقر إلا من خلال مُقاربة شاملة لتلبية الاحتياجات المالية والصحية لجميع الفئات المحرومة اقتصادياً.
- تحسين خدمات المياه والصرف الصحي لجميع الولايات وجميع السكان سواء كانوا في المناطق الريفية أو الحضرية.
- مكافحة عدم المساواة بين الجنسين ومعالجة قضايا مثل الفقر القائم على النوع الاجتماعي والعنف ضد المرأة.
- كما يتعيّن أيضاً معالجة مشاكل سوء الإدارة والفساد من خلال:
 - إضفاء المزيد من الشفافية على عمليات الشراءات وتخصيص الموارد،
 - الاستثمار لمزيد التحكّم في هذه العمليات،
 - رقمنة هذه العمليّات،
 - إنشاء نماذج لعقود الشراء تضمن للدولة أعلى معايير خدمات ما بعد البيع وخدمات المستهلك بما في ذلك الصيانة.

المراجع

- Aísa, Rosa, Jesús Clemente, and Fernando Pueyo. "The Influence of (Public) Health Expenditure on Longevity." *International Journal of Public Health* 59 (June 7, 2014). Page 865, <https://doi.org/10.1007/s00038-014-0574-6>

تأثير الإنفاق الصحي (العام) على طول العمر.

- Amine Bouzaiene, "LE PROJET DE LOI DE FINANCES 2019 : SOUS LES PROJECTEURS DE L'ÉQUITÉ FISCALE ", April 2019. And, Sahar Mechmech, "The Tunisian Tax Administration: a broken-down instrument", December 2020.

مشروع قانون المالية لعام 2019: تحت أضواء العدالة الضريبية
الإدارة الضريبية التونسية: أداة معطوبة

- Amine Bouzaine, "La justice fiscale en Tunisie : un idéal piétiné par les politiques d'endettement", AL Bawsala, November 2021, <https://budget.marsad.tn/ar/blog/reports/2022/laadl-lgby-fy-tons-khyr-aghdt-syst-ltdyn>

العدالة الجبائية في تونس: خيار أجهضته سياسات التداين

- Amine Bouzaine, "La justice fiscale, un enjeu de survie à la portée de la tunisie", Al Bawsala, June 2022, https://www.albawsala.com/ar/publications/rapports/20225132?fbclid=IwAR1HAW4zXu1T_YwkYjh3awF3FXRjiEn8ZqOelyBufE2hKSvjTuEyxAW9xJM

العدالة الضريبية، قضية بقاء على قيد الحياة في متناول تونس

- Mohamed Amara., Hatel Jemmali. "Household and Contextual Indicators of Poverty in Tunisia: A Multilevel Analysis". *Soc Indic Res* 137, 113–138 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1602-8>

المؤشرات الأسرية والسياقية للفقر في تونس: تحليل متعدد المستويات

- Association Tunisienne de Défense du Droit à la Santé. "Rapport Sur Le Droit à La Santé En Tunisie," Octobre 2016. <https://ftdes.net/rapports/ATDDS.pdf>. Page 8-9

الجمعية التونسية للدفاع عن الحق في الصحة. «تقرير عن الحق في الصحة في تونس

- Backhans, Mona C., and Tomas Hemmingsson. "Unemployment and mental health—who is (not) affected?." *The European Journal of Public Health* 22, no. 3 (2012): 429-433. Page 432.

البطالة والصحة العقلية- من (لا) يتأثر؟

- Beity, Association. "RAPPORT URGENGE BEITY-COVID-19 MARS-AVRIL-MAI 2020 LA COVID-19

REVELATEUR ET FACTEUR AGGRAVANT LES INEGALITES INTERSECTIONELLES ENVERS LES FEMMES.” Accessed May 6, 2021. <https://beity-tunisie.org/2020/06/rapport-urgence-beity-covid-19-mars-avril-mai-2020-la-covid-19-revelateur-et-facteur-aggravant-les-inegalites-intersectionnelles-avers-les-femmes/> . Page 12.

تقرير طوارئ بيتي-كوفيد -19 مارس-أفريل - ماي 2020 يكشف كوفيد -19 عن التفاوتات المتقاطعة تجاه المرأة ويزيد من تفاقمها

- Caroline Criado-Perez, *Invisible Women: Data Bias in a World Designed for Men* (New York: Abrams Press, 2019).

النساء غير مرئيات: تحيز البيانات في عالم مُصمّم للرجال

- Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens de Tunisie (CNOPT), *Rapport Moral et Rapport financier : Exercice 2018-2019, Mandat 2017-2020*, Page 35.

المجلس الوطني لنقابة الصيادلة التونسية. التقرير الأخلاقي والتقرير المالي: السنة المالية 8102-9102

- Court of Auditors, the 32nd Annual Report, 2020. Page 210.

