

أثر سياسات التقشف على ولوج الشباب إلى خدمات الصحة

دوار هيشير وسيدي حسين والقصرين الشمالية
وتطاوين الشمالية والمروج
محاولة لمقاربة جيلية ومناطقية



تحت إشراف

الغدة لملوم ومريم عبد الباقي

صياغة وتحرير

جوهر مزيد



حول إنترناشونال ألرت تونس

إنترناشونال ألرت هي منظمة دولية غير حكومية تعمل من أجل تعزيز السلام وحل النزاعات في العالم، لها صفة العضو الاستشاري في منظمة الأمم المتحدة.

يعمل مكتب تونس لمظمة إنترناشونال ألرت منذ 2012، على دعم الحقوق الاقتصادية والاجتماعية وتعزيز مشاركة الشباب في الأحياء الشعبية والمناطق الداخلية و اسناد آليات الديمقراطية التشاركية المحلية ومشاريع نموذجية في الإقتصاد الإجتماعي والتضامني.

www.international-alert.org

© إنترناشونال ألرت 2023

جميع الحقوق محفوظة. لا يجوز نسخ أي جزء من هذا المنشور، أو تخزينه في نظام لاستعادة البيانات، أو نقله بأي شكل من الأشكال وأي وسيلة من الوسائل الإلكترونية أو الآلية، أو عن طريق النسخ أو التسجيل أو غير ذلك، من دون نسبة كلياً إلى المصدر.

تصميم النسخة العربية: مارك رشدان

صورة الغلاف: أيمن سبع



إنترناشونال
ألرت

أثر سياسات التقشف على ولوج الشباب إلى خدمات الصحة

دوار هيشر وسيدي حسين والقصرين الشمالية
وتطاوين الشمالية والمروج
محاولة لمقاربة جيلية ومناطقية

تحت إشراف

ألقة لملوم ومريم عبد الباقي

صياغة وتحرير

جوهر مزيد

فريق العمل

أنيس بو جعامة

شيماء بوهلال

محمد علي بن زينة

المشرفون الميدانيون

رجاء قسومي ومراد عرفاوي ومراد العرضاوي

الباحثون الميدانيون

إشراق غربي أم كلثوم بوفلغة وامال خشناوي واماني حناشي واماني رحموني واماني نصري وايدة بسباس
وبلال بن بوبكر وبلقاسم الهوش وطيمة التزغانتية وسمية الدبابي وسنية رحموني وشيماء الدريدي
وشيماء بن رجب وصابرين حضيرى وضياء الحق حمدي وعبيد الله الدبابي وعزيز بن جمعة وقدس الجدي
ومحمد فرحات بوغزالة ومراد العرفاوي ومروة فارحي ومروى الطايغ ونادين الدريدي ونجيب العيدودي
ونهلة خديمي وهيثم بناني ويانس غضباني.

السيرة الذاتية للمشاركين في الورشات البحثية

د. أحلام بلحاج

أستاذة في الطب وطببية نفسية للأطفال كانت من أبرز وجوه النضال النسوي في تونس ترأست مرتين الجمعية التونسية للنساء الديمقراطيات كما اضطلعت بمهمة كاتبة عامة لنقابة الأطباء والصيدلة الإستشفائيين.

د. خليل زاوية

أخصائي جراحة العظام والمفاصل، سياسي ونقابي، عضو في المجلس الوطني التأسيسي عمل كوزير الشؤون الاجتماعية ما بين 2011 و2014.

د. المنصف بلحاج يحيى

طبيب صحة عمومية متقاعد، مسؤول سابق على التثقيف الصحي في دائرة الصحة الجهوية بتونس، مسؤول نقابي سابق وكاتب عام جمعية الدفاع عن الحق في الصحة.

د. محمد العرفاوي

طبيب عائلي ومهتم بالصحة العامة وعمل مع المجتمع المدني حول الصحة الإنجابية والمتعاطشين بالسيدا. (SIDA).

إهداء

بكثير من الحزن والامتنان نهدي هذا العمل الى الصديقة الدكتورة أحلام بلحاج التي رافقتنا بكل حماسة في وضع لبناته الأولى وساهمت في مناقشة مقاربتة ومحاورة البحثية.

رحلت عنا أحلام قبل استكمال هذه الدراسة ولن تكون معنا لاستكشاف وتقديم نتائجها وهي التي دافعت لأكثر من عقدين بشراسة عن الحق في الولوج الى الصحة وتشابكت مع سياسات التقشف التي قوضته.

كل السلام الى روح الغالية أحلام بلحاج والعزاء لنا نحن رفاقها وأصدقائها.

المحتويات

7	الجزء الأول: إطار الدراسة وخصائص العينة
8	1. تقديم الدراسة وإطارها العام
9	2. خصائص العينة الممثلة لشباب المُعتمَدِيات الخمس
9	1.2 التوزيع حسب المُتغيّرات الأساسية (مُتغيّرات المراقبة)
11	2.2 خصائص اقتصادية واجتماعية أخرى
16	الجزء الثاني: نتائج الدراسة المتعلقة بالحق في الخدمات الصحية وتحدياته
17	1. وضعية التغطية الصحية
17	1.1 نسبة الحائزين على بطاقة علاج
21	2.1 صنف بطاقة العلاج وصفة صاحبها
27	3.1 أسباب عدم حيازة بطاقة العلاج
27	2. العيادات والإقامة الاستشفائية: بين الحاجة والعوائق والنجاعة
27	1.2 نتائج عامة
28	2.2 عدم الحصول على عيادة أو إقامة مستحقّة: التواتر، الأسباب والانعكاسات
34	3.2 الصعوبات المعترضة عند إجراء عيادة أو لقضاء المدة اللازمة للإقامة
45	4.2 الحصول على الدواء الموصوف في آخر عيادة عادية وصعوباته
51	5.2 الحصول على الدواء الموصوف في آخر عيادة في الاستعجالي وصعوباته
56	6.2 تغطية تكلفة الإقامة الاستشفائية وصعوباتها
57	7.2 إجراء المتابعة الضرورية بعد الإقامة الاستشفائية وصعوباته
60	8.2 دفع رشوة أو استعمال معارف و«أكتاف» لتسهيل الخدمة الصحية في إطار آخر عيادة أو إقامة استشفائية
63	3. الصحة الإنجابية
63	1.3 الإنجاب والولادة
83	2.3 متابعة الحمل
112	3.3 الإعلام والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية
119	4. الصحة المدرسية والجامعية
119	1.4 نتائج عامة
123	2.4 مقارنات بين المناطق والأجيال
128	5. الحصيلة: تدمير لحقّ الشباب في التغطية الصحية الشاملة
128	1.5 التأثير على الحق في تغطية صحية ملائمة
129	2.5 التأثير على الحق في الولوج إلى خدمات صحية عند الحاجة إليها
131	3.5 التأثير على سلاسة الانتفاع بالخدمة الصحية واستكمال كل مراحلها
134	4.5 التأثير على الحق في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية
142	5.5 خدمات الصحة المدرسية والجامعية

الجزء الأول

إطار الدراسة وخصائص العينة

1. تقديم الدراسة وإطارها العام

دفاعا منها عن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في الاحياء الشعبية والمناطق الداخلية، دأبت منظمة إنترناشونال أرت منذ 2018 تاريخ إصدارها لأول دراسة تشاركية حول التقييم المجتمعي للصحة العمومية في ولاية تطاوين على إعطاء مكانة مركزية لمسألة الحق في الولوج إلى الصحة عبر إنتاج معرفة مواطنة توثق وتحلل الوصول غير المتكافئ لهذا الحق وتفكك اليات الاقصاء الاقتصادي والاجتماعي الذي يركز عليه وتكشف ترابطه الوثيق بالسياسات العمومية التقشفية التي عمقته وأثرها العميق على حياة المواطنين والمواطنات في الهوامش المجالية في تونس.

دراستنا الكمية الجديدة هذه حول وقع سياسات التقشف على ولوج الشباب إلى خدمات الصحة تنتزل في إطار الاولوية التي اعطتها منظمنا للشباب في المجالات الحضرية وشبه الحضرية المهمشة. وهي استكمال لدارسة سابقة صدرت في السنة الماضية حول الصحة الجسدية والنفسية للشباب والتي تناولت ثلاث محاور تعلق الأول بالصحة النفسية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر من وجهة نظر الشباب وبحث الثاني في موضوع الفلق لدى الشباب العاطل عن العمل فيما اعتنى الأخير بالوضع الصحي للشباب عرفوا تجارب سجنية.

الدراسة الجديدة ريادة على مستويات ثلاث. فهي اعتمدت اولاً على مقارنة جيلية ارتكزت على عمل ميداني واسع استمر لمدة شهر من 28 سبتمبر إلى 28 أكتوبر 2022 وشمل عينة بأكثر من 2000 مشارك وجه لهم 28 باحث وباحثة ميدانيين ووقع تكوينهم على تقنيات البحث الميداني استثماراً بنيت استلقتها على أساس مقارنة بين جيلين من المستجوبات والمستجوبين تتراوح أعمارهم بين 18 و39 سنة وبحثت في تأثير السياسات التقشفية عليهم. ثم هي ثانياً قد اعتمدت على مقارنة مجالية أي انها قد شملت على خمس معتمديات هي دوار هيشر وسيدي حسين، والقصرين الشمالية، وتطاوين الشمالية إضافة إلى المروج بولاية بن عروس والتي تضم خصائص اجتماعية وديموغرافية تختلف عن الأربع الأولى وذلك بالرجوع إلى نتائج احصائيات 2014. فمعتمدية المروج تفوق في بعض معدلاتها بعض المستويات الوطنية ان من حيث ارتفاع مستوى التعليم بها او من حيث انخفاض مستوى الامية او من حيث ارتفاع نسب النشاط الاقتصادي لمتساكنيها في قطاعات الخدمات والوظيفة العمومية والمهنة المتوسطة مقارنة بالأربع الأولى. وهي أخيراً قد ارتكزت على عمل تحضيرى طويل كانت أولى مراحل تنظيم ورشات بحثية ساهم فيها اختصاصيون مرموقون وهم على التوالي المرحومة الدكتورة أحلام بلحاج الاختصاصية في الامراض النفسية والدكتور خليل الزاوية الاختصاصي في جراحة العظام والدكتور منصف بالحاج يحي والدكتور محمد العرفاوي. مكنت هذه الورشات من تبني بعض الفرضيات وتحديد بعض المحاور الأساسية التي من خلالها يمكن معاينة سياسات التقشف في ميدان الولوج إلى خدمات الصحة عبر بعض المحددات من ضمنها الصعوبات المالية التي تعترض طالبي الخدمة والكيفية التي يغطون بها تكاليفها او عدم توفر الخدمة الصحية او تعسر الوصول إليها باعتبار عدم توفر وسيلة النقل او اللجوء إلى ممارسات كالرشوة أو المعارف للحصول على خدمة او عراقيل إجراءات الحصول على الخدمة (تسجيل، موعد، توقيت، إلخ).

ولمعاينة وقع سياسات التقشف على الشباب ارتئينا ان تتناول الدراسة مداخل اربع هي على التوالي:

1. وضعية التغطية الصحية للمستجوبات والمستجوبين على اعتبار ان نوع بطاقة العلاج محدد في شروط الولوج للخدمات الصحية اليوم في تونس
2. العيادة والإقامة الاستشفائية بالنظر إلى أسباب عدم الحصول عليها لمن يستحقون وتداعيات ذلك عليهم
3. الصحة الإنجابية بما فيها متابعة الحمل لتفكيك تجليات التقشف على صحة النساء الحاملات ومحاولة فهم أسباب ارتفاع الولادات القيصرية في تونس مقارنة بالمعدل العالمي
4. الصحة المدرسية والجامعية فيما يتعلق بتأثير الانقطاع المدرسي على ولوج الشباب للتلاقيح والاكتشاف المبكر عن المرض.

الدراسة التي ننشرها اليوم هي ثمرة لعمل جماعي ساهم فيه فريق عمل من اختصاصات مختلفة وباحثون ميدانيون وزملاء من مكاتبنا الفصريين وتطاوين لإنترناشونال أرت. لهم جميعاً كل الامتنان.

الفة لملوم

مديرة مكتب إنترناشونال أرت بتونس

2. خصائص العينة الممثلة لشباب المُعتمديات الخمس

أُجريت الدراسة في 5 معتمديات، 4 منها وقع اختيارها في سياق مواصلة الاهتمام بمناطق الهامش في الداخل وحول المدن الساحلية الكبرى وأساسا تونس الكبرى: تطاوين الشمالية من ولاية تطاوين الواقعة أقصى جنوب البلاد، والقصرين الشمالية من ولاية القصرين الواقعة في الوسط الغربي للبلاد على الحدود مع الجزائر، ودوار هيشير من ولاية منوبة الولاية الأدنى ترتيبا بين ولايات تونس الكبرى بالنظر إلى نسبة الفقر بين سكانها، وسيدي حسين أحد الأحياء الشعبية لولاية تونس عاصمة البلاد الواقعة في الشمال على الساحل الشرقي. أما المعتمدية الخامسة وهي معتمدية المروج من ولاية بن عروس في الحزام الحضري المحيط مباشرة بالعاصمة، فقد وقع اختيارها باعتبارها معتمدية ذات خصائص اقتصادية واجتماعية أفضل نسبيا على الأقل (رغم أنه لا يصح القول بأنها محظوظة)، وذلك بهدف مقارنة نتائجها كمعتمدية "شاهدة" (témoin) مع نتائج المعتمديات الأخرى.

1.2 التوزيع حسب المتغيرات الأساسية (متغيرات المراقبة)

وقعت برمجة عينة تشمل 2083 شابا بينهم بين 18 و39 سنة، بالتساوي تقريبا بين 5 عينات فرعية تغطي المعتمديات الخمسة، يقع اختيارها حسب طريقة الحصة النسبية أو "الكوتا" (quota) بتوزيع خاص ومحدد لكل عينة بكل معتمدية حسب أربع متغيرات أخرى هي: الجنس، الشريحة العمرية، المستوى التعليمي والنشاط الاقتصادي، حتى تكون كل عينة فرعية ممثلة لشباب المعتمدية حسب هاته الخصائص، اعتمادا على نتائج آخر تعداد عام (سنة 2014).

وفي الحقيقة، فقد وقعت برمجة حجم للعينة مرفق بعض الشيء حتى نضمن تمثيل بعض "المجموعات السكانية" قليلة العدد* في كل المعتمديات.

ثم إنه في الواقع، لاعتبارات ميدانية، شملت الدراسة 2107 شابا وشابة.

وقد أثر الترفيع في العينة النظرية ثم في العينة التي شملتها الدراسة فعليا، على التوزيع النسبي حسب المتغيرات الخمسة بصفة محسوسة، مما جعل الرأي يستقر على اعتماد التعديلات (ajustements) الضرورية بما يضمن أن تكون النتائج المعتمدة في التحليل ممثلة للتوزيع الحقيقي لسكان الفئة العمرية 18-39 سنة في هذه المعتمديات.

وهكذا تكون خاصيات العينة الممثلة حسب المتغيرات الأساسية (متغيرات المراقبة) والمعتمدة في تحليل الدراسة كالتالي:

1.1.2 توزيع العينة حسب المعتمدية

المجموع	تطاوين الشمالية	القصرين الشمالية	المروج	سيدي حسين	دوار هيشير	المعتمدية
2107	414	412	425	431	425	العدد في العينة

2.1.2 توزيع العيّنة حسب الجنس

الجنس	ذكور	إناث	المجموع
العدد في العيّنة	1064	1043	2107
النسبة المئوية	50,5	49,5	100

تجدد الإشارة إلى أن الفارق بين عدد الذكور والإناث ليس عاما على كل المعتمديات بل يقتصر على المعتمديات الثلاث لتونس الكبرى* في حين تتعادل نسبتا الذكور والإناث في المعتمديتين الداخليتين، القصرين الشمالية وتطاوين الشمالية.

3.1.2 توزيع العيّنة حسب العمر

الشريحة العمرية	18-24 سنة	25-29 سنة	30-34 سنة	35-39 سنة	المجموع
العدد في العيّنة	685	524	487	411	2107
النسبة المئوية	32,5	24,9	23,1	19,5	100

تتوزع العيّنة على خمس شرائح عمرية بمستويات متناسبة مع خاصيات المجتمعات الاصلية في كل معتمدية. طبعا شريحة 18-24 سنة هي الأكبر، باعتبارها تمتد على فترة 7 سنوات عوض 5 حيث أدمجنا شريحة 18-19 سنة مع شريحة 20-24 سنة.

4.1.2 توزيع العيّنة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	أُمّي**	ابتدائي	إعدادي وثانوي	عالي	المجموع
العدد في العيّنة	99	418	1180	410	2107
النسبة المئوية	4,7	19,8	56,0	19,5	100

5.1.2 توزيع العيّنة حسب النشاط الاقتصادي

النشاط الاقتصادي	يدرس أو في تكوين	يعمل	عاطل يبحث عن عمل	غير ناشط	المجموع
العدد في العيّنة	343	874	331	559	2107
النسبة المئوية	16,3	41,5	15,7	26,5	100

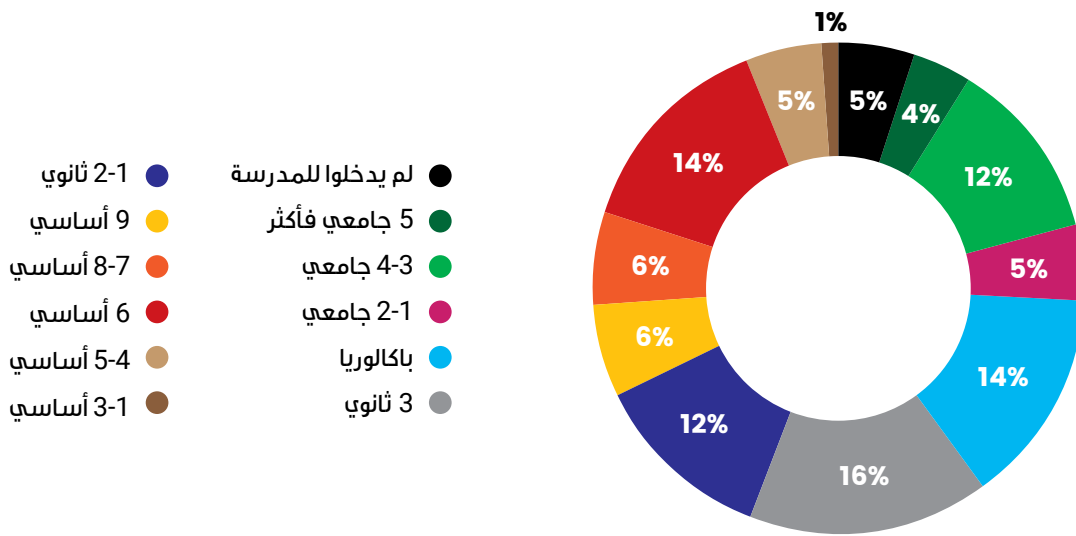
*تفرد معتمدية دوار هيشير بأكثر من نصف "الفارق الجملي"
**لم يزاول الدراسة بتاتا

2.2 خصائص اقتصادية واجتماعية أخرى

1.2.2 التوزيع الدقيق للمستوى التعليمي حسب السنة المجتازة بنجاح

مع اعتماد التوزيع التقليدي (المستعمل من طرف المعهد الوطني للإحصاء) للمستويات الدراسية في تحديد العينة الممثلة، سعينا إلى تدقيق المستوى التعليمي*

رسم بياني: توزيع الشباب (18-39 سنة) حسب المستوى التعليمي الذي أتموه بنجاح



إلى جانب من لم يزاولوا الدراسة (7.4%)، توقف حوالي 14% عند النجاح في نهاية مرحلة المدرسة الابتدائية لكن لم يبلغ 6.3% حتى هذا المستوى.

كذلك لم ينجح 12% آخرين في إنهاء أي سنة من التعليم الثانوي بنجاح، نصفهم أنهوا كل التعليم الأساسي بسنواته التسعة، لكن لم يبلغ نصفهم الآخر هذا المستوى.

ويمثل من نجحوا في البكالوريا (13.7%) أقلية بين أصحاب مستوى التعليم الثانوي، فقد توقف 17% عند النجاح في السنة الثالثة ثانوي و12.4% قبل ذلك**

أما أصحاب المستوى الجامعي، فقد بلغ حوالي نصفهم (9.5%) حد النجاح في نهاية السنة الثالثة***، و3.2% حد النجاح في نهاية السنة الخامسة****، ولم يتجاوز سوى 1% مستوى السنة الخامسة الجامعية.

* كان ذلك أساسا لحاجيات خصوصية في تحليل بعض النقاط بأحد محاور الدراسة (الصحة المدرسية)

** 6.5% في السنة الثانية و5.9% في الأول فحسب

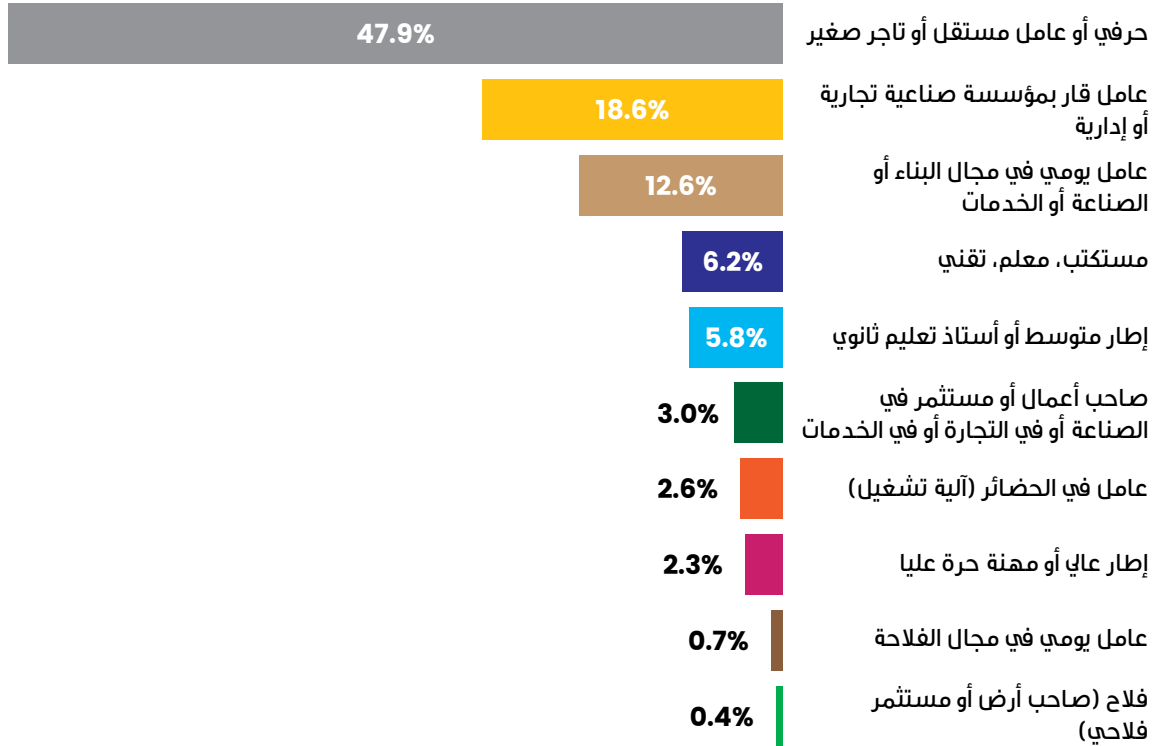
*** وهي سنة الحصول على الإجازة للمتابعين لدراسات في نظام "إمد"

**** وهي الموافقة للحصول على الماجستير أو إنهاء الدراسات الهندسية أو الطبية أو الصيدلية

***** وتوزعت البقية بين انتهاء السنة الأولى أو الثانية أو الرابعة (1.9% و3 و2%) بنجاح

2.2.2 تدقيق النشاط المهني

رسم بياني: توزيع من يعملون من الشباب (18-39 سنة) حسب طبيعة النشاط المهني



يطغى الحرفيون والعملة المستقلون وصغار التجار على المشهد المهني حيث يمثلون حوالي نصف مجموع من يعملون.

ثم يأتي العملة بنسبة تقارب الثلث، لكن أكثر من خمسهم عملة يوميون* أو عملة حضائر.

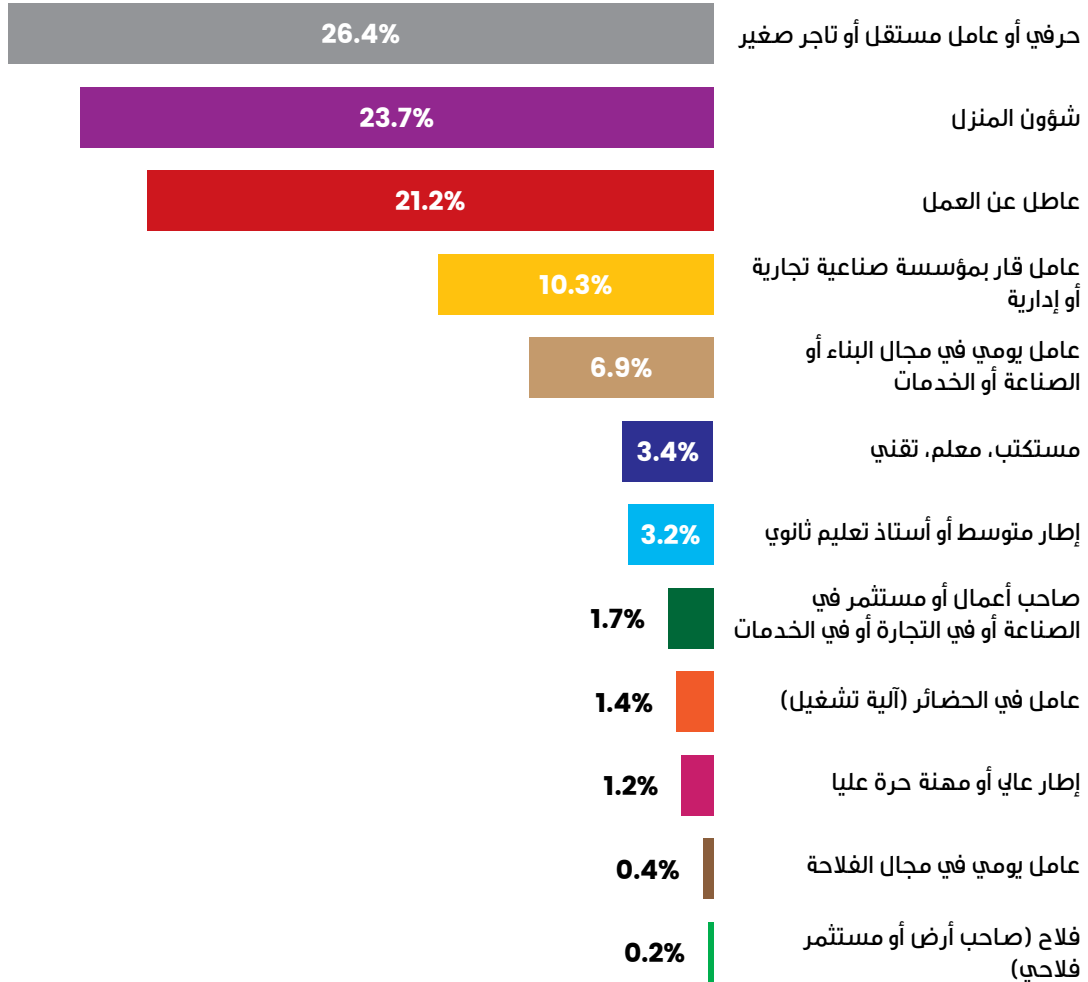
بعدهم نجد أصحاب الوظائف الصغرى فالإطارات الوسطى ثم أصحاب الأعمال والمستثمرين** وأخيرا الإطارات أو أصحاب المهن الحرة العليا

وحتى إذا أدرجنا من أجابوا بـ "اشتغالهم" بـ "شؤون المنزل" من بين غير الناشطين و العاطلين الباحثين عن عمل، فإن العمل الحرفي أو المستقل أو التجارة الصغرى يبقى أهم نشاط مهني. وتجدر الإشارة إلى أن حوالي ثلثي غير الناشطين اختاروا الإجابة بأن شؤون المنزل هي نشاطهم المهني في حين اعتبر الآخرون أنهم غير معينين بأي نشاط مهني:

* في قطاعات البناء والصناعة والخدمات مع بعض العملة الفلاحيين
** من بينهم عدد قليل جدا من أصحاب الأراضي أو المستثمرون في الفلاحة

رسم بياني: توزيع الشباب (18-39 سنة) حسب طبيعة النشاط المهني

مع إدراج العاطلين الباحثين عن عمل، والمشتغلين بشؤون المنزل من غير الناشطين



3.2.2 الدخل الفردي والعائلي

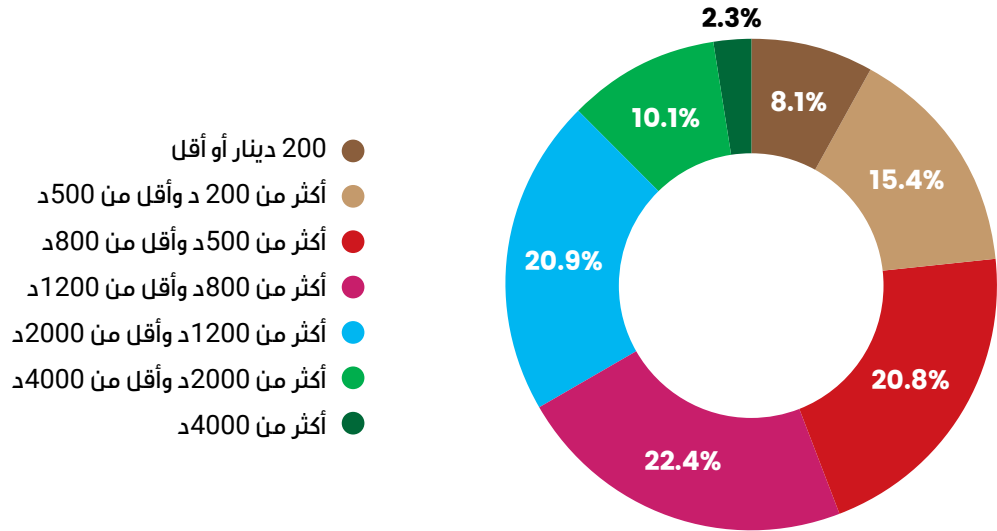
أ. وجود دخل فردي

40% من الشباب صرحوا أن لهم دخلا فرديا، وهي نسبة مقارنة لنسبة من يعملون (41% حوالي ثلثهم صرحوا أن نشاطهم المهني ظرفي أو موسمي)

ب. مستوى الدخل العائلي

بارتباط بموضوع الدراسة، وباعتبار أن الدخل العائلي هو عادة الأساس في المصاريف الخاصة بخدمات الصحة، سعينا إلى معرفة مجموع الدخل المشترك للعائلة.

رسم بياني: توزيع الشباب (18-39 سنة) حسب مستوى الدخل الشهري للعائلة*



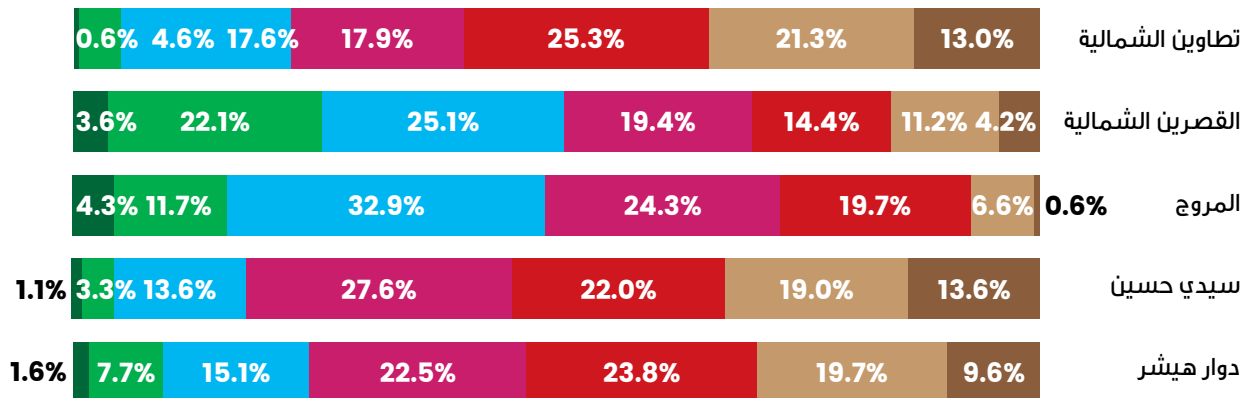
دخل عائلات حوالي رُبع الشباب، إما شبه منعدم (200 دينار أو أقل في الشهر) أو ضعيف جدا (بين 200 و500 دينار).

بالمقابل، ثُمّن الشباب فقط دُخْل عائلاتهم "مرتفع" (2000 دينار أو أكثر)*.

أما البقية فدخل عائلاتهم ضعيف (بين 500 و800 دينار) أو متوسط (بين 800 و1200 دينار) أو فوق المتوسط (بين 1200 و2000 دينار) بنسب متقاربة.

وتتباين مستويات الدخل العائلي بين المعتمديات بصفة دالة إحصائيا:

رسم بياني: توزيع الشباب (18-39 سنة) حسب مستوى الدخل الشهري للعائلة وحسب المعتمديات



● 200 دينار أو أقل ● أكثر من 200 وأقل من 500 د ● أكثر من 500 وأقل من 800 د ● أكثر من 800 وأقل من 1200 د ● أكثر من 1200 وأقل من 2000 د ● أكثر من 2000 وأقل من 4000 د ● أكثر من 4000 د

* بعد استثناء من صرحوا بعدم معرفتهم لمستوى الدخل العائلي (12%) أو رفضوا الإفصاح عنه (2%)

** من بينها 2% يفوق دخلها 4000 دينار شهريا

يتبين من خلال الرسم البياني من أن معتمدية تطاوين الشمالية تبقى في أسفل السلم من حيث مستوى دخل عائلات شبابها بين 18 و39 سنة (حيث أنه لا يتجاوز 800 دينار لدى عائلات 60% من شبابها ويفوق 2000 دينار لدى أقل من 5% منها فقط). كما أن معتمديتي دوار هينشر وسيدي حسين تتقاربان عموماً معها في هذا المقياس.

بالمقابل فإن دخل عائلات شباب معتمدية القصرين الشمالية أفضل بوضوح وأقرب إلى معطيات شباب معتمدية المروج، مع نسب أضعف في معتمدية المروج بخصوص شريحتي الدخل الضعيف جداً أو شبه المنعدم.

الجزء الثاني

**نتائج الدراسة المتعلقة
بالحق في الخدمات
الصحية وتحدياته**

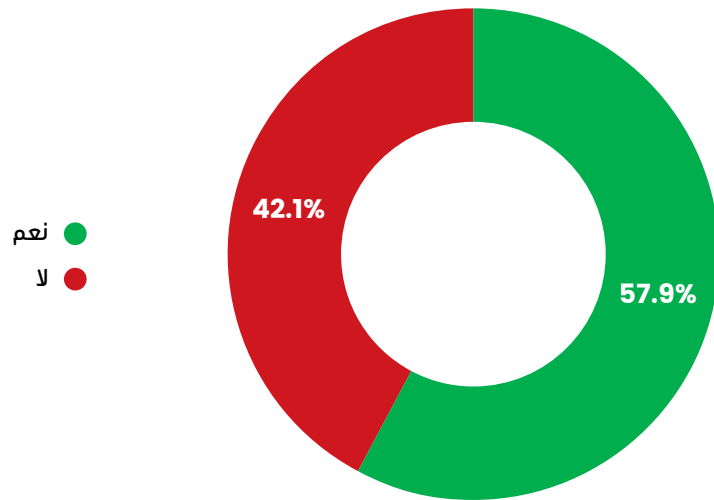
1. وضعية التغطية الصحية

أكثر من خُمس الشباب المستجوبين ليس لهم بطاقة علاج*، وحتى بالنسبة للذين يتمتعون بها نجد ان 65% منهم تحت غطاء العائلة أو القرين. هذه النسب تحيل الى تكلُّس منظومات التغطية الصحية والاجتماعية في تونس وهشاشة الوضع الاقتصادي لنسبة كبيرة من الشباب.

1.1 نسبة الحائزين على بطاقة علاج:

1.1.1 النسبة العامة

رسم بياني: توزيع الشباب (18-39 سنة) حسب حيازته لبطاقة علاج



صرح حوالي 58%** من الشباب المشارك في الدراسة أنّ لهم بطاقة علاج. هاته النسبة ضعيفة، وهي أقل بـ20 نقطة مئوية من نسبة التغطية الصحية المسجلة في آخر تعداد عام للسكن والسكان لدى الفئة العمرية "في سن العمل" (15-59 سنة).

تبدو النسبة أفضل قليلا من النسبة المسجلة في دراسات سابقة لإنترناشونال ألرت، لكن ذلك مرتبط أساسا ببعض الاختلافات المنهجية ومن بينها توسيع الشريحة العمرية وتنوع طبيعة المناطق المعنية في الدراسة الحالية***.

* كان السؤال كما يلي: "عندكش بطاقة تنجم تداوي بيها؟"

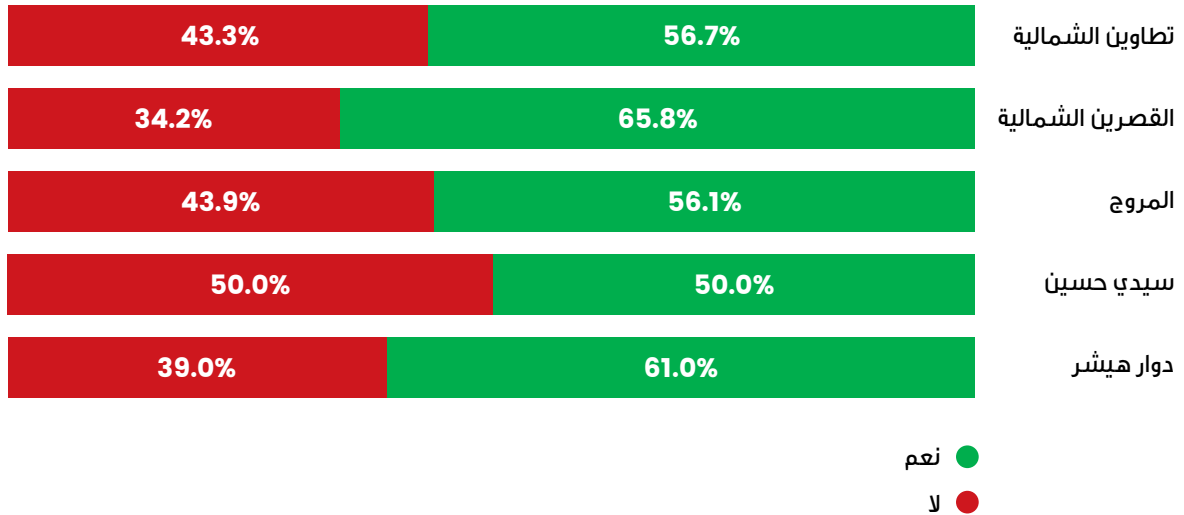
** بعد استثناء 1% من الشباب المشارك أجابوا بـ "لا أعلم" عن السؤال

* كما كان السؤال في السابق أكثر شمولية، حيث أنه تعلق بالتغطية الاجتماعية والصحية في نفس الوقت

2.1.1 حيازة بطاقة علاج حسب الخصائص الأساسية للمكونة للعينة

أ. حسب المعتمديات:

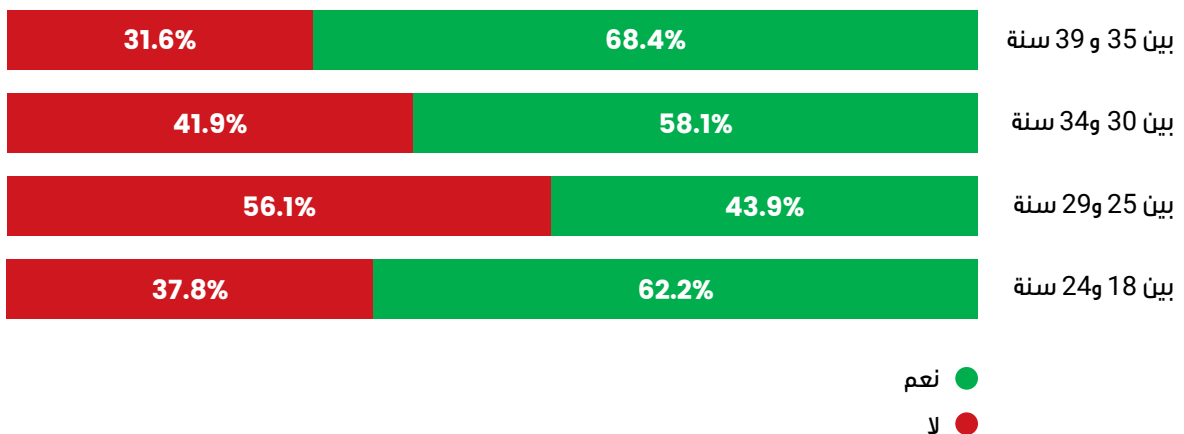
رسم بياني: حيازة الشباب (18-39 سنة) لبطاقة علاج حسب المعتمديات



تتراوح النسبة بين حوالي نصف الشباب بسيدي حسين وما يقارب ثلثهم بالقصرين الشمالية، وهذه الاختلافات في النسب بين المعتمديات ذات دلالة إحصائية قوية.

ب. حسب الشرائح العمرية:

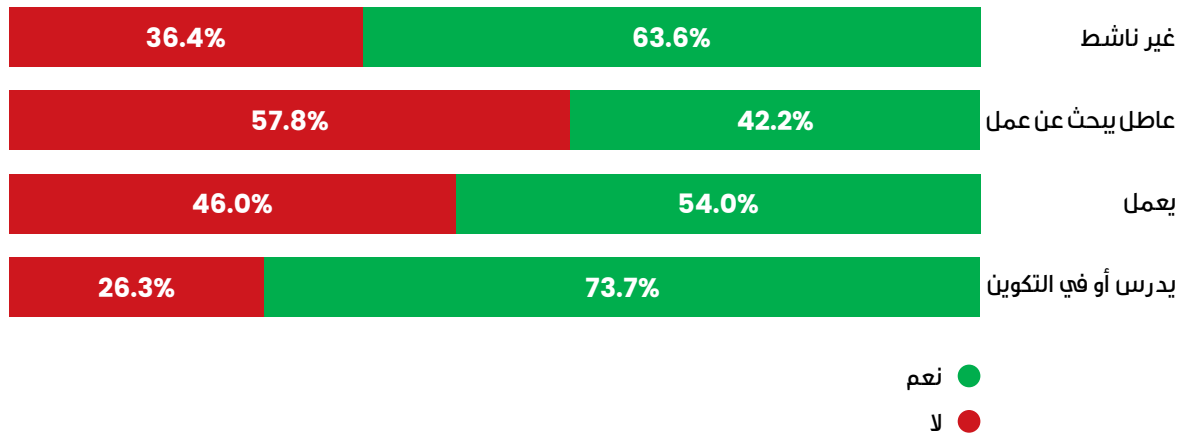
رسم بياني: حيازة الشباب (18-39 سنة) لبطاقة علاج حسب الشرائح العمرية



يظهر بجلاء أن شريحة 25-29 سنة هي الأقل حيازة على بطاقات علاج مقارنة ببقية الشرائح العمرية للشباب، حيث صرح 44% منهم فقط أن لهم بطاقة علاج مقابل نسب تتراوح بين 58% (30-34 سنة) و68% (35-39 سنة).