ديوان المحاسبة، التقرير السنوي 32 ، 2020

- Court of Auditors. “The 31st Annual Report,” December 2018.

ديوان المحاسبة. «التقرير السنوي 31» ديسمبر 2018

- Damme, Wim Van, Luc Van Leemput, Ir Por, Wim Hardeman, and Bruno Meessen. “Out-of-Pocket Health Expenditure and Debt in Poor Households: Evidence from Cambodia.” *Tropical Medicine & International Health* 9, no. 2 (2004): 273–80. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2003.01194.x>.

النفقات الصحية والديون الشخصية في الأسر الفقيرة: أمثلة دالة من كمبوديا

- Direction des Etudes et de la Planification, Ministry of Health. “Organisation de La Prévention En Tunisie.” Accessed June 17, 2021. <http://www.santetunisie.rns.tn/images/preventionvf2020.pdf>. Page 4.

تنظيم الوقاية في تونس

- Elgazzar, Heba & Raad, Firas & Arfa, Chokri & Matari, Awad & Salti, Nisreen & Chaaban, Jad & Salehi-Isfahani, Djavad & Fesharaki, Sanaz. (2010). “Who Pays? Out-of-Pocket Health Spending and Equity Implications in the Middle East and North Africa”.

من الذي يدفع؟ الإنفاق الشخصي على الصحة وآثار الإنصاف في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

- Finance Law 2021, Finance ministry, Tunisia

قانون المالية 2021 ، وزارة المالية ، تونس

- Finance Law 2022, Finance ministry, Tunisia

قانون المالية 2022، وزارة المالية، تونس

- Ghassen Salini, Mona Ezzet, Ikbal Ben Moussa, Corona Virus and its Social Repercussions on Women: Crisis Management in Egypt, Tunisia, and Lebanon, Friedrich Ebert Stiftung, Page 27.

فيروس كورونا وتداعياته الاجتماعية على المرأة: إدارة الأزمات في مصر وتونس ولبنان

- HS Index. "Tunisia." Accessed June 17, 2021. <https://www.ghsindex.org/country/tunisia/>.

مؤشر النظام المنسق. «تونس»

- H. Belhadj, H. Chekir, S. Hajri, M. Mahfoudhi. Qualité de la préparation en vue de la deuxième vague de la covid-19 et continuité des services de santé sexuelle et de la reproduction. Résultats de l'enquête en ligne parmi les sages-femmes, menée par le groupe Tawhida Ben Cheikh, JGOMF, V1,14,2021. (2021) Page 42

جودة التحضير للموجة الثانية من كوفيد-19 واستمرارية خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. نتائج الاستطلاع عبر الإنترنت بين القابلات أجرته مجموعة توحيد بن الشيخ.

- Ines Ayadi & Salma Zouari (2017) Out-of-pocket health spending and equity implications in Tunisia, Middle East Development Journal, 9:1, 1-21, DOI: 10.1080/17938120.2017.1293362

الإنفاق على الصحة من الأموال الخاصة والآثار المترتبة على الإنصاف في تونس

- INS, Rapport National Genre Tunisie 2015, Page 12.

المعهد الوطني للإحصاء، علاقة النوع الوطني تونس 2015

- INS. "Carte de La Pauvreté En Tunisie, Septembre 2020 | INS." Accessed June 19, 2021. <http://ins.tn/publication/carte-de-la-pauvrete-en-tunisie-septembre-2020>. Page 14

المعهد الوطني للإحصاء. «خريطة الفقر في تونس»، سبتمبر 2020

- INS. "Emploi, Chômage, Statistiques | INS." Accessed June 17, 2021. <http://ins.tn/statistiques/153>.

المعهد الوطني للإحصاء، «العمالة والبطالة والإحصاءات

- INS. "Les Comptes Nationaux Trimestriels, Statistiques | INS." Accessed June 17, 2021. <http://ins.tn/statistiques/72>.

المعهد الوطني للإحصاء، «الحسابات القومية الثلاثية. الإحصاءات

- INS. "Rapport Annuel sur les Indicateurs d'Infrastructure 2019." Accessed April 28, 2021. <http://www.ins.tn/fr/publication/rapport-annuel-sur-les-indicateurs-d%E2%80%99infrastructure-2019>

المعهد الوطني للإحصاء. «التقرير السنوي حول مؤشرات البنية التحتية 2019

- INS. "Statistiques Nationales Du Suicide En Tunisie Pour l'année 2015," 2016. <http://www.santetunisie.rns.tn/images/docs/anis/statistiquesnationalesdusuicideentunisiepourlannee2015.pdf>.

المعهد الوطني للإحصاء. «الإحصاءات الوطنية حول الانتحار في تونس لعام 2015

- International Alert.

تقييم مجتمعي للخدمات الصحية العمومية بولاية تطاوين: تشخيص و بدائل, 2019.