ث. حسب النشاط الاقتصادي:

رسم بياني: حيازة الشباب (18-39 سنة) لبطاقة علاج حسب النشاط الاقتصادي

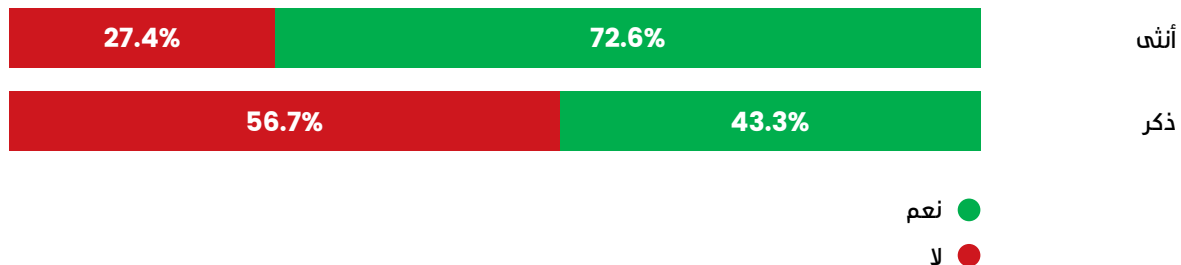


تختلف نسبة الحائزين على بطاقة علاج بصفة أكبر، فهي تتراوح بين 42% لدى العاطلين الباحثين عن عمل و74% لدى من هم في مرحلة الدراسة أو التكوين.

وإذ يعتبر هذا الفارق متوقعا بين هاتين الفئتين، فإنه يبقى غير مقبول باعتبار أن التغطية الصحية حق للجميع، وباعتبار مسؤولية الدولة في ضمانها للفئات الهشة مثل العاطلين عن العمل (وكذلك النساء، الأطفال، الشباب المتمدرسين، من ليس لهم دخل أو لهم دخل محدود، المسنون، من هم في وضعية إعاقة، ...)

لكن ما يشد الانتباه أكثر، النسبة المتدنية للحائزين على بطاقة علاج في صفوف من يعملون، حيث أنها أدنى حتى من المعدل العام ولا تتجاوز 54%.

د. حسب الجنس:



رسم بياني: حيازة الشباب (18-39 سنة) لبطاقة علاج: مقارنة بين الذكور والإناث

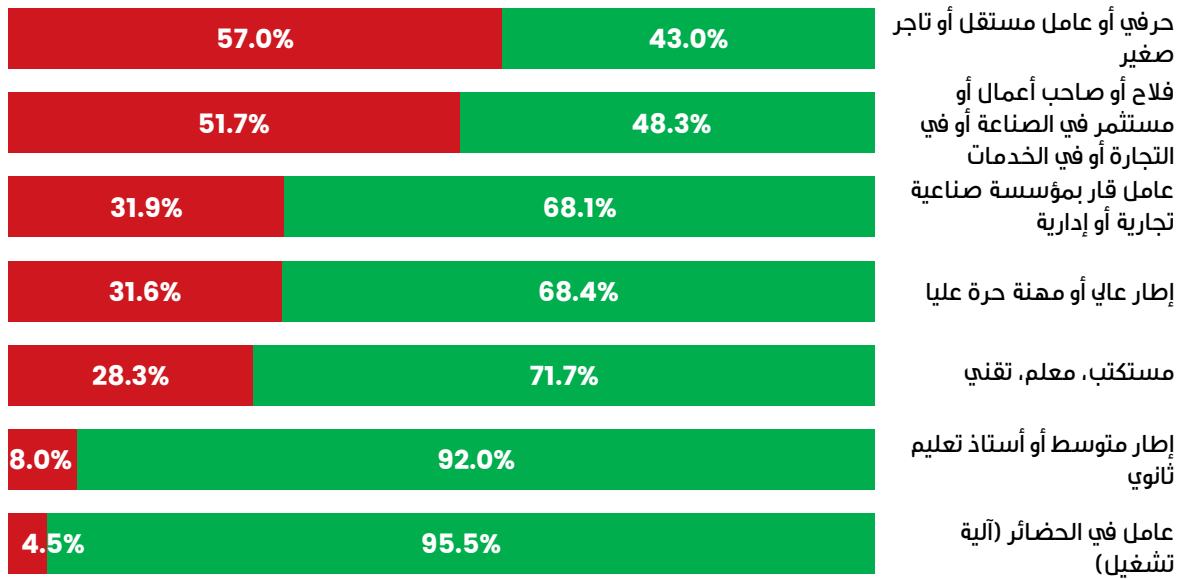
يُلاحظ الارتفاع العام لنسبة من لهن بطاقة علاج من الإناث مقارنة بمن لهم بطاقة علاج من الذكور، أي -بصيغة أخرى- أن نسبة من لا بطاقة علاج لهم (57%) تبلغ أكثر من ضعف نسبة من لا بطاقة علاج لهم (27% فقط).

ويجد هذا الأمر تفسيره في تباين نسبة الإناث في فئتين رئيسيتين للنشاط الاقتصادي، تتباينان بدورها في نسب حيازة بطاقة علاج (مثلما رأينا في الفقرة السابقة):

- ارتفاع نسبة الإناث في فئة غير الناشطين التي تتميز بدورها بنسبة حيازة بطاقة علاج أعلى من المعدل العام.
- انخفاض نسبة الإناث في فئة من يعملون والتي تتميز على العكس بنسبة حيازة بطاقة علاج أدنى من المعدل العام.

3.1.1 حيازة بطاقة علاج حسب صنف النشاط المهني

رسم بياني: حيازة من يعمل من الشباب (18-39 سنة) لبطاقة علاج حسب صنف النشاط المهني



● نعم
● لا

تتباين نسب حيازة بطاقة علاج كثيرا حسب صنف النشاط المهني، وسُجِّلَتْ أضعفها لدى العملة اليومية حيث لا تبلغ 39% من مجموعهم، ولكنها غير بعيدة عن النسبة لدى فئة الحرفيين والعملة المستقلين وصغار التجار 43%. وهكذا فإن نصف من ليس لديهم بطاقة علاج ممن يعملون من الشباب هم من الفئة الأخيرة باعتبارها أكبر فئة مهنية، و15% فقط ممن يعملون وليس لهم بطاقة علاج، هم عملة يوميون.

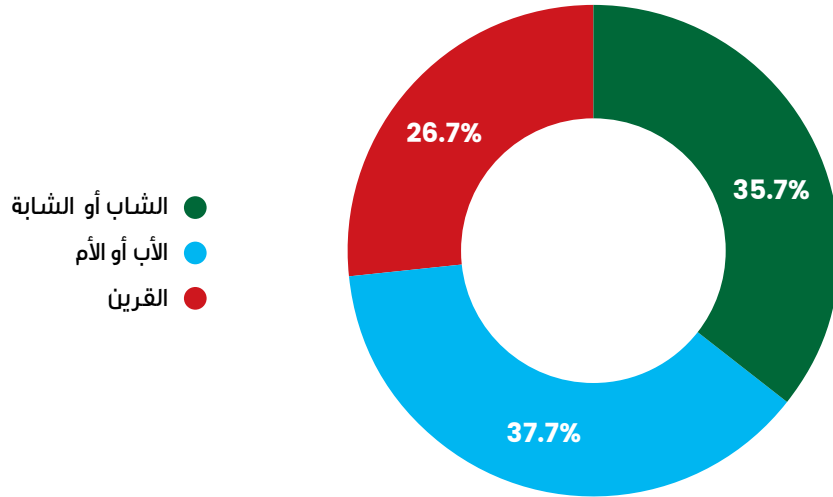
وإذا كان من المنطقي أن نجد أن لدى معظم الإطارات المتوسطة من جهة وعملة الحضائر من جهة أخرى بطاقات علاج، فإن النسب المسجلة للحاصلين على بطاقة علاج بين العملة القارين من ناحية وصغار الموظفين (مستكتب، معلم، تقني، ...) من ناحية أخرى، والتي لا تتجاوز على التوالي 68% و72%، غير معقولة ونعتبر متدنية. وبالتأكيد فإن لتفاقم العمل الهش والتحايل على قوانين العمل وتوسعهما إلى الوظيفة العمومية والقطاع العمومي في صيغ تعاقد متنوعة (بما فيها المدرسون النواب) دورا هاما في ذلك.

كما تسترعي الانتباه النسب الضعيفة للحاصلين على بطاقة علاج في صفوف الإطارات العليا وأصحاب المهن الحرة العليا وخاصة أصحاب الأعمال أو الأراضي والمستثمرين في مختلف القطاعات.

2.1 صنف بطاقة العلاج وصفة صاحبها:

1.2.1 صاحب بطاقة العلاج

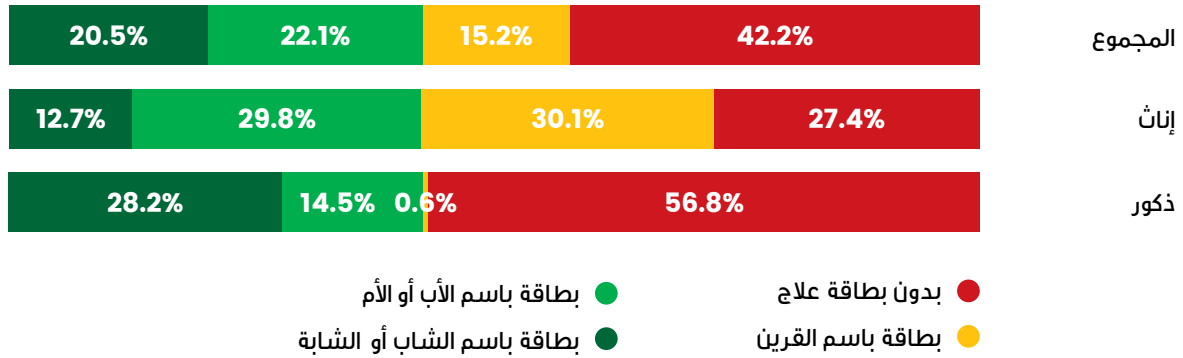
رسم بياني: توزيع الشباب الحائز على بطاقة علاج حسب صاحب البطاقة



لا تتجاوز نسبة "ملكية" الشباب أو الشابة لبطاقة العلاج كثيرا ثلث من لهم بطاقات علاج. وفي بقية الحالات، تعود ملكية البطاقة إلى أحد الوالدين أو إلى القرين

أ. حسب الجنس

رسم بياني: حيازة بطاقة علاج وصفة صاحبها: مقارنة بين الإناث والذكور

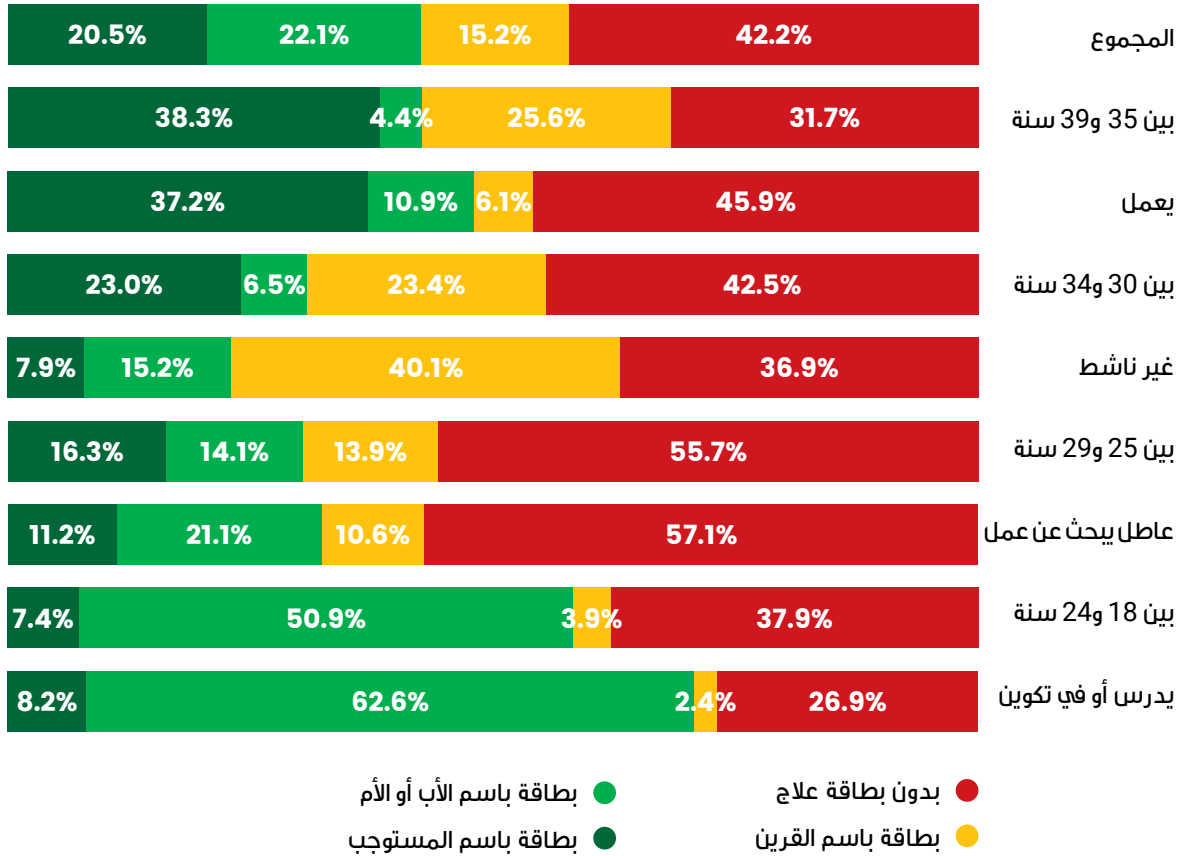


تتباين نسبة ملكية القرين لبطاقة العلاج جذريا، فهي هامة جدا لدى الإناث (41% ممن لهن بطاقة علاج) في حين أنها هزيلة جدا وشبه منعدمة لدى الذكور (1% فقط ممن لهم بطاقة علاج).

وبين الرسم أن الفارق بين الجنسين في نسبة حيازة بطاقة علاج يساوي تقريبا الفارق بينهما في نسبة الحائزين على بطاقة علاج باسم القرين، أما الحائزون والحائزات على بطاقة علاج باسم أحد الوالدين أو باسم الشاب/الشابة، فينسبهما متعكسة تماما بين الجنسين.

ب. حسب الشريحة العمرية وفئة النشاط الاقتصادي

رسم بياني: حيازة بطاقة علاج وصفة صاحبها حسب الشريحة العمرية وفئة النشاط الاقتصادي



يشد الانتباه تَقَارُبُ في النسب بين شريحة عمرية وفئة نشاط اقتصادي في أكثر من حالة:

- بين الشريحة العمرية 18-24 سنة من جهة وفئة مَن لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين من جهة أخرى: معظم الشباب الحائز على بطاقة علاج من هاتين الشريحتين مسجل ببطاقة أحد الوالدين (على التوالي 86% و82% من مجموع من لهم بطاقة علاج)*.
- بين الشريحة العمرية 25-29 سنة من جهة وفئة العاطلين الباحثين عن عمل من جهة أخرى: هما الأقل نسبة للحاصلين على بطاقة علاج حسب متغير الشريحة العمرية من ناحية ومتغير النشاط الاقتصادي من ناحية أخرى. ويعود ذلك أساسا إلى تقلص كبير (مقارنة بالشريحتين السابقتين) في نسبة المسجلة أسماؤهم في بطاقة أحد الوالدين، وهو تقلص لا يغطيه التحسن المحدود لنسبة الحاصلين على بطاقات علاج باسمهم أو باسم قرين.
- بين الشريحة العمرية 35-39 سنة من جهة وفئة مَن يعملون من جهة أخرى: تقارب نسبة الحاصلين على بطاقة علاج باسمهم، وهي خاصة الأعلى بين بقية الشرائح العمرية أو شرائح متغير النشاط الاقتصادي.

* وهو ما يفسر إلى حد كبير أن نسبة الحائزين على بطاقة علاج في هاتين الشريحتين وهذه الفئة هي أعلى من المعدل العام (على التوالي 73% و62% من المجموع مقابل نسبة عامة بـ58%).

وعلى العكس مما سبق، لا شيء يجمع الشريحة العمرية 30-34 سنة من جهة وفئة غير الناشطين من جهة ثانية تقريباً*. فقلما عادت ملكية بطاقة العلاج لدى معظم غير الناشطين الحاصلين على هاته البطاقة إليهم. بالمقابل كانت بطاقة العلاج باسم الشاب نفسه صيغة رئيسية لدى الحاصلين على بطاقة من الشريحة العمرية 30-34 سنة.

لكن كل هذا لا يحجب معطى رئيسياً يتمثل في محدودية نسبة مَن كانت بطاقة العلاج باسمهم حتى لدى الشريحة العمرية 35-39 سنة ولدى فئة مَن يعملون، حيث لا تكاد تتجاوز الثلث من مجموع كل من الشريحة والفئة المعنيتين، رغم أنها الأعلى بين بقية الشرائح العمرية أو فئات النشاط الاقتصادي. وهاته المحدودية وراء ارتفاع نسبة مَن ليس لديهم بطاقة علاج لدى مَن يعملون إلى ما يقارب النصف (46%)، في حين أنه يُفترض حصول كل من يعمل على بطاقة علاج باسمه. وكان من الممكن أن ترتفع هاته النسبة أكثر لولا بقاء اعتماد 17% من هاته الشريحة العاملة على بطاقة علاج القرين أو أحد الوالدين**.

2.2.1 صنف بطاقة العلاج

أ. إلى جانب 42% من الشباب دون بطاقة علاج، فإن أكثر من ربع مَن لهم بطاقة علاج ليسوا مضمونين اجتماعيين بل فقط حاصلون على بطاقات علاج بتعريف منخفضة (16,3%) أو بطاقة علاج مجاني (9,5%) أي في إطار نظام المساعدات الاجتماعية التي أصبحت تُعرف رسمياً ببرنامج الأمان الاجتماعي. ويمكن أن نضيف إلى هؤلاء أكثر من 5% لهم نظام علاج يتبع صندوق التأمين على المرض لكنها خارج نظام التأمين على المرض ومنظوماته الثلاثة، ويقارب في مضمونه نظام بطاقات العلاج بتعريف منخفضة، ونعني بهم المضمونين الاجتماعيين المنصوبين في نظام محدود الدخل (3,5% من بطاقات العلاج) والطلبة (1,8% من بطاقات العلاج).

كما يلاحظ اعتماد حوالي عُشر المعنيتين بنظام التأمين على المرض على بطاقات علاج لأصناف خاصة من الأعوان العموميين (الأميون والعسكريون المباشرون وأعوان وزارة الصحة) وأفراد أسرهم، تُمكنهم من العلاج بالهياكل الصحية العمومية والهياكل الصحية الخاصة بقطاعهم، إضافة إلى إمكانية العلاج بالهياكل الصحية الخاصة في صورة اختيار المنظومة العلاجية الخاصة أو نظام استرجاع المصاريف في إطار نظام التأمين على المرض.

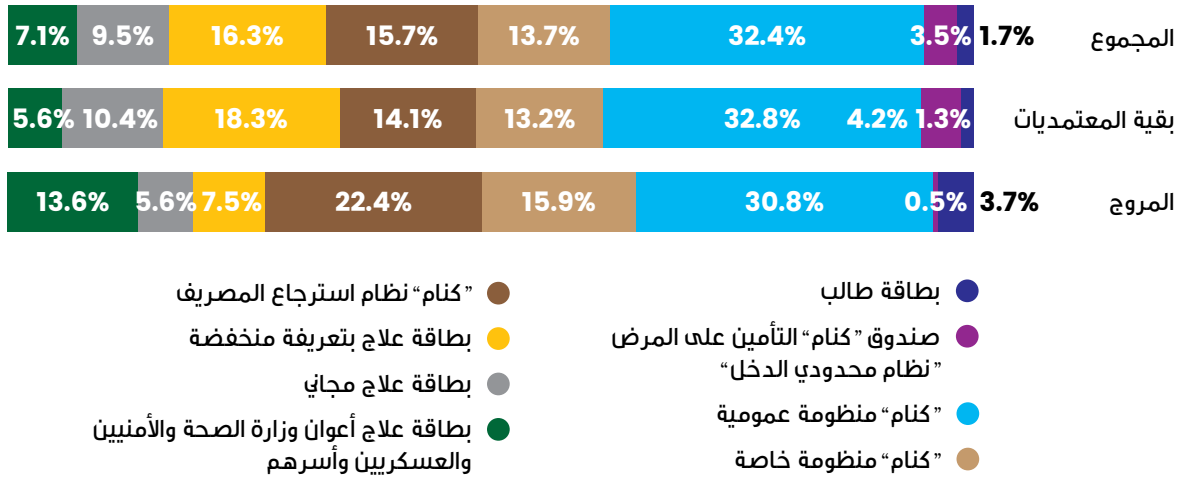
خارج هؤلاء، في إطار نظام التأمين على المرض، يفوق مَن لهم بطاقات علاج في "المنظومة العلاجية العمومية" (32% من مجموع بطاقات العلاج)، مجموع مَن لهم بطاقات علاج في منظومتَي القطاع الصحي الخاص (نظام "استرجاع المصاريف": 16%) و"المنظومة العلاجية الخاصة" المرتكزة على "طبيب العائلة": 14%)

ب. صنف بطاقة العلاج حسب المعتمديات: عند مقارنة نسب الحاصلين على بطاقة علاج بين المعتمديات، استرعى انتباهنا أن النسبة المسجلة في معتمدية المروج (51%) تكاد تكون الأدنى، فهي أدنى بكثير من النسبة العامة (58%) ومن النسبة المسجلة في 3 معتمديات: تطاوين الشمالية (57%) ودوار هيشر (61%) وخاصة القصرين الشمالية (66%)، وتكاد تعادل نسبة المعتمدية الباقية (سيدي حسين: 50%).

لكن ظهرت الاختلافات جلية بين معتمدية المروج من جهة وبقية المعتمديات من جهة أخرى في توزيع مَن لهم بطاقة علاج حسب صنف البطاقة. وتتمثل أساساً فيما يلي:

* إذا استثنينا تقارب نسبة غير الحاصلين على بطاقة علاج (وتقلصها مقارنة بالشريحتين السابقتين).
** الوضع أقل وطأة بالنسبة إلى الشريحة العمرية 35-39 سنة حيث تقل نسبة غير الحاصلين على بطاقة علاج عن الثلث بفضل حصول 30% آخرين على بطاقة علاج (باسم القرين في معظم الحالات)

رسم بياني: توزيع الحائزين على بطاقة العلاج حسب صنفها: مقارنة بين معتمدية المروج والمعتمدات الأخرى



- نسبة من لهم بطاقات علاج مجاني أو بتعريف منخفضة في المروج أقل من نصف ما هي عليه في بقية المعتمدات
- نسبة من لهم بطاقات علاج خاصة بالأمنيين والعسكريين المباشرين وأعوان وزارة الصحة (وأسرههم) في المروج أكثر من ضعف ما هي عليه في بقية المعتمدات
- نسبة من لهم بطاقات علاج من صنف "استرجاع المصاريف" (بنظام التأمين على المرض) في المروج أرفع بكثير من نصف ما هي عليه في بقية المعتمدات

وتجدر الملاحظة أن التباينات بين المعتمدات في توزيع بطاقات العلاج حسب صنفها متعددة ومتشعبة. من ذلك:

- نسبة ضعيفة لمن لهم بطاقات علاج مجاني أو بتعريف منخفضة في معتمدية القصرين الشمالية (15% مقابل 28%) تقارب نسبة معتمدية المروج (13%) وأدنى كثيرا من نسب بقية المعتمدات: دوار هيشر (28%) وخاصة تطاوين الشمالية وسيدي حسين (38% في كل منهما)
- نسبة عالية لمن لهم بطاقات علاج في المنظومة العلاجية الخاصة المعروفة بمنظومة طبيب العائلة (بنظام التأمين على المرض) في معتمدية القصرين الشمالية مقارنة بالمروج (31% مقابل 16%) وخاصة بالمعتمدات الثلاث الأخرى (بين 5% و8%)
- نسبة هزيلة لمن لهم بطاقات علاج خاصة بأعوان وزارة الصحة والأمنيين والعسكريين (وأسرههم) في معتمديتي تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية (على التوالي 1% و2%) مقارنة بنسبتهم في معتمدات سيدي حسين (7%) وخاصة دوار هيشر (12%) المتميزة بنسبة تضاهي نسبتهم في المروج (14%)

ويُمكن القول إن ارتفاع نسبة الحاصلين على بطاقة علاج في معتمدية القصرين الشمالية مرتبطة بارتفاع نسبة من لهم بطاقة علاج في إطار إحدى المنظومات الثلاثة لنظام التأمين على المرض والتي تتجاوز ثلاثة أرباع مجموع الحاصلين على بطاقة علاج. في نفس الاتجاه تتميز المعطيات الخاصة بمعتمدية سيدي حسين بتزامن انخفاض نسبة الحاصلين على بطاقة علاج مع انحسار نسبة من لهم بطاقة في إطار نظام التأمين على المرض بمنظوماته الثلاثة التي تبلغ بالكاد نصف مجموع الحاصلين على بطاقة علاج. وبصفة أدق يكمن التباين بين معتمديتي سيدي حسين حيث نسبة الحاصلين على بطاقة علاج هي الأدنى والقصرين الشمالية حيث النسبة هي الأعلى، أساسا في نسبة من لهم بطاقة علاج في منظومتَي القطاع الصحي الخاص (نظام استرجاع المصاريف والمنظومة العلاجية الخاصة) والتي تتراوح بين 43% في القصرين الشمالية من مجموع بطاقات العلاج و19% في سيدي حسين.

3.1 أسباب عدم حيازة بطاقة العلاج:

تتعدد الأسباب وتتنوع بين الأفراد، وقد يكون السبب واحداً أو أكثر للفرد الواحد. بعضها مباشر وبعضها الآخر غير مباشر، وقد ترتبط فقط بالشخص المعني كما أنها كثيراً ما هي خارج إرادته.

وقد وقع تقديم خمسة أسباب يختار منها كل شاب ليس له بطاقة علاج ما يراه منها متماشيا مع وضعه. ومع ذلك فإن 12% من الشباب لم يختاروا أي سبب. أما البقية فقد اختار كل واحد منهم سببا واحداً أو أكثر.

يمثل عدم الحصول على بطاقة علاج رغم طلبها من جهة وعدم حيازة أحد الوالدين أو القرين لبطاقة علاج من جهة أخرى أقل إجابتين اختياريًا كسبب لبقاء الشباب في سن 18-39 سنة بدون بطاقة علاج بنسبة لا تتجاوز 10% منهم لكل واحد من السببين.

مقابل ذلك، اعتبر أكثر من ثلث هؤلاء الشباب أنهم يعرفون أن التشريعات الحالية لا تسمح لهم بالحصول على بطاقة علاج، ومعظم هؤلاء من العاطلين الباحثين عن عمل (29%) وغير الناشطين (24%) والحرفيين والعملة المستقلين وصغار التجار (16%) والذين لا يزالون يدرسون أو يتكفون (13%) والعملة اليوميين (8%).

واعتبرت نسبة مقارنة أن سبب عدم حصولهم على بطاقة علاج مرتبط بعدم قيام أحد بالمساهمة في نظام تغطية اجتماعية لفائدتهم. ويتعلق الأمر بالحرفيين والعملة المستقلين وصغار التجار (24%) والعاطلين الباحثين عن عمل (21%) وغير الناشطين (19%) والعملة اليوميين (9%) والذين لا يزالون يدرسون أو يتكفون (7%) ولكن كذلك العملة القارين (4%) والموظفين والإطارات وأصحاب المهن الحرة العليا أصحاب الأعمال أو الأراضي والمستثمرين (4%).

أما السبب الأكثر تواترا في اختيارات غير الحاصلين على بطاقة علاج فيتمثل في عدم قيامهم بالإجراءات للحصول عليها، بنسبة تجاوزت نصفهم بقليل، يتوزعون على الحرفيين والعملة المستقلين وصغار التجار (30%) والعاطلين الباحثين عن عمل (24%) وغير الناشطين (13%) والعملة اليوميين (7%) ولكن كذلك وبأعداد متقاربة على الذين لا يزالون يدرسون أو يتكفون (7%) والعملة القارين (7%) والموظفين والإطارات وأصحاب المهن الحرة العليا أصحاب الأعمال أو الأراضي والمستثمرين (6%).

تبدو النسبة مرتفعة ولكن التمعن في طبيعة النشاط الاقتصادي لهؤلاء وخاصة صنف النشاط المهني للعاملين منهم، إلى جانب مدى إقرانهم لأسباب أخرى، يجعلنا حذرين في استقراء هاته النتيجة.

ذلك أن الإجراءات المقصودة متنوعة حسب تقديرنا. بالنسبة للبعض، يتمثل عدم القيام بالإجراءات في عدم تقديم مطالب للحصول على بطاقة علاج مجايب أو بتعريفه منخفضة، مع تقديم مبررات متنوعة تتراوح بين تعقيدات المطلب وإجراءات إعداد وثائقه، وترجيح رفض المطلب للشروط المجحفة لإسناد البطاقة أو لعدم موضوعية تقييم الملفات أو للبطء الشديد في إجراءات النظر في المطالب، وتبلغ حد الرفض المبدئي لتقديم طلب مهين لبطاقة علاج شكلية في ظل تدهور الخدمات الصحية العمومية ومحدوديتها.

لكن الإجراءات المقصودة تتمثل، بالنسبة لجزء هام من الحرفيين والعملة المستقلين وصغار التجار وكذلك أصحاب المهن الحرة العليا وأصحاب الأعمال أو الأراضي والمستثمرين، في التصريح الجبائي بالنشاط المهني و/أو الانخراط في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وما يستوجب من دفع مساهمات وضرائب، أو في دفع المساهمات للصندوق بصفة منتظمة مع خلاص المتخلدات التي قد تكون متراكمة بالنسبة للمصرحين و/أو المنخرطين المتخلفين.

كما أنه من المرجح أن بعض من ليس لهم بطاقة علاج من الشباب بين 18 و39 سنة، هم مضمونون اجتماعيون لهم حق الانتفاع بتغطية صحية في إطار نظام التأمين على المرض أو نظام محدودي الدخل، لكنهم تخلوا عمليا عن الانتفاع بها لتعقيداتها وضعفها ولقدرتهم على تجاوزها بطرق شتى، ويمكن حتى أن يكونوا لم يستخرجوا بطاقة علاج لعدم الإحساس بالحاجة إلى عيادة أو خدمة صحية، أو في وضعية عدم خلاص لا تسمح لهم باستخراج بطاقة علاج والانتفاع بالتغطية الصحية. كما يمكن أن يكونوا موسرين من أصحاب المهن الحرة العليا أو من أصحاب الأعمال ممن آثروا عدم تسوية وضعهم مع صندوق الضمان الاجتماعي وربما مع إدارة الجباية*.

* وبلغ الأمر ببعضهم إلى اختيار الأسباب الخمسة جميعها

جل من ليس لهم بطاقة علاج، ليس لهم أي نظام تغطية صحية في ظل العمل غير القار و/أو عدم انتفاع الأبوين (بالنسبة للقصر أو التلاميذ أو الفتيات) أو القرين بتغطية صحية، ولكن كذلك بسبب رفض المشغل التصريح بالأجير (العامل أو الموظف) رغم العمل القار و/أو دفع المساهمات المستوجبة للتغطية الاجتماعية والصحية. وتبقى مسألة التغطية الاجتماعية والصحية ومتطلباتها للحرفيين والعملة المستقلين وصغار التجار، وهم الفئة الرئيسية للشباب العامل في سن 18-39 سنة، وللعاطلين الباحثين عن عمل، معضلة كبرى لم تحلها التشريعات الحالية.

وقد تبدو المسألة غير عاجلة بالنسبة للشباب باعتبار الاعتقاد السائد بمحدودية حاجيات الشباب إلى الخدمات الصحية خصوصاً بالمقارنة مع فئات أخرى. لكن هذا الاعتقاد خاطئ لأن الواقع يثبت أن لأغلب شباب هاته الفئة العمرية حاجيات لخدمات صحية عامة إلى جانب خدمات الصحة الجنسية الإيجابية بكل مكوناتها وخدمات خصوصية أخرى.

2. العيادات والإقامة الاستشفائية: بين الحاجة والعوائق والنجاعة

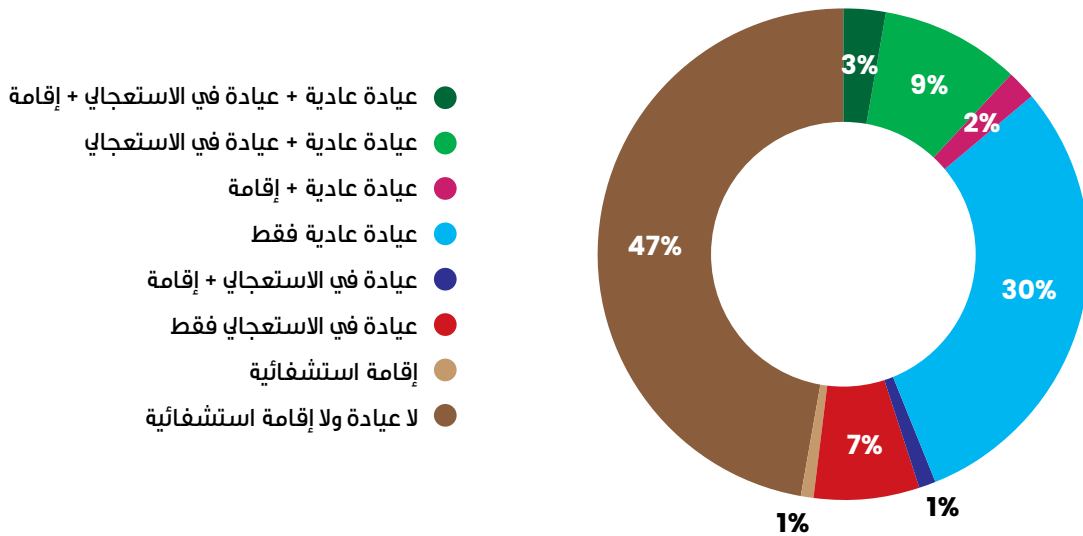
1.2 نتائج عامة

1.1.2 الإقامة الاستشفائية (بمستشفى أو مصحة) وإجراء عيادة في الـ 12 شهرا الأخيرة*

صرّح 43% من الشباب المشارك في الدراسة أنهم أجروا عيادة خارج الاستعجالي، في الـ 12 شهرا الأخيرة*. كما أجاب 20% أنهم أجروا عيادة بالاستعجالي في نفس الفترة. أما الذين أقاموا في مستشفى أو مصحة فقد بلغت نسبتهم 7%.

والحصيلة، أنّ 53% من شباب المعتمديات الخمسة في سن 18-39 سنة أجروا عيادة أو أقاموا بمستشفى أو مصحة خلال السنة التي سبقت إجراء الدراسة.

رسم بياني: إجراء عيادة أو إقامة بمستشفى/مصحة خلال الـ 12 شهرا الأخيرة*



2.1.2 القطاع الذي جرت فيه آخر عيادة وآخر إقامة وصفة الطبيب في آخر عيادة:

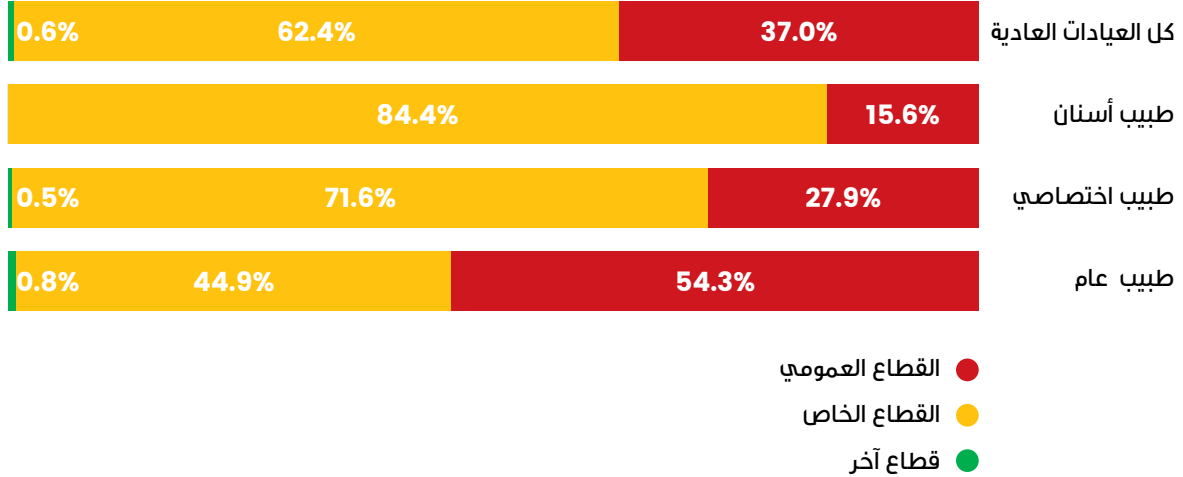
أجرى 62,4% آخر عيادة عادية في السنة الأخيرة* بالقطاع الخاص مقابل 37% فقط بالقطاع العمومي (و0,6% بقطاع آخر). ولئن جرت أغلبية العيادات في كل معتمدية بالقطاع الخاص، فإن النسب تتباين بصفة دالة بين المعتمديات حيث ترتفع إلى حوالي 68% في القصرين الشمالية و75% في معتمدية المروج في حين أنها لا تتجاوز 51% في دوار هيشير. وكان 49% من العيادات لدى طبيب اختصاص مقابل 40% لدى طبيب عام و10% لدى طبيب أسنان.

لكنّ 56% من العيادات (العادية) بالقطاع الخاص كانت لدى طبيب اختصاص (مقابل 30% لدى طبيب عام و14% لدى طبيب أسنان). و60% من عيادات القطاع العمومي كانت لدى طبيب عام، (مقابل 36% لدى طبيب اختصاص، و4% فقط لدى طبيب أسنان).

* التي سبقت إجراء الدراسة ميدانيا في أكتوبر 2022
** أي خارج أقسام ووحدات الاستعجالي

ذلك أن توزيع العيادات حسب القطاع الذي أجريت فيه يختلف كثيرا حسب صفة الطبيب:

رسم بياني: القطاع الذي جرت فيه آخر عيادة عادية حسب صفة الطبيب



خارج العيادات العادية، يصبح الاعتماد على القطاع العمومي هو القاعدة، خصوصا فيما يهتم العيادات في الاستعجالي التي جرت كليا أو يكاد (95%) بالقطاع العمومي، وكذلك فيما يتعلق بالإقامة الاستشفائية حيث أنها لم تكن في المصحات الخاصة إلا بنسبة الخمس تقريبا (19%).

2.2 عدم الحصول على عيادة أو إقامة مستحقة: التواتر،

الأسباب والانعكاسات

1.2.2 نسبة عدم الحصول على العيادات أو الإقامات المستحقة

إذا كان 43% من الشباب أجروا عيادة خارج الاستعجالي في الـ 12 شهرا الأخيرة، فإن مجموع من احتاجوا إلى إجراء عيادة عادية بلغ 50%*. وهكذا فإن 13% من الشباب الذين احتاجوا إلى عيادة غير استعجالية لم يجروها.

كما أن 2% من مجموع الشباب، أشار عليهم طبيب أو طبيبة بالذهاب إلى الاستعجالي ولكنهم لم يقوموا بذلك**، أي أن 9% من الشباب المعنيين بعيادة في الاستعجالي لم يجروها.

كذلك لم يُقِم 2% من مجموع الشباب بهيكل استشفائي رغم طلب طبيب أو طبيبة***، أي أن 22% من الشباب الذين أشار عليهم الأطباء بإقامة استشفائية لم يحصلوا عليها.

ولا توجد فوارق هامة بين المعتمديات باستثناء تباين في نسب العيادات الاستعجالية غير المجرة، بين دوار هيشر وسيدي حسين من جهة (16%) وبقية المعتمديات من جهة أخرى (4%). أما حسب الشرائح العمرية فقد سجلنا فوارق جزئية، بعضها في اتجاهات متعكسة****.

* كان السؤال الأصلي كما يلي: استحققتشي تعدي (موش في الاستعجالي) في الـ 12 شهر اللي فاتو؟ ثم جاء السؤال الفرعي لمن أجاب بـ "نعم": عديت؟

** السؤال: في الـ 12 شهر اللي فاتو، طلبيشي منك طبيب باش تمشي للاستعجالي وما مشيتش؟

*** السؤال: في الـ 12 شهر اللي فاتو، طلبيشي منك طبيب باش ترقد في سبيطار وإلا مصحة وما رقدتشي؟

**** بخصوص العيادات العادية، تنحصر الاختلافات بين الشريحة العمرية الأعلى (35-39 سنة) حيث تنخفض إلى 10% وبقية الشرائح التي تتساوى فيها النسبة بينها في حدود 14%. بالمقابل ترتفع النسبة حسب السن، فتمر بين شريحة 18-24 سنة وشريحة 35-39 سنة، من 18% إلى 27% بخصوص العيادات في الاستعجالي، ومن 5% إلى 15% بخصوص الإقامات الاستشفائية

ولكن الفوارق أهم حسب وضعية التغطية الصحية وحسب مستوى الدخل العائلي.

2.2.2 تأثير الانتفاع بتغطية صحية وصنفها

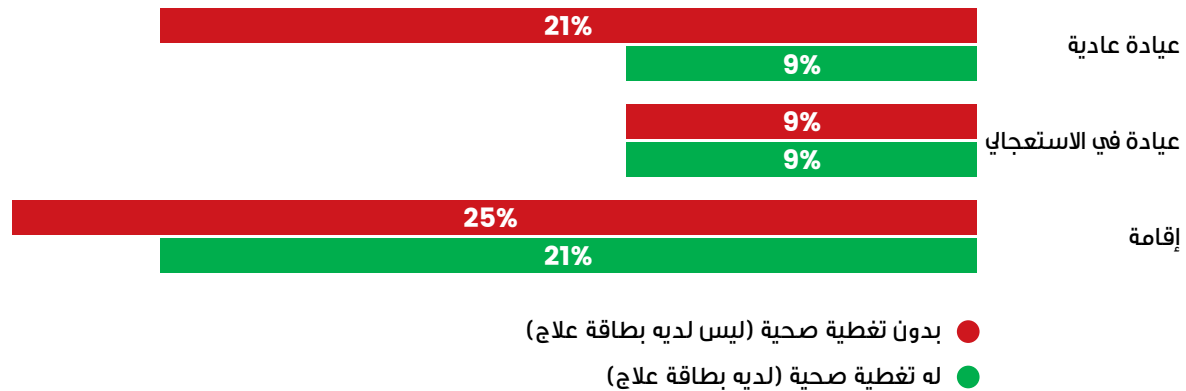
أ. غياب التغطية الصحية عامل خطر لعدم الحصول على عيادة طبية عادية:

بلغت نسبة الشباب الذين لم يُجروا عيادة عادية 13% من مجموع الشباب الذين احتاجوا إليها، لكنها لا تتجاوز 9% لدى الحائزين على بطاقة علاج، وترتفع إلى أكثر من ضعف ذلك (21%) لدى غير الحائزين على بطاقة علاج*.

ولئن لاحظنا اختلافات في نفس الاتجاه في نسبة عدم تجسيم ما طلبه الأطباء من إقامة استشفائية، فإن الفوارق أقل حدة. إذ تتراوح النسبة بين 21% لدى الحاصلين على بطاقة علاج و25% لدى من ليس لهم بطاقة علاج (وأشار لهم أطباء بالإقامة الاستشفائية).

أما بخصوص عيادات الاستعجالي فلا فوارق تقريبا بين الشريحتين. فنسبة الذين احتاجوا إلى عيادة استعجالية من خلال توجيه طبي ولم يُجروها تُمثل 9% من الشباب المعنيين (من أجروا عيادة في الاستعجالي + من أشير لهم طبيا بذلك دون أن يقوموا بها)، سواء كانت لهم بطاقة علاج أم لا. وهذا الأمر منطقي باعتبار خصوصية العيادات الاستعجالية.

رسم بياني: نسبة عدم إجراء عيادة أو عدم الإقامة (بمستشفى أو مصحة) حسب نظام التغطية الصحية



ب. صنف التغطية الصحية عامل مؤثر في مدى الحصول على عيادة طبية أو إقامة استشفائية:

حسب معطيات الدراسة، تُمثل التغطية الصحية للأُميين والعسكريين وأفراد أسرهم ضماناً قوية جداً للحصول على ما يحتاجون إليه من عيادات عادية (5% فقط من حالات عدم الحصول عليها)، وتصبح ضماناً مُطلقة عندما يتعلق الأمر بعيادة استعجالية أو إقامة استشفائية. كما يُوفر كلٌّ من "نظام استرجاع المصاريف" و"المنظومة العلاجية الخاصة" (في إطار نظام التأمين على المرض) نفس الضمانة لكن فقط فيما يتعلق بالعيادات دون الإقامة.

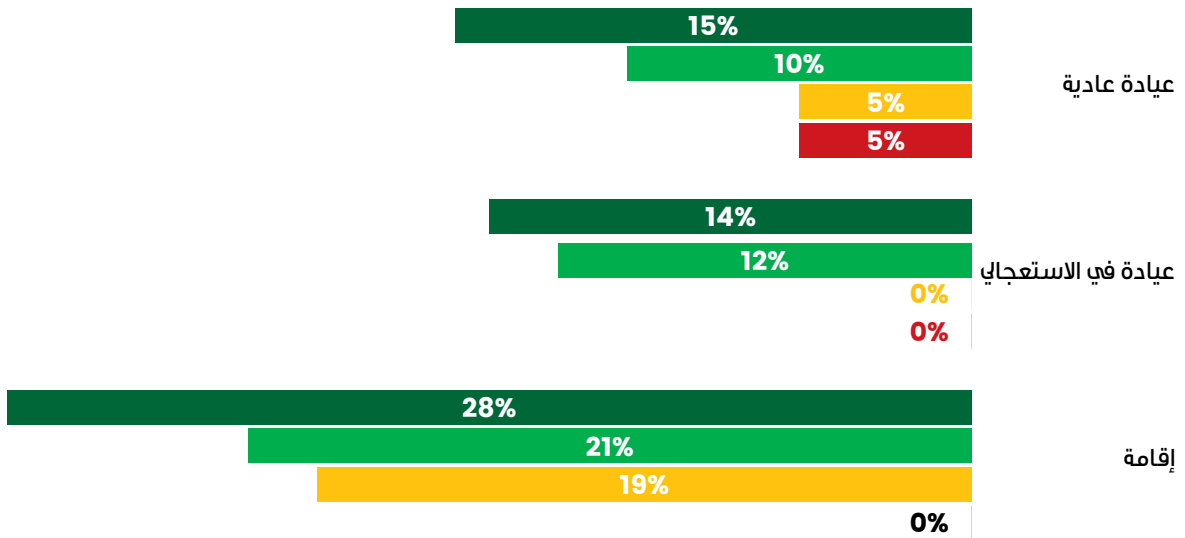
بالمقابل، لا تحمي التغطية الصحية في إطار "برنامج" "الأمان الاجتماعي" من خطر عدم الحصول على أي من الخدمات الأساسية الثلاثة، حيث تتميز نسب الحرمان من هاته الخدمات ببلوغ أعلى المستويات مقارنة ببقية أصناف التغطية الصحية فيما يتعلق بالعيادة العادية (15%، أي ثلاث مرات ما هي عليه في الأصناف السابقة) بل مقارنة كذلك بمن هم دون تغطية صحية بناتا فيما يتعلق بالعيادات الاستعجالية (14% مقابل 9%) وحتى الإقامة (28% مقابل 25%).

* وهكذا نجد أن 65% ممن أجروا العيادة فعلا حائزون على بطاقة علاج في حين أن 59% ممن لم يجروا عيادة احتاجوا إليها غير حائزين على بطاقة علاج.

** بطاقة علاج "مجاني" أو "بتعريف منخفضة"

أما "المنظومة العلاجية العمومية" (في إطار نظام التأمين على المرض) والتغطية الصحية "الخاصة" بـ "المضمونين الاجتماعيين غير المشمولين بنظام التأمين على المرض" * فلا تدرآن من خطر عدم الحصول على العيادة والإقامة، مع نسب أقرب إلى تلك المسجلة لدى المشمولين بـ "برنامج" الأمان الاجتماعي" فيما يتعلق بالعيادة (خاصة الاستعجالية: 12% مقابل 14%)، وإلى تلك المسجلة لدى المنضوين في "نظام استرجاع المصاريف" أو "المنظومة العلاجية الخاصة" فيما يتعلق بالإقامة (21% مقابل 19%).

رسم بياني: نسبة عدم إجراء عيادة أو عدم الإقامة (بمستشفى أو مصحة) حسب نظام التغطية الصحية



- بطاقة علاج "مجاناً" أو "بتعريف منخفضة" (برنامج "الأمان الاجتماعي")
- المنظومة العلاجية العمومية (التأمين على المرض) أو "بطاقة علاج" مضمون اجتماعي خارج التأمين على المرض
- "استرجاع المصاريف" أو "المنظومة الخاصة" (التأمين على المرض)
- بطاقة علاج خاصة بالأمنيين والعسكريين وأفراد أسرهم

3.2.2 تأثير مستوى الدخل العائلي

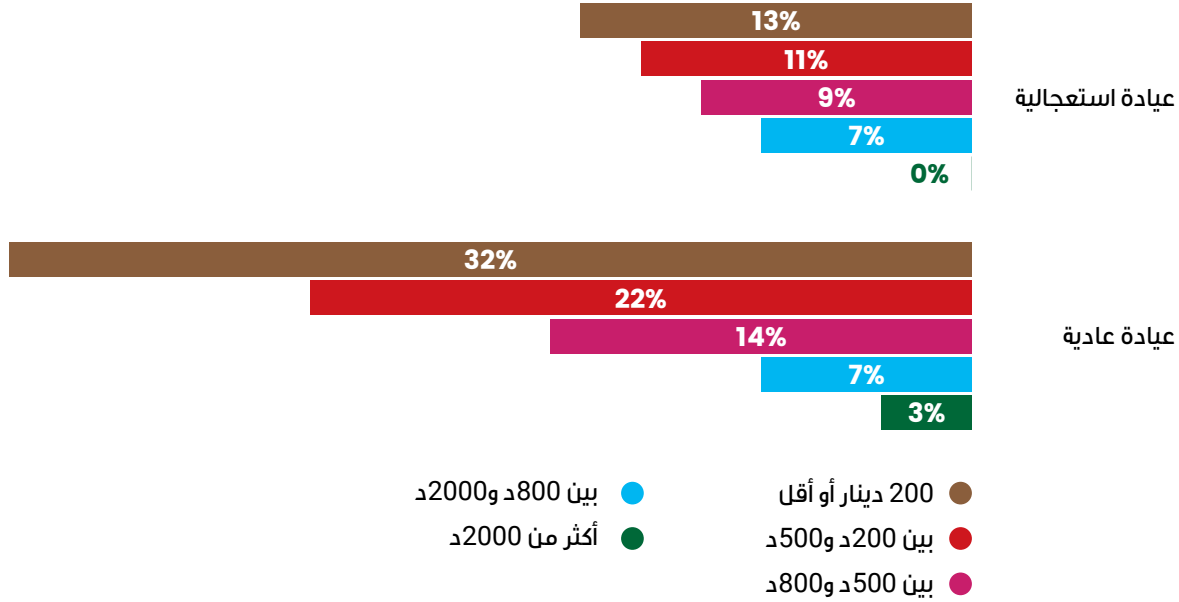
أ. ضعف الدخل العائلي عامل خطر لعدم الحصول على عيادة طبية:

تُبين الدراسة أنّ خطر عدم الولوج إلى العيادة العادية يرتفع كلما انخفض مستوى دخل العائلة، حيث بلغت نسبة عدم الحصول على عيادة لدى الشباب المنتمين إلى عائلات ذات دخل شبه منعدم (200 دينار أو أقل في الشهر) أو ضعيف جد (بين 200 و500 دينار) بين عشرة وثمانية أضعاف ماهي عليه لدى الشباب المنتمين إلى عائلات ذات دخل "مرتفع" (أكثر من 2000 دينار).

* نظام "التغطية الاجتماعية" لـ "محدودي الدخل" والطلبة وقع استثنائه من نظام التأمين على المرض

وينطبق الأمر على العيادات الاستعجالية مع مستوى فوارق أقل حدة، لكن أيضا مع نزوع نحو انتفاء خطر عدم الولوج إلى العيادة الاستعجالية لدى الشباب المنتمين إلى عائلات ذات دخل "مرتفع".*

رسم بياني: نسبة عدم إجراء عيادة عادية أو استعجالية حسب مستوى دخل العائلة الشهري



وهكذا، بصيغة أخرى، فإن 67% من مجموع من لم يُجروا عيادة عادية** و70% ممن لم يجروا عيادة استعجالية***، لا يتجاوز دخل عائلاتهم 800 دينار في الشهر، بالمقابل، فقط 40% ممن أجروا عيادة عادية و54% ممن أجروا عيادة استعجالية، ينتمون إلى هاته الشريحة من الدخل العائلي.

ب. ضعف الدخل العائلي عامل مؤثر في مدى الحصول إقامة استشفائية:

لم يسمح ضعف أعداد من لم يقيموا بمستشفى أو مصحة (رغم إشارة أطبائهم عليهم بذلك) موزعين حسب مستوى دخل عائلاتهم، باستنتاج مماثل لا سيما بنفس التفصيل من شرائح الدخل، لكن ذلك لم يمنع من ملاحظة أن نسبتهم تبلغ لدى من لا يتجاوز دخل عائلاتهم 800 دينار في الشهر، حوالي ضعف ما هي عليه لدى من يفوق دخل عائلاتهم هذا المستوى:

رسم بياني: نسبة عدم الحصول على إقامة (بمستشفى أو مصحة) حسب مستوى دخل العائلة الشهري



وهكذا، بصيغة أخرى، فإن من لا يتجاوز دخل عائلاتهم 800 دينار في الشهر، يمثلون 67% ممن لم يقيموا بمصحة أو مستشفى***، و47% فقط من مجموع من أقاموا بمصحة أو مستشفى.

تفسر كل هاته النتائج الإجابة الأكثر تواترا بخصوص أسباب عدم إجراء العيادة أو عدم الانتفاع بالإقامة الاستشفائية

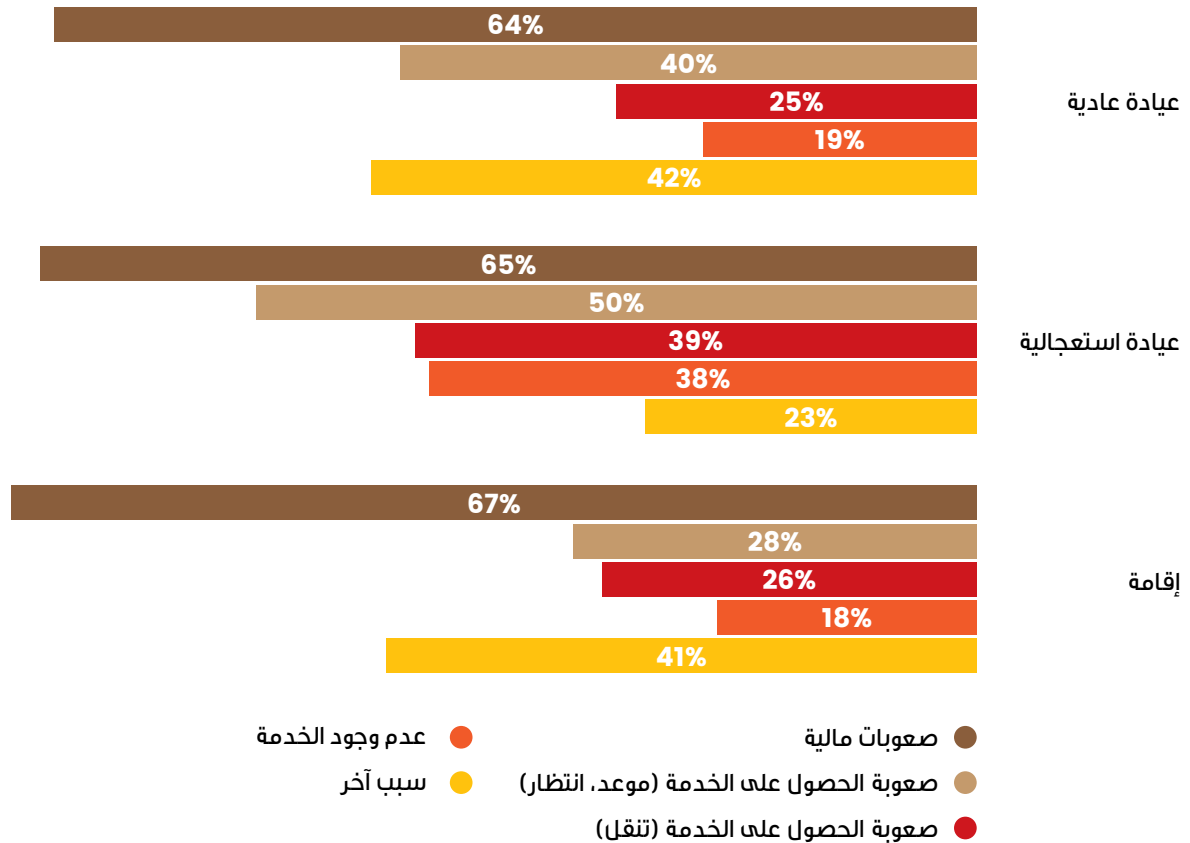
* حيث أجرى 38 شابا وشابة عيادة استعجالية، دون أي حالة عدم إجراء لعيادة استعجالية أشير عليهم طبيا بها
** احتاجوا إليها

*** رغم إشارة الأطباء عليهم بذلك

4.2.2 أسباب عدم الحصول على العيادات أو الإقامات المستحقة

تمثل الصعوبات المالية أهم الأسباب (المتداخلة) لعدم انتفاع الشباب بالخدمة المستحقة، وذلك بنسبة حوالي ثلثي المعنيين بها، مهما كانت طبيعتها*.

رسم بياني: أسباب عدم إجراء عيادة أو عدم الإقامة (بمستشفى أو مصحة)



صعوبة الحصول على الخدمة (بارتباط بالمواعيد بالنسبة إلى العيادة العادية والإقامة، والانتظار بخصوص العيادة الاستعجالية) هي ثاني الأسباب بنسب متفاوتة بين 50% و28% حسب طبيعة الخدمة. ثم تأتي **صعوبة الوصول إلى الخدمة** بارتباط بالتنقل و/أو المسافات بنسب أقل تفاوتاً (بين 39% و25%). **عدم توفر الخدمة** (بين 38% و18%). لكن لدى أعداد هامة (بين 42% و23%) فإن سبباً آخر ساهم في عدم الحصول على الخدمة أو كان سببها الوحيد.

5.2.2 انعكاسات عدم الحصول على العيادات أو الإقامات المستحقة

صرّح 70% من مجموع الذين لم يُجروا عيادة عادية احتاجوا إلى إجرائها، أنّ ذلك أثر على صحتهم و/أو على نشاطهم اليومي (الدراسة، العمل، التكوين، الأعمال المنزلية، الأمور الشخصية، وغيره) و/أو كان له تأثير سلبي آخر. وترتفع النسبة عندما يتعلق الأمر بعدم حصول ما أشار عليهم أطباؤهم من إقامة استشفائية (82%) أو عيادة استعجالية (93%).

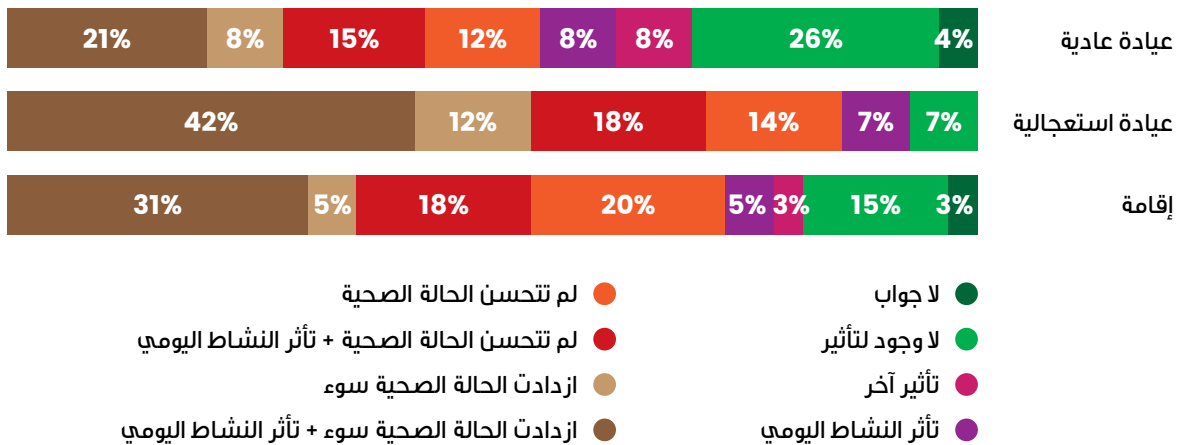
والانعكاسات السلبية على الصحة أبرز هاته التأثيرات، حيث نجدها لدى حوالي 80% ممن حصلت لهم انعكاسات لعدم إجراء العيادة العادية التي أحسوا بالحاجة إليها، وأكثر من 90% ممن حصلت لهم انعكاسات لعدم حصولهم على عيادة استعجالية أو إقامة أشار عليهم أطباؤهم بها. وهاته التأثيرات السلبية على الصحة أكثر شدة عندما يتعلق الأمر بعدم إجراء عيادة

* عيادة عادية أحسوا بالحاجة إلى إجرائها، أو عيادة استعجالية أو إقامة (بمستشفى أو مصحة) أشار عليهم أطباؤهم بها

استعجالية، فقد ازدادت الحالة الصحية سوءاً في ثلثي الحالات ولم تتحسن في الثلث الباقي، بينما كانت الانعكاسات السلبية مناصفة بين ازدياد الحالة الصحية سوء وعدم تحسنها عندما تعلق الأمر بعدم إجراء عيادة عادية أو بعدم الحصول على إقامة استشفائية.

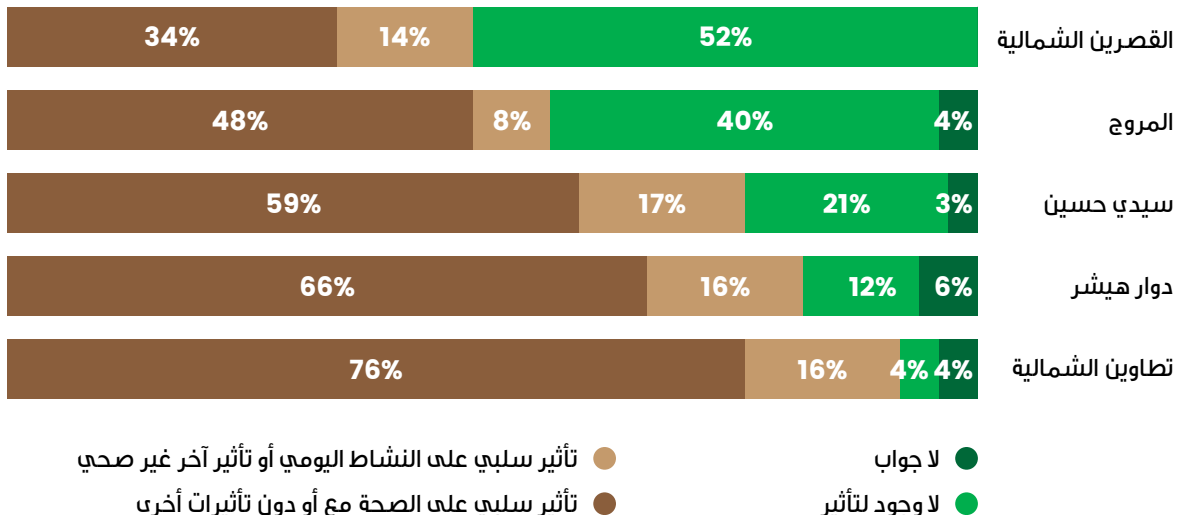
كذلك، فإن تأثير النشاط اليومي يكون أكثر تواتراً بسبب عدم إجراء عيادة استعجالية (77% ممن تسبب لهم ذلك في انعكاسات سلبية) مما لو كان الأمر يهم عدم الإقامة بمستشفى أو مصحة (54%) أو عدم إجراء عيادة عادية (46%). وهو يتزامن غالباً مع التأثيرات السلبية على الصحة وخاصة حالات ازدياد الحالة الصحية سوءاً، مهما كانت الخدمة غير المتحصّل عليها.

رسم بياني: انعكاسات عدم الحصول على العيادات أو الإقامات المستحقة



وتُظهر المقارنة فوارق بين المعتمديات في النسبة العامة للانعكاسات السلبية لعدم إجراء العيادة العادية وفي نسبة انعكاساته الخصوصية على الصحة. وما يشد الانتباه أن أبرز الفوارق يلاحظ بين المعتمديتين الداخليتين: تطاوين الشمالية من جهة، بنسبة عالية من حصول التأثيرات السلبية عامة (لدى 92% ممن لم يجرؤوا عيادة عادية احتاجوا إليها) ومن الانعكاسات السلبية الخصوصية على الصحة (لدى 83% من مجموع من حصلت لهم ذلك تأثيرات سلبية)، ومعمدية القصرين الشمالية من جهة أخرى بأغلبية لم يحدث لهم أي تأثير لعدم إجراء العيادة العادية التي احتاجوا إليها. وبالنسبة إلى بقية المعتمديات، فإن معطيات معتمدية المروج تجعلها أقرب إلى القصرين الشمالية، على عكس معتمديتي دوار هيشر وسيدي حسين:

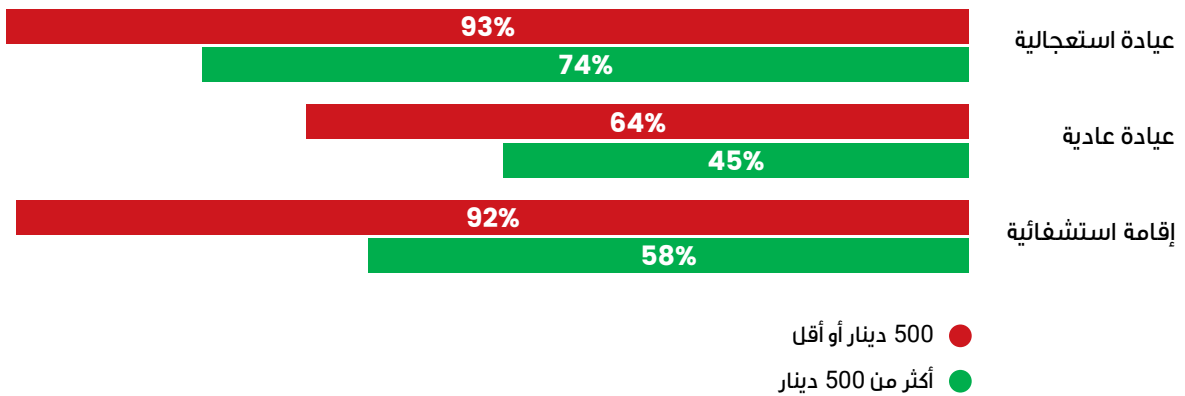
رسم بياني: انعكاسات عدم الحصول على العيادات العادية حسب المعتمديات



ولا تسمح محدودية أعداد مَنْ لم يحصلوا على عيادة استعجالية أو إقامة استشفائية في كل معتمدية على حدة، من دراسة مدى وجود فوارق بينها في مستويات الانعكاسات السلبية لذلك.

من ناحية أخرى، تُظهر المقارنات حسب مستويات الدخل العائلي ارتفاع نسبة الآثار السلبية لدى مَنْ دَخَلَ عائلاتهم شبه منعدم (200 دينار أو أقل في الشهر) أو ضعيف جدا (بين 200 و500 دينار) مقارنةً بِمَنْ ينتمون إلى شرائح دخل عائلي أعلى، مِنْ بَيْن مَنْ لم يحصلوا على عيادة عادية (78% مقابل 60%) أو عيادة استعجالية (100% مقابل 85%) أو إقامة استشفائية (92% مقابل 82%). مع فوارق أكبر في نسبة الانعكاسات الخصوصية على الصحة:

رسم بياني: نسبة الانعكاسات السلبية على الصحة لعدم الحصول على عيادة أو إقامة حسب دخل العائلة



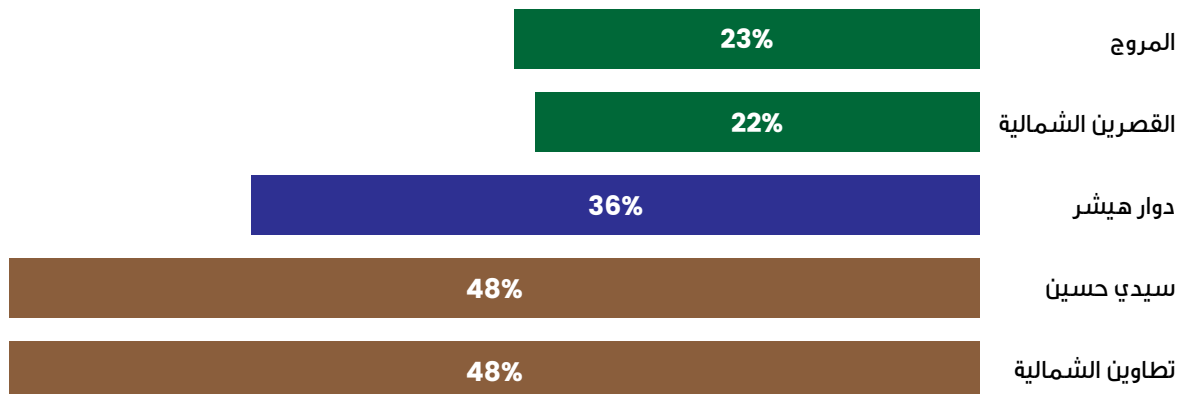
3.2 الصعوبات المعترضة عند إجراء عيادة أو لقضاء المدة

اللازمة لإقامة

1.3.2 نسبة اعتراض صعوبات عند إجراء عيادة عادية وفوارقها حسب المتغيرات الأساسية

صرح 35% من مجموع الذين أجروا عيادة عادية (عيادة خارج الاستعجالي) أنهم لاقوا صعوبة أو صعوبات لإجرائها. وتختلف النسبة بصفة دالة إحصائيا بين المعتمديات. فهي تبلغ في كل من معتمديتي سيدي حسين وتطاوين الشمالية أكثر من ضعف ما هي عليه في كل من معتمديتي المروج والقصرين الشمالية*.

رسم بياني: نسبة مَنْ اعترضتهم صعوبات عند إجرائهم عيادة عادية: مقارنة بين المعتمديات



* أما في معتمدية دوار هيشتر فهي تقارب النسبة العامة

وحسب المستوى التعليمي، نلاحظ أن:

أكثر من ربع أصحاب المستوى الجامعي (28%) لاقوا صعوبات لإجراء هاته العيادة، وهي نسبة غير هينة بالنظر إلى أنه يهم أعلى السلم التعليمي، وهي متقاربة مع تلك التي وجدناها لدى أصحاب المستوى الإعدادي والثانوي (31%).

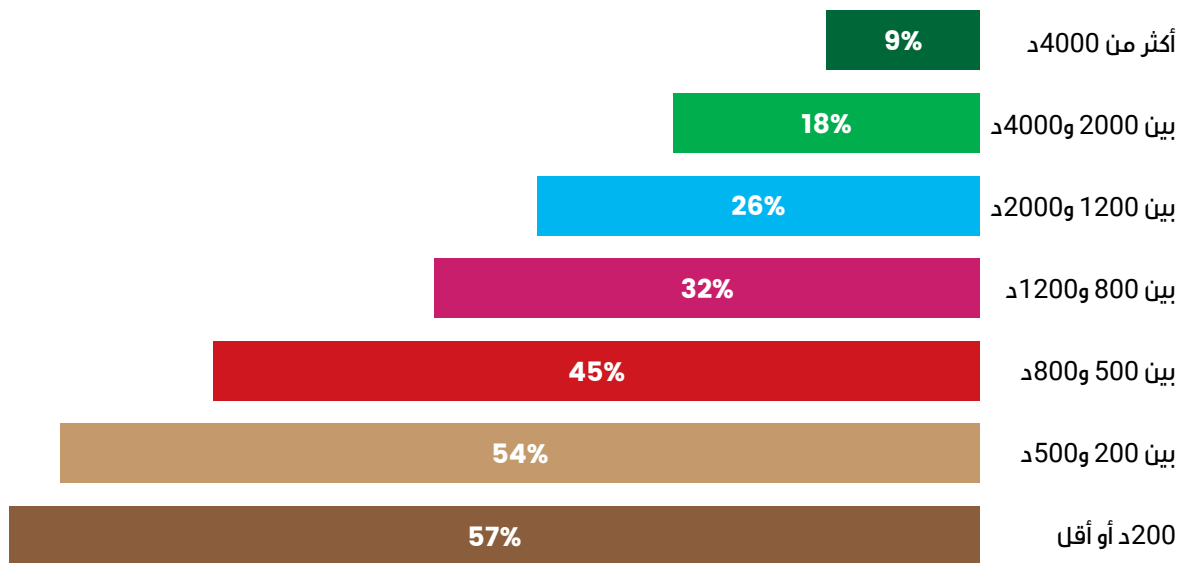
الأميين هم الأكثر عرضة للصعوبات بنسبة تفوق ضعف ما سُجل لدى أصحاب المستوى التعليمي الجامعي (59%). كما أن قرابة نصف أصحاب المستوى الابتدائي (48%) لاقوا صعوبات في إجراء العيادة.

أما حسب النشاط الاقتصادي، فنسبة ملاقات صعوبات لإجراء عيادة عادية هي الأعلى لدى العاطلين الباحثين عن عمل (49%) في حين أنها لا تتجاوز نصف ذلك (22%) لدى من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين*.

ولا توجد اختلافات دالة في النسب سواء حسب الشرائح العمرية أو بين الإناث والذكور.

2.3.2 تأثير مستوى الدخل العائلي على حصول صعوبات لإجراء عيادة عادية

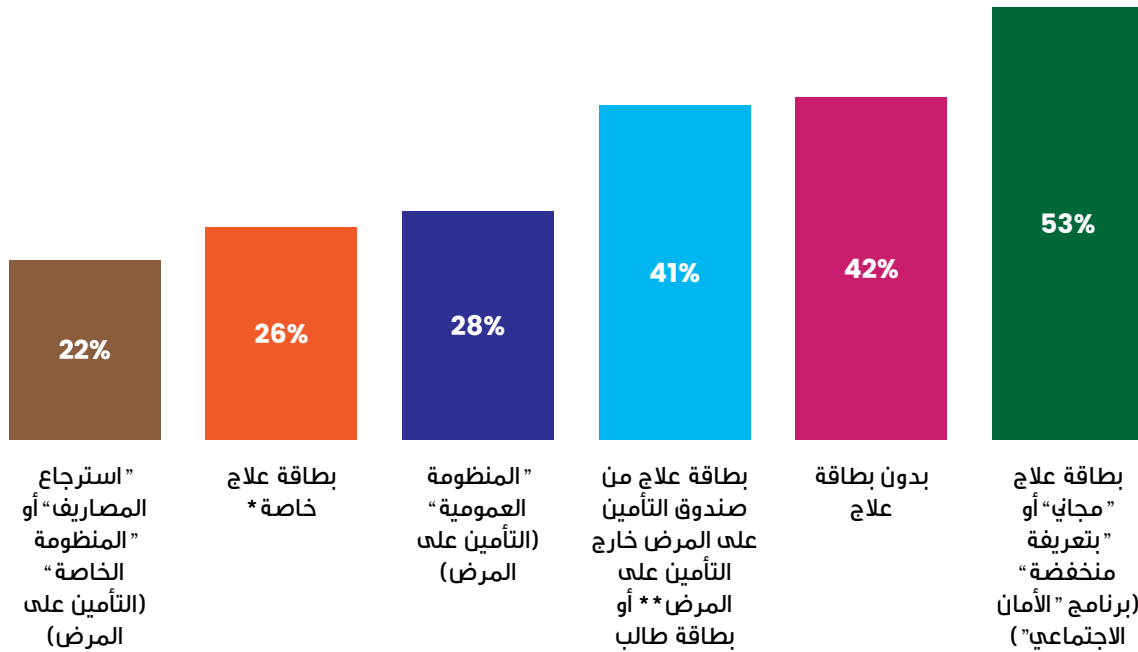
بوضوح، تُفرض نتائج الدراسة أن نسبة ملاقات صعوبة أو صعوبات لإجراء العيادة العادية ترتفع كلما انخفض مستوى الدخل العائلي:

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات في إجراء عيادة عادية حسب مستوى الدخل العائلي**3.3.2 تأثير الانتفاع بتغطية صحية و صنفها على حصول صعوبات لإجراء عيادة عادية**

تتباين كثيرا نسبة من لاقوا صعوبات لإجراء عيادة عادية، حسب وضعية التغطية الصحية:

* أما لدى من يعملون فتساوي النسبة العامة (35%)، كما أنها تفوقها قليلا لدى غير الناشطين (38%)

رسم بياني: نسبة من لاقوا صعوبات عند إجراء عيادة عادية حسب وضعية التغطية الصحية



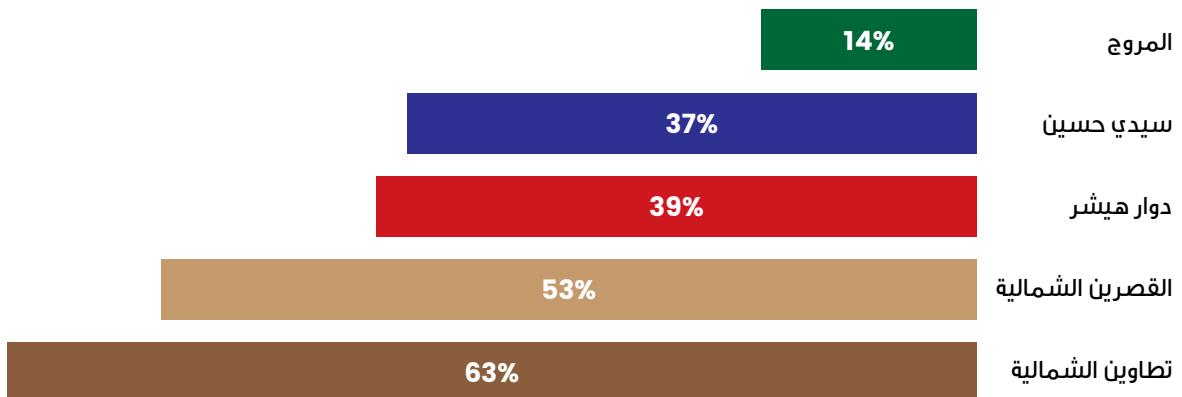
4.3.2 طبيعة الصعوبات في إجراء عيادة عادية

تمثل الجوانب المالية من جهة وإجراءات الحصول على العيادة (مواعيد، تسجيل، توقيت، انتظار، ...) من جهة ثانية، أهم صعوبات إجراء العيادة العادية بنسبة تناهز، لكل منهما، ثلثي مجموع من لاقوا صعوبات (على التوالي 61% و63%). ثم تأتي صعوبات التنقل (44%) وأخيراً "أسباب أخرى" لدى نسبة محدودة ممن لاقوا صعوبات لإجراء العيادة (تناهز 20%).

نجد اختلافات هامة بخصوص نسب صعوبات الإجراءات وخاصة صعوبات التنقل، أساساً بين المعتمديات ولكن كذلك حسب المستوى التعليمي:

- تباينات دالة إحصائياً بين المعتمديات، بخصوص صعوبات التنقل، بلغت ذروتها بين تطاوين الشمالية (63%) والمروج (14%):

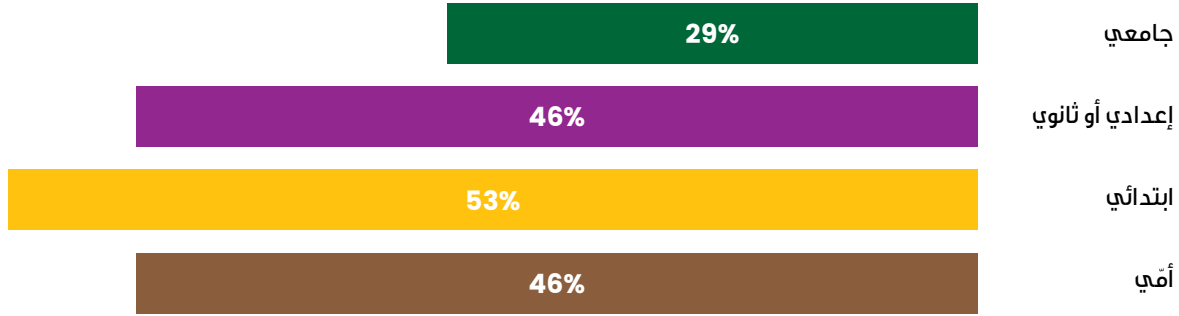
رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات تنقل (من مجموع من اعترضتهم صعوبات) عند إجرائهم عيادة عادية: مقارنة بين المعتمديات



* بأعوان وزارة الصحة، والأمنيين والعسكريين المباشرين، وأفراد أسرهم
** للمضمونين الاجتماعيين محدودي الدخل والطلبة

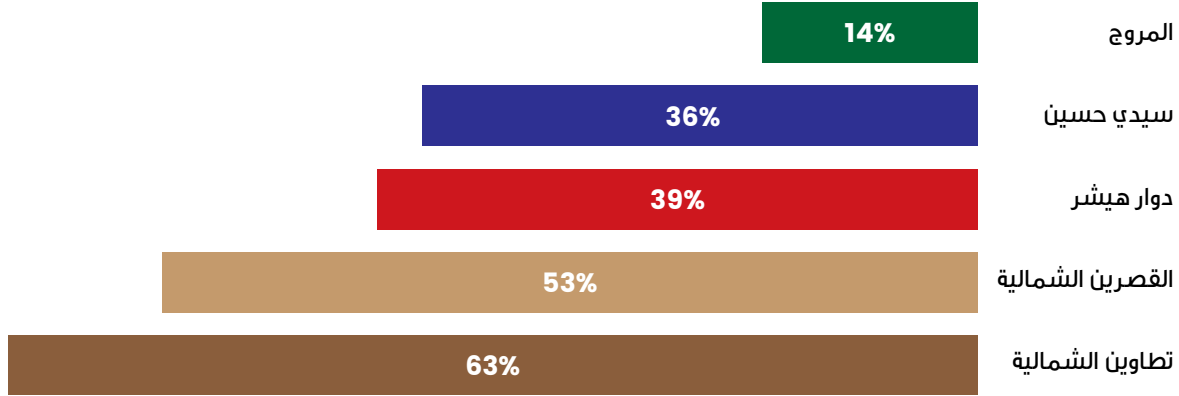
- اختلافات هامة حسب المستوى التعليمي بخصوص صعوبات التَّنْفُل، لكنها جزئية تكاد تنحصر بين أصحاب المستوى الجامعي بنسبة 29% وبقيّة المستويات التعليمية التي تقاربت نسبها (غير بعيد عن النسبة العامة البالغة 44%)

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات تنقل (من مجموع من اعترضتهم صعوبات) عند إجرائهم عيادة عادية: مقارنة حسب المستوى التعليمي



- اختلافات دالة إحصائياً بين المعتمديات بخصوص صعوبات إجراءات الحصول على الخدمة (مواعيد، تسجيل، توقيت، انتظار، ...)، حيث تباينت النسبة بين 82% في تطاوين الشمالية و43% في المروج (مع نسبة عامة في حدود 63%)

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات إجراءات (المواعيد، التسجيل، التوقيت ...) من مجموع من اعترضتهم صعوبات في إجرائهم عيادة عادية: مقارنة بين المعتمديات



- نسبة لافتة بارتفاعها (84% من مجموع من لاقوا صعوبات) بخصوص صعوبات إجراءات الحصول على الخدمة (مواعيد، تسجيل، توقيت، انتظار، ...) لدى الأميين*. أما في بقية المستويات التعليمية فالنسب غير متباعدة كثيراً وتبقى قريبة من النسبة العامة (63%).

أما فيما يتعلق بنسب الصعوبات المالية، فتفاوتها إما محدود (بين المعتمديات**، حسب المستوى التعليمي***، بين الجنسين****) أو جزئي (حسب النشاط الاقتصادي أو حسب الفئة العمرية*****).

بالمقابل برزت تباينات أهم بخصوصها حسب الدخل العائلي وحسب وضعية التغطية الصحية.

* يجدر التذكير بأن هؤلاء كانوا الفئة الوحيدة التي كانت اعترضت أغلبية منها صعوبات (مهما كانت طبيعتها)

** بين 56% و70% دون دلالة إحصائية

*** بين 57% و73%

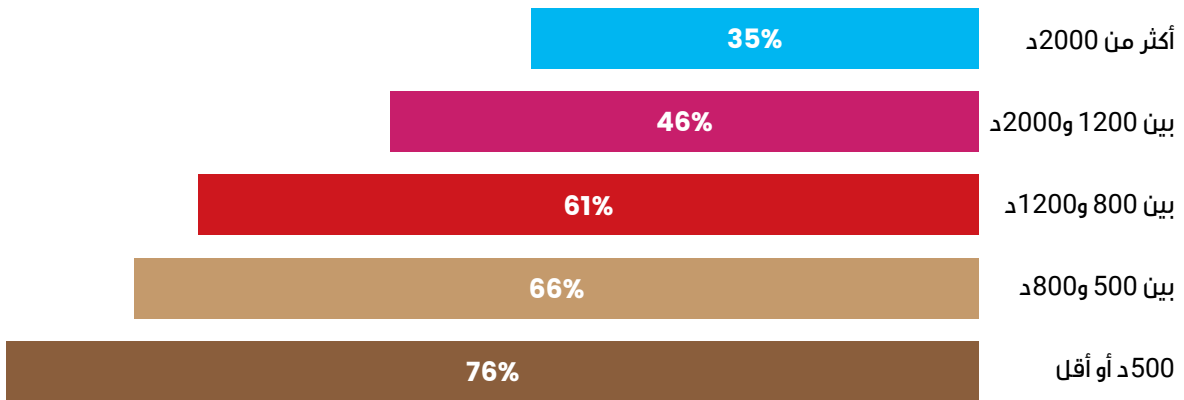
**** 57% لدى الشباب و63% لدى الشابات

***** حيث أن النسبة كانت أقل لدى فئة من لا يزالون في طور التعلم أو التكوين (37%) من جهة، ولدى شريحة 18-24 سنة (52%) من جهة أخرى، مقارنة بفئة النشاط الاقتصادي أو الشرائح العمرية (بين 62% و65%)

5.3.2 تأثير مستوى دخل العائلة على اعتراض صعوبات مالية عند إجراء عيادة عادية:

تبلغ نسبة الصعوبات المالية المعترضة عند إجراء العيادة العادية لدى المنتمين إلى عائلات دخلها شبه منعدم (200 دينار أو أقل في الشهر) أو ضعيف جدا (بين 200 و500 دينار) أكثر من ضعف ما هي عليه لدى من لعائلاتهم دخل "مرتفع" (أكثر من 2000 دينار)

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات مالية (مع أو دون صعوبات أخرى) ممن وجدوا صعوبات عند إجراء عيادة عادية، حسب مستوى الدخل العائلي



6.3.2 تأثير التغطية الصحية في نسب اعتراض صعوبات مالية عند إجراء عيادة عادية:

أ. تختلف كثيرا هيكله الفوارق بخصوص نسب من كانت لهم صعوبات مالية من مجموع من لاقوا صعوبات في إجراء عيادة عادية، عما كانت عليه بخصوص نسبة من لاقوا صعوبات من مجموع من أجروا العيادة*. من ذلك، النسبة المرتفعة لدى المنتفعين ببطاقة علاج تسمح بتغطية لتكلفة العيادة في القطاع الخاص والتي بلغت 55% من مجموع من لاقى منهم صعوبات عند إجراء العيادة، وهي أعلى من تلك المسجلة لدى صنفين يقتصر مجال تغطيتهما لتكلفة العيادات الطبية على القطاع العام.*** من جهة أخرى غدت أعلى نسبة لدى المحرومين من التغطية الصحية (74%)، يليهم من لهم تغطية صحية في إطار "برنامج" الأمان الاجتماعي**** (65%). كما تبرز دور أنظمة العلاج الخاصة بالأمنيين والعسكريين المباشرين وأفراد أسرهم في الحماية من الصعوبات المالية لإجراء العيادة الطبية العادية.