- International Alert. "شباب في الهوامش." Accessed May 6, 2021. <https://www.international-alert.org/ar/publications/youth-in-the-margins-perceptions-of-religion-and-politics-in-Tunisia>. Page 16-17
- Kim, Tae Kuen, and Shannon R. Lane. "Government health expenditure and public health outcomes: A comparative study among 17 countries and implications for US health care reform." American International Journal of Contemporary Research 3, no. 9 (2013): Page 11.

الإنفاق الصحي الحكومي ونتائج الصحة العامة: دراسة مقارنة بين 17 دولة وآثارها على إصلاح الرعاية الصحية في الولايات المتحدة

- Lakhal, Malek. "Pénurie de Médicaments En Tunisie: Aux Origines d'une Maladie sans Docteurs." Nawaat, August 3, 2018. <https://nawaat.org/2018/08/03/penurie-de-medicaments-en-tunisie-aux-origines-dune-maladie-sans-docteurs/>.

نقص الأدوية في تونس: في أصول المرض بدون أطباء

- Ministry of Health Facebook page, posted 22nd of June 2021, Accessed June 23, 2021 <https://www.facebook.com/santetunisie.rns.tn/photos/pcb.4245030148869390/4245029722202766>

صفحة وزارة الصحة على الفيسبوك

وزارة الصحة، الخارطة الصحية 2019، أبريل 2021

- Ministry of Social Affaires, Centre de Recherches et D'études Sociales. "Évaluation de La Performance Des Programmes d'assistance Sociale En Tunisie Pour Optimiser Le Ciblage Des Pauvres et Reiner l'avancée de l'informalité," May 2017. Page 116

وزارة الشؤون الاجتماعية، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية. «تقييم أداء برامج المساعدة الاجتماعية في تونس لتحصين استهداف الفقراء والحد من انتشار القطاع غير الرسمي»

- Mossakowski KN. The influence of past unemployment duration on symptoms of depression among young women and men in the United States. Am J Public Health

تأثير مدة البطالة السابقة على أعراض الاكتئاب بين الشباب والشبان في الولايات المتحدة

- Nablia, DrSahbi Ben, and HaythemMekki. "A STUDY ON THE PERCEPTION OF RISKS OF CORRUPTION IN THE HEALTHCARE SECTOR IN TUNISIA." Rod Balek Ala Sahtek, December 2020.

دراسة حول تصور مخاطر الفساد في قطاع الرعاية الصحية في تونس

- OECD (2021), Magnetic resonance imaging (MRI) units (indicator). doi: 10.1787/1a72e7d1-en (Accessed on 15 June 2021)

- OECD (2021), Mammography machines (indicator). doi: 10.1787/685c9c5e-en (Accessed on 15 June 2021)

آلات التصوير الشعاعي للثدي (مؤشر).

- Our World in Data, "Coronavirus (COVID-19) Vaccinations - Statistics and Research," Our World in Data, accessed June 23, 2021, <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=TUN>.

لقاحات فيروس كورونا (كوفيد-19) - الإحصاءات والبحوث

- Strandh, Mattias, Anthony Winefield, Karina Nilsson, and Anne Hammarström. "Unemployment and mental health scarring during the life course." *The European Journal of Public Health* 24, no. 3 (2014): 440-445.

البطالة والصحة النفسية تُنهكان دورة الحياة

- The Advocates for Human Rights, and MRA Mobilising for Rights Associates, TUNISIA: Submission to the

المدافعون عن حقوق الإنسان، وجمعية حقوق الإنسان للتعبئة من أجل شركاء الحقوق

- Thomas C, Benzeval M, Stansfeld SA. Employment transitions and mental health:

انتقالات التوظيف والصحة العقلية

- Tunis, Nay Elrahi in. "Rural Women in Tunisia: 'We Have Been Silent for Too Long' | Nay Elrahi." *the Guardian*, March 30, 2015. <http://www.theguardian.com/global-development/2015/mar/30/rural-women-rights-tunisia-world-social-forum>

النساء الريفيات في تونس: لقد التزمنا الصمت لفترة طويلة

- UN WOMEN. "Gender and Covid-19 in Tunisia: Challenges and Recommendations," April 2020.

النوع الاجتماعي وكوفيد-19 في تونس: التحديات والتوصيات

- UN WOMEN. "Tunisian Women in the Face of Covid-19 During and After Confinement," June 2020. Page 3.