* انظر 3,3,2. تأثير الانتفاع بتغطية صحية وصنفها على حصول صعوبات لإجراء عيادة عادية (صفحة 35-36)

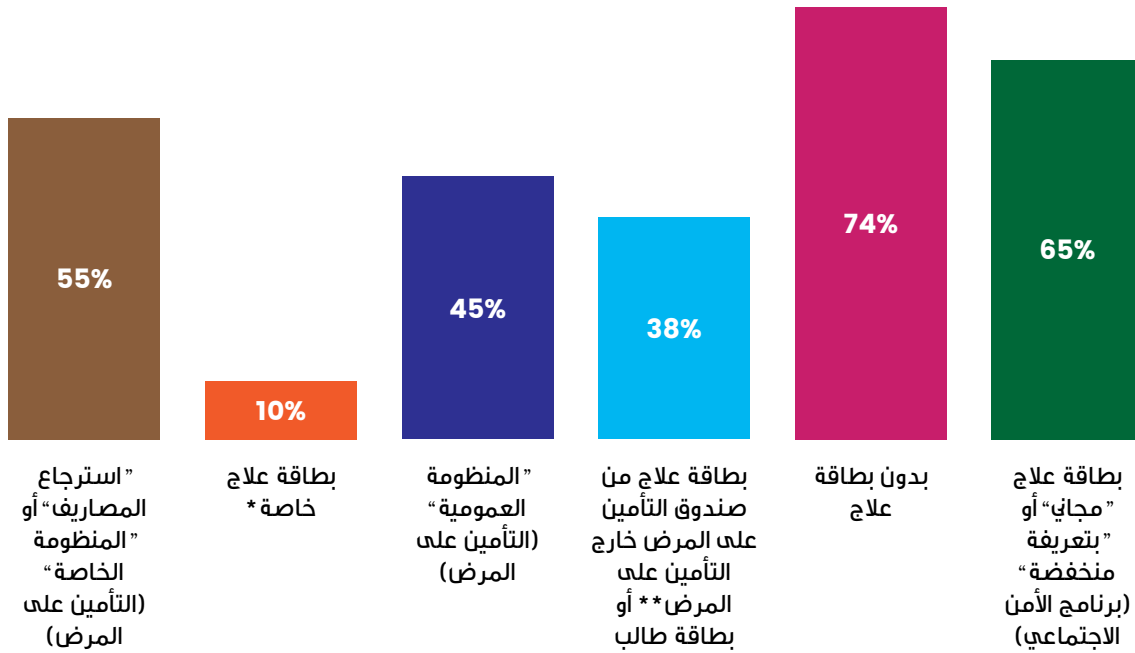
*** نظام استرجاع المصاريف" و"المنظومة الخاصة" في إطار "نظام التأمين على المرض"

*** "المنظومة العمومية" في إطار "نظام التأمين على المرض"، و"بطاقة علاج" مسندة من الصندوق الوطني للتأمين على

المرض للمضمونين الاجتماعيين محدودي الدخل والطلبة غير المشمولين بـ "نظام التأمين على المرض"

**** بطاقة علاج "مجاني" و"بطاقة علاج" بتعريف منخفضة

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات مالية (مع أو دون صعوبات أخرى) ممن وجدوا صعوبات عند إجراء عيادة عادية، حسب التغطية الصحية و صنفها

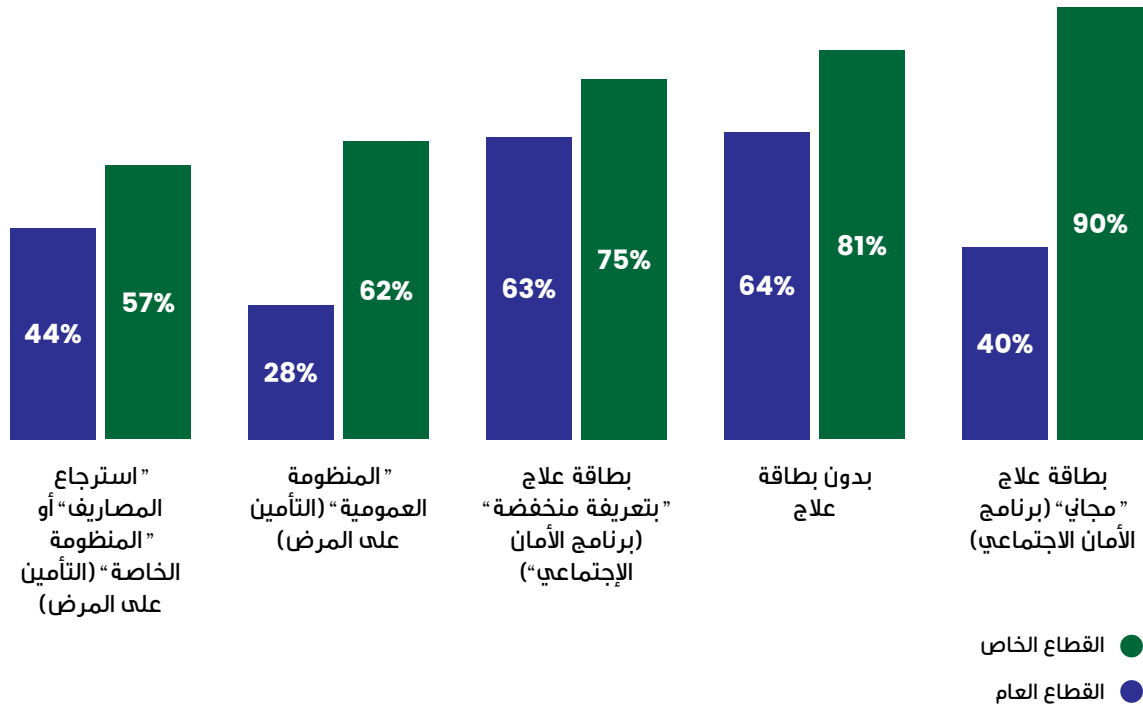


* بأعوان الأمنيين والعسكريين المباشرين، وأفراد أسرهم
** للمضمونين الاجتماعيين محدودي الدخل والطلبة

فصلنا بين «نظامي» بطاقة علاج «مجاني» وبطاقة علاج «بتعريفه منخفضة» لِمَا لاحظنا من اختلاف (مُتَوَقَّع) في النسب خاصة فيما يتعلق بالعيادات المجرة في القطاع العمومي. كما آثرنا عدم إدراج التغطية الخاصة بالأمنيين والعسكريين وأسرهم من جهة وبالمضمونين الاجتماعيين خارج نظام التأمين على المرض من جهة أخرى، بسبب بعض أعدادهم الضعيفة حسب قطاع إجراء العيادة، مع أنّ معطياتهما تنحو أيضا في اتجاه ارتفاع النسبة في القطاع الخاص.

ب. وقد تبين أنّ نسبة من كانت لهم صعوبات مالية من مجموع من لاقوا صعوبات في إجراء عيادة عادية، أعلى عندما جرت العيادة في القطاع الخاص، مهما كان صنف التغطية الصحية، مع فوارق أهم في النسبة عندما يتعلق الأمر ببطاقة علاج في المنظومة العمومية لنظام التأمين على المرض إضافة إلى بطاقة علاج "مجاني".

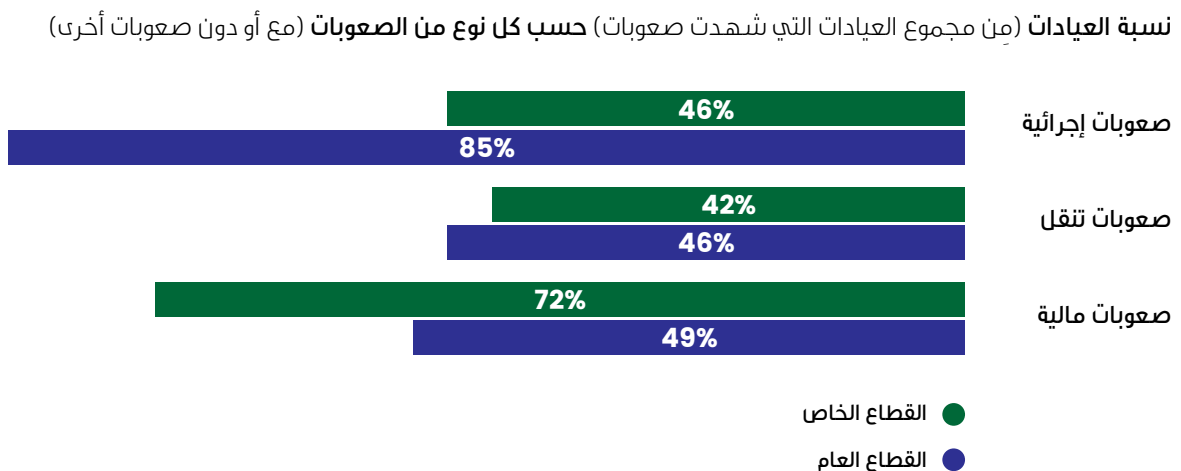
رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات مالية (مع أو دون صعوبات أخرى) ممن وجدوا صعوبات عند إجراء عيادة عادية، حسب صنف التغطية الصحية، والقطاع الذي جرت فيه العيادة



7.3.2 طبيعة الصعوبات المعترضة حسب القطاع الذي جرت فيه العيادة العادية:

إذا كانت الصعوبات المالية تقترن أكثر بالقطاع الخاص، فإن الصعوبات الإجرائية تُلاحظ أكثر في القطاع العمومي. ولكن قد يكون الأهم أنّ عيادات القطاع الخاص أبعد من أن تكون خالية من الصعوبات الإجرائية التي اعترضت حوالي نصف الشباب (ممن لاقوا صعوبات مهما كان نوعها) عند إجرائهم عيادات في هذا القطاع، تماما مثلما هو الشأن بالنسبة إلى الصعوبات المالية عند إجراء العيادات في القطاع العمومي. أما صعوبات التنقل فهي حاضرة بنفس النسبة تقريبا من العيادات (التي اعترضت الشباب صعوبات عند إجرائها) سواء جرت في القطاع العمومي أو القطاع الخاص.

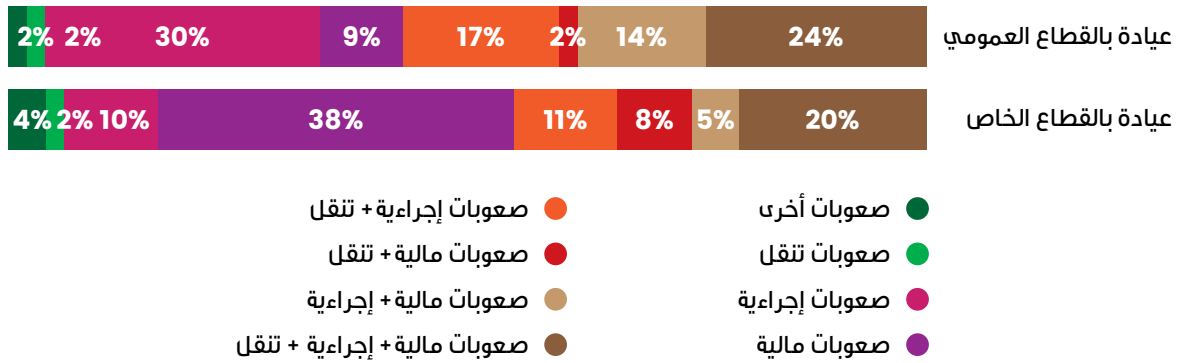
رسم بياني: طبيعة الصعوبات المعترضة عند إجراء عيادة طبية عادية حسب القطاع الذي جرت فيه:



وعندما يتعلق الأمر عامة بالصعوبات مهما كان نوعها، فإن الشباب أكثر عُرضة إليها عند إجرائها في القطاع العمومي. فهو يتعرض إلى صعوبات في 41% من مجموع العيادات التي أجراها في القطاع العمومي مقابل 30% من مجموع العيادات التي أجراها في القطاع الخاص.

كما أن الشباب يتعرض غالبا إلى صعوبتين أو أكثر عند إجراء عيادة في القطاع العمومي وإلى صعوبة واحدة في العيادات المجرة بالقطاع الخاص

رسم بياني: توزيع الشباب الذين أجروا عيادة عادية (في السنة الأخيرة التي سبقت الدراسة) حسب نوع الصعوبات التي اعترضتهم أثناء إجراء آخر عيادة والقطاع الذي جرت فيه العيادة

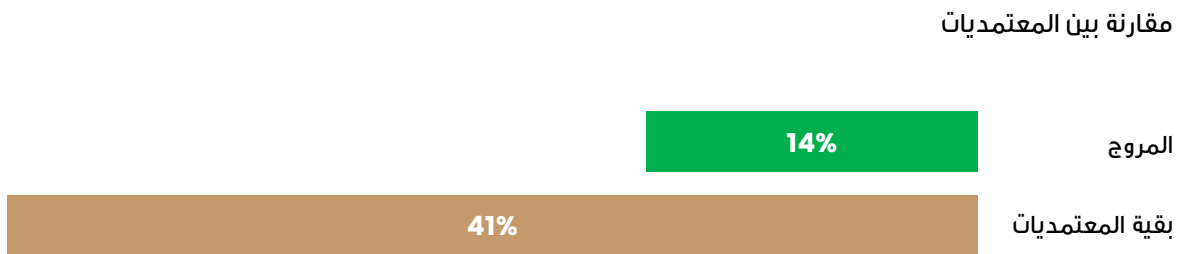


8.3.2 نسبة اعتراض صعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية واختلافاتها حسب المتغيرات الأساسية:

صرّح 37% من مجموع الذين أقاموا بمستشفى أو مصحة خلال السنة التي سبقت الدراسة أنه اعترضتهم صعوبات لقضاء المدة اللازمة للإقامة.

وتختلف النسبة في معتمدية المروج (14%) بوضوح مع "بقية المعتمديات" الأربعة (41%)، وبصفة محدودة بين "بقية المعتمديات". فباستثناء سيدي حسين التي تبقى النسبة فيها أدنى من النسبة العامة، تتقارب النسب في المعتمديات الثلاثة الأخرى في مستويات أعلى مع نزوع إلى نسبة أكثر ارتفاعا في تطاوين الشمالية.

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامة بمستشفى أو مصحة:



وبخصوص فوارق النسب حسب بقية المتغيرات الأساسية المحددة للعينة فهي عموما جزئية ومحدودة الدلالة إحصائيا:

- حسب المستوى التعليمي: لا تتجاوز أعلى النسب 45% لدى "الأميين" وأصحاب المستوى الابتدائي وأدناها 32% لدى أصحاب مستوى المرحلة الثانية من التعليم الأساسي والتعليم الثانوي
- حسب فئات النشاط الاقتصادي: أهم ما يلفت الانتباه أنه هنا أيضا وعلى غرار الصعوبات لدى من أجروا عيادة عادية، نجد النسبة الأعلى لدى العاطلين الباحثين عن عمل (47%)، بالمقابل نجد مستوى منخفضا نسبيا لدى غير الناشطين* (33%)

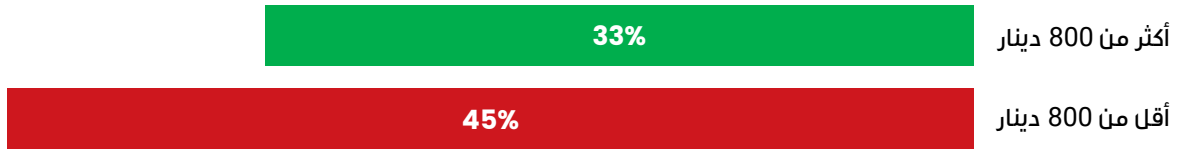
* صرفنا النظر عن النسبة لدى من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين رغم أنها تبدو الأضعف لعدددهم المحدود جدا

- حسب الشرائح العمرية: تنحصر الاختلافات بين شريحة 35-39 سنة (44%) وبقيّة الشرائح الأقل سناً بصفة مجتمعة أي 18-34 سنة (35%)
- حسب الجنس: لوحظ أن نسبة الذكور المعلنين عن اعتراضهم صعوبة أو صعوبات لقضاء المدة اللازمة للإقامة الاستشفائية (45%) أعلى مقارنة بالإناث (31%)

9.3.2. تأثير مستوى الدخل العائلي على التعرض إلى صعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية:

تبقى الاختلافات حسب مستوى الدخل العائلي محدودة وعامة، وتتنحصر بين من لا يتجاوزون مستوى 800 ديناراً شهرياً ومن يفوقونه.

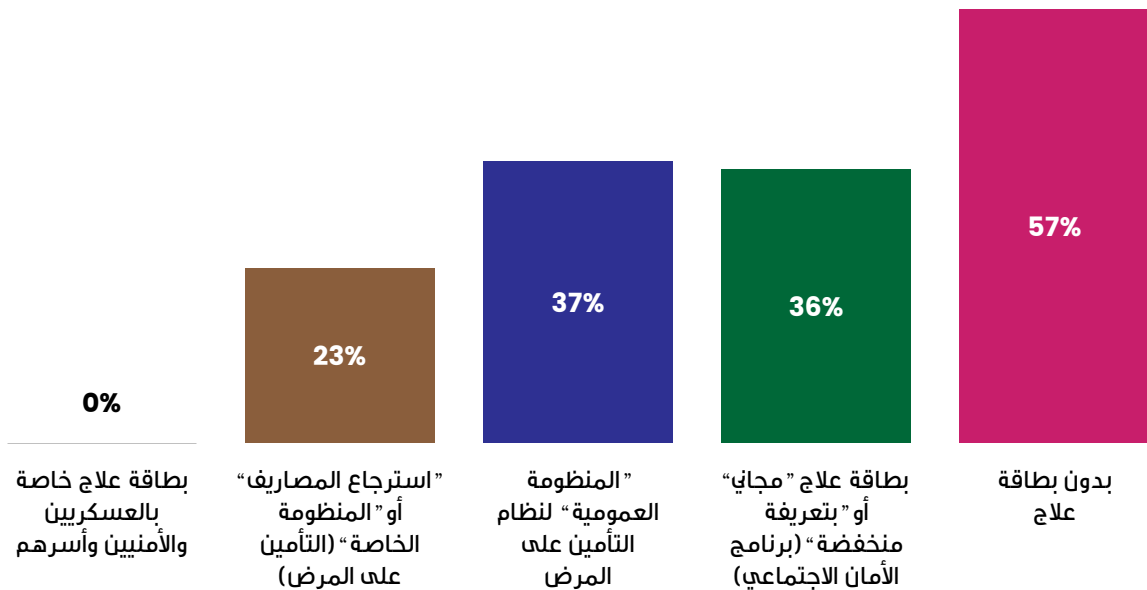
رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية حسب مستوى الدخل العائلي



10.3.2. تأثير وضعية التغطية الصحية على التعرض إلى صعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية:

المحرومون من أي تغطية صحية هم الأكثر عرضة لصعوبات قضاء المدة اللازمة لإقامة بمستشفى أو مصحة. بالمقابل، يبرز دور التغطية الصحية للأميين والعسكريين وأسرتهم في ضمان حمايتهم من مثل هاته الصعوبات. كما يبدو المنتفعون بتغطية صحية في إطار المنظومة العلاجية الخاصة ونظام استرجاع المصاريف أقل عرضة من المشمولين بتغطية صحية في القطاع العمومي*.

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبة أو صعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية حسب وضعية التغطية الصحية



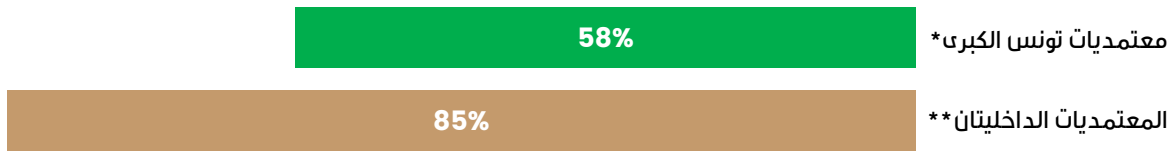
* سواء كانت في إطار نظام التأمين على المرض أو برنامج الأمان الاجتماعي، أو بخصوص المضمونين الاجتماعيين خارج نظام التأمين على المرض الذين لم يُفردهم بنسبة خاصة بهم لعدددهم المحدود جداً، مع أنها متقاربة معهما بما يجعل من إلحاقهم بهذا أو ذلك لا يغير من النسب بتاتا.

11.3.2 طبيعة الصعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية:

تبقى الصعوبات مالية في المقام الأول بوضوح (70% ممن وجدوا صعوبات، تليها صعوبات الحصول على الخدمة المطلوبة بنسبة 44%، وكذلك "صعوبات أخرى" بـ 42%). وفي ظل الأعداد المحدودة للمعنيين عند توزيعهم بين المعتمديات أو غيرها من المتغيرات، يندر التأكد من دلالة الفوارق الملاحظة.

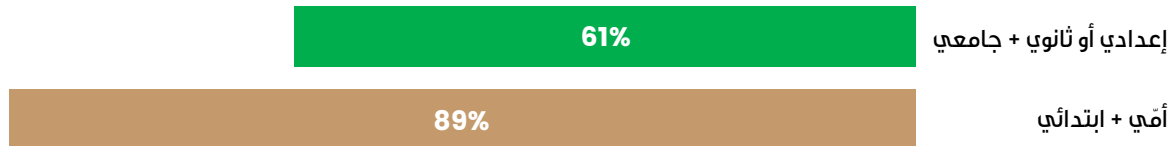
لكن نجد دلالة في تباينات نسبة الصعوبات المالية الملاحظة بين معتمديات تونس الكبرى* مجتمعة من جهة، والمعتمديتين الداخليتين** مجتمعتين من جهة أخرى:

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات مالية (من مجموع من اعترضتهم صعوبات) لقضاء المدة اللازمة لإقامة بمستشفى أو مصحة: مقارنة بين المعتمديات



كذلك الأمر بخصوص التباينات حسب المستويات التعليمية، عند تجميع الأميين ومن لم يتجاوزوا المدرسة الابتدائية من جهة، وأصحاب المستويات التعليميين الأعلى*** من جهة أخرى:

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات مالية (من مجموع من اعترضتهم صعوبات) لقضاء المدة اللازمة لإقامة بمستشفى أو مصحة: مقارنة حسب المستوى التعليمي



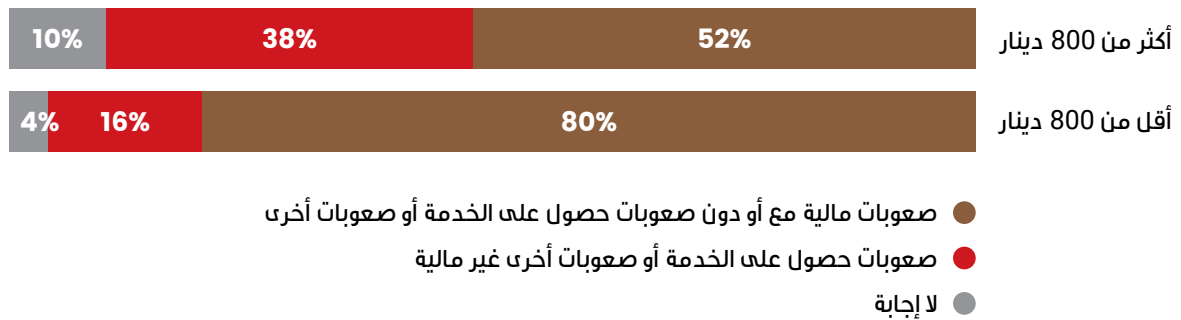
أما حسب فئات النشاط الاقتصادي، فيلاحظ فارق واضح في نسب التعرض إلى صعوبات مالية لدى من وجدوا صعوبات في قضاء المدة اللازمة للإقامة، بين من يعملون (62%)**** مقارنة بغير الناشطين (83%). كما أن نسبة الذكور المصطحين بتعرضهم إلى صعوبات مالية لقضاء المدة اللازمة للإقامة الاستشفائية (79%) أعلى مقارنة بالإناث (63%).

* المروج وسيدي حسين ودوار هيشير، وهي تشترك في تسجيل نسب أقل من النسبة العامة ومقاربة بينها
 ** تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية، وتتميزان بنسبتين أعلى من النسبة العامة ومقاربتين بينهما
 *** مستوى المرحلة الثانية من التعليم الأساسي والتعليم الثانوي والمستوى الجامعي
 **** صرفنا النظر عن النسبة لدى من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين رغم أنها تبدو الأضعف لعدددهم الهزيل

12.3.2 تأثير مستوى الدخل العائلي على التعرض إلى صعوبات مالية لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية:

لا تمنع التباينات المحدودة من ملاحظة تواتر أكثر للصعوبات المالية لدى من لا يتجاوز مستوى الدخل الشهري لعائلاتهم 800 ديناراً.

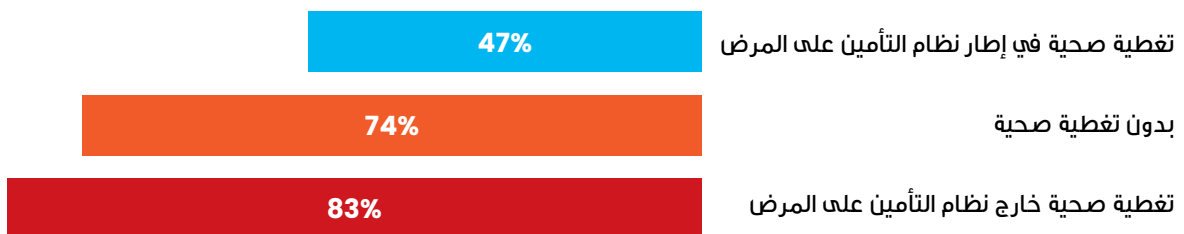
رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات مالية من مجموع من اعترضتهم صعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية حسب مستوى الدخل العائلي



13.3.2 تأثير وضعية التغطية الصحية على التعرض إلى صعوبات مالية لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية:

نظراً للمحدودية أعداد من أقاموا بمصحة أو مستشفى واعترضتهم صعوبات لقضاء المدة اللازمة لإقامتهم، موزعين حسب وضعية التغطية الصحية و صنفها، عمدنا إلى تجميع المشمولين بتغطية صحية في مجموعتين: تغطية صحية في إطار إحدى المنظومات الثلاثة لنظام التأمين على المرض، تغطية صحية خارج نظام التأمين على المرض. وقد برزت تباينات في نسبة من كانت لهم صعوبات مالية من بين من اعترضتهم صعوبات للإقامة طيلة المدة المطلوبة، فكانت الأكثر ارتفاعاً لدى من لهم تغطية صحية خارج نظام التأمين على المرض، بما يقارب الضعف مقارنة بمن لهم تغطية صحية في إطار نظام التأمين على المرض، لكن غير بعيد عن غير المشمولين بتغطية صحية.

رسم بياني: نسبة من اعترضتهم صعوبات مالية (من مجموع من اعترضتهم صعوبات) لقضاء المدة اللازمة لإقامة استشفائية حسب وضعية التغطية الصحية



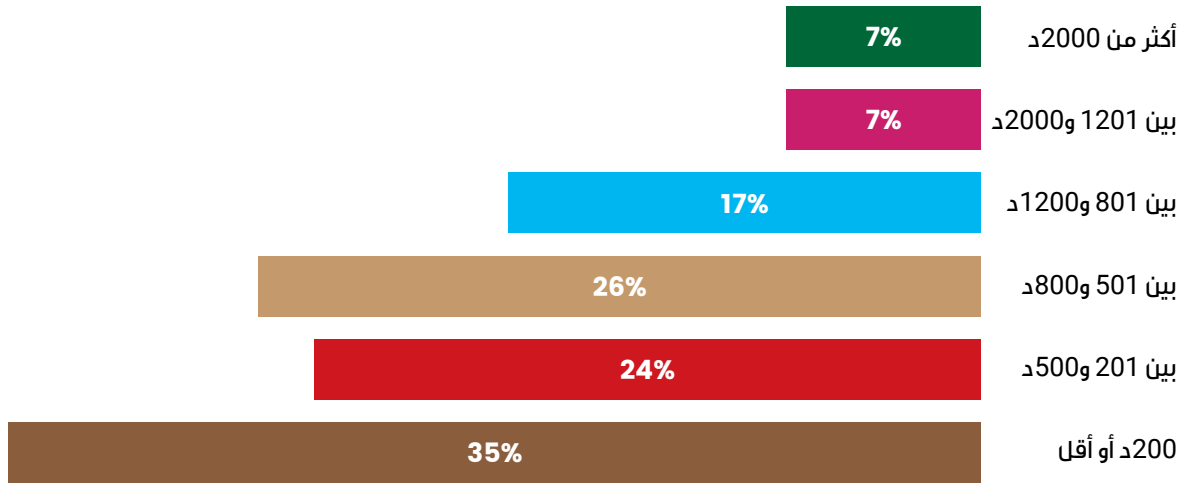
* وذلك بعد أن تأكدنا أن النسب موضوع الدرس متقاربة بين الأصناف المكونة لكل من المجموعتين
** للتذكير، لم نسجل أي حالة صعوبات مهما كان نوعها لدى المشمولين بتغطية صحية خاصة بالأمنيين والعسكريين

4.2 الحصول على الدواء الموصوف في آخر عيادة عادية وصعوباته:

1.4.2 الحصول على الدواء الموصوف في آخر عيادة عادية

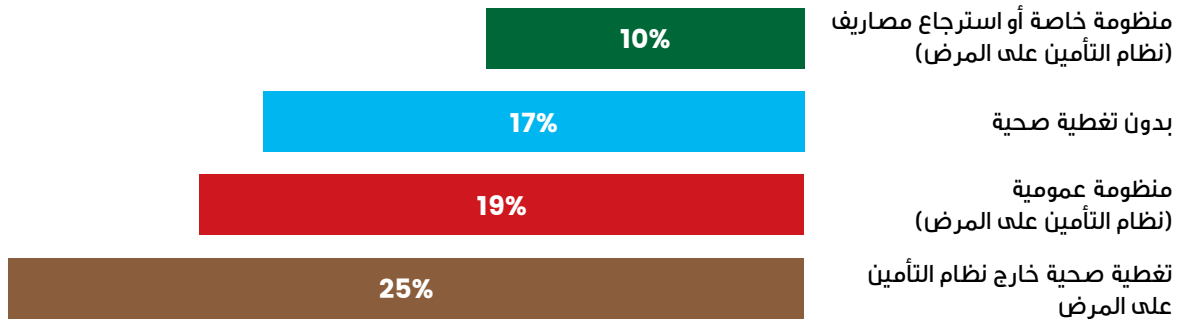
وقع وصف أدوية في 90% من العيادات، لكن لم يحصل 17% من الشباب على كامل الدواء، وهي نسبة تتغير بصفة معاكسة لتغير مستوى الدخل العائلي. وهكذا تبلغ نسبة من لم يحصلوا على كافة الأدوية الموصوفة 35% لدى من لا يتجاوز دخلهم العائلي 200 دينار في الشهر، في حين أنها لا تتجاوز 7% لدى من يبلغ دخلهم العائلي 1200 دينار أو أكثر في الشهر

رسم بياني: نسبة من لم يحصلوا على كل الأدوية الموصوفة في عيادة عادية حسب مستوى الدخل العائلي



كما أن نسبة من لم يحصلوا على كل الأدوية تختلف حسب نظام التغطية الصحية، وهي الأكثر ارتفاعاً لدى الحاصلين على بطاقة علاج خارج نظام التأمين على المرض*، حيث أنها تبلغ أكثر من ضعف ما هي عليه لدى أصحاب بطاقة علاج في إطار المنظومة الخاصة أو استرجاع المصاريف (في إطار نظام التأمين على المرض)

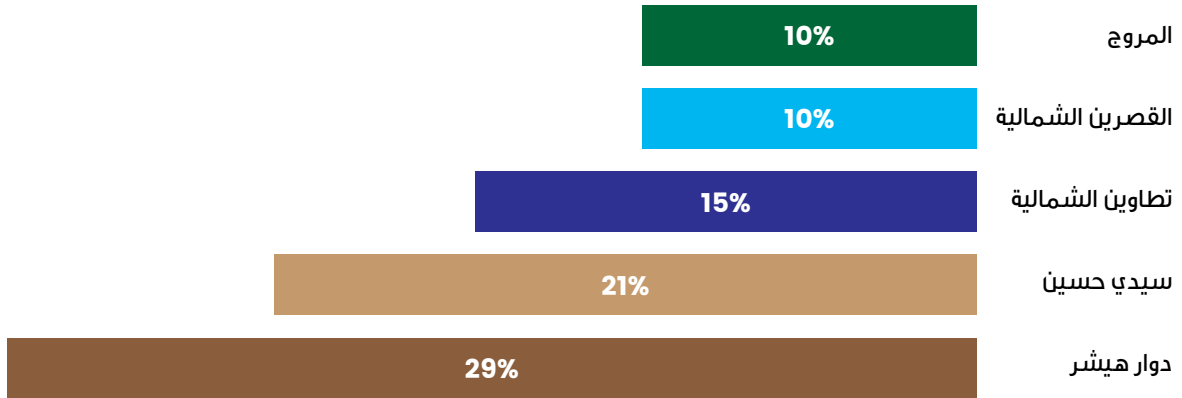
رسم بياني: نسبة من لم يحصلوا على كل الأدوية حسب التغطية الصحية



* بطاقة علاج مجاني أو بتعرفة منخفضة + المضمونون الاجتماعيون من محدودي الدخل والطلبة
** أو بطاقة علاج خاصة بالعسكريين أو الأمنيين المباشرين، أو أعوان الصحة العمومية، وأسرههم

من جهة أخرى، تتباين النسبة بين المعتمديات بصفة أقل وضوحا لكنها دالة إحصائيا، حيث تتميز كل من المروج والقصرين الشمالية الشمالية بنسبة محدودة من عدم الحصول على كل الأدوية مقارنة خاصة بدوار هيشير.

رسم بياني: نسبة من لم يحصلوا على كل الأدوية حسب المعتمديات

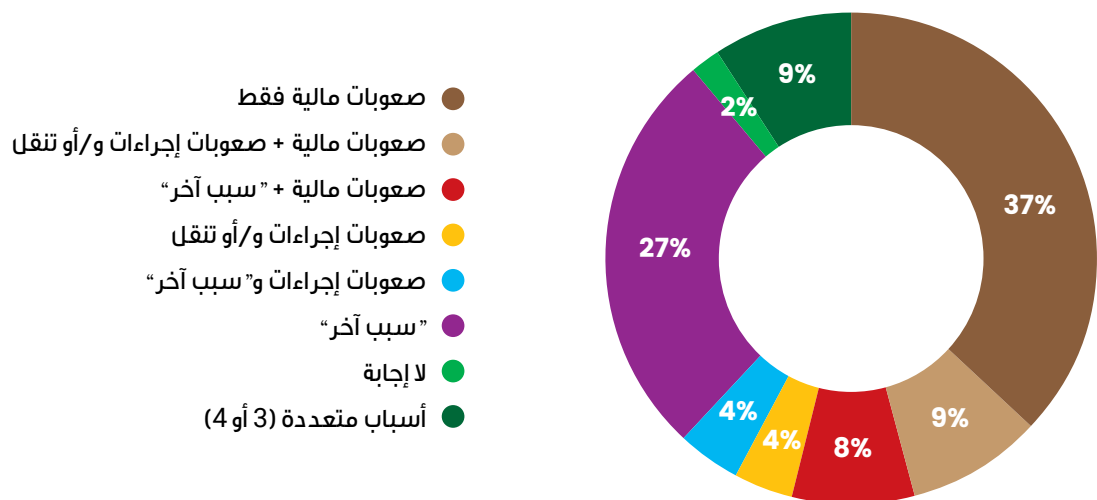


دون ذلك، لاجد فوارق تُذكر حسب الشريحة العمرية أو فئة النشاط أو الاقتصادي أو الجنس أو المستوى التعليمي.

2.4.2 أسباب عدم الحصول على كل الدواء الموصوف في آخر عيادة عادية

تغطي الصعوبات المالية على باقي الأسباب حيث نجدها لدى 62% ممن لم يحصلوا على كل الأدوية، بعيدا عن الصعوبات الإجرائية (20%) وصعوبات التنقل (16%). لكن نجد 50% أجابوا بأن "سببا آخر" كان وراء ذلك أو ساهم فيه. وفي أغلب الحالات يكون السبب واحدا ولكن قد تتعدد الأسباب والعوامل المساهمة في عدم الحصول على كافة الأدوية.

رسم بياني: أسباب عدم الحصول على كل الأدوية الموصوفة في عيادة عادية



وتتباين نسبة الأسباب المالية، لعدم الحصول على كل الأدوية، بصفة كبيرة في معتمدية المروج مع المعتمديات الأربعة الأخرى التي تتقارب النسبة بينها كثيرا (مع تسجيل مستويات أعلى في الولايتين الداخليتين وخاصة القصرين الشمالية مقارنة بمعتمديتي سيدي حسين ودوار هيشير اللتين تناهز النسبة في كل منهما النسبة العامة للمعتمديات الخمسة). وتجدر الإشارة إلى أن معتمدية المروج تتميز في نفس الوقت بنسبة مرتفعة جدا من الإجابات بوجود "سبب آخر" لعدم الحصول على كل الأدوية.

رسم بياني: نسبة الأسباب المالية لعدم الحصول على كل أدوية العيادة العادية حسب المعتمديات

كما تتفاوت النسبة كثيرا حسب المستوى التعليمي، بين الأميين ومن لم يتجاوزوا المدرسة الابتدائية (بنسبة تفوق 80%) من جهة، وأصحاب المستويين التعليميين الأعلى (بنسبة تحوم حول 50%) من جهة أخرى. أما حسب فئات النشاط الاقتصادي، فالفوارق ظاهرة لكنها أقل حدة، أساسا بين فئة من يعملون حيث النسبة أدنى من النسبة العامة* وغير الناشطين بنسبة تتجاوز النسبة العامة بوضوح (وذلك العاطلين الباحثين عن عمل لكن بدرجة أقل)

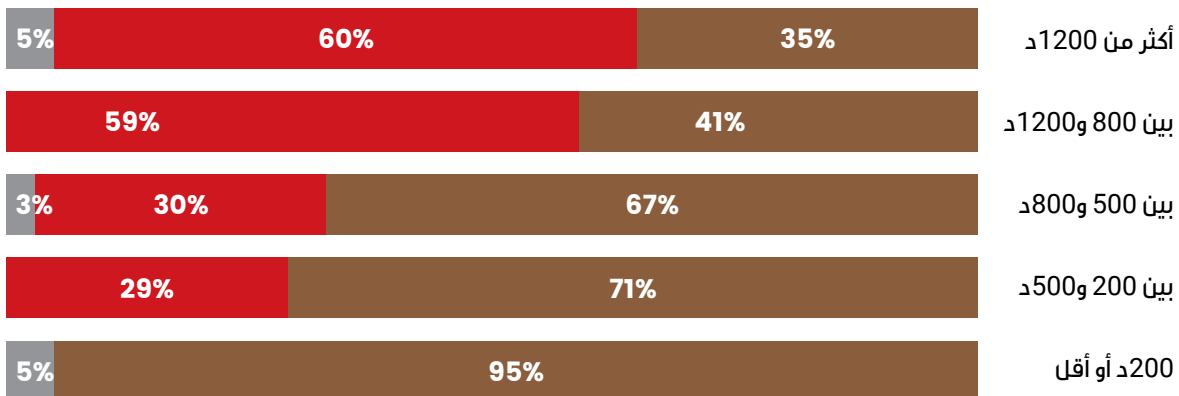
وعلى العكس من ذلك، لا نكاد نجد فوارق بين الذكور والإناث في نسبة الأسباب المالية لعدم الحصول على كل الأدوية الموصوفة في العيادات العادية

أما حسب الشرائح العمرية، فالفوارق تبدو أقل إلى جانب أنها معقدة (حيث تلاحظ النسب الأضعف في الشريحتين الأعلى والأدنى) وربما كانت انعكاسا لتفاعل متشابك بين خصائص أخرى غير العمر

3.4.2 تأثير الدخل العائلي والتغطية الصحية والقطاع الذي جرت فيه العيادة على تواتر موانع مالية للحصول على كل الدواء الموصوف في آخر عيادة عادية

كلما كان مستوى دخل العائلة أضعف كلما كانت نسبة الأسباب المالية (لعدم الحصول على كل الأدوية الموصوفة) أكبر.