المرأة التونسية في مواجهة كوفيد - 19 أثناء وبعد الحجر الصحي

- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11 August 2000, available at: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>

الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه

- UN Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), Fact Sheet No. 31, The Right to Health, June 2008, No. 31, available at: <https://www.refworld.org/docid/48625a742.html> [accessed 23 June 2021]

مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، صحيفة الوقائع رقم 13، الحق في الصحة

- UNICEF, https://www.unicef.org/infobycountry/Tunisia_statistics.html

- United Nations. "Financement public de la santé en Afrique : 15 % d'un éléphant n'est pas 15 %

d'un poulet." AfriqueRenouveau, October 31, 2020. <https://www.un.org/africarenewal/fr/magazine/octobre-2020/financement-public-de-la-sant%C3%A9-en-afrique-15-dun-%C3%A9%C3%A9phant-nest-pas-15-dun>.

التمويل العام للصحة في أفريقيا: 15 ٪ من الفيلة لا يُعادل 15 ٪ من الدجاج.

- World Bank, "Domestic General Government Health Expenditure (% of Current Health Expenditure) - Tunisia, World, Cuba, Norway, New Zealand," Data, accessed June 16, 2021, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=TN-1W-CU-NO-NZ>.

النفقات الصحية الحكومية العامة المحلية (٪ من النفقات الصحية الجارية) - تونس، العالم، كوبا، النرويج، نيوزيلندا

- World Bank, "Domestic General Government Health Expenditure (% of GDP) - Tunisia, World, Norway, Cuba, New Zealand," Data, accessed June 16, 2021, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?end=2016&locations=TN-1W-NO-CU-NZ&start=2000>.

النفقات الصحية الحكومية العامة المحلية (٪ من الناتج المحلي الإجمالي) - تونس، العالم، النرويج، كوبا، نيوزيلندا

- World Bank, "Domestic General Government Health Expenditure per Capita (Current US\$) - Tunisia," Data, accessed June 16, 2021, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.PC.CD?end=2018&locations=TN&start=2011>.

نصيب الفرد من النفقات الصحية الحكومية العامة المحلية (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي) - تونس

- World Bank, "Hospital Beds (per 1,000 People) - Tunisia, World, China, Cuba, Switzerland," Data, accessed April 14, 2021, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=TN-1W-CN-CU-CH&start=2000>.

الأسرة بالمستشفيات (لكل 1000 شخص) - تونس، العالم، الصين، كوبا، سويسرا

- World Bank, "Immunization, DPT (% of Children Ages 12-23 Months) - Tunisia." Data. Accessed February 16, 2021. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.IDPT?end=2019&locations=TN&start=1999&view=chart>

التحصين، اللقاح الثلاثي للحنق والسعال الديكي والكزاز (٪ من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهرا) - تونس

- World Bank, "Immunization, HepB3 (% of One-Year-Old Children) - Tunisia." Data. Accessed February 16, 2021. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.IMM.HEPB?locations=TN>

التحصين، التهاب الكبد الوبائي 3 (٪ من الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة) - تونس

- World Bank, "Nurses and Midwives (per 1,000 People) - Tunisia, World, Cuba." Data. Accessed February 16, 2021. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=TN-1W-CU>.

الممرضات والقابلات (لكل 1000 شخص) - تونس، العالم، كوبا

- World Health Organization, "Nursing and Midwifery Personnel Density (per 1000 Population)," World Health Organization (World Health Organization), accessed June 11, 2021, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-density-\(per-1000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-density-(per-1000-population)).

كثافة العاملين في التمريض والقبالة (لكل 1000 نسمة)

- World Health Organization, "World Health Statistics 2022," World Health Organization, https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/worldhealthstatistics_2022.pdf?sfvrsn=6fbb4d17_3.

إحصاءات الصحة العالمية 2022

- World Bank, "Out-of-Pocket Expenditure (% of Current Health Expenditure) - Tunisia, World, Cuba, Norway, New Zealand," Data, accessed June 16, 2021, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=TN-1W-CU-NO-NZ>.

الإنفاق الشخصي (% من الإنفاق الصحي الحالي) - تونس والعالم وكوبا والنرويج ونيوزيلندا

- World Bank, "Specialist Surgical Workforce (per 100,000 Population) - Tunisia, World, Cuba." Data. Accessed February 16, 2021. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.SAOP.P5?locations=TN-1W-CU>

القوى العاملة الجراحية المتخصصة (عن كلّ 1001 ألف نسمة) - تونس، العالم، كوبا.

- World Bank, "Unmet Need for Contraception (% of Married Women Ages 15-49) - Tunisia." Data. Accessed February 16, 2021. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.UWT.TFRT?locations=TN>

الاحتياجات التي لم تتمّ تلبّيها من وسائل منع الحمل (النسبة المئوية للنساء المتزوجات في سن 15-49) - تونس

- Analysis from the British household panel survey. J Epidemiol Common Health Committee on Economic, Social and Cultural Rights Relating to the Economic, Social, and Cultural Rights of Women for the 59th Session, (August 2016).

تحليل من مسح عيّنات من الأسر البريطانية. لجنة الصحة المشتركة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المتعلقة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية للمرأة للدورة 59