أكثر من ذلك، فالسبب دائما مالي** عندما يكون دخل العائلة شبة منعدم (200 دينار أو أقل في الشهر). بالمقابل، فإنه غالبا غير مالي لَمَّا يكون الدخل متوسطا (أكثر من 800د) أو أفضل

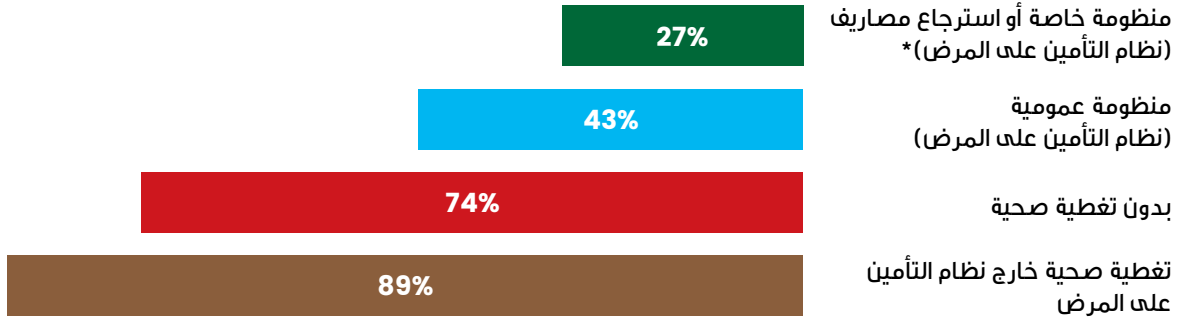
رسم بياني: توزيع غير الحاصلين على كل الأدوية الموصوفة في آخر عيادة غير استعجالية حسب طبيعة السبب وحسب مستوى الدخل العائلي

- أسباب مالية مع أو دون أسباب إضافية
- أسباب غير مالية
- لا إجابة

* صرفنا النظر عن النسبة لدى من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين، رغم أنها تبدو الأضعف، لعددهم الهزيل
** مع أو دون أسباب إضافية

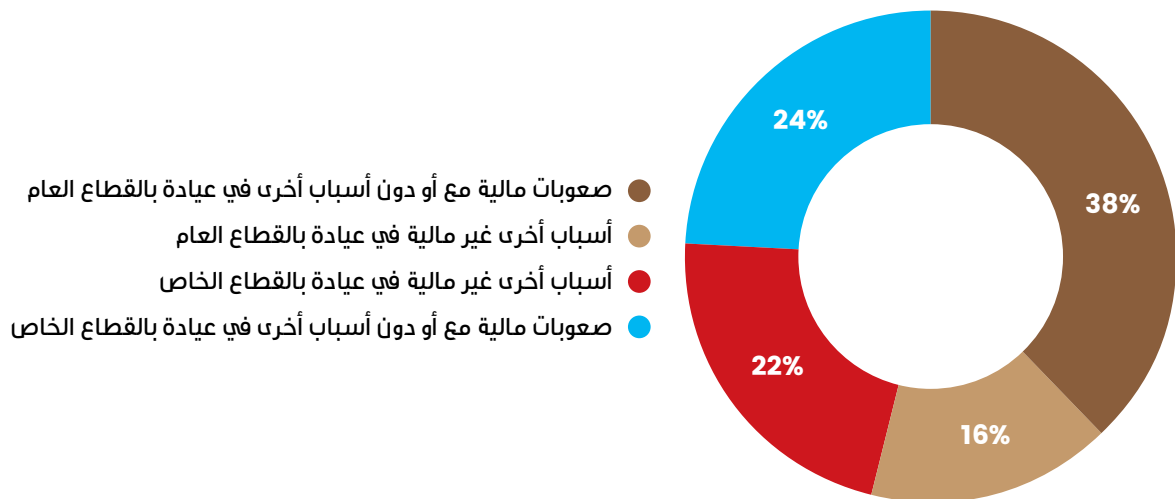
كما أن أصحاب بطاقات علاج خارج نظام التأمين على المرض وغير الحائزين على أي بطاقة علاج هم بوضوح الأكثر عرضة لعدم الحصول على كل الأدوية الموصوفة، على عكس المشمولين بنظام استرجاع المصاريف أو المنظومة الخاصة في إطار نظام التأمين على المرض والمنتفعين بالتغطية الصحية الخاصة بالأمنيين والعسكريين المباشرين، وأعوان وزارة الصحة، وأسْرهم.

رسم بياني: نسبة الأسباب المالية لعدم الحصول على كل أدوية العيادة العادية، حسب التغطية الصحية



وتتكامل هاته النتائج مع ما لاحظناه من تعرُّض من قاموا بعيادة في القطاع العام إلى عدم الحصول على كل الأدوية الموصوفة لأسباب مالية بنسبة أكبر ممن أجروا العيادة في القطاع الخاص، علماً وأن من أجروا العيادة بالقطاع العام كانوا أكثر عرضة إلى عدم الحصول على كل الأدوية الموصوفة بقطع النظر عن الأسباب، حيث أن 62% ممن لم يحصلوا على الأدوية أجروا العيادة بالقطاع العام في حين أن 37% فقط ممن أجروا عيادة كانت بالقطاع العام (صفحة 27-28).

رسم بياني: توزيع من لم يحصلوا على كل الأدوية الموصوفة في آخر عيادة عادية حسب طبيعة الأسباب والقطاع الذي جرت فيه العيادة

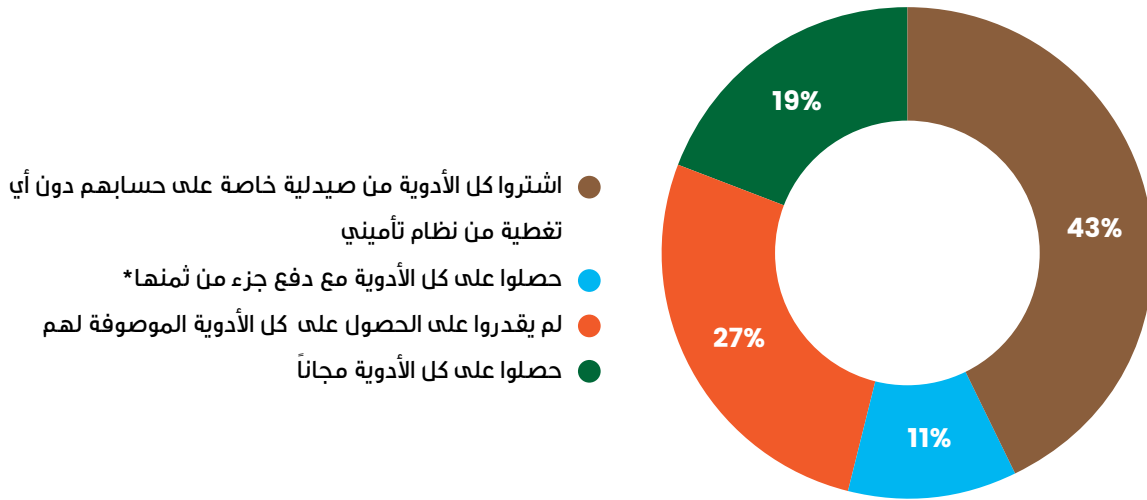


4.4.2 سبل الحصول على كل الأدوية

إذا كان 83% من الشباب الذين أجروا عيادة طبية غير استعجالية حصلوا على كل الأدوية، فإن 11% منهم فقط تحصلوا عليها مجاناً وهي نسبة ضعيفة بل هزيلة، باعتبار أنها لا تمثل سوى أقلية لا تتجاوز الخمس ممن أجروا العيادة في القطاع العمومي ولهم بطاقات علاج تضمن لهم قانونياً الحصول مجاناً منه على الأدوية الموصوفة في تلك العيادة:

* أو التغطية الصحية الخاصة بالأمنيين والعسكريين المباشرين، وأعوان وزارة الصحة، وأسْرهم.

رسم بياني: توزيع أصحاب الحق في الحصول مجاناً* على الأدوية في إطار عيادة بالقطاع العمومي، حسب طريقة الحصول عليها

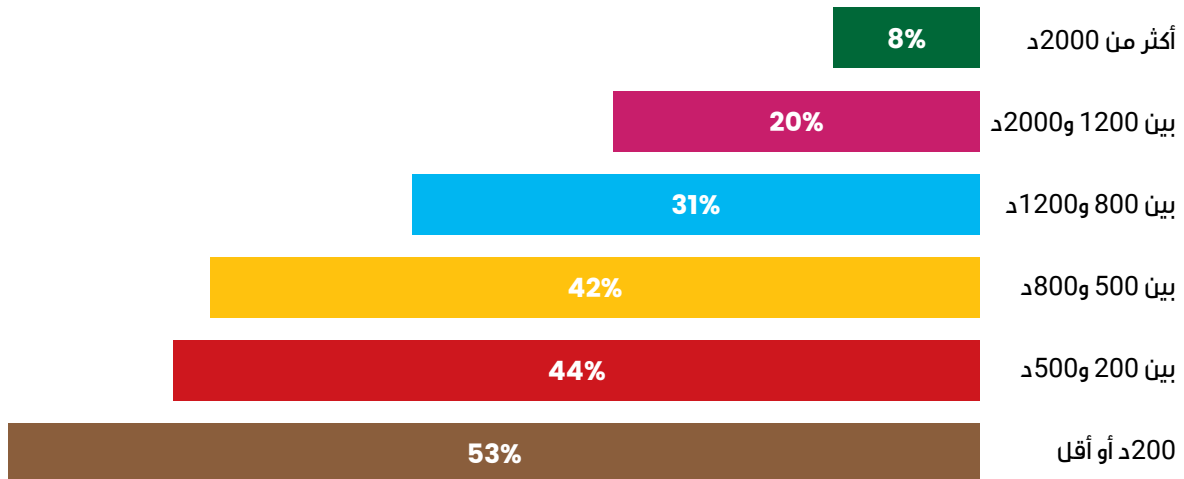


5.4.2 صعوبات خلاص تكلفة الأدوية وعوامل التعرض لها وطبيعتها

بعد استثناء من تحصلوا على كل الأدوية بصفة مجانية، تبين أن 29% ممن حصلوا على كامل أدويتهم مع تحمل تكلفة ثمنها كلياً أو جزئياً وجدوا صعوبات في خلاص هاته التكلفة.

وترتفع هذه النسبة أكثر كلما كان مستوى الدخل العائلي أقل:

رسم بياني: نسبة من وجدوا صعوبات في خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة* في آخر عيادة عادية، حسب مستوى الدخل العائلي

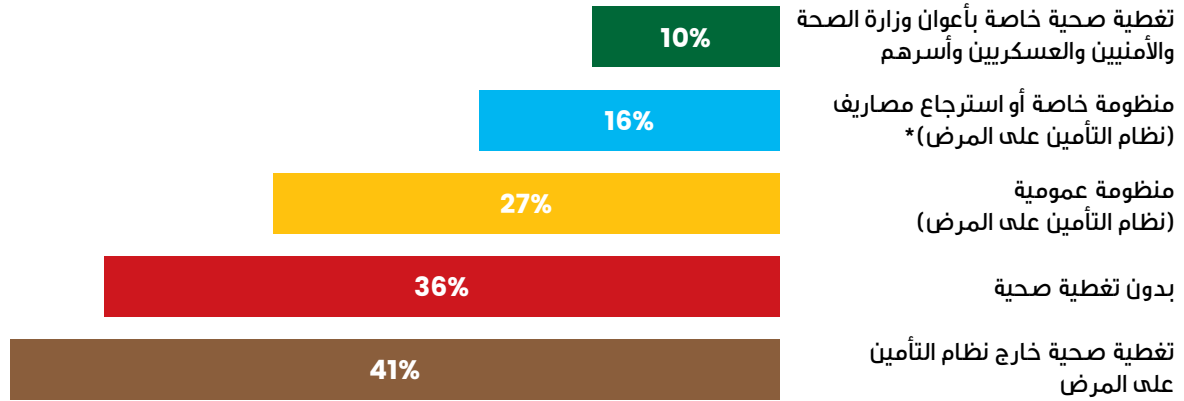


* حذفنا كل من ليس لهم الحق في ذلك رغم أنهم أجروا العيادة بالقطاع العمومي: من لا بطاقات علاج لهم، وأصحاب بطاقات علاج في المنظومة العلاجية الخاصة أو في نظام استرجاع المصاريف

** حصلوا على بعضها مجاناً من القطاع العمومي حيث أجروا العيادة (و/أو حصلوا على تغطية من نظام تأميني لجزء من ثمن ما اقتتوه من الصيدليات الخاصة)

كما أن خطر التعرض لصعوبات خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في عيادة عادية* يختلف بصفة محسوسة ودالة حسب مدى حيازة بطاقة علاج و صنف بطاقة العلاج

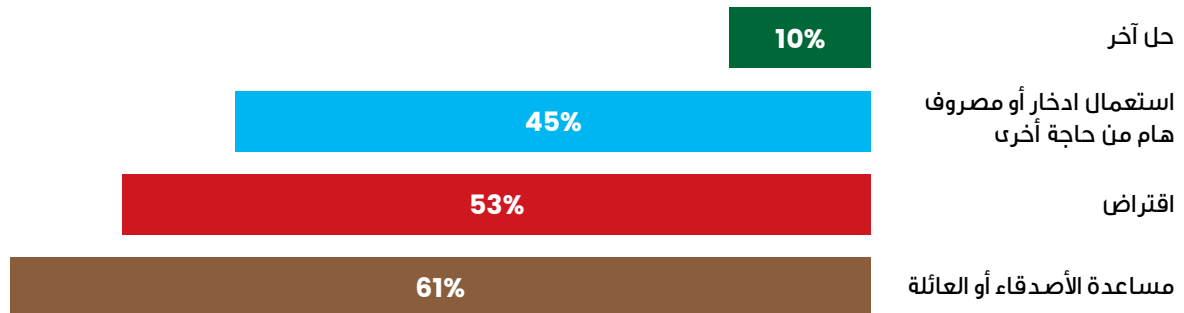
رسم بياني: نسبة من وجدوا صعوبات لخلاص تكلفة أدوية آخر عيادة عادية*، حسب التغطية الصحية



6.4.2 وسائل تجاوز صعوبات خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في العيادات العادية.

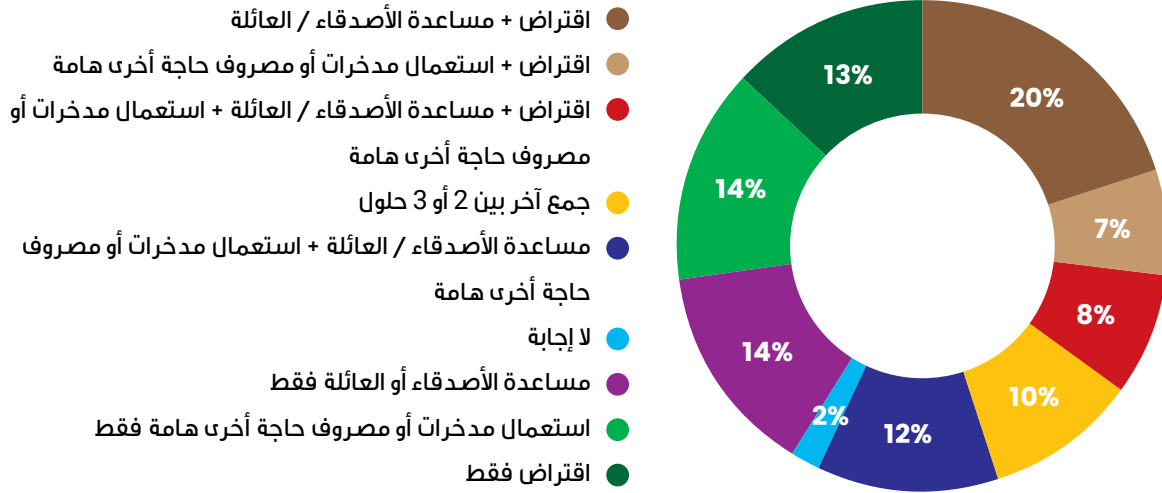
تمثل مساعدة الأصدقاء أو العائلة أكثر الوسائل تواترا (61% من مجموع من وجدوا صعوبات في دفع تكلفة الدواء). وغير بعيد عن هذه الصيغة الأرقى من التضامن، يأتي الاقتراض في المرتبة الثانية بنسبة 55%، ثم يأتي اللجوء إلى مدخرات أو إلى تغطية الكلفة على حساب مصاريف أخرى هامة بنسبة 45%.

رسم بياني: نسبة الملتهجين لكل حل من مجموع من اعترضتهم صعوبات خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في آخر عيادة غير استعجالية



وفي أغلب الحالات كان الاعتماد على المزاجية بين حلين أو أكثر وخاصة الجمع بين الاعتماد على مساعدة الأصدقاء أو العائلة والاقتراض.

* من مجموع من تحصلوا على كل الأدوية ولكن دفعوا تكلفتها كليا أو جزئيا (بالحصول على بعضها مجانا و/أو حصلوا على تغطية من نظام تأميني لجزء من ثمن ما اقتنوه من الصيدليات الخاصة)

رسم بياني: توزيع مَنْ وجدوا صعوبات لخلاص تكلفة أدوية آخر عيادة، حسب طرق التغلب عليها**5.2 الحصول على الدواء الموصوف في آخر عيادة في****الاستعجالي وصعوباته:****1.5.2 الحصول على الدواء الموصوف في آخر عيادة في الاستعجالي**

وصف الطبيب أو الطبيبة أدوية لاشتريهما في 81% من العيادات في الاستعجالي، لكن لم يحصل 20% من الشباب على كامل الدواء الموصوف من الطبيب، في حين كان الدواء مجانياً لـ 15% ممن حصلوا عليه بكامله.

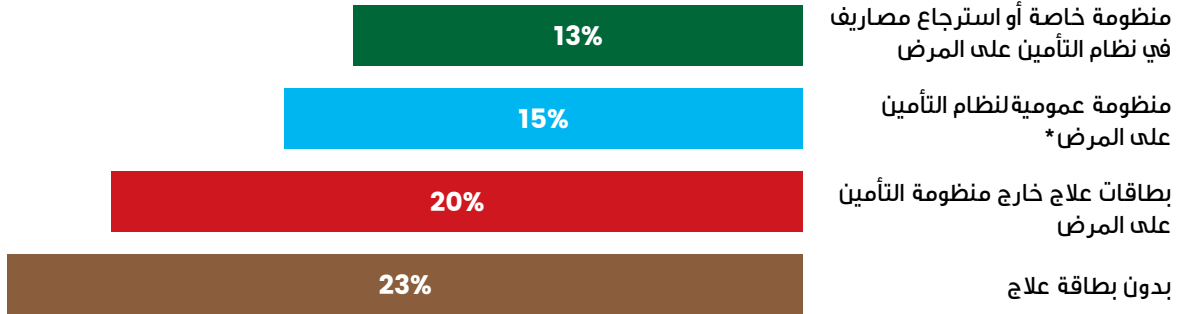
وتتباين نسبة غير الحاصلين على الدواء، الموصوف في آخر عيادة استعجالية، حسب دخل عائلاتهم الشهري، فهي تبلغ لدى مَنْ لا يتجاوز دخل عائلاتهم الشهري 500 دينار ضعف ما تساويه لدى من يفوق دخل عائلاتهم الشهري هذا المبلغ* (31% مقابل 16%).

رسم بياني: نسبة من لم يحصلوا على كل الأدوية الموصوفة في عيادة بالاستعجالي حسب دخل العائلة

كما أن نسبة من لم يحصلوا على كل الأدوية تختلف حسب بطاقة العلاج، فهي أرفع بوضوح في صفوف من لا بطاقة علاج لهم ولدى الحاصلين على بطاقة علاج خارج نظام التأمين على المرض، مقارنة بما هي عليه لدى الحاصلين على بطاقة علاج في نظام التأمين على المرض وخاصة المنظومة العلاجية الخاصة أو نظام استرجاع المصاريف

* جمعنا الشرائح الأصلية للدخل العائلي في مجموعتين بسبب العدد المحدود للمعنيين في بعض الشرائح مع احترام تقارب النسب موضوع المقارنة في شرائح كل مجموعة

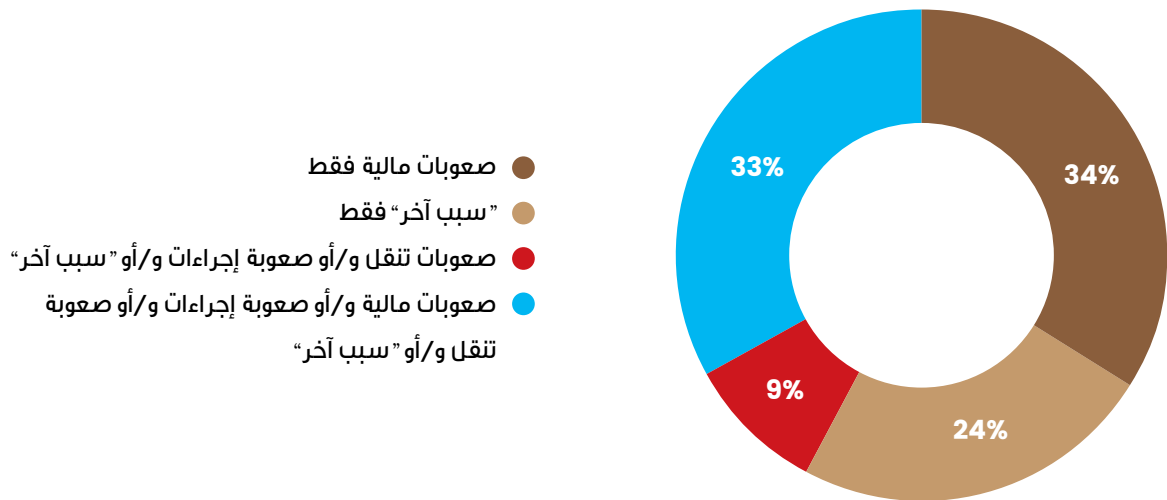
رسم بياني: نسبة من لم يحصلوا على كل الأدوية الموصوفة في عيادة بالاستعجالي حسب بطاقة العلاج



2.5.2 أسباب عدم الحصول على كل الدواء الموصوف في آخر عيادة بالاستعجالي

تأتي الصعوبات المالية في طليعة أسباب عدم الحصول على كل الأدوية حيث نجدها لدى 65% من المعنيين بعيدا عن صعوبات إجرائية (24%) وصعوبات التنقل (18%). في حين نجد أن 42% ممن لم يحصلوا على كافة الأدوية أجابوا بأن "سببا آخر" كان وراء ذلك أو ساهم فيه. وفي أغلب الحالات يكون السبب واحدا ولكن تتعدد الأسباب والعوامل المساهمة في عدم الحصول على كافة الأدوية بالنسبة إلى حُمسني قن لم يحصلوا على الأدوية جميعها.

رسم بياني: أسباب عدم الحصول على كل الأدوية الموصوفة في إطار العيادات بالاستعجالي

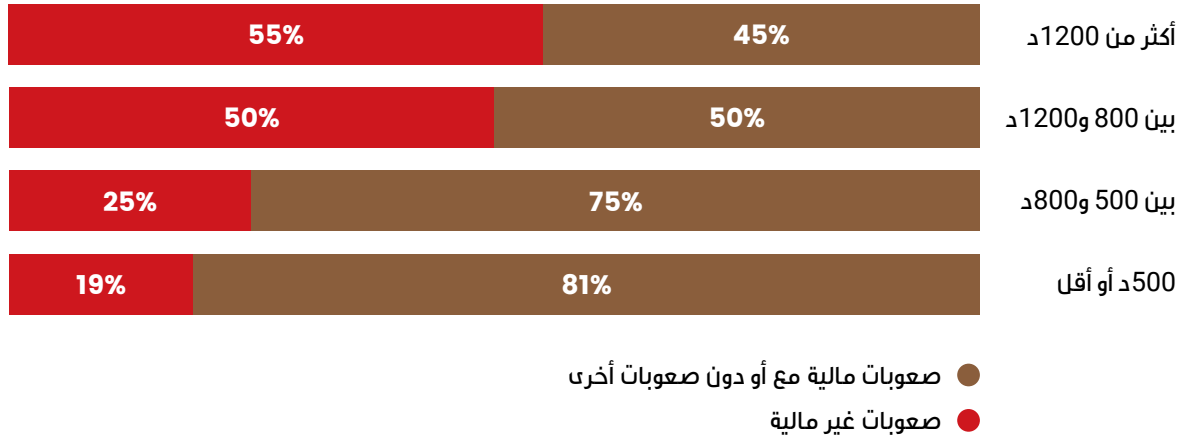


* أو بطاقة علاج خاصة بالعسكريين أو الأمنيين أو أعوان الصحة العمومية وعائلاتهم

3.5.2 الصعوبات المالية لعدم الحصول على كل الدواء الموصوف في آخر عيادة بالاستعجالي: تأثير مستوى الدخل العائلي ووضع التغطية الصحية

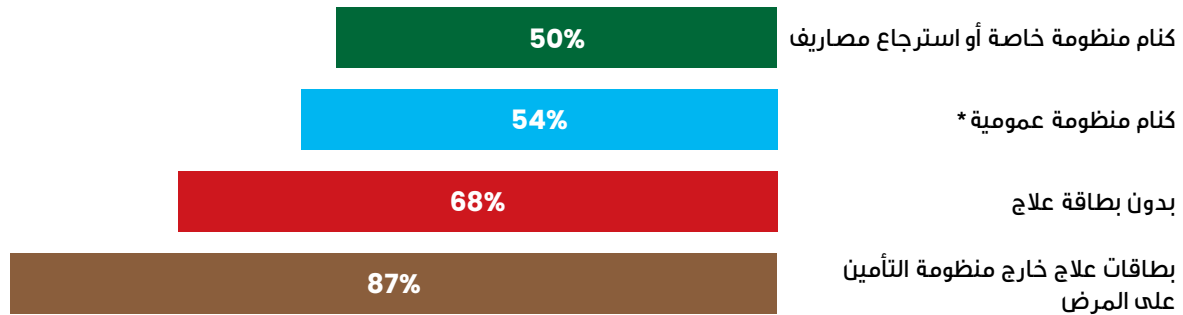
كلما كان المستوى الدخل العائلي ضعيفا كلما كانت الصعوبات المالية سببا في عدم الحصول على كل الأدوية الموصوفة

رسم بياني: توزيع غير الحاصلين على كل الأدوية الموصوفة في آخر عيادة استعجالية حسب طبيعة السبب وحسب مستوى الدخل العائلي



كما أن أصحاب بطاقات علاج خارج نظام التأمين على المرض خاصة وبصفة أقل غير الحائزين على أي بطاقة علاج هم الأكثر عرضة للموانع المادية للحصول على كل الأدوية الموصوفة في العيادات المجرة بالاستعجالي.

رسم بياني: نسبة غير الحاصلين على كل الأدوية الموصوفة في آخر عيادة استعجالية لأسباب مالية من مجموع غير الحاصلين عليها حسب وضعية التغطية الصحية

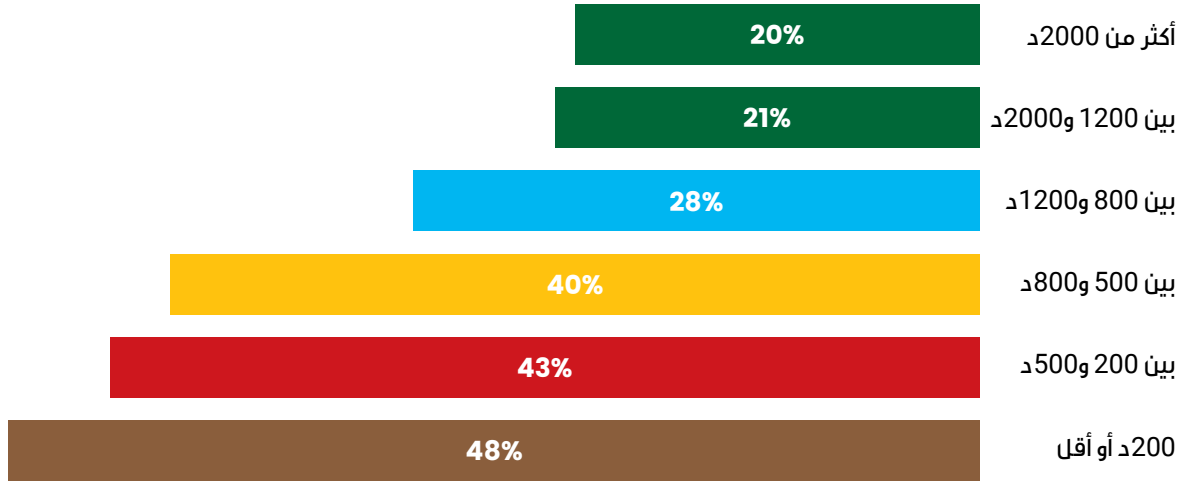


* أو بطاقة علاج خاصة بالعسكريين أو الأمنيين أو أعوان الصحة العمومية وعائلاتهم

4.5.2 صعوبات خلاص تكلفة الأدوية وعوامل التعرض لها وطبيعتها

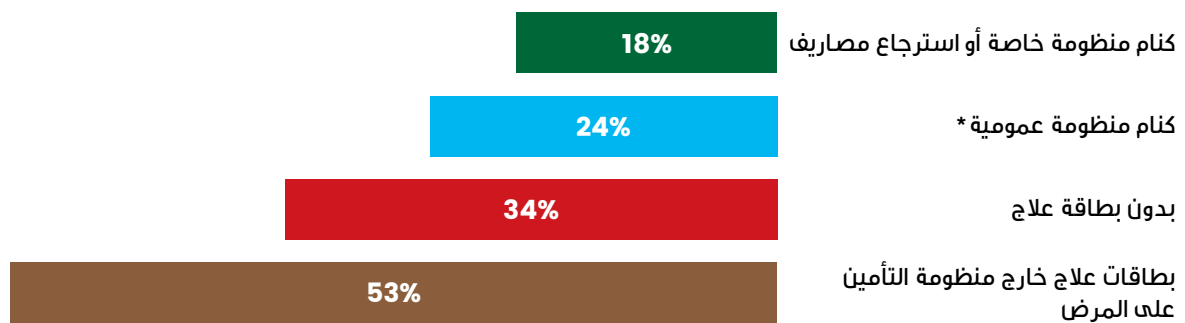
بعد استثناء من تحصلوا على كل الأدوية بصفة مجانية تبين أن 33% ممن حصلوا على كامل أدويتهم مع تحمل تكلفة ثمنها كلياً أو جزئياً وجدوا صعوبات في خلاص هاته التكلفة. وترتفع هذه النسبة أكثر كلما كان مستوى الدخل العائلي أقل.

رسم بياني: نسبة من وجدوا صعوبات في خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في آخر عيادة في الاستعجالي، حسب مستوى الدخل العائلي



كما أن خطر ملاقات صعوبات للحصول على كل الأدوية الموصوفة يختلف حسب مدى حيازة بطاقة علاج و صنف بطاقة العلاج

رسم بياني: نسبة من وجدوا صعوبات في خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في آخر عيادة استعجالية، حسب صنف بطاقة العلاج

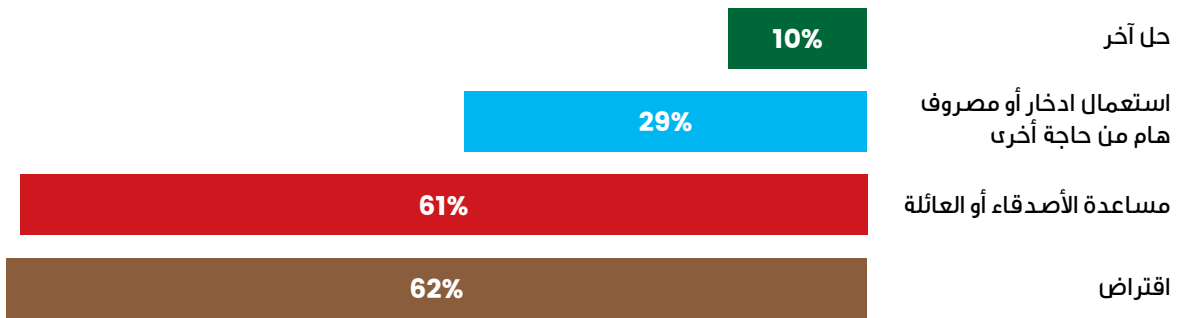


* أو بطاقة علاج خاصة بالعسكريين أو الأمنيين وعائلاتهم

5.5.2 وسائل تجاوز صعوبات خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في العيادات الاستعجالية

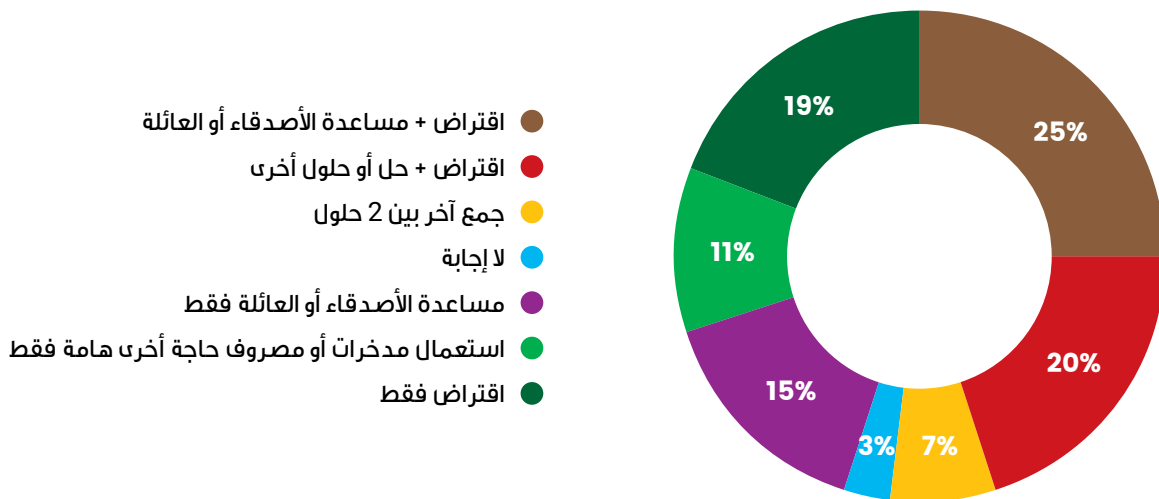
يمثل الاقتراض ومساعدة الأصدقاء أو العائلة أكثر الحلول المعتمدة للتغلب على صعوبات خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في إطار العيادة في الاستعجالي، وبنسب متقاربة جدا (على التوالي 62% و60% من مجموع من وجدوا صعوبات في دفع تكلفة الدواء). ثم يأتي اللجوء إلى مدخرات أو إلى تغطية الكلفة على حساب مصاريف أخرى هامة بنسبة أقل بكثير (29%).

رسم بياني: الحلول المتبعة للتغلب على صعوبات خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في آخر عيادة استعجالية



وفي أغلب الحالات كان الاعتماد على المزوجة بين حلين أو أكثر وخاصة الجمع بين الاعتماد على مساعدة الأصدقاء أو العائلة والاقتراض.

رسم بياني: توزيع من وجدوا صعوبات لخلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في آخر عيادة استعجالية، حسب الحلول المتبعة للتغلب عليها



6.2 تغطية تكلفة الإقامة الاستشفائية وصعوباتها:

1.6.2 تكلفة الإقامة بين المجانية وصعوبة تغطية التكلفة

صرح ثلث من أقاموا في مستشفى أو مصحة في السنة التي سبقت إجراء الدراسة، أن إقامتهم كانت مجانية، ويتعلق الأمر بالنسبة لهم جميعاً (باستثناء اثنين منهم) بإقامة في القطاع العمومي.

21% فقط من بين هؤلاء المصحين تسمح لهم بطاقات العلاج المجاني التي بحوزتهم طبيعياً بذلك (في القطاع العمومي). ويمكن أن نضيف إلى هؤلاء 17% قد يكون لهم نفس الحق ونقصد بهم حاملي بطاقات علاج خاصة بوزارة الدفاع ووزارة الداخلية*.

أما أغلب من صرحوا بمجانية إقامتهم الاستشفائية، فيما أنه ليس لهم بطاقات علاج (17%) أو أن بطاقات علاجهم لا تسمح لهم بالانتفاع ألبا بذلك (45%). وقد تكون بعض الوضعيات الخصوصية وراء انتفاع عدد من هؤلاء بمجانية الإقامة بالمستشفيات العمومية**، بل أن حالات منها تمكن من مجانية الإقامة في المصحات الخاصة إلى جانب المستشفيات العمومية*** لكن مع كل هذا، فإنه من الأرجح أن يكون عدد غير هين ممن صرحوا بمجانية إقامتهم، لم يكونوا دقيقين في إجاباتهم****.

لكن إذا كانت الإقامة مجانية لثلث من أقاموا في مستشفى أو حتى مصحة، فإن ثلثي من أكدوا عدم مجانية إقامتهم بالمستشفى أجابوا بأنهم دفعوا من جيوبهم تكلفة الإقامة دون تغطية أو استرجاع نسبة منها. وتتراوح هذه النسبة بين 63% في القطاع العمومي و74% في القطاع الخاص*****.

غير أن الأهم أن 45% ممن صرحوا أنهم لم يقيموا بصفة مجانية، أفادوا أنه وجدوا صعوبات في خلاص ما عليهم دفعه التكلفة المحمول عليهم دفعها. وهي نسبة مرتفعة خاصة وأن 69% منهم أقاموا بمستشفى عمومي*****. والجميع يعلم أن وزارة الصحة ما انفكت تذكر في تقاريرها أن التسعيرات المعتمدة للتعريفات الكاملة للإقامة في المستشفيات متواضعة ولم تقع مراجعتها من أكثر من عقدين وهي أقل بكثير من التكلفة الحقيقية للخدمات. ونعتقد أنه من الدلالة بمكان أن ثلث من وجدوا صعوبات لخلاص ما عليهم دفعه من تكلفة الإقامة بالمستشفيات العمومية أقرروا أيضاً أنه لم يكن مطلوباً منهم دفع كامل التكلفة، وهم في معظمهم مصيبون باعتبار أن لهم فعلاً بطاقات علاج*****.

وترتفع نسبة من وجدوا صعوبات في خلاص تكلفة الإقامة إلى 58% لدى لم تكن لهم بطاقات علاج و56% لدى من لهم بطاقات علاج خارج نظام التأمين على المرض. في حين أنها لا تتجاوز 37% ممن لهم بطاقات علاج في نظام استرجاع المصاريف والمنظومة العلاجية الخاصة و24% ممن لهم بطاقات علاج في المنظومة العلاجية العمومية.

* التشريع المعتمد معقد بخصوص هاته البطاقات إذ أنه يسمح بالمجانية المطلقة في كافة هياكل وزارة الصحة للأعوان فقط، أما بالنسبة إلى أفراد أسرهم، فينتفعون بنفس الامتياز في الولايات التي لا تحتوي على هياكل خاصة بوزارتهم، إضافة إلى انتفاع جميع أفراد أسر كل من الأمنيين والعسكريين بالمجانية المطلقة للإقامة في المستشفيات الخاصة التابعة للوزارة التي ينتمون إليها.

** الإصابة بالكوفيد أو ببعض أمراض معدية أو سارية أخرى، حوادث مدرسية، ...

*** حوادث الشغل بعدد من المؤسسات الاقتصادية، أنظمة تأمين تكميلي خاص ضد المرض، ...

**** فقد يكون عدد ممن لهم بطاقات علاج تفاضوا عن دفع المساهمة الجزافية في تغطية تكلفة الإقامة، خاصة أن قيمتها غير مرتفعة عادة، إضافة إلى أن كثيرين لم يقوموا بأنفسهم بدفعها. كما قد يكون البعض ممن لا بطاقة علاج لهم لم يدفعوا فعلياً أي شيء مقابل الإضاء على التزامات الدفع في آجال لاحقة، خصوصاً عندما يتعلق الأمر بإقامة ذات طابع استعجالي، وهي حالات غير نادرة في الواقع وكثيراً ما لا تُشَفَع بخلاص المتخدرات بسبب العجز الفعلي عن الدفع أو لدوافع أخرى.

***** يبدو أن نفس اللبس حصل في إجابات عدد هام من المعنيين لأسباب تتعلق بتعدد صيغ تغطية تكلفة الإقامة وتتنوعها حتى في نفس نظام التغطية الصحية في بعض الأحيان، وبعدم استيعاب عديد المواطنين لهذه الصيغ. كما أنه على الأرجح أن تكون صياغة السؤال ساهمت في بعض اللبس.

***** مع أن 78% ممن لم يجدوا صعوبة في الخلاص أقاموا في القطاع العمومي.

***** على عكس أغلبية من صرحوا أن كل التكلفة كانت على حسابهم، حيث أنهم فعلاً بدون بطاقات علاج.

كما أن نسبة مَن وجدوا صعوبات في خلاص تكلفة الإقامة من بين من أقاموا بصفة غير مجانية ترتفع إلى 62% لدى من لا يتجاوز دخل عائلاتهم 800 دينار شهريا مقابل 33% عندما يتجاوز الدخل هذا المستوى.

2.6.2 وسائل تجاوز صعوبات تكلفة الإقامة

يمثل الاقتراض من جهة ومساعدة العائلة أو الأصدقاء أبرز الحلول التي يلجأ إليها من يجدون صعوبة لخلاص ما عليهم من تكلفة للإقامة وذلك بمستويات متقاربة جدا تبلغ على التوالي 73% و71% من مجموعهم، ثم يأتي الاعتماد على ادخار أو مصروف هام مخصص لحاجة أخرى هامة بنسبة غير هينة تناهز 57%، إلى جانب استعانة حوالى الربع بحلول أخرى. ويجدر توضيح أن 82% مزجوا بين حلين أو أكثر و38% بين 3 أو حتى الحلول الأربعة، وهو ما يؤشر على حجم الصعوبات التي تجدها نسبة هامة ممن تفرض عليهم حالتهم الصحية الإقامة الاستشفائية لتحمل تكلفتها. وتبرز معطيات الدراسة تباينات نسبية في الحلول المعتمدة حسب مستوى الدخل. ففي حين يلتجئ أصحاب الدخل العائلي المحدود (800 دينار أو أقل في الشهر) أساسا على الاقتراض، يعتمد أصحاب الدخل الأفضل (أكثر من 800 دينار في الشهر) أكثر على مساعدة الأهل والأصدقاء إلى جانب استعمال مدخرات أو تغيير وجهة مصاريف من حاجات هامة أخرى. أما حسب وضعية التغطية الصحية، فيلاحظ اعتماد من لابتاقة علاج لهم في المقام الأول على مساعدة العائلة والأصدقاء، على عكس من لديهم بطاقة علاج لهم الملتجئين أولا على الاقتراض.

ويبدو أن صعوبات دفع ما عليهم خلاصه من تكلفة الإقامة تضاف إلى مصاريف أخرى أثناء الإقامة يطلب من المريض التكفل بها وخاصة اقتناء أدوية. فإذا كانت نسبة من طُلب منهم اشتراء أدوية تبلغ 58% من مجموع المقيمين (ودون فوارق دالة بين المقيمين في المستشفيات العمومية من جهة وفي المصحات الخاصة من جهة أخرى حسب إجابات المعنيين من المشاركين في الدراسة)، فإنها ترتفع إلى نسبة 72% لدى من صرح من المقيمين بأنهم وجدوا صعوبات في خلاص ما عليهم تسديده من تكلفة الإقامة، في حين أنها تبقى في حدود النسبة العامة تقريبا (57%) في صفوف من لم يجدوا صعوبة لتسديد ما عليهم من كلفة العيادة ولا تتجاوز 43% لدى من انتفعوا بمجانبة الإقامة.

ومن المفارقات أن معطيات الدراسة تفيد بطلب اشتراء أدوية أثناء الإقامة الاستشفائية بتواتر أكبر لدى المنتمين إلى مستوى هزيل من الدخل العائلي (74% بالنسبة لمن دخلهم العائلي لا يتجاوز 200 دينار في الشهر، مقابل 47% ممن يتجاوز دخلهم العائلي 1200 دينار شهريا).

أما مقارنة بحيازة بطاقة علاج من عدمها و صنف البطاقة، فلا تفيد المعطيات بتباينات هامة. وحتى تسجيل طلب اشتراء أدوية بنسبة أعلى قليلا نسبيا في صفوف من لا بطاقة علاج لهم (62% مقابل 55% من مجموع من لهم بطاقة علاج) نتيجة متوقعة إن لم نقل بأن الفوارق أقل بكثير من المنتظر بحكم الترتيب التشريعية المفترض تطبيقها.

7.2 إجراء المتابعة الضرورية بعد الإقامة الاستشفائية

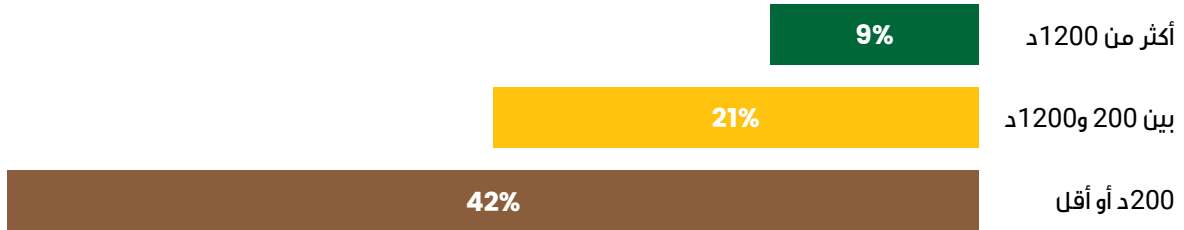
وصعوباته:

أفاد 96% من مجموع من أقاموا بمستشفيات أو مصحات بأنه طُلب منهم القيام بمتابعة بعد مغادرتهم المؤسسة الاستشفائية. وتتنوع طبيعة المتابعة أو بالأحرى المتابعات المطلوبة من حالة إلى أخرى وتتغير نسب المعنيين بها. وتأتي في طليعتها القيام بعيادة متابعة أو مراقبة للوضع الصحي (78%) واشتراء أدوية (72%) ثم القيام بتحليل أو تصوير طبي (51%) وأخيرا إجراء عيادة لدى طبيب مختص (30%). وبالنسبة إلى 17% من مجموع من طُلب منهم إجراء متابعة، تعلق الأمر بالإجراءات الأربعة معا (شراء أدوية وإجراء تحاليل أو تصوير طبي وعيادة طبيب مختص والقيام بعيادة متابعة) وبثلاثة منها لدى 32%، وبإجراءين بالنسبة إلى 25%، وأخيرا بإجراء واحد لدى 26%.

لكن 21% ممن طلب منهم إجراء متابعة لم يقدرُوا على القيام بها. وقد لاحظنا أن 48% ممن طُلب منهم القيام بالإجراءات الأربعة عجزوا عن ذلك، أي أن نسبة مَن طُلب منهم القيام بـ4 إجراءات هي 38% ممن عجزوا عن القيام بالمتابعة المطلوبة (مقابل 11% ممن قدرُوا على إجراء المتابعة المطلوبة. ويجدر التذكير بأن 17% هي النسبة العامة لمن طلب منهم القيام بالإجراءات الأربعة من مجموع من طلب منهم القيام بمتابعة بعد الإقامة في مستشفى أو مصحة، وأن الإجراءات الأربعة تتمثل في: شراء أدوية، إجراء تحاليل أو تصوير طبي، عيادة طبيب مختص، القيام بعيادة متابعة).

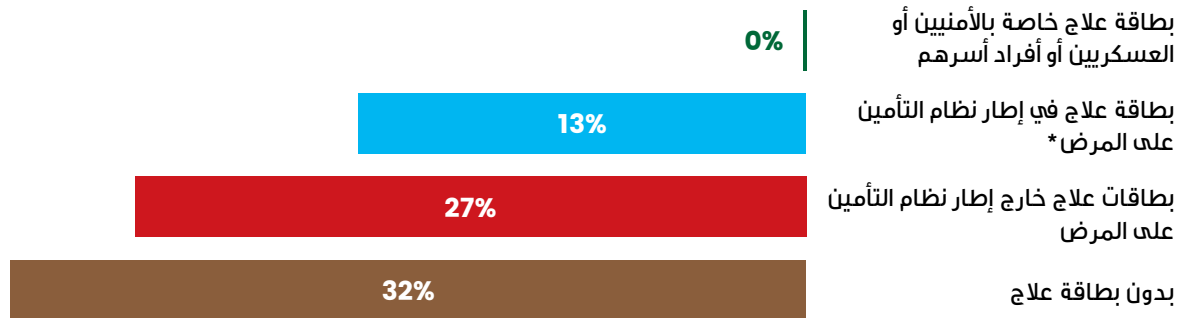
وتتباين نسبة من لم يقدروا على القيام بالمتابعة (التي طلبت منهم بعد إقامتهم في مستشفى أو مصحة) بصفة كبيرة حسب مستوى الدخل العائلي. فهي ترتفع إلى 44%، أي أكثر من ضعف النسبة العامة (المقدرة بـ21%). لدى من يعانون من دخل عائلي هزيل أو شبه منعدم لا يتجاوز 200 دينار في الشهر. وعلى العكس من ذلك تماما، تنخفض هاته النسبة لدى أصحاب الدخل العائلي المتجاوز لـ 1200 دينار في الشهر إلى 9%، أي أقل من نصف النسبة العامة.

رسم بياني: نسبة من عجزوا عن القيام بالمتابعة الصحية المطلوبة بعد إقامة بمستشفى أو مصحة حسب مستوى الدخل العائلي



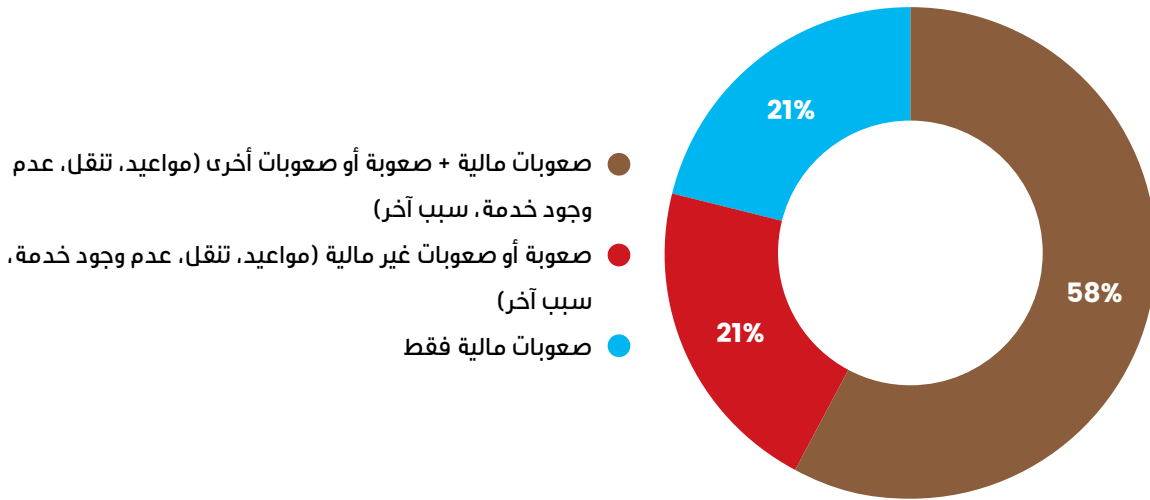
كما أن معطيات الدراسة أفادت أن نسبة من لم يقدروا على إجراء المتابعة المطلوبة تتفاوت حسب مدى حيازة بطاقة علاج وصنف البطاقة ولو بمستويات أقل بخصوص النسبة الأعلى التي تبلغ 30% لدى من لا بطاقة علاج لهم الذين بدوا بذلك أكثر عجزا عن إجراء ما طلب منهم من متابعة بما يقارب نصف النسبة العامة (التي بلغت 21%). لكن لاحظنا أن النسبة الأدنى تنزل إلى حدها الأقصى، أي 0%، لدى أصحاب بطاقات العلاج الخاصة بالعسكريين والأمنيين وأبنائهم في الكفالة وأزواجهم، بما يعني أننا لم نسجل حالات عجز عن القيام بالمتابعة المطلوبة لدى هؤلاء، مع ضرورة الإشارة إلى عددهم الجملي المحدود.

رسم بياني: نسبة من عجزوا عن القيام بالمتابعة الصحية المطلوبة بعد إقامة بمستشفى أو مصحة حسب طبيعة التغطية الصحية



ولهذا العجز عن القيام بالمتابعة المطلوبة للإقامة الاستشفائية أسباب متنوعة. ولئن تبقى الصعوبات المالية أكثرها تواترا بنسبة بلغت 78% من المعنيين، فإنها تزامنت في معظم الحالات مع إحدى الصعوبات الأخرى أو عدد منها، وفي المقام الأول مع صعوبة الحصول على الخدمة المطلوبة بارتباط بالمواعيد وإجراءاتها (والتي جاءت في المرتبة الثانية من حيث نسبة التواتر بـ60%)، ثم مع صعوبة الوصول إليها بارتباط بالتنقل (والتي جاءت في المرتبة الرابعة من حيث نسبة التواتر بـ46%)، أو مع سبب آخر غير محدد (وهي إجابة جاءت في المرتبة الثالثة من حيث نسبة التواتر بـ51%). كما أن عدم وجود الخدمة تواتر بنسبة 34%، وكان دائما مترامنا مع صعوبة أخرى أو أكثر.

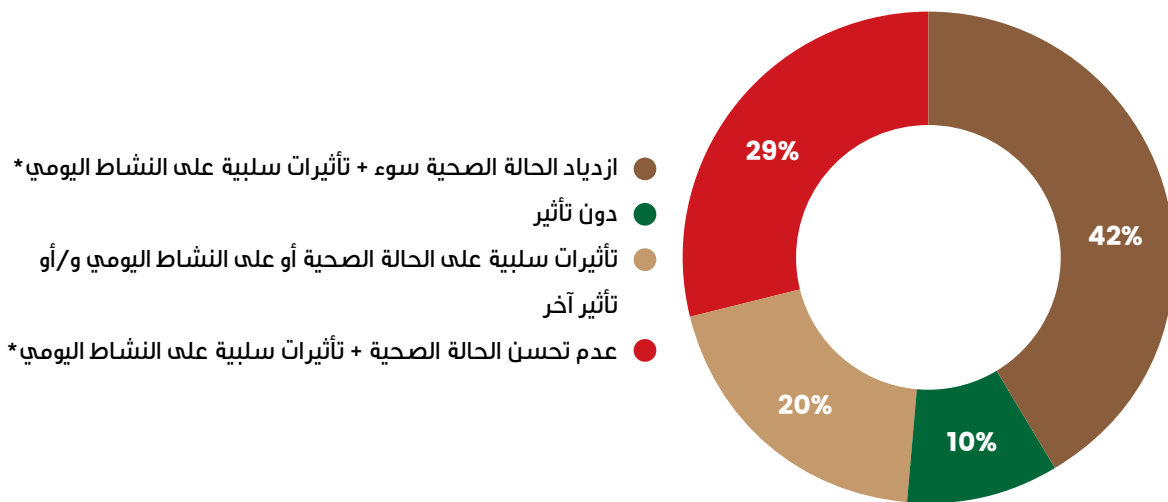
رسم بياني: أسباب عدم القيام بالمتابعة الصحية المطلوبة بعد إقامة بمستشفى أو مصحة



وربما كان أهم أن لهذا العجز عن القيام بالمتابعة المطلوبة للإقامة الاستشفائية، انعكاسات سلبية في أكثر من جانب، تتواتر بصفة مختلفة، كما أنها كثيرا ما تتجمع ليكون تأثيرها أشد.

وحسب معطيات الدراسة، فإن الانعكاسات السلبية كانت موجودة في 90% من الحالات. كما أن الانعكاسات الصحية من جهة والتأثيرات على النشاط اليومي من جهة أخرى حاضرة لدى معظمهم وبنسب متقاربة (على التوالي 80% و74% من مجموع من عجزوا عن القيام بالمتابعة بعد الإقامة الاستشفائية). والانعكاسات الصحية السلبية صنفان أشدهما ازدياد الحالة الصحية سوء وهي أكثر تواترا (45%) من عدم تحسن الحالة الصحية (35%). وتترامن الانعكاسات الصحية والتأثيرات على النشاط اليومي في معظم الحالات (70%). وإلى جانب هاته الانعكاسات الرئيسية، تحدث "تأثيرات أخرى" غير محدّدة لدى نسبة غير مرتفعة (19%)، وهي تتضافر غالبا إلى الانعكاسات الصحية أو إلى التأثيرات على النشاط اليومي أو إلى كليهما.

رسم بياني: انعكاسات عدم القيام بالمتابعة الصحية المطلوبة بعد إقامة بمستشفى أو مصحة



* مع أو دون "تأثير آخر"

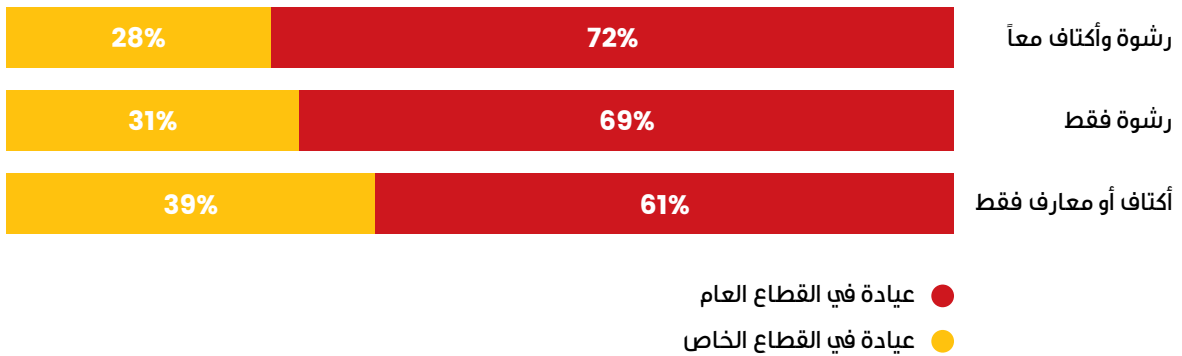
8.2 دفع رشوة أو استعمال معارف و"أكتاف" لتسهيل الخدمة الصحية في إطار آخر عيادة أو إقامة استشفائية؛

أقر 3,6% من شباب المناطق الخمسة البالغة أعمارهم بين 18 و39 سنة المشاركين في الدراسة وأجروا عيادة طبية عادية في السنة الأخيرة التي سبقتها، أنهم دفعوا رشوة بهدف تيسير خدمة صحية في إطار هاته العيادة. أما من صرحوا بلجوئهم إلى "الأكتاف" أو المعارف لنفس الغرض فتناهم نسبتهم 11,5%، مع مجموع يبلغ 13,1% باعتبار أن 2% جمعوا بين الرشوة و"الأكتاف".

ولا تبرز النتائج تباينات واضحة في هذه الجوانب حسب مستوى الدخل العائلي أو حيازة بطاقة علاج من عدمها أو صنف بطاقة العلاج، بل يبدو أن الظاهرة اخترقت كل الفئات بمستويات متقاربة.

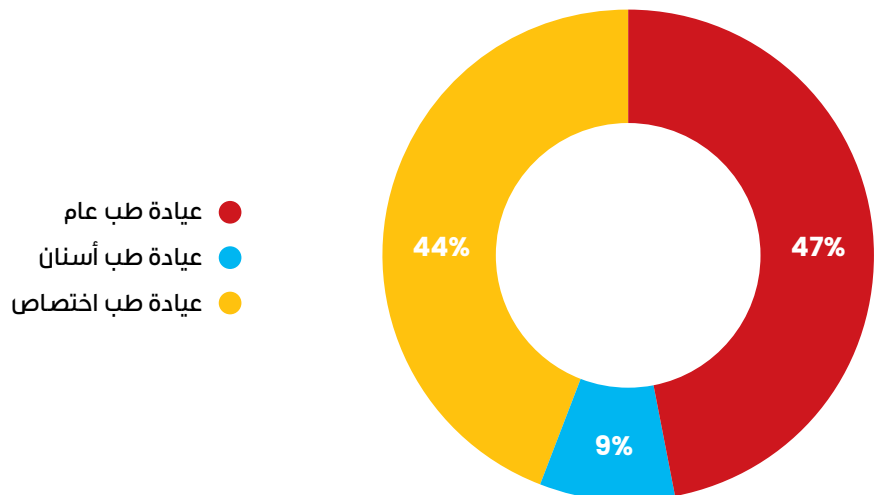
وربما كان أكثر المعطيات لفتا للنظر أن هذه الظاهرة بشقيها أبعد من أن تكون مقتصرة على من يجرون العيادة في القطاع العمومي، حتى ولو بقيت أهم. فنسبة المجربين للعيادة في القطاع الخاص تبلغ 37% من مجموع الملجئيين إلى الرشوة و/أو "الأكتاف" لتسهيل الخدمة الصحية في إطار آخر عيادة أجروها في السنة التي سبقت تاريخ إجراء الدراسة، مع نسب تتراوح بين 28% من مجموع الملجئيين إلى الرشوة و"الأكتاف" معا إلى 39% من مجموع الملجئيين إلى "الأكتاف" فقط.

رسم بياني: توزيع الملجئيين لدفع رشوة و/أو الاستعانة بـ "الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار آخر عيادة غير استشفائية، حسب القطاع الذي جرت فيه العيادة



كما أن حالات اللجوء لدفع رشوة و/أو الاستعانة بـ "الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار آخر عيادة تتوزع بين عيادات الطب العام وطب الاختصاص بنسب متقاربة

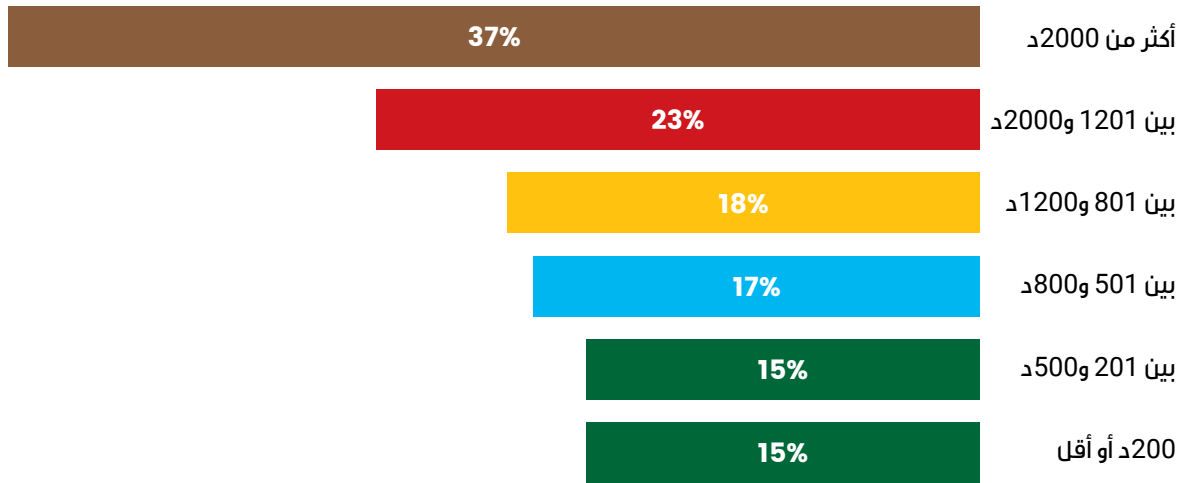
رسم بياني: توزيع الملجئيين إلى دفع رشوة و/أو الاستعانة بـ "الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار آخر عيادة غير استشفائية، حسب نوع العيادة



كما أبرزت الدراسة أن ظاهرة الالتجاء إلى هذه الممارسات غير المقبولة، تحدث أكثر في إطار إجراء العيادات بالاستعجالي، فقد أقر 6,2% ممن أجروا عيادة طبية في الاستعجالي في السنة الأخيرة التي سبقت الدراسة، بأنهم دفعوا رشوة بهدف تيسير خدمة صحية في إطار هاته العيادة. أما من صرحوا بلجوئهم إلى الأكتاف أو المعارف لنفس الغرض فتناهم نسبتهم 18.5%. ويبلغ المجموع 20.4% باعتبار أن 4.3% جمعوا بين الرشوة والأكتاف.

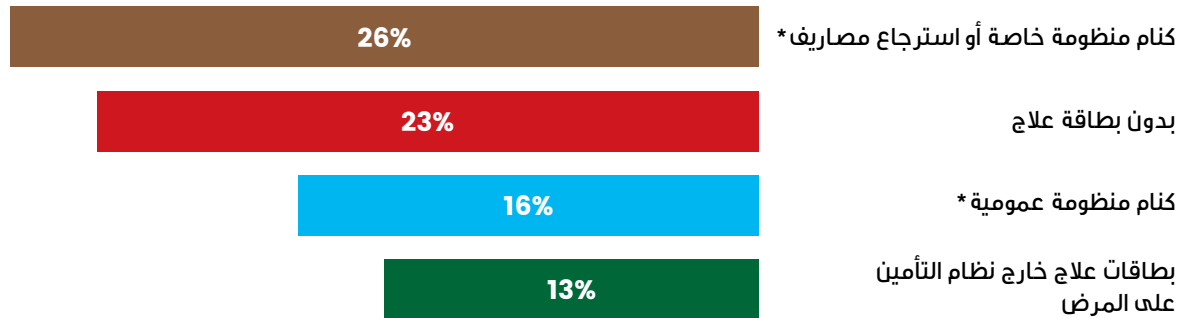
وعلى العكس من المعطيات المتعلقة بهذه الممارسات في إطار العيادة الطبية غير الاستعجالية، تظهر النتائج أن الالتجاء إلى الرشوة أو بـ "الأكتاف" في إطار العيادة بالاستعجالي يبلغ مستويات أعلى لدى أصحاب الدخل العائلي المرتفع.

رسم بياني: نسبة الملتهجين إلى دفع رشوة و/أو الاستعانة بـ"الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار آخر عيادة غير استعجالية، حسب مستوى الدخل العائلي الشهري



كما يتبين أن نسبة الرشوة و"الأكتاف" أعلى لدى أصحاب بطاقات العلاج في نظام استرجاع المصاريف والمنظومة العلاجية الخاصة، ولدى من لا بطاقة علاج لهم.

رسم بياني: نسبة الملتهجين إلى دفع رشوة و/أو الاستعانة بـ"الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار آخر عيادة غير استعجالية، حسب نوع بطاقة العلاج

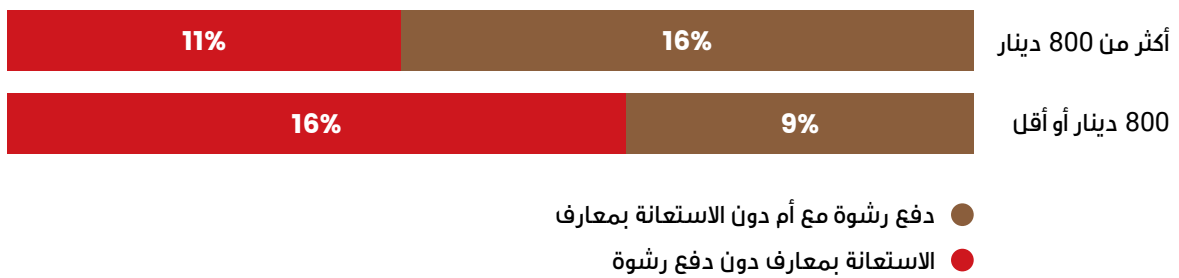


* أو بطاقات علاج خاصة بالعسكريين أو الأمنيين أو أفراد أسرهم

وترتفع أكثر نسب دفع الرشاوي واستعمال المعارف و"الأكتاف" عندما يتعلق الأمر بالإقامة في مستشفى أو مصحة، لتبلغ على التوالي 11% و23% مع نسبة جمالية في حدود 26% من مجموع من أقاموا في مصحة أو مستشفى في السنة التي سبقت الدراسة، باعتبار أن ثلاثة أرباع من دفعوا رشوة لتسهيل خدمة صحية في إطارها استعملوا كذلك معارفهم لنفس الغاية في الإطار ذاته.

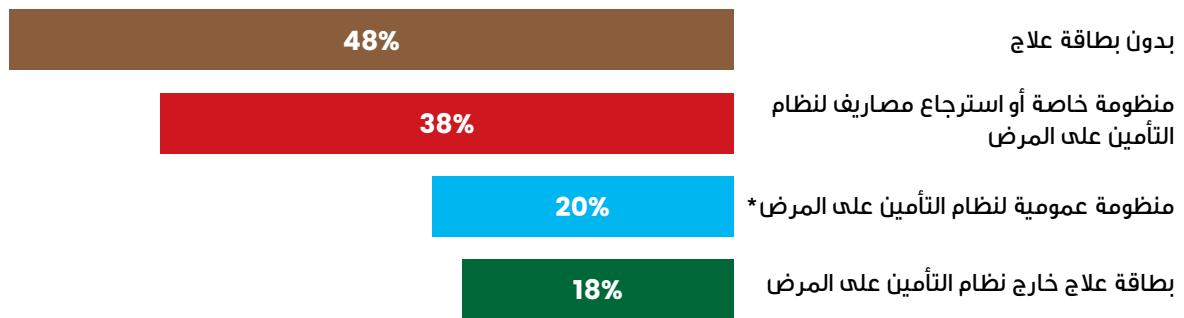
ولم نجد تفاوتاً ذا دلالة في مجموع نسبة اللجوء إلى الرشوة و/أو الأكتاف حسب مستوى الدخل الشهري العائلي، غير أن نسبة دافعي الرشاوي مرتفعة لدى من يفوق الدخل الشهري لعائلاتهم 800 دينار مقارنة بمن لا يتجاوز الدخل الشهري لعائلاتهم هذا المستوى.

رسم بياني: نسب دافعي الرشوة والمستعنيين بـ"المعارف أو الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار الإقامة بمستشفى أو مصحة حسب مستوى الدخل العائلي الشهري للمقيم



أما حسب مدى حيازة بطاقة علاج وصنفها، فإننا نجد أن نسبة اللجوء إلى دفع الرشاوي أو استعمال المعارف و"الأكتاف" المعارف والأكتاف مرتفعة في صفوف من لا بطاقة علاج لديهم وكذلك أصحاب بطاقات العلاج في منظومة استرجاع المصاريف أو المنظومة العلاجية الخاص، على عكس أصحاب بقية أصناف بطاقات العلاج (المنظومة العلاجية العمومية، العسكريين والأمنيين وأفراد أسرهم، بطاقات خارج نظام التأمين على المرضى).

رسم بياني: نسبة دافعي الرشاوي و/أو المستعنيين بـ"المعارف أو الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار إقامة بمستشفى أو مصحة، حسب نوع بطاقة العلاج للمقيم



* أو بطاقات علاج خاصة بالعسكريين أو الأمنيين وعائلاتهم

3. الصحة الإيجابية

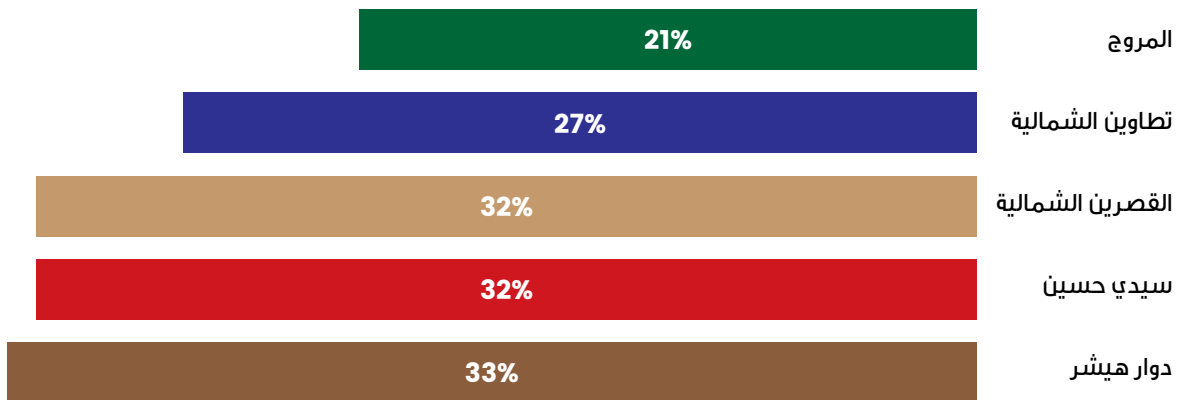
1.3 الإنجاب والولادة

1.1.3 نسبة الشبان والشابات الذين/اللاتي لهم(ن) أطفال

صرّح 29% من الشباب المشارك في الدراسة (ذكورا وإناثا) أن لهم طفلا أو أكثر. وبطبيعة الحال، ترتفع النسبة مع السن (من 4% لدى الشريحة العمرية 18-24 سنة إلى 63% لدى من بلغ سنهم بين 35 و39 سنة). كما أنها أعلى لدى الإناث (40% مقابل 18% لدى الذكور).

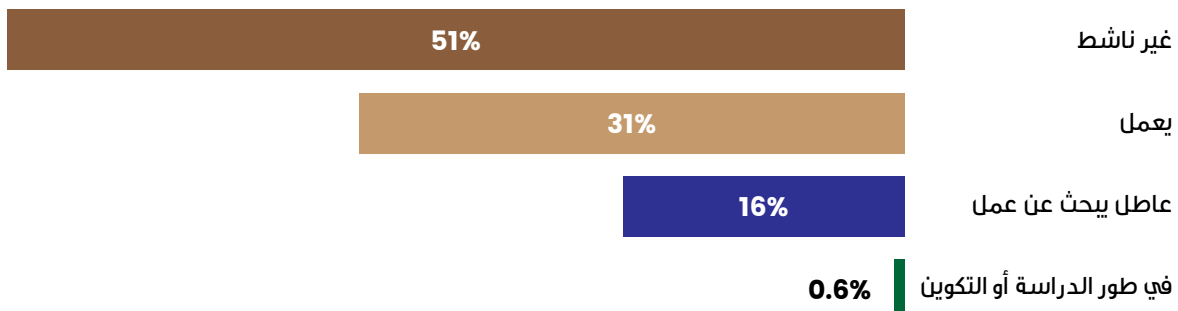
ولكنها تتفاوت أيضا حسب المعتمديات:

رسم بياني: نسبة الشبان والشابات (في سن 18-39 سنة) الذين/اللاتي لهم(ن) أطفال حسب المعتمديات



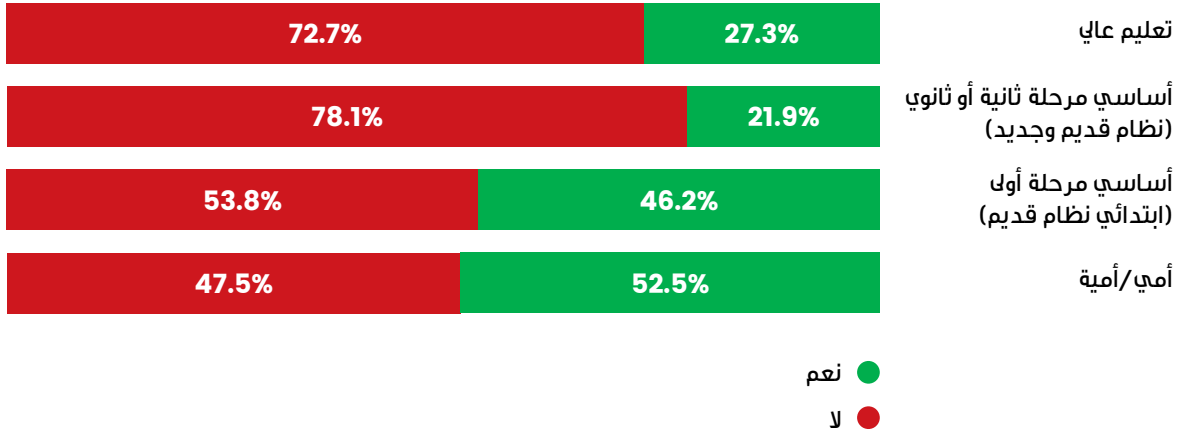
وتتباين النسبة كثيرا حسب النشاط الاقتصادي للشباب:

رسم بياني: نسبة الشبان والشابات (في سن 18-39 سنة) الذين/اللاتي لهم(ن) أطفال حسب فئة النشاط الاقتصادي للشباب



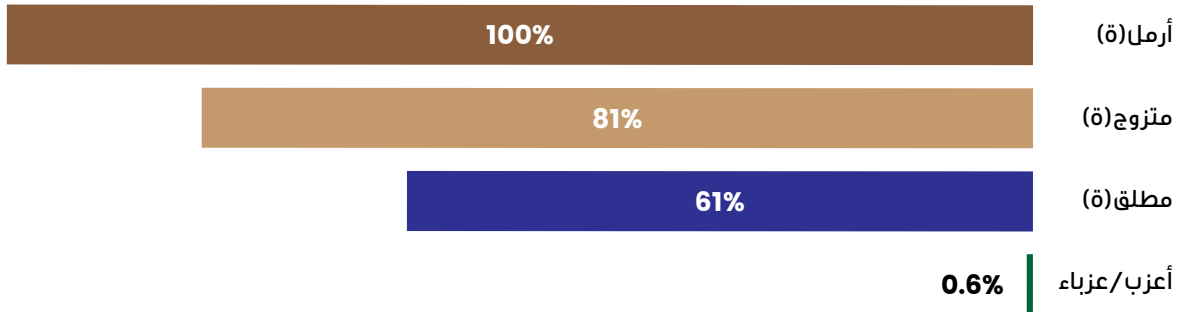
وكذلك حسب المستوى التعليمي:

رسم بياني: نسبة الشباب والشابات (في سن 18-39 سنة) الذين/اللاتي لهم(ن) أطفال حسب المستوى التعليمي



وتبقى العزوبة من عددها أهم محددات إنجاب * أطفال. فمقابل تسجيل أقل من 1% من العزاب صرحوا أن لهم طفلاً أو أكثر، تبلغ النسبة 61% لدى المطلقين و 81% لدى المتزوجين

رسم بياني: نسبة الشباب والشابات (في سن 18-39 سنة) الذين/اللاتي لهم(ن) أطفال حسب الحالة الزوجية



وأدت بنا دراسة وضعية التغطية الصحية لمن لهم أطفال إلى طرح السؤال حول العلاقة بين أن يكون للشباب أطفال وحياسة بطاقة علاج (وما تعنيه من انتفاع بتغطية صحية)، أمام التباين الكبير في نسبة من ليس لهم بطاقات علاج بين من لهم أطفال (20%) ومن ليس لهم أي طفل (41%) من غير العزاب** (المتزوجون والمطلقون والأرامل).

* نعتبر أن من لديه أطفال وهو أعزب (رجل أو امرأة) فإنه قد أنجبه
* تجدر الإشارة أيضاً إلى أن نسبة من لا بطاقة علاج لهم لا تتجاوز 20% عند من لهم طفل على الأقل، في حين أنها ترتفع إلى 51% لدى من ليس لهم أي طفل

رسم بياني: مقارنة نسبة غير المتحصلين على بطاقة علاج لدى غير العزاب* بين من لهم أطفال ومن ليس لهم أطفال



وهذا التباين لا يمكن أن تفسره الفوارق المحدودة في التوزيع النسبي حسب الشريحة العمرية بين المجموعتين (78% ممن لهم أطفال يبلغ عمرهم بين 30 و39 سنة مقابل 68% ممن لا أطفال لهم).

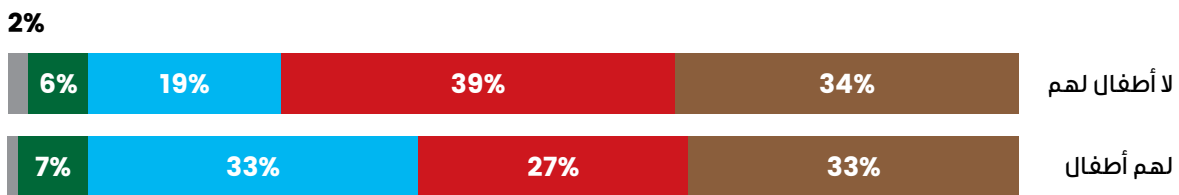
والسؤال الأهم في علاقة بموضوع الدراسة، هل أن عدم حيازة بطاقة علاج يمثل عائقاً أمام الحق في إنجاب أطفال حتى لدى من أقدموا على الزواج في ظل هذا الحرمان من حق التغطية الصحية.

ليس من السهل الإجابة عن السؤال الأخير تحديداً، خاصة وأن مقارنة مستويات الدخل لا تمكن من ترجيح إمكانية وجود تأثير لمحدودية الدخل على عدم الإقدام على الإنجاب.

فحسب معطيات الدراسة، نسبة محدودي الدخل (800 دينار أو أقل في الشهر) أعلى لدى من لهم أطفال (46%) ممن لا أطفال لهم من غير العزاب (32%) تماماً مثل أن نسبة الشريحة المتوسطة أو الأعلى دخلاً (أكثر من 1200 دينار أو أقل في الشهر) أقل لدى من لهم أطفال (23%) مقارنة بمن لا أطفال لهم (37%).

من جهة أخرى، فإن مقارنة التوزيع النسبي حسب صنف بطاقة العلاج بين من لم ينجبوا ومن أنجبوا من غير العزاب، تُبرز لدى من لهم أطفال، ارتفاعاً محسوساً في نسبة من لهم بطاقة علاج خارج نظام التأمين على المرض، وأساساً بطاقات العلاج بتعريفه منخفضة، على حساب نسبة من لهم بطاقات علاج في المنظومة العلاجية الخاصة ونظام استرجاع المصاريف.

رسم بياني: مقارنة التوزيع النسبي حسب نوع بطاقة العلاج بين من لهم أطفال ومن لا أطفال لهم من غير العزاب*



1%

- كمام منظومة عمومية
- كمام منظومة خاصة أو استرجاع مصاريف
- بطاقات علاج خارج نظام التأمين على المرض
- بطاقة علاج خاصة بالعسكريين والأمنيين وأعاون وزارة الصحة وأسرهم
- غير محدد

كل هاته المعطيات، تجعلنا نرجح أن نسبة ممن لا بطاقة علاج لديهم، يسعون بعد الزواج وقبيل الإنجاب أو بعده، إلى الحصول على بطاقة علاج، وأن الوضع المهني الهش لأغلبهم لا يساعدهم سوى على الحصول على بطاقة علاج بتعريفه منخفضة

* المتزوجون والمطلقون والأرامل

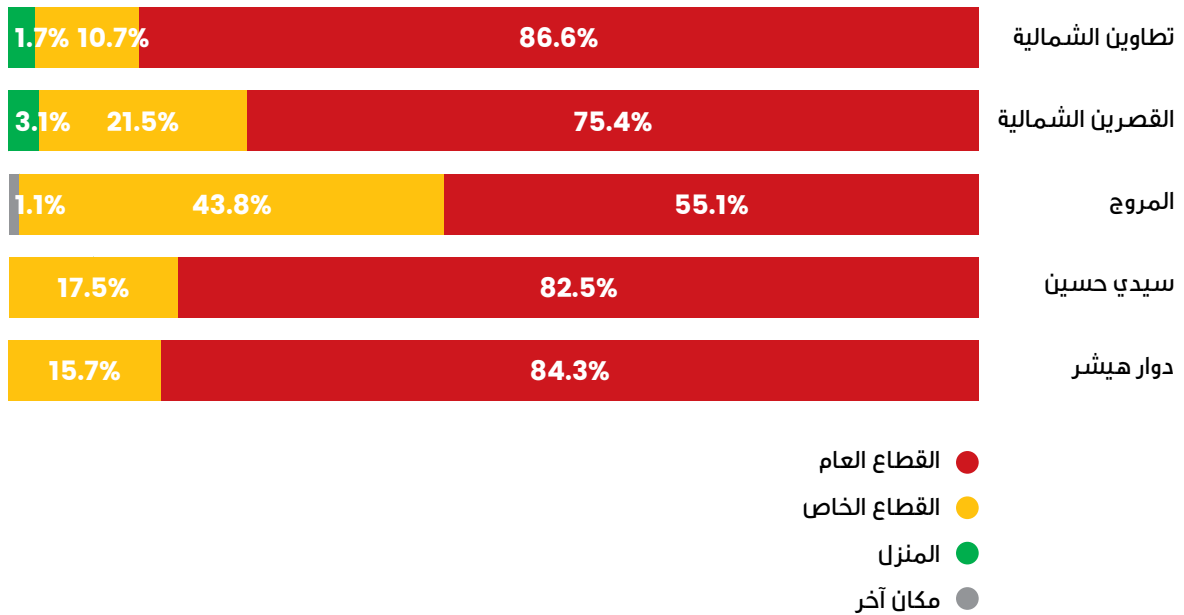
2.1.3 مكان ولادة آخر طفل: بين مخاطر الولادة غير المؤمّنة صحيا ومتاعب الولادة خارج الولاية

يبقى القطاع العمومي الحاضن الرئيسي للولادات بنسبة تقارب 80% مقابل تكفل القطاع الخاص بنسبة لا تتجاوز 20%. أما الولادات بالمنزل - بما تقترن به عادة من مخاطر جمة على صحة الأم والجنين أو الوليد - فلم تُخفِ بعدُ رغم أن نسبتها تراجعت إلى 1,2%.

وتوزيع الولادات بين القطاعين العام والخاص متقارب حسب الشريحة العمرية رغم أنه يبدو أنه كلما تعلق الأمر بسن أقل كلما ارتفعت نسبة الولادات بالمصحات** (25%، فـ 22% ثم 19%، تباعا لدى الفئات العمرية 25-29 سنة فـ 30-34 ثم 35-39 سنة). كما أنه غير متباعد كثيرا حسب النشاط الاقتصادي** لكن مع نزوع أكثر إلى الولادات بالمصحات لدى من يعملون (26%) مقارنة بالعاطلين الباحثين عن شغل (15%) وبغير الناشطين (16%).

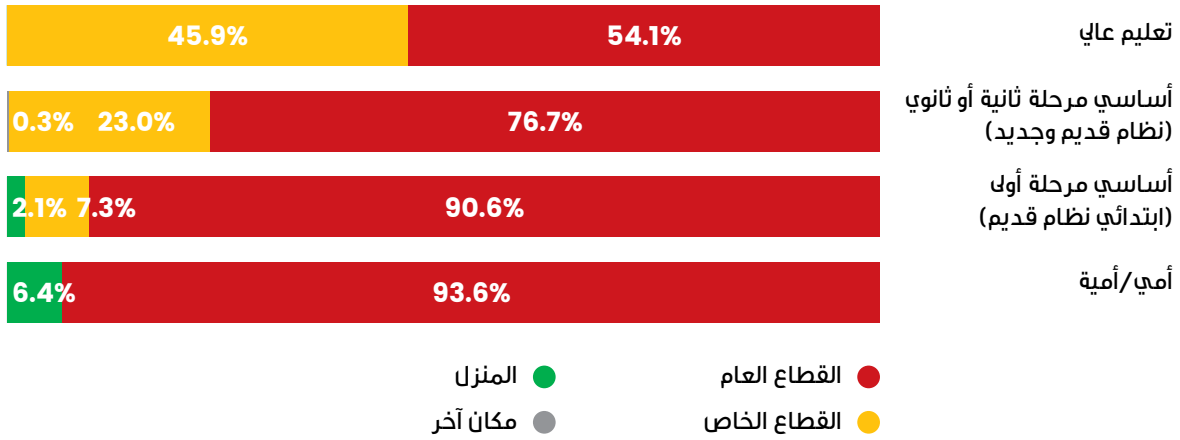
لكن الأمر ليس كذلك حسب المعتمديات، فنسبة الولادات في المصحات مرتفعة بصفة هامة لدى الشباب القاطن في المروج لتبلغ 44% من مجموع الولادات، أي ما يتراوح بين حوالي ضعف ما هي عليه في القصرين الشمالية والتي تقارب النسبة الوطنية (21%) وما يناهز أربع مرات النسبة الملاحظة في تطاوين الشمالية (11%).

رسم بياني: توزيع الولادات بين القطاعين العام والخاص (وفي المنزل) حسب المعتمديات



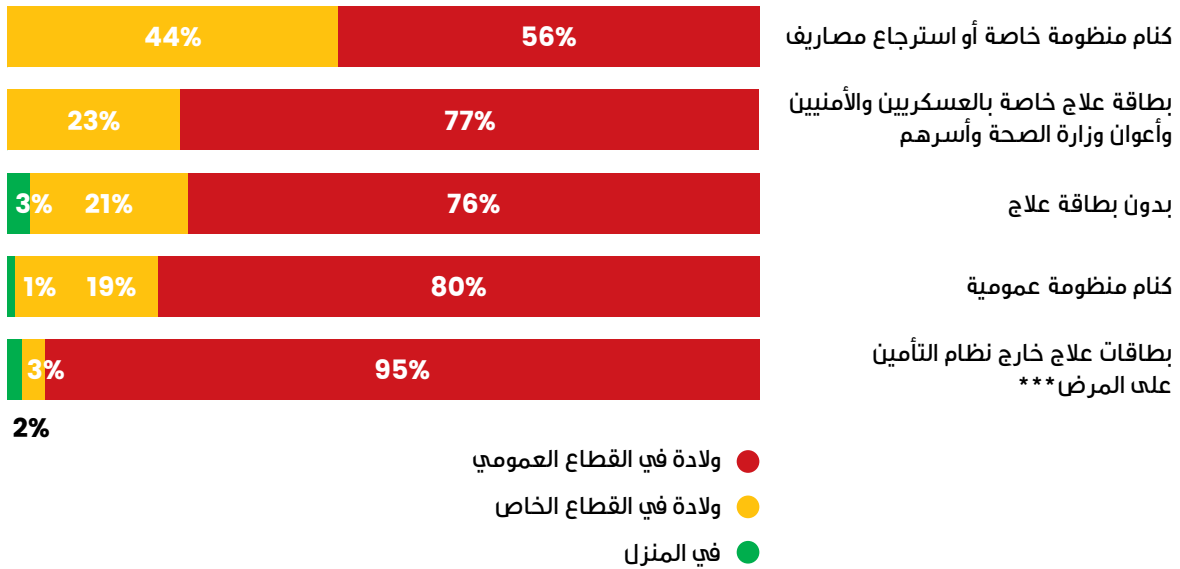
والتباينات تبدو أكبر حسب المستوى التعليمي*** إذ تبلغ نسبة الولادات في المصحات بين 46% لدى أصحاب المستوى التعليمي الجامعي مقابل 7% فحسب في صفوف من ارتادوا المدرسة الابتدائية فقط. لكن تجدر الإشارة إلى أنه لم تسجل أي ولادة في المصحات لدى من لم يلتحقوا بتاتا بالمدرسة أي أن النسبة لديهم تساوي 0%.

* لا تنطبق الملاحظة على الشريحة العمرية 18-24 سنة حيث أن نسبة الولادات بينها في المصحات الخاصة هي الأقل (17%) لكن عدد من أنجبوا بينهم محدود مما قد لا يعطي توزيعه دلالة عن الواقع.
** بعد استبعاد فئة من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين باعتبار العدد الجملي الضعيف لمن أنجبوا من بينهم والذي لا يتجاوز 5 شبان وشابات وهو عدد محدود لا يسمح بإجراء مقارنات في هذا المستوى.

رسم بياني: توزيع الولادات بين القطاعين العام والخاص (وبالمنزل) حسب المستوى التعليمي*

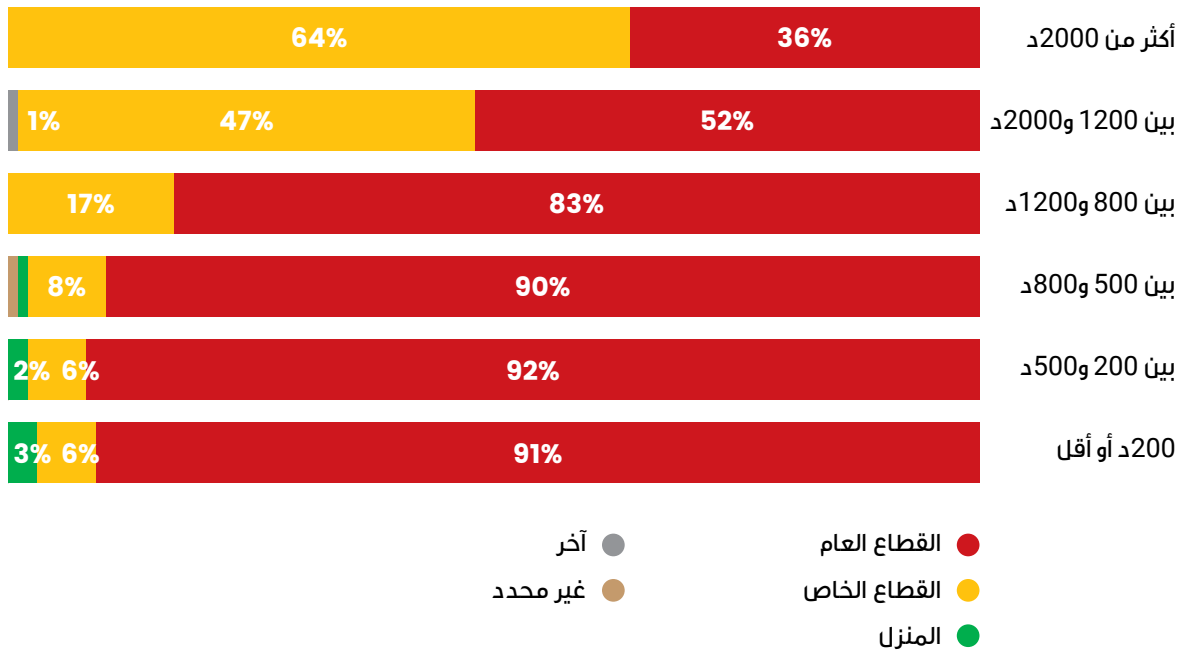
ومع كل ذلك، يظل القطاع العمومي مكان أغلب الولادات مهما كانت المعتمدة أو المستوى التعليمي تماما مثل بقية الشرائح حسب متغيرات النشاط الاقتصادي أو الجنس أو الفئة العمرية.

والأمر ينطبق أيضا على مختلف الشرائح حسب وضعية التغطية الصحية وصنف بطاقة العلاج، رغم التباينات (التي تكررت في أكثر من مجال) أساسا بين من اختاروا المنظومة العلاجية الخاصة ونظام استرجاع المصاريف في نظام التأمين على المرض من جهة (56% من الولادات تقع في القطاع العمومي) ومن لهم بطاقات علاج خارج نظام التأمين على المرض** (95% من الولادات تقع في القطاع العمومي).

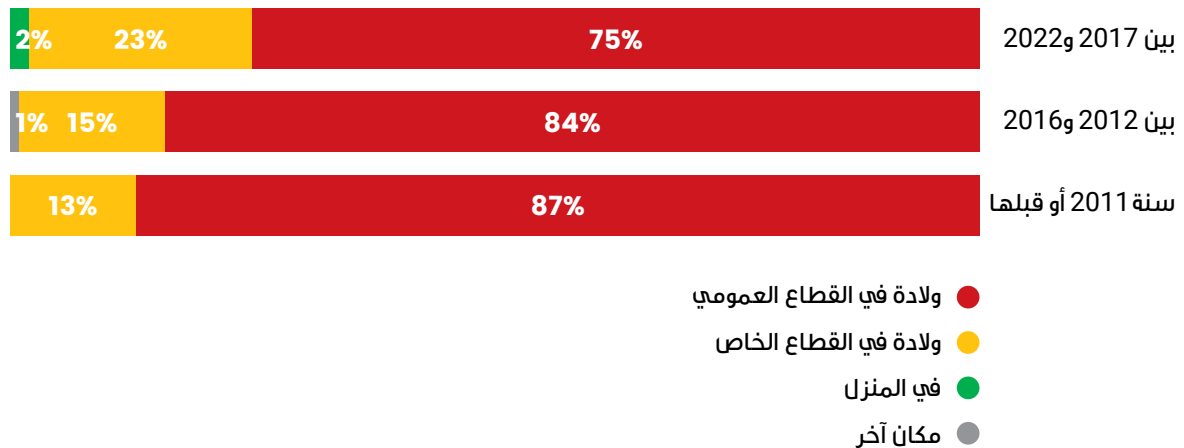
رسم بياني: التوزيع النسبي لمكان آخر ولادة حسب وضعية التغطية الصحية وصنف بطاقة العلاج

لكن الأمر مختلف بالنسبة إلى توزيع مكان آخر ولادة حسب مستوى الدخل الشهري للعائلة، حيث يفرد من يفوق دخل عائلاتهم 2000 دينار في الشهر، بأن أغلبية واضحة تناهز الثلثين أنجبوا آخر طفل في مصحة خاصة.

** بطاقة علاج مجاي أو بتعريفه منخفضة أو بطاقة علاج مسندة من الصندوق الوطني للتأمين على المرض للمضمونين الاجتماعيين غير المشمولين بنظام التأمين على المرض أو بطاقة علاج خاصة بجرحي الثورة وعائلات شهدائها

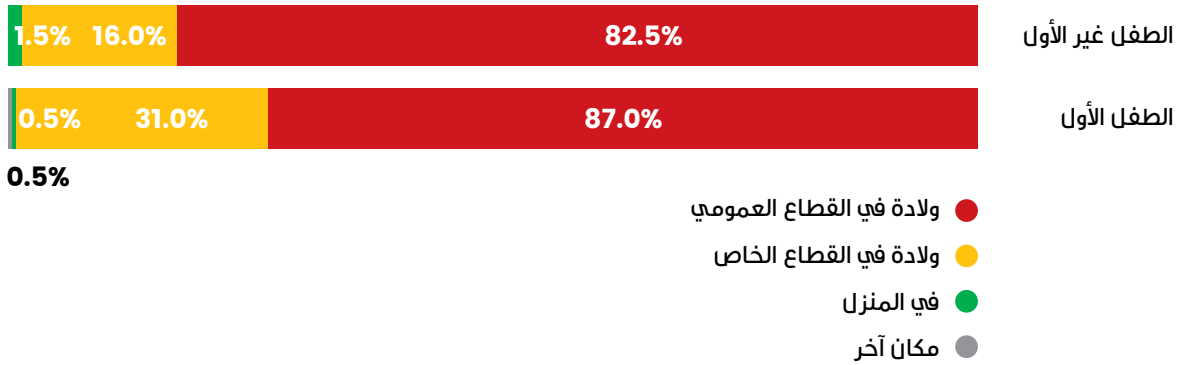
رسم بياني: التوزيع النسبي لمكان آخر ولادة حسب مستوى الدخل الشهري للعائلة

من جهة أخرى يَظْهَرُ بجلاء أن اختيار مصحة خاصة للإنجاب قد تكاثر بصفة خاصة في السنوات الست الأخيرة مقارنة بما قبلها، مع ارتفاع محدود في الخمسية الأولى بعد سنة 2011

رسم بياني: التوزيع النسبي لمكان آخر ولادة حسب سنة الولادة

كما يبدو أن اختيار مصحة خاصة للإنجاب أكثر تواترا عندما يتعلق الأمر بالطفل الأول* (31%) مما لو تعلق الأمر بإنجاب ثاني أو أكثر في الترتيب** (16%). فهل أن تجربة الولادة في المصحة تمثل عبء ماليا أو سلبيات غير مالية حفزت عددا من الأسر إلى تحويل الوجهة نحو المستشفى بعد تجربة أول للولادة في مصحة؟

* نتحدث دائما عن آخر طفل مُنْجَب أي هنا عندما يكون الطفل الأخير هو الأول
** نتحدث دائما عن آخر طفل مُنْجَب أي هنا عندما يكون الطفل الأخير ليس هو الأول بل الثاني أو الثالث أو أكثر في الترتيب

رسم بياني: التوزيع النسبي لمكان آخر ولادة* حسب ترتيب المولود*

أما بالنسبة إلى **الولادات بالمنزل**، فلا ريب أنها، من منظور جيلي، قد تراجعت كثيرا مثلما يبينه الفارق بين نسبة المولودين في المنزل من الشباب المشارك في الدراسة والممثل لشباب المعتمديات الخمسة في سن 18-39 سنة، وهي نسبة تبلغ 14.7%، وبين نسبة المولودين في المنزل من بين آخر المواليد لمن لهم أطفال من هؤلاء الشباب والتي لا تتجاوز 1.2%.

لكن رغم ذلك، ورغم العدد المحدود من الولادات بالمنزل التي سجلت في الدراسة إذ لا يتجاوز عددها 7 ولادات بما قد لا يسمح باستنتاجات ذات دلالة إحصائية مرتفعة، فإنه لا يمكن التغافل عن التوقف عند هاته الحالات لما تحمله من مخاطر على الصحة سواء لدى الأمهات أو لدى الأجنة أو الولدان، ولما يمكن أن تمثله من حرمان من مكوّن رئيسي للحق في الولوج إلى الخدمات الأساسية للصحة.

ولعل من أهم المعطيات ذات الدلالة الفعلية، بقطع النظر عن مستوى الدلالة الإحصائية، أن كل الولادات قد سجلت بالمعتمديتين الداخليتين أي القصرين الشمالية (4 ولادات) وتطاوين الشمالية (3 ولادات) بما يجعل نسبة الولادات في المنزل ترتفع تباعا إلى 3.1% و2.7% من مجموع الولادات بهاتين المعتمديتين، تماما على عكس المعتمديات الثلاثة الأخرى المنتمية إلى إقليم تونس الكبرى والتي لم تسجل فيها أية ولادة في المنزل.

كما أن من أهم المعطيات اللافتة للنظر أن كل الولادات الواقعة بالمنزل حصلت في السنوات الخمسة الأخيرة التي سبقت الدراسة أي بين سنتي 2017 و2021، وبالتأكيد فإنه بقدر ما أن هذا المعطى لا ينفى بتاتا حصول ولادات بالمنزل قبل هاته الفترة سواء قبل الثورة أو بعدها، فإنه ليس فقط يؤكد تواصل حصول ولادات خارج الهياكل الصحية وبالتالي غير مؤمنة صحيا بمركزي ولايتين داخليتين تأوي كل منهما المستشفى الجهوي الوحيد بها**، بل يرجح أن تكون شهدت ارتفاعا بهما حتى بعد انطلاق البرنامج الهادف إلى ضمان التواجد على مدار الساعة بكافة المستشفيات الجهوية لطبيب مختص على الأقل في كل واحد من الاختصاصات الحيوية***. ومن المعلوم أن هذا البرنامج انطلق سنة 2016 بعدد من المستشفيات كان المستشفىان الجهويان بكل من تطاوين والقصرين على رأسها باعتبار أولويتها لعوامل شتى.

إلى جانب ذلك، يلاحظ أن الولادات بالمنزل تتعلق بأسر كلها ذات مستوى دخل يتراوح بين المحدود (بين 500 و800 دينار) وشبه المنعدم (200 دينار أو أقل)، وهي إما لا بطاقة علاج لها أو لها بطاقة علاج مجاني أو بتعريفه منخفضة****. كما أن لمعظم هاته الأسر طفلا آخر أو أكثر من قبل.

من ناحية أخرى، ليس نادرا أن تقع **الولادة خارج الولاية** التي تقطن بها المرأة الحامل عند الوضع. ولكن للأمر دلالات مختلفة عندما تكون ساكنة بإحدى معتمديات تونس الكبرى عن مثيلاتها ممن تقطن في الولايات الداخلية.

* يتعلق الأمر بالولادة التي أدت إلى مولود حي وبترتيب المواليد الأحياء
 ** وليس بمعتمديتين نايتين من الولايتين شاسعتي الأطراف، تطاوين والقصرين.
 *** في مقدمتها اختصاصات طب النساء والتوليد، طب الأطفال، التبنيج والتخدير، التصوير الطبي.
 **** باستثناء شاب له بطاقة علاج في المنظومة العمومية للتأمين على المرض (بفضل عمل قار يدخل محدود هو الوحيد للأسرة).

فهو يرتبط، بالنسبة إلى معتمدية دوار هيشر من المجموعة الأولى، بغياب هياكل توليد بولاية منوبة سواء كانت عمومية أو خاصة*، وهو ما يجعل نسبة الـ 41% الذين أجابوا بوقوع الولادة خارج الولاية أدنى بكثير من النسبة الحقيقية التي تبلغ منطقياً 100%، أو تقاربها. ونرجح أن يكون حصل لبس عند الإجابات بحصول الولادة في الولاية مكان السكنى، تمثل في الخلط بين الولاية وولاية أخرى بتونس الكبرى (أساساً ولاية تونس ولكن كذلك ولاية أريانة) أو بالأحرى الاعتبار الضمني لتونس الكبرى ولاية واحدة. أما بخصوص المعتمديتين الأخرين والمروج، فنسبة الولادات خارج الولاية (ولاية تونس بالنسبة إلى سيدي حسين وولاية بن عروس بالنسبة إلى المروج) المصرح بها في الدراسة تبقى محدودة بالمقارنة مع دوار هيشر وتجد تفسيرها أساساً في مرونة تطبيق التقسيم الترابي لمجالات نظر الهياكل الصحية العمومية، خصوصاً منها الموجودة بولاية تونس، لاعتبارات نشأت (رغم الطبيعة الجامعية لكافة أقسام التوليد العمومية بولايتي تونس وبن عروس) وفي تداخل عوامل عديدة في اختيار مكان الولادة بالقطاع الخاص. كما أن معطيات أخرى اجتماعية وسكنية تفسر بعض الحالات.

لكن للولادة في ولاية مختلفة عن ولاية السكنى دلالات أخرى في معتمديتي تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية حتى ولو أنهما مركزا ولايتيهما. فهي ترتبط، بالنسبة إلى الولادات في القطاع العمومي، بعدم تلاؤم الإمكانيات المتوقعة نظرياً في مستشفى جهوي (أي المطلوب توفرها) مع ضمان ولادة مؤمنة صحياً عندما يتعلق الأمر بولادة ذات مخاطر عالية محتملة أو حتى عند حصول تعقيدات أثناءها. ولكن الأمر في الواقع يتجاوز هذا المستوى وكثيراً ما يكون توجيه المرأة أو نقلها إلى مستشفى خارج الولاية بسبب عدم توفر حتى الإمكانيات المطلوب توفرها في مستشفى جهوي سواء كانت هاته الإمكانيات بشرية أو غيرها. وقد يفسر السبب الأخير ارتفاع نسبة الولادات الحاصلة خارج الولاية من مجموع الولادات بالقطاع العمومي في تطاوين الشمالية (13%) مقارنة بما هي عليه في القصرين الشمالية (7%). أما بالنسبة إلى الولادات في القطاع الخاص، فهي ترتبط أولاً بوجود أو عدم وجود مصحة خاصة تؤمن خدمات التوليد. والوضع يختلف في هذا الشأن بين معتمديتي القصرين الشمالية وتطاوين الشمالية. فالأولى بها مصحة خاصة وهو ما يفسر تسجيل حالة ولادة وحيدة خارج ولاية القصرين من مجموع 28 ولادة بالقطاع الخاص. أما الثانية فينضاف فيها عدم وجود مصحة خاصة إلى الإمكانيات الهزيلة للمستشفى الجهوي بتطاوين، مما يفسر أن معظم من صرحوا بأن ولادة آخر طفل لهم كانت في القطاع الخاص أجابوا بأنها كانت خارج الولاية.

3.1.3 بين الولادة الطبيعية والولادة القيصرية لأسباب صحية أو لرغبة الأم

إلى وقت غير بعيد جداً، كان اللجوء إلى الولادة القيصرية من باب مكره أخاك لا بطل بصفة مطلقة وكانت تقريرها دائماً لدوافع طبية وصحية صرف، بقطع النظر عن توقيت اتخاذ القرار. وإذا كانت هاته الدوافع الطبية والصحية قد توسعت** أو كثرت حالاتها***، مما أدى إلى ارتفاع نسبة الولادات القيصرية، فإن العقدين الأخيرين بالخصوص شهدا تطور اختيار الأم للولادة القيصرية حتى في غياب دوافع صحية وطبية علمية. كما شهد النزوع نحو الولادة القيصرية من طرف الأطباء، خاصة في القطاع الخاص ولكن كذلك في القطاع العام، توسعاً حتى خارج مجال التوافقات العلمية الواضحة في المجال، وذلك لدوافع شتى بعضها يتعلق بالتوقّي من المتاعب والأبحاث والتبّعات لشبهة التقصير أو الخطأ الطبي عند قيام شكاوى ما انفكت تتواتر أكثر بعد حدوث مضاعفات ثقيلة أو وفيات. لكن نزوع الأطباء نحو الولادة القيصرية لدوافع أخرى غير صحية أصبح على الأقل محل شكوك كبرى.

وحسب دراستنا، كانت الولادة قيصرية في أكثر من ثلث الحالات وهي نسبة مرتفعة حسب التوقعات العلمية لكنها تبقى أدنى نسبياً مما تواتر من إحصائيات أو تقديرات تونسية معتمّدة****.

* يوجد مركز توليد عمومي محلي هو الوحيد في الولاية، في معتمدية بعيدة جداً عن دوار هيشر التي تبقى نساؤها غير معنيات باستعمالها

** بفعل تطور المعارف الطبية وتغير التوافقات العلمية الخاصة بدرء خطر الوفيات والإعاقات

*** بسبب ارتفاع نسبة حدوث حالات تستوجب اللجوء إلى الولادة القيصرية مثل ارتفاع معدل سن الأم عند الولادة وارتفاع نسبة بعض الأمراض كالسكري لدى المرأة الحامل أو المرأة عموماً وفي سن الإنجاب والمضاعفات الصحية الخطيرة لدى الأم والجنين (أو الوليد)

**** مع الإشارة إلى أن دقتها تبقى نسبية

وليس أقل أهمية وبعثا على التساؤلات، أن 15% من الولادات القيصرية، أي أكثر من 5% من الولادات الواقعة في مصحة أو مستشفى، كانت رغبة الأم (دون أسباب صحية) هي السبب حسب إجابات المشاركين في الدراسة.

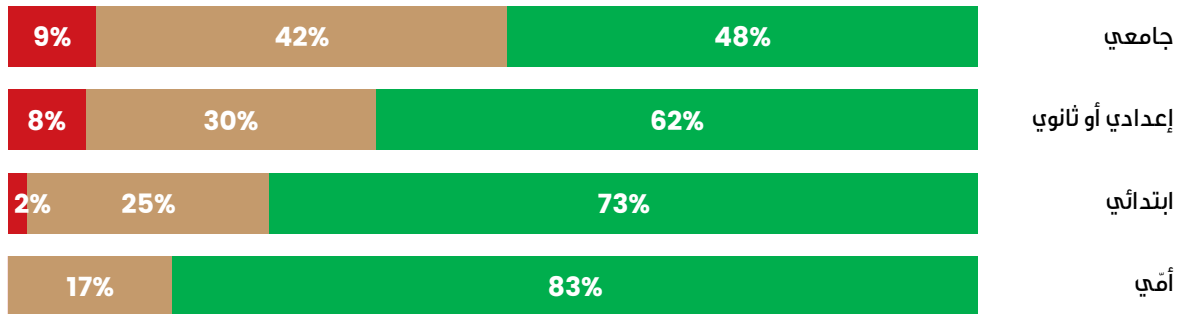
وعند تشريح هاته الأرقام لا تتبين اختلافات دالة إحصائياً بين المعتمديات عموماً. لكن النسب العامة للولادات القيصرية ترتفع إلى 39% من الولادات* في دوار هيشر و38% في المروج مقابل 32% في تطاوين الشمالية. أما نسب الولادات القيصرية لأسباب صحية فهي أقل تباعداً وتتراوح بين 32% من الولادات* في دوار هيشر والمروج و29% في تطاوين الشمالية. غير أن نسب الولادات القيصرية لرغبة الأم تتراوح بين 3% من الولادات** في تطاوين الشمالية وثلاثة أضعافها (9%) في القصرين الشمالية.

وتبدو التباينات أهم نسبياً حسب عمر الشباب المشارك في الدراسة، وأن النسبة العامة للولادات القيصرية ترتفع كلما كان سن الشباب المستجوب أقل**. فهي تبلغ 40% من الولادات* في إجابات من أعمارهم بين 25 و29 سنة و37% في إجابات من أعمارهم بين 30 و34 سنة وتخفض إلى 33% في إجابات الشباب البالغة أعمارهم بين 35 و39 سنة. غير أن نسبة الولادات القيصرية لرغبة الأم لا تكاد تختلف حسب الشريحة العمرية للمجيبين (بين 4% و5%).

وللتباينات بين مختلف شرائح النشاط الاقتصادي دلالة إحصائية أوضح، حيث تتميز شريحة من يعملون بأعلى النسب*** سواء المتعلقة بالولادات القيصرية عموماً (42% مقابل 29% فقط لدى غير الناشطين) أو تلك الخاصة بالولادات القيصرية لأسباب صحية (35% مقابل 24% فقط لدى غير الناشطين) أو لرغبة الأم (7% مقابل 2% فقط لدى العاطلين الباحثين عن عمل)

لكن التباينات حسب المستوى التعليمي**** صارخة، إذ تصل حد أصبحت فيه الولادات القيصرية عموماً تمثل أغلبية الولادات! لدى أصحاب المستوى التعليمي الجامعي مقابل نسبة جمالية لا تتجاوز 17% لدى من حرموا من التعليم بتاتا. والتباينات كذلك كبيرة بين الاثنين في نسبة الولادات القيصرية برغبة من الأم (9% مقابل 0%).

رسم بياني: توزيع الولادات بين طبيعية وقيصرية حسب المستوى التعليمي للأب أو الأم****



- ولادة طبيعية
- ولادة قيصرية لأسباب صحية
- ولادة قيصرية لرغبة الأم

والأدهى مستوى التباينات بين الولادات المؤمّنة في المستشفيات وتلك الحاصلة في المصحات الخاصة. فالولادات القيصرية الجمالية لا تتجاوز 25%، كلها تقريباً لأسباب صحية، من مجموع الولادات في المستشفيات العمومية، في حين أنها ترتفع إلى 74% في المصحات الخاصة مع نسبة ولادات قيصرية برغبة من الأم تقارب ثلث الولادات القيصرية!!

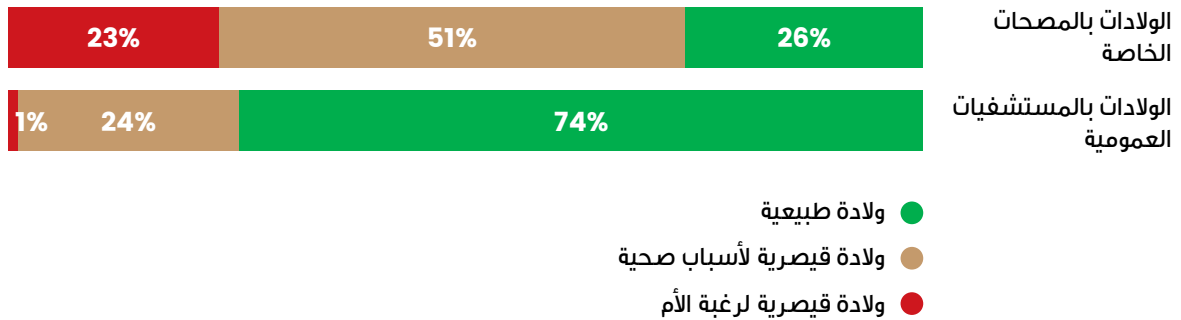
* الواقعة في مصحة أو مستشفى

** بعد استثناء شريحة المتروحة أعمارهم بين 18 و24 سنة لأعدادهم المحدودة

*** بعد استثناء فئة من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين للعدد الجملي لمن لهم أطفال الهزيل في صفوفهم

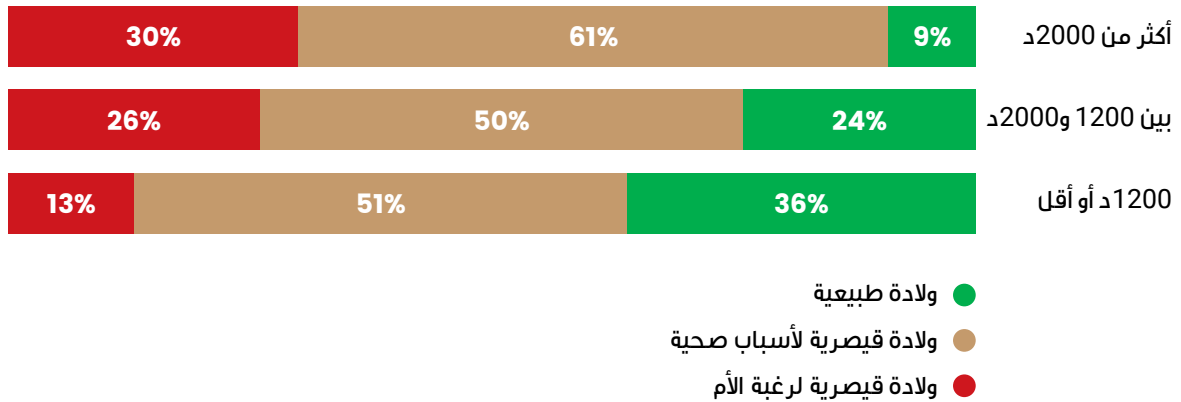
**** المستوى التعليمي للمشارك في الدراسة وهو يمكن أن يكون الأب أو الأم

رسم بياني: التوزيع النسبي للولادات الطبيعية والولادات القيصرية حسب مكان الولادة



وبالتدقيق في توزيع الولادات الحاصلة بالمصحات الخاصة بين طبيعية وقيصرية حسب مستوى الدخل الشهري العائلي، يتبين أن نسبة الولادات القيصرية، سواء منها لأسباب صحية أو برغبة من الأم، ترتفع مع ارتفاع مستوى الدخل لتبلغ نسبة الولادات القيصرية عموماً أكثر من 90%، تُلتها لرغبة الأم.

رسم بياني: التوزيع النسبي للولادات الطبيعية والولادات القيصرية في المصحات الخاصة حسب مستوى دخل العائلة الشهري



4.1.3 تكلفة الولادة المحمولة على الأسرة

عن السؤال "قدّاش تكلفت عليك الولادة من جيبك؟"، أجاب 85% من المعنيين فعلياً بتقديم مبلغ تراوح بين 0 (2%) و100 ألف دينار (حالة وحيدة*) في حين أجاب معظم البقية بعدم معرفة المقدار أو نسيانه.

وقد اخترنا تحليل المعطيات حسب مكان الولادة انطلاقاً من توقع بوجود فوارق مهمة لأسباب شتى وفي مقدمتها التباينات الكبيرة في "التسعيرات" لمن لا بطاقة علاج لهم.

واختلفت نسبة المجيبين والمجيبات فعلياً بين من كانت ولادة آخر طفل لهم في مستشفى عمومي (82%) ومن كانت في مصحة خاصة (94%)

* ولادة قيصرية بمصحة خاصة مع إقامة للأم طيلة 15 يوماً

وقد آثرنا عدم احتساب حالتين قصويين لولادتين في القطاع الخاص* وحالة أخرى في القطاع العام**، واستثناء الولادات التي لم تتكلف أي شيء على الأسرة***

بينت النتائج فعلا اختلافات جذرية للتكلفة على الأسرة بين الولادة في القطاع العمومي والقطاع الخاص، حتى بالنسبة لمن يتكفل الصندوق الوطني للتأمين على المرض بتغطية تكلفة الولادة بنسبة هامة نظريا.

فالمعدّل العام لتكلفة الولادة المدفوعة من جيب الأسرة**** بلغ عموما في المصحات الخاصة 2184 دينار***** وهو ما يفوق عشرة أضعاف مثيله في القطاع العمومي حيث لم يتجاوز المعدل العام لتكلفة الولادة المحمولة على الأسرة 194 دينار*****.

وتبقى الفوارق في نفس المستوى بالنسبة إلى الولادات الطبيعية التي تقلص معدل تكلفتها على الأسرة بالمصحات الخاصة إلى حدود 1496 دينار** (مع مبالغ تتراوح بين 3200 و700 دينار)، وإلى 143 دينار في المستشفيات العمومية (لكن مع فوارق هامة بين 1500 دينار كمبلغ أقصى و30 دينار كمبلغ أدنى)

أما عند مقارنة تكلفة الولادات القيصرية، فنجدها تقلص بصفة نسبية إلى مستوى 7 أضعاف فقد ارتفع معدلها إلى 2394 دينار في المصحات الخاصة***** (مع مبالغ تتراوح بين 4000 و400 دينار) وبلغ 336 دينار***** في المستشفيات العمومية (لكن مع فوارق هامة بين 3000 دينار كمبلغ أقصى و35 دينار كمبلغ أدنى*****)

ولم نجد فوارق تتجاوز 5% في معدل التكلفة المحمولة على الأسرة للولادات الحاصلة في المصحات الخاصة بين المضمونين الاجتماعيين المنضوين في نظام التأمين على المرض وبين من لا بطاقة علاج لهم.

بالمقابل كان المعدل العام للتكلفة المحمولة على الأسرة للولادات الحاصلة في المستشفيات العمومية أعلى لدى من لا بطاقة علاج لهم بنسبة 33% مقارنة بالمضمونين الاجتماعيين من منظوري الصندوق الوطني للتأمين على المرض (240 دينار مقابل 180 دينار)

لكن مهما كان مكان الولادة، مستشفى أو مصحة، ومهما كانت تكلفة الولادة المدفوعة إلى المؤسسة الصحية، وحتى لو كانت مجانية، كثيرا ما تضاف تكلفة أخرى تتمثل فيما تطلب المؤسسة الصحية من الأسرة اقتناءه وتسليمه لها لاستعماله للأم أو الوليد أثناء الولادة أو بُعَيْدَهَا.

* الحالة الأولى المذكورة آنفا، وحالة ثانية لولادة قيصرية بمصحة خاصة مع إقامة لم تتعدى 3 أيام وبلغت تكلفتها 22 ألف دينار ** تتعلق بولادة قيصرية مع إقامة للأم لم تتجاوز 3 أيام ووقع تسجيل أن تكلفتها 200000 دينار وهو ما بدا لنا غير واقعي بل غير ممكن وناجما في أغلب الظن عن إضافة صفر أو صفرين، رغم أن المعني لا بطاقة علاج له *** كلها بالقطاع العمومي، ومعظمها لسباب بدوار هيشتر، وجلها لأصحاب بطاقات علاج عسكرية **** أي دون احتساب مساهمة النظام الإجباري للتأمين على المرض للمضمونين الاجتماعيين ولا التأمين التكميلي (علما أن 11% ممن حصلت ولادة آخر طفل لهم في مصحة خاصة و4% ممن كانت في مستشفى عمومي لهم تأمين تكميلي) ***** فضلنا عدم احتساب مبلغين لولادتين بالقطاع الخاص بدلا لنا غير واقعيين مقدارهما 60 و150 دينار، ونرجح حصول خطأ في تحديد مكان الولادة

***** فضلنا عدم احتساب مبلغ ولادة قيصرية بالقطاع العمومي مقداره 10 دينار حيث أنه لا توجد تعريفة في القطاع بكذا مبلغ، علما وأن الشاب المعني بالمبلغ المسجل باعتباره إجابته عن السؤال، له بطاقة علاج مجاني. ***** سواء كانت الولادات القيصرية لأسباب صحية أو لرغبة الأم، أي دون فوارق تُذكر

5.1.3 شراعات الأسرة أثناء الإقامة للولادة بطلب من المؤسسة الصحية

شملت الأسئلة المتعلقة بالموضوع 5 أصناف من طلبات الاقتناء الصادرة من المؤسسة الصحية مكان الولادة، هي على التوالي: مسكنات الأم، أدوية أخرى، مستلزمات طبية أخرى، حليب اصطناعي وأخيرا "شيء آخر". وعموما كانت نسبة الإجابات مرتفعة، إذ تراوحت نسب عدم معرفة الإجابة عن كل منها على حدة بين 2,6% و4,1% في حين لم تتجاوز نسبة عدم معرفة الإجابة كليا 1,4% من المعنيين الـ599.

وقد تبين أنه في ثلثي (66%) الولادات طلب المستشفى أو المصححة من الأسرة جلب واحد من الأصناف المذكورة آنفا على الأقل، بنسب متفاوتة بين طلب اقتناء الأصناف الخمسة (3% من مجموع الولادات) وواحد منها فقط (20%).

وعند تعميق النظر في هذه النقطة، فضلنا تخصيص الأمر على الأصناف الثلاثة، مقابل صرف النظر عن الصنف الخامس باعتباره قد يحمل خلطا مع مستلزمات غير صحية بالمفهوم الضيق للكلمة، وتأجيل البحث في الصنف الرابع لخصوصيته التي تتجاوز جانب المصاريف الإضافية إلى مشروعيتها الصحية بل ومدى تأثيره السببي على الصحة. والهدف من هذا التخصيص، التركيز على ما هو بعلاقة مباشرة بموضوع الدراسة.

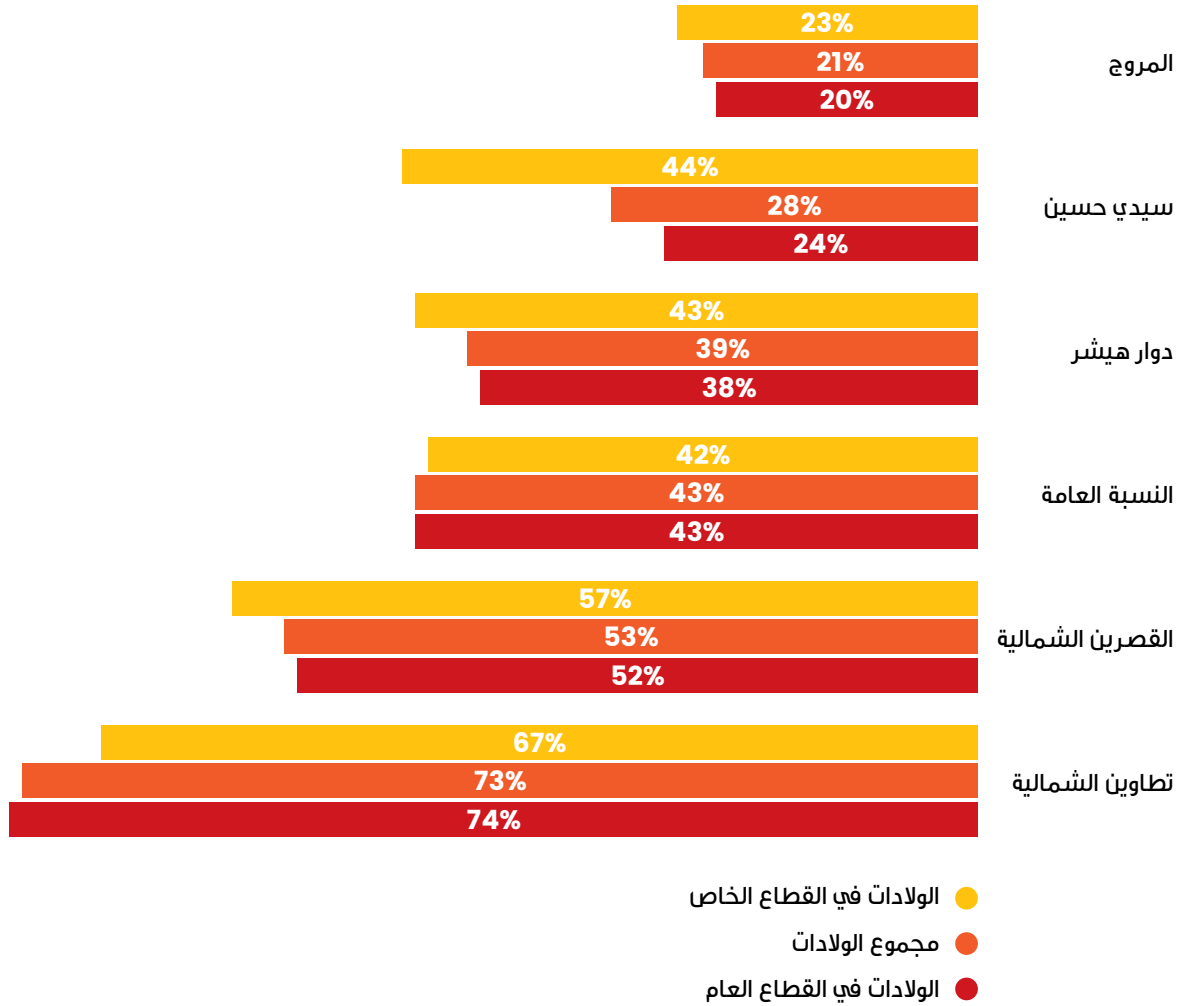
وقد بلغت نسبة الولادات التي طلب فيها المستشفى أو المصححة من الأسرة جلب مسكنات ألم و/أو أدوية أخرى و/أو مستلزمات طبية أخرى، 43%، وهي نسبة مرتفعة باعتبار أن طلب اقتناء الأسرة لأدوية أو مستلزمات طبية يمثل عموما ضربا لحق الأم (و/أو وليدها) في الحصول عليها في إطار نظام التغطية الصحية المنضوية فيه. وإضافة إلى ذلك، فمن اللافت أن هاته النسبة لا تختلف بين الولادات في المستشفيات العمومية والولادات في المصحات الخاصة (42% مقابل 43%).

لكن التباينات في نسبة طلب المستشفى أو المصححة جلب أدوية (مسكنات للألم و/أو أدوية أخرى) و/أو مستلزمات طبية واضحة بين المعتمديات، فهي لا تتجاوز 21% من مجموع الولادات في المروج (و28% في سيدي حسين) مقابل 74% في تطاوين الشمالية، في حين أنها في موقع وسط في المعتمديتين الباقيتين مع مستوى أقرب نسبيا في القصرين الشمالية إلى المعتمدية الداخلية الأخرى (53%) على عكس النسبة في دوار هيشر (38%) التي تبقى أقرب إلى تلك المسجلة في المعتمديتين الأخرين لتونس الكبرى.

وهاته النسب العامة هي تقريبا نفسها الملاحظة في مختلف المعتمديات في الولادات بالمستشفيات العمومية. غير أن بعض الاختلافات تلاحظ في الولادات بالمصحات الخاصة وتتعلق أساسا باقتراب نسبة سيدي حسين بتلك الخاصة بدوار هيشر، وتقلص الفارق بين تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية.

ويبقى ارتفاع نسبة في المعتمديتين الداخليتين مقارنة بمعتمديات تونس الكبرى، سواء تعلق الأمر بالولادات في المستشفيات أو المصحات، أهم استنتاج، إلى جانب النسبة العامة التي تعتبر هامة.

رسم بياني: نسبة الولادات التي طلبت فيها المستشفيات أو المصحات الخاصة من الأسر شراء أدوية و/أو مستلزمات طبية ومدّها به، حسب المعتمديات



أما حسب سن المستجوب فالاختلافات محدودة جداً*. كما نلاحظ أن الاختلافات في كل شريحة بين الولادات في القطاع العام والولادات في القطاع الخاص محدودة ومنحصرة في شريحة عمرية واحدة تقريباً**.

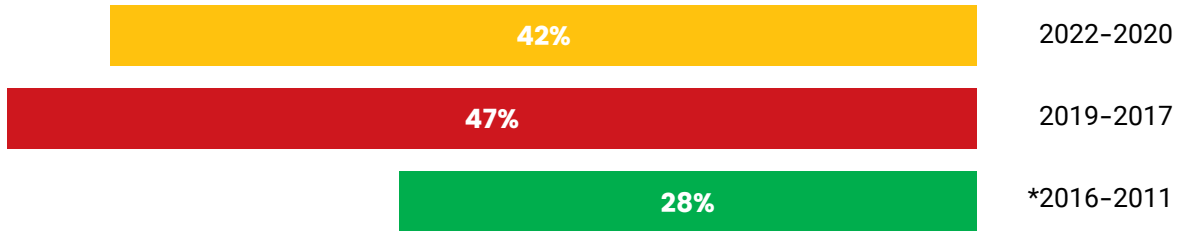
وفي رأينا، في علاقة بأهداف البحث، أن دراسة تطور النسبة حسب تاريخ حصول آخر الولادة أكثر أهمية من التركيز على مدى اختلافات النسبة حسب سن المستجوب خاصة وأن العلاقة غير مباشرة بين المتغير الأخير والسن عند حصول الولادة إلى جانب أن المستجوبين هم إما الأمهات أو الآباء.

* تتراوح بين 41% لدى الشريحتين الأعلى سنا (35-39 سنة) وكذلك الأدنى (18-24 سنة) من جهة وبين 45% و46% لدى الشريحتين الوسطيتين (تباعاً 25-29 سنة و30-34 سنة).

** النسبة أعلى قليلاً في القطاع الخاص لدى الشريحة العمرية 35-39 سنة (47% مقابل 40% في القطاع العمومي). فيما هي متساوية بين القطاعين في الشريحتين الوسطيتين. أما لتباين الكبير الملاحظ في النسبة بين القطاعين في الشريحة العمرية 18-24 سنة فهو غير ذي بال لعدد الولادات المنزلي في القطاع الخاص.

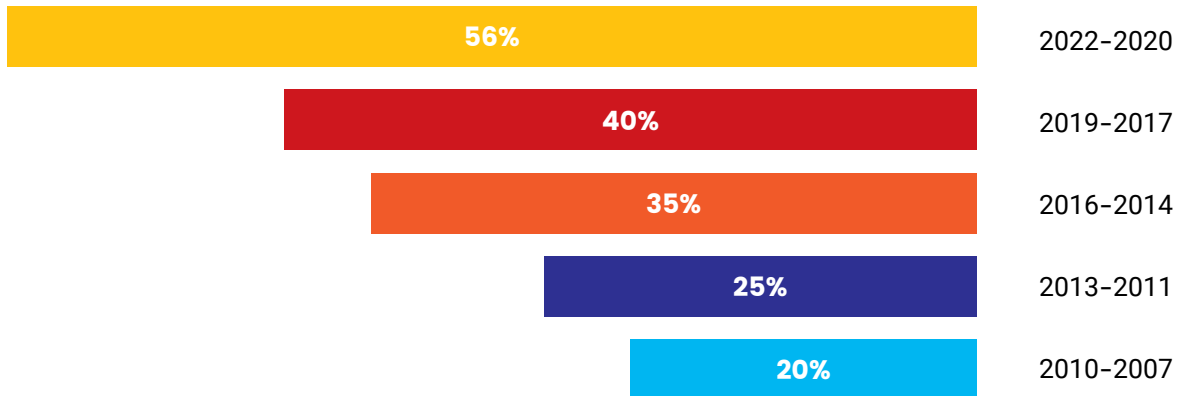
وقد تبين فعلا وجود تباينات اهم في هذا الصدد:

رسم بياني: تطور نسبة طلب المصحات الخاصة من أسر الحوامل المقيمت للولادة جلب أدوية و/أو مستلزمات طبية



ما انفكت النسبة ترتفع بنسق تصاعدي متواصل على مر السنين بلغ ذروته في فترة 2022-2020 بنسبة تفوق ضعف ما كانت عليه في فترة 2013-2011، وتجاوزت بها النسبة المسجلة في القطاع الخاص والتي كانت قد شهدت أوج ارتفاعها منذ فترة 2019-2017.

رسم بياني: تطور نسبة طلب المستشفيات العمومية من أسر الحوامل المقيمت قصد الولادة جلب أدوية و/أو مستلزمات طبية



6.1.3 جودة الخدمة الصحية أثناء الولادة في مصحة أو مستشفى

إن تقييم جودة الخدمة الصحية عموما معقد، أساسا بارتباط بتعدد زوايا النظر والتقييم. كما أنه من العادة اعتماد مقارنة تميز بين تقييم الجودة في القطاع العام والقطاع الخاص لمبررات وأيضاً دوافع متعددة أصبح جُلها معروفاً بصفة واسعة.

أ. ويبقى الجانب العلائقي والتواصلية والإنساني الأيسر تقييماً بحكم أهمية الجانب الانطباعي لمتلقي الخدمة أو المنتفع بها.

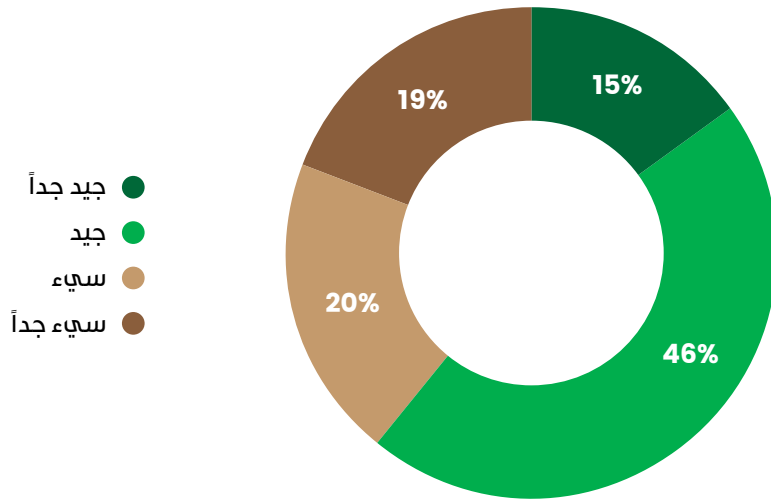
في هذا الإطار يمكن القول بأن إجابة المشاركين عن السؤال المباشر بخصوص تقييم تعامل الطاقم الصحي خلال ولادة طفلهم الأخير واضحة إلى حد كبير.

* لم ترد في الدراسة ولادات لآخر طفل في المصحات الخاصة قبل 2011. كما أن عددها الضعيف جداً في فترة 2013-2011 وفترة 2016-2014، حداً بنا إلى تجميع معطيات الفترتين على عكس الولادات في القطاع العمومي

فعموما يبقى التقييم إيجابيا بالنسبة إلى أكثر من الثلثين يعتبرون هذا التعامل جيدا (45%) أو جيدا جدا (24%). مع تقاسم البقية انطبعا بأنه على العكس سيء أو سيء جدا بنسب شبيهة متساوية.

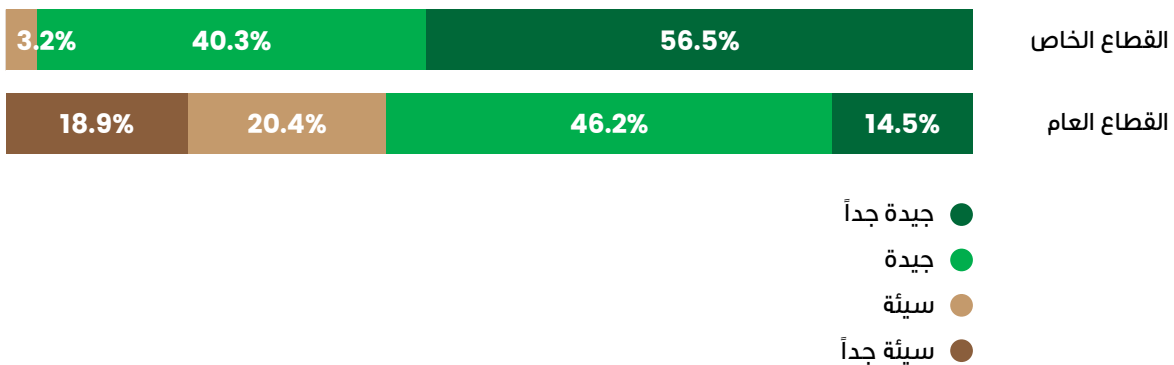
وهاته النسب أقرب إلى نسب تقييم من أنجبا آخر أبنائهم (إلى حدود تاريخ الدراسة) في القطاع العمومي

رسم بياني: تقييم تعامل الطاقم الصحي خلال ولادة الطفل الأخير في القطاع العمومي



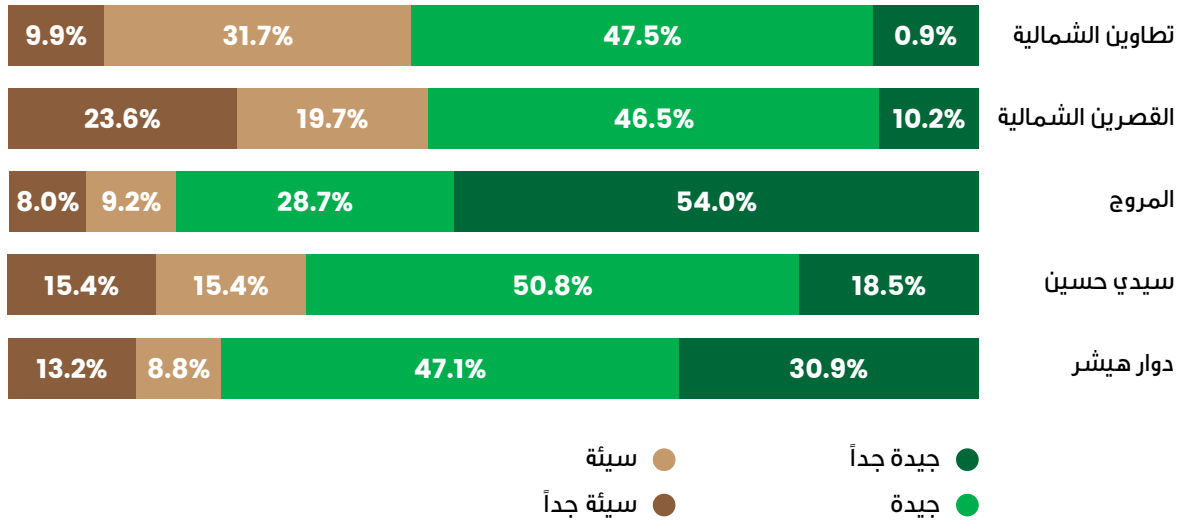
وهو أمر طبيعي بحكم أنهم يمثلون أكثر من ثلاثة أرباع مجموع الولادات. أما التقييم المتعلق بمعاملة الطاقم الصحي في الولادات التي جرت في القطاع الخاص فكان بوضوح أكثر إيجابية وربما بنسب أعلى من المتوقع حيث أنه خلت التقييمات السلبية تماما واقتصرت التقييمات السلبية على نسبة ضعيفة جدا (3%) مقابل ارتفاع نسبة التقييمات الإيجابية جدا إلى أكثر من النصف (56%)

رسم بياني: تقييم تعامل الطاقم الصحي خلال ولادة الطفل الأخير: مقارنة بين الولادات في القطاع العمومي والقطاع الخاص



أما مقارنة التقييمات حسب الخصائص الأساسية فتتراوح فيها الاختلافات داخل شرائح كل خاصية بين شبه انعدام للاختلافات داخل الفئات العمرية، مروراً بوجود اختلافات محدودة بين الجنسين أو اختلافات تبدو هامة حسب فئات النشاط الاقتصادي لكنها تبقى ذات دلالة إحصائية محدودة**، لتبلغ مستوى التباينات الهامة إحصائياً سواء بين المعتمديات أو حسب المستوى التعليمي. لكن تجدر الإشارة إلى أن تباين التقييم للقطاعين العمومي والخاص يبقى أهم في مستوى المعتمديات.

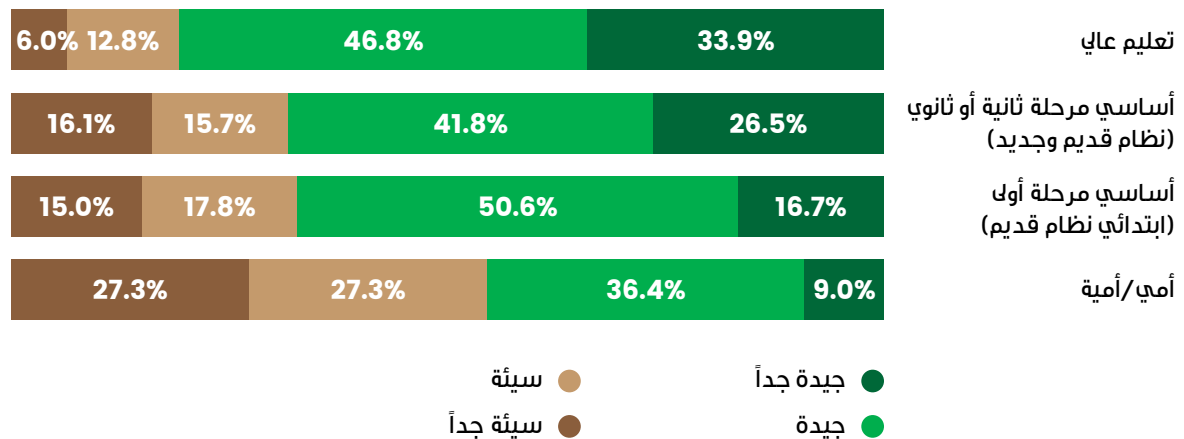
رسم بياني: تقييم تعامل الطاقم الصحي خلال ولادة الطفل الأخير: مقارنة بين المعتمديات



تتميز المروج بنسبة عالية تفوق النصف من التقييمات الإيجابية جدا (54%)، مع نسبة محدودة من التقييمات السلبية لا تتجاوز 17% (تتوزع بصفة متساوية تقريبا بين سيء جدا وسيء 9%)، بالمقابل ترتفع التقييمات السلبية عموما في المعتمديتين الداخليتين فتبلغ 43% في القصرين الشمالية أغلبهم قيموا التعامل بأنه سيء جدا، و42% في تطاوين الشمالية لكن قلة منهم (حوالي 10%) اعتبروا أن التعامل سيء جدا. أما المعتمديتان الأخريان لتونس الكبرى فموقع التقييمات فيهما وسطي عموما مع اختلافات نسبية بينها.

كما يتميز التقييم حسب المستوى التعليمي للمستجوب*، بأدنى نسبة تقييم إيجابي عموما حيث لم تبلغ حتى نصف الإجابات (45%) وأدنى نسبة تقييم إيجابي جدا (9%)، وسجلت هاتان النسبتان لدى من حرموا تماما من التعليم، وبالمقابل سجلت لدى من حظوا بالوصول إلى الجامعة نسب معاكسة تماما بلغت فيها نسبة التقييمات الإيجابية أكثر من 80% مع ثاني أعلى نسبة تقييمات إيجابية جدا (34%) بعد تلك المذكورة آنفا فيما يخص مقارنة التقييمات بين المعتمديات، وتجدر الإشارة إلى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمشاركين كلما قيموا عموما تعامل الطاقم الصحي أثناء الإقامة للولادة بأنه كان أفضل.

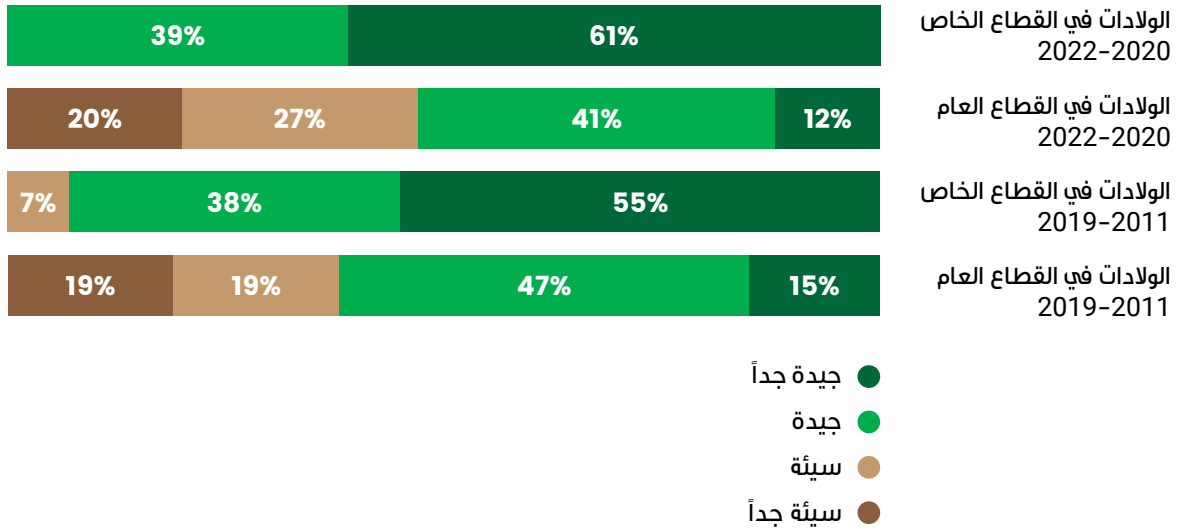
رسم بياني: تقييم تعامل الطاقم الصحي خلال ولادة الطفل الأخير حسب المستوى التعليمي للأم أو الأب*



* التقييم من طرف المستجوب ويمكن أن يكون الأم (وكان ذلك في 69% من الحالات) أو الأب

أخيراً سعيينا إلى دراسة تطور تعامل الطاقم الصحي عبر السنين من خلال اعتماد سنة ولادة آخر طفل. ورغم الأعداد المحدودة خاصة للولادات في المصحات الخاصة، فإن الاكتفاء بمرحلتين: 2011-2019 و2020-2022 مكننا من ملاحظة نزوع إلى مزيد من الفوارق بين القطاع العام والقطاع الخاص.

رسم بياني: مقارنة معاملة الطاقم الصحي بين القطاعين العام والخاص خلال الإقامة للولادة وتطورها بين فترتي 2011-2019 و2020-2022 حسب تقييم الأمهات أو أزواجهن



ب. السعي إلى مقارنة لتقييم الجودة من زاوية توافق القرارات والأعمال الصحية مع القواعد العلمية والمتفق عليها، أمر أكثر صعوبة، لكن يبقى ممكناً.

في هذا الإطار قمنا بمقارنة مدة إقامة الأم في حالة الولادة القيصرية مع التوصيات التونسية المحددة في إطار سلة الخدمات الأساسية في مجال صحة الأم والوليد.

وقد تبين أن نسبة تفوق ثلث الولادات القيصرية في القطاع الخاص لكن أقل من عُشرها في القطاع العام لم تتجاوز فيها مدة إقامة الأم 24 ساعة بعد الولادة وهي مدة أقل بالنصف على الأقل من المدة الدنيا المطلوبة بعد كل ولادة قيصرية والمحددة بـ 48 ساعة.

رسم بياني: مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص نسبة الولادات القيصرية التي لم تتجاوز فيها مدة إقامة الأم بعد الولادة نصف المدة الدنيا الضرورية*



كما تمثل نسبة اعتماد الولادة غير الطبيعية في المستشفى أو المصحة بعد الولادة مؤشراً على مدى مطابقة قرارات الطاقم الصحي لقواعد صحة الأم والوليد التي تحدد اللجوء إلى الرضاعة غير الطبيعية في وضعيات محدودة جداً.

* 24 ساعة أو أقل عوض 48 ساعة

ولكن يتبين من خلال دراستنا أن نسبة اعتماد الرضاعة غير الطبيعية مرتفعة جدا سواء في القطاع العام أو القطاع الخاص ومهما كانت الولادة طبيعية أو بعملية قيصرية. فقد طلب من الأسر جلب الحليب الاصطناعي في 36% من الولادات بالمستشفيات العمومية (32% من الولادات الطبيعية و47% من الولادات القيصرية) و40% من الولادات بالمصحات الخاصة (34% من الولادات الطبيعية و42% من الولادات القيصرية)

كما يظهر أن النسبة تطورت كثيرا في السنوات الأخيرة حيث بلغت في القطاع العمومي حوالي 31% في فترة 2017-2019 ثم 47% في 2019-2022 بعد أن كانت في حدود 28% قبل سنة 2011 بل ونحت نحو التراجع إلى 21% بين 2011 و2013 ولم تتجاوز 26% بين 2014 و2016.

الأمر لا يختلف كثيرا في القطاع الخاص مع أن الذروة كانت منذ 2017-2019 بنسبة 42% بعد أن كانت النسبة في حدود 33% في فترة 2011-2016 لكن يبدو أن الفارق بين القطاعين يتقلص وربما ينقلب في اتجاه تجاوز النسبة بالقطاع العمومي لمثيلتها بالقطاع الخاص التي كانت في حدود 43% في 2020-2022.

وربما يكون الوجه الآخر لهذا الموضوع ذو الدلالة العالية، أن 34% فقط من الأمهات أجبن أنهن تلقين مساعدة في المستشفى أو المصحة لإرضاع ولدانهم. ولا يمكن العدد المحدود خاصة ممن وجهن السؤال ووُلدن في المصحات الخاصة من التعمق في هاته النقطة.

والجدير بالملاحظة أن هاته النقطة جاءت في إطار سؤال أنتمل وجه لأكثر بقليل من 100 أم ممن شاركين في الدراسة، حول عدد من المساعدات التي من المفترض انهن يتلقونها، بعضها قبل الولادة وبعضها بعد الولادة. وقد تبين أنه إضافة إلى أن 30% لم يتلقين أي مساعدة لا قبل الولادة ولا بعدها، وأن أكثر المساعدات تواترا تمثلت بخصوص ما بعد الولادة في العناية بنظافة الأم ونظافة وليدها لكن بنسبة لم تتجاوز 40%. وبخصوص ما قبل الولادة تمثلت المساعدة الأساسية في الانتفاع بحقنة دوائية ضد الألم في حالات الولادة الطبيعية ولم تتجاوز النسبة 40% كذلك. كما تجدر الإشارة إلى أن حوالي 35% تلقين مساعدة نفسية كانت في معظم الحالات قبل الولادة على الأقل وفي أغلب الحالات قبلها وبعدها.

7.1.3 دفع رشوة أو استعمال معارف و"أكتاف" لتسهيل الخدمة الصحية في إطار ولادة آخر طفل:

أقر 10,8% من شباب المناطق الخمسة البالغة أعمارهم بين 18 و39 سنة المشاركون في الدراسة وأنجبوا طفلا أو أكثر، أنهم أجبروا على دفع رشوة بهدف تيسير خدمة صحية في إطار ولادة آخر طفل*. أما من صرحوا بلجوئهم إلى "الأكتاف" أو المعارف لنفس الغرض فتناهم نسبتهم 17,3%، مع مجموع يبلغ 22,7% باعتبار أن 5,4% جمعوا بين الرشوة و"الأكتاف".

ولئن بقيت نسبة الاستعانة بـ"الأكتاف" أو المعارف لدى المقيمين في مستشفى أو مصحة في الـ12 شهرا التي سبقت الدراسة (23,4%)، فإن حالات اللجوء إلى دفع رشوي أو إلى الاستعانة بـ"الأكتاف" أو المعارف لتسهيل الخدمات الصحية الخاصة بالولادة أكثر دلالة، وذلك ليس فقط لعددتها الأهم مقارنة بمثيلاتها في مجال الإقامة الاستشفائية، بل لأنها ترتبط بأحد أكثر مجالات الخدمات الصحية حساسية مما يجعل اللجوء إلى تلك الممارسات مؤشرا على مدى خطورة صعوبات تكريس الحق في الصحة والخدمات الصحية.

ثم إن نسب اللجوء إلى دفع رشوة أو الاستعانة بـ"الأكتاف" أو المعارف أعلى في القطاع العام إذ تبلغ تباعا 13% و20% مع نسبة عامة تصل إلى 26%.

كما أن حالات الولادة في المصحات الخاصة ليست بمنأى عن ممارسات الفساد تلك، رغم أنها تبقى أقل انتشارا بكثير بنسبة عامة تُقدَّر بـ7% ونسبة دفع رشوي محدودة ولم تتجاوز 2%**.

* دون احتساب الولادات التي وقعت في المنزل

** تنبغي الإشارة إلى العدد المحدود من هذه الحالات التي وقع تسجيلها في الدراسة والذي كان في حدود 9 حالات من مجموع 126 ولادة في المصحات الخاصة، منها حالتان جمعتا بين دفع رشوة والاستعانة بالمعارف البقية حالات استعانة بالمعارف فحسب

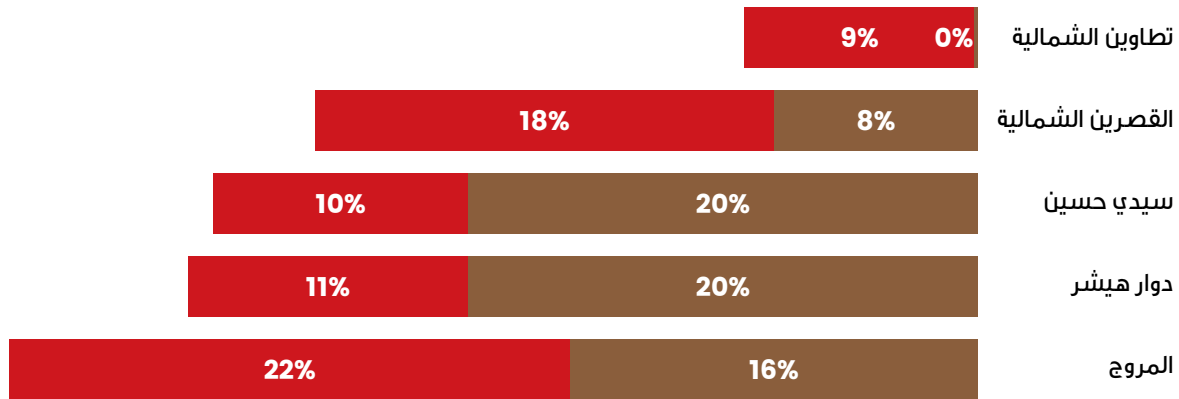
وأمام اختلاف النسب بين القطاعين من جهة وتباين نسب الولادة حسب القطاع بين المعتمديات من جهة ثانية ومحدودية عدد الحالات المسجلة في القطاع الخاص بحكم استقطابه لحوالي 20% فقط من مجموع الولادات التي شملتها الدراسة*، ارتأينا -بغاية انتهاز أقصى ما يمكن من الموضوعية- حصر مقارنة النسب حسب مختلف المتغيرات الأساسية للعيّنة في الولادات المؤمّنة في المستشفيات العمومية.

وأول الاستنتاجات في المجال وجود تباين في النسبة العامة أساسا بين معتمدية المروج من جهة بنسبة دفع رشواي و/أو استعانة بـ"الأكتاف" أو المعارف ترتفع إلى 38% من مجموع مَن وُلد آخر أطفالهم بمستشفى عمومي، ومعتمدية تطاوين الشمالية حيث لا تتجاوز هاته النسبة 9%.

أما بخصوص نسبة دافعي رشواي (مع أو دون استعانة بـ"الأكتاف" أو المعارف) المصرّح بها فأهم ما يلاحظ على الإطلاق أنها تساوي 0% في تطاوين الشمالية. ومع تكرر ملاحظة هاته النسبة فإنها تبدو حقيقية أو مقاربة جدا للحقيقة أو أنها على الأقل تعبير عن ثقافة عميقة تشجّب هذه الممارسة (التي يُوجَد إجماع كوي على أنها أحد أشدّ مظاهر الفساد). كما لا يمكن تجاهل أنّ النسبة المسجلة في القصرين الشمالية، المعتمدية الداخلية الأخرى في الدراسة لا تبلغ سوى نصف مثيلتها المسجلة في معتمدية المروج، أي نصف أدنى نسبة مسجلة بين المعتمديات الثلاث لتونس الكبرى، باعتبار أنّ النسبة المسجلة في معتمديتي تونس الكبرى الأخرين تتجاوزان مثيلتها في المروج ولو بصفة غير ذات دلالة كبرى).

كذلك تنفرد تطاوين الشمالية بأدنى نسبة عامة** للاستعانة بـ"الأكتاف" أو المعارف، حيث أنها لا تتجاوز 9%. لكن تجدر ملاحظة أنها الأعلى في كل من المروج والقصرين الشمالية حيث ترتفع إلى 26% بسبب أن كل حالات دفع الرشوة المصرّح بها في المعتمدية الأخيرة اقترنت بالإقرار باستعانة بـ"الأكتاف" أو المعارف في نفس الإطار.

رسم بياني: نسب دافعي الرشوة والمستعنين بـ"الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار الولادة بمستشفى لآخر طفل حسب المعتمديات



● دفع رشوة مع أم دون الاستعانة بمعارف

● الاستعانة بمعارف دون دفع رشوة

أما حسب مستوى الدخل العائلي أو وضعية التغطية الصحية، فمع اختراق هاتين الممارستين كل الشرائح تقريبا، لاحظنا مستويات تباين في النسب*** مع دلالات إحصائية مختلفة.

بخصوص النسبة حسب مستوى الدخل العائلي، التجأ ربع أصحاب مستويات الدخل المتوسط (بين 800 و1200 دينار) فما فوق (أكثر من 1200 دينار) إلى إحدى الممارستين أو كلاهما، في حين لم تتجاوز النسبة 15% لدى أصحاب مستوى الدخل المحدود جدا**** (بين 200 و500 دينار) أو شبه المنعدم (200 دينار أو أقل)

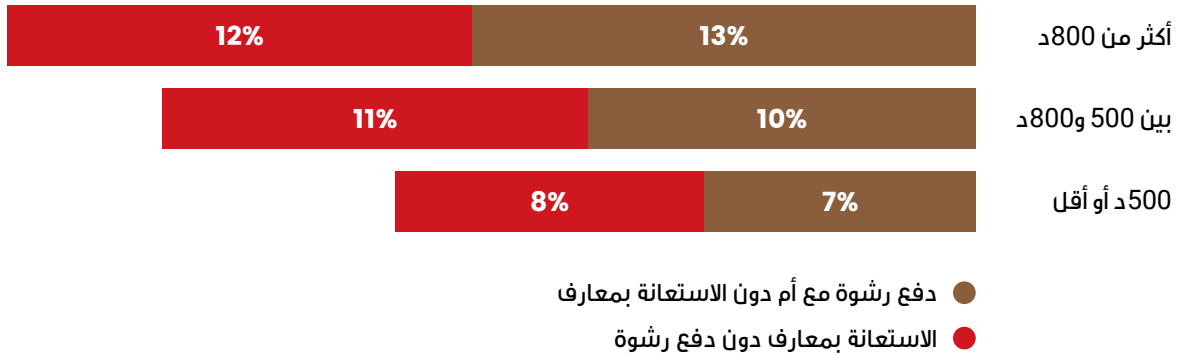
* كان هذا العدد من الحالات التي وقع تسجيلها في الدراسة 9 حالات من مجموع 126 ولادة في المصحات الخاصة، منها حالتان جمعتا بين دفع رشوة والاستعانة بالمعارف، وبهتان شابين من المروج، والبقية حالات استعانة بالمعارف فحسب

** الاستعانة بـ"الأكتاف" أو المعارف مع أو دون دفع رشوة

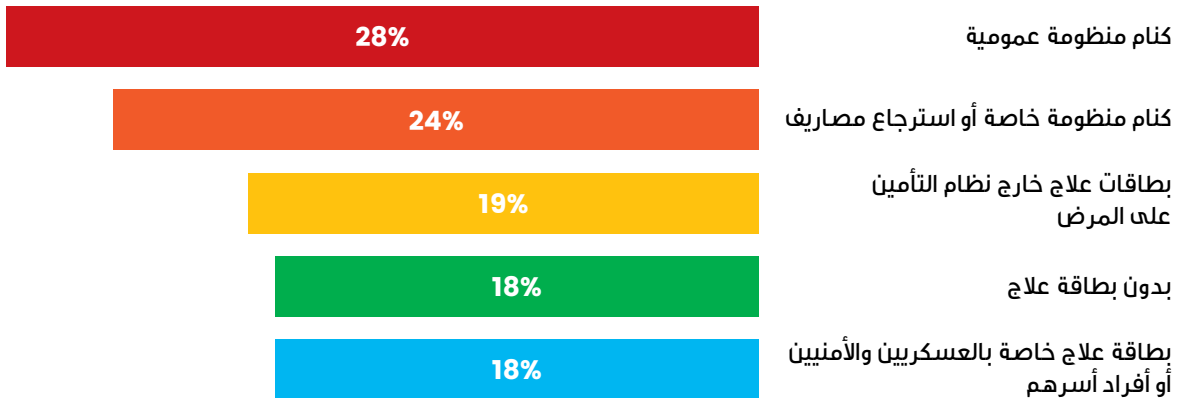
*** هنا نعود لاعتماد الولادات المؤمّنة في المستشفيات العمومية والمصحات الخاصة في مقارنة النسب

**** مع موقع وسط لأصحاب الدخل المحدود (بين 500 و800 دينار) بنسبة عامة تبلغ 21%

رسم بياني: نسب دافعي الرشوة والمستعنين بـ"الأكتاف" لتيسير خدمة صحية في إطار ولادة آخر طفل حسب بمستشفى أو مصحة حسب مستوى الدخل العائلي الشهري



لكن الاختلافات أقل وضوحاً حسب وضعيّة التغطية الصحيّة. فهي تنحصر أساساً بين المعتمدين على نظام التأمين على المرض (وأساساً المنظومة العمومية) من جهة، ومختلف بقية الأصناف* من جهة أخرى. فنسبة من التّجّؤوا إلى الرشوة أو "الأكتاف" تبلغ 28% من المنضويين في المنظومة العمومية (و24% لدى المنضويين في المنظومة الخاصة وصيغة استرجاع المصاريف)، في حين أنها أقل بالثلث لدى البقية.



* سواء كانوا مضمونين اجتماعيين خارج نظام التأمين على المرض، أو أصحاب بطاقات العلاج المسلمة من وزارة الشؤون الاجتماعية أو الخاصّة بالعسكريين والأمنيين وأعوان وزارة الصحة أو أسرهم، أو دون بطاقات علاج

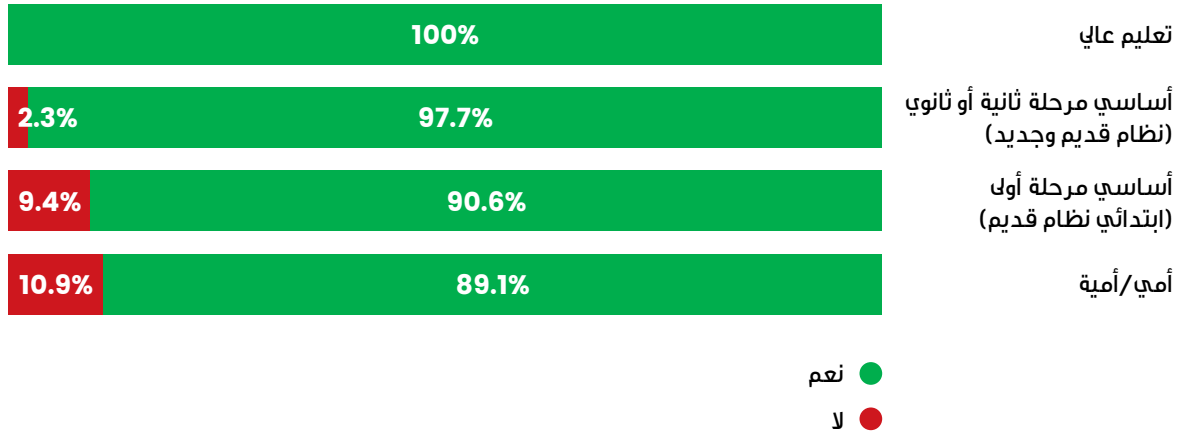
2.3 متابعة الحمل

1.2.3 إجراء العيادة الأولى في الثلاثة أشهر الأولى للحمل*

نسبة إجراء العيادة الأولى لمتابعة الحمل في الثلاثة الأشهر الأولى منه مرتفعة، إذ تبلغ أكثر من 95% لدى المشاركين في الدراسة ممن لهم طفل أو أكثر.

ومع ذلك، تبقى النسبة متباينة** بين أصحاب المستوى التعليمي الجامعي (100%) من جهة، وأصحاب المستوى التعليمي الابتدائي (91%) وخاصة من حرموا تماما من التعليم (89%) من جهة أخرى

رسم بياني: نسبة إجراء العيادة الأولى لمتابعة الحمل في الثلاثة الأشهر الأولى منه حسب المستوى التعليمي (للمشارك في الدراسة من الأبوين)***



أما الفوارق بين المعتمديات فهي ضعيفة جدا وتتركز بين المروج والقصرين الشمالية من جهة (وبنسبة تقارب 98% في كل منهما) وسيدي حسين من جهة أخرى (بنسبة لا تتجاوز 91%).

كما أن الفوارق حسب الشريحة العمرية للأب أو الأم هزيلة، رغم نسبة أدنى قليلا لدى شريحتي 18-24 و25-29 سنة مقارنة بالشريحتين الأعلى سنا.

وتتحصر الفوارق المحدودة الدلالة حسب النشاط الاقتصادي**** بين من يعملون (97%) وبين فئتي غير الناشطين والعاطلين الباحثين عن عمل (وبنسبة تناهز 93% في كل منهما).

* التأكيد على توقيت العيادة الأولى، يعود إلى أن بعض أهدافها الخصوصية لا يمكن إدراكها بعيادة أولى تجرى في الثلاثية الثانية للحمل

** مع دلالة إحصائية عالية

*** حسب جنس المشارك في الدراسة التي لا تتمحور حول الإنجاب. لكننا نعتقد أن ذلك لا يغير الاتجاه العام للنتائج لاعتبارين: تمثل الإناث أكثر من ثلثي المعنيين بالجزء من الدراسة الخاص بالإنجاب، وتفيد الإحصائيات العامة باتجاه مستوى تعليمي أقل لدى الزوجة عند وجود فوارق بين القرينين في هذا الشأن

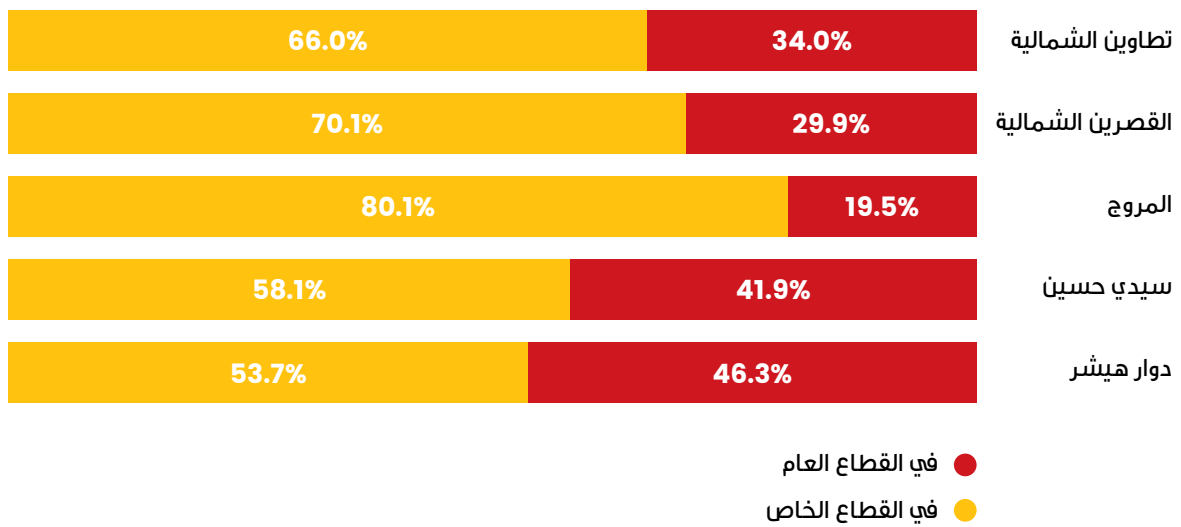
**** بعد صرف النظر عن فئة من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين باعتبار العدد الجملي الضئيل جدا ممن لهم أطفال بينهم (5)

2.2.3 القطاع الصحي الذي جرت فيه العيادة الأولى لمتابعة الحمل (في الثلاثة أشهر الأولى)

على عكس ما لاحظناه بالنسبة إلى الولادات، أُجريت أغلبية واضحة من العيادات الأولى في القطاع الخاص، مع تكفل القطاع العام بأكثر من ثلثها بقليل.

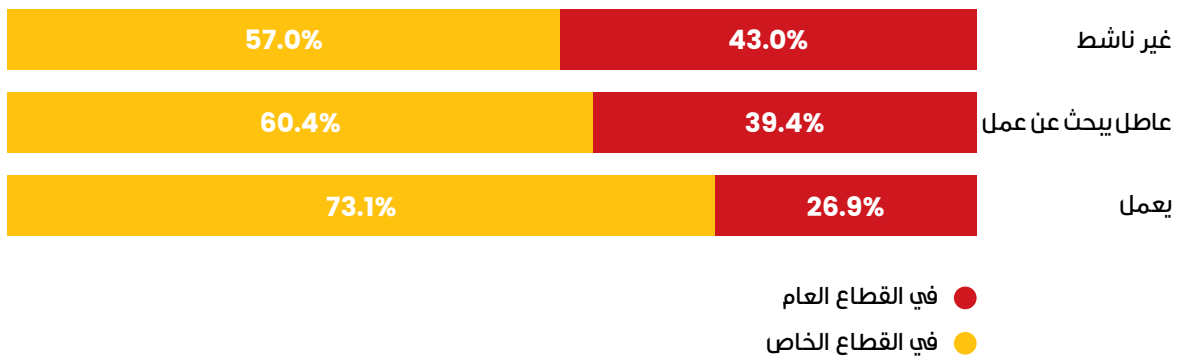
وتبقى أغلبية العيادات الأولى تُجرى في القطاع الخاص بكافة المعتمديات، لكن مع فوارق تتركز بين المروج من جهة بحوالي 20% من العيادات الأولى في القطاع العام، وبين دوار هيشر وسيدي حسين من جهة أخرى بنسب تتجاوز ضعف سابقتهما (تباعا 46% و42%).

رسم بياني: القطاع الصحي الذي جرت فيه العيادة الأولى لمتابعة الحمل حسب المعتمديات



أما حسب فئات النشاط الاقتصادي*، فتتجدد الفوارق الهامة بين من يعملون من جهة (27% فقط اعتمدوا القطاع العمومي) وبين فئتي غير الناشطين والعاطلين الباحثين عن عمل من جهة أخرى (تباعا 43% و39%)

رسم بياني: القطاع الصحي الذي جرت فيه عيادة متابعة الحمل الأولى حسب فئات النشاط الاقتصادي

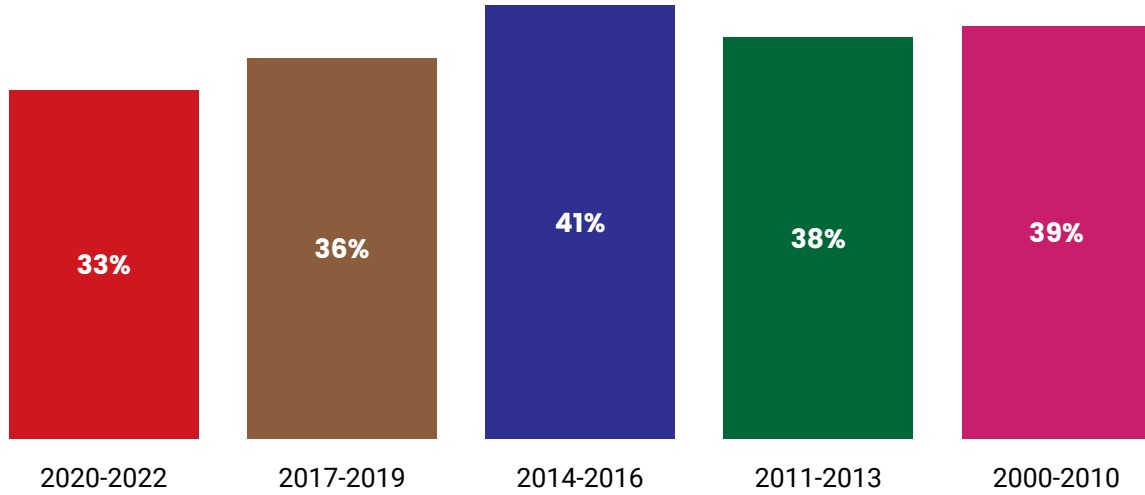


لكن الفوارق حسب الشريحة العمرية للأب أو الأم هي الأضعف دلالة إحصائيا، في ظل محدودية عدد المنتمين لشريحة 24-18 سنة وخاصة تقارب نسب بقية الشرائح (وهي مراوغة حول النسبة العامة: 40% لدى الشريحة العليا أي 35-39 سنة، و33% لدى الشريحتين الباقيتين).

* دائما بعد صرف النظر عن فئة من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين

غير أن الفوارق حسب سنة الولادة أهمّ مع دلالة إحصائية متوسطة، ورغم أن توجُّه الأغلبية إلى القطاع الخاص لإجراء عيادة الثلاثية الأولى للحمل كان قاراً منذ سنوات ما قبل الثورة.

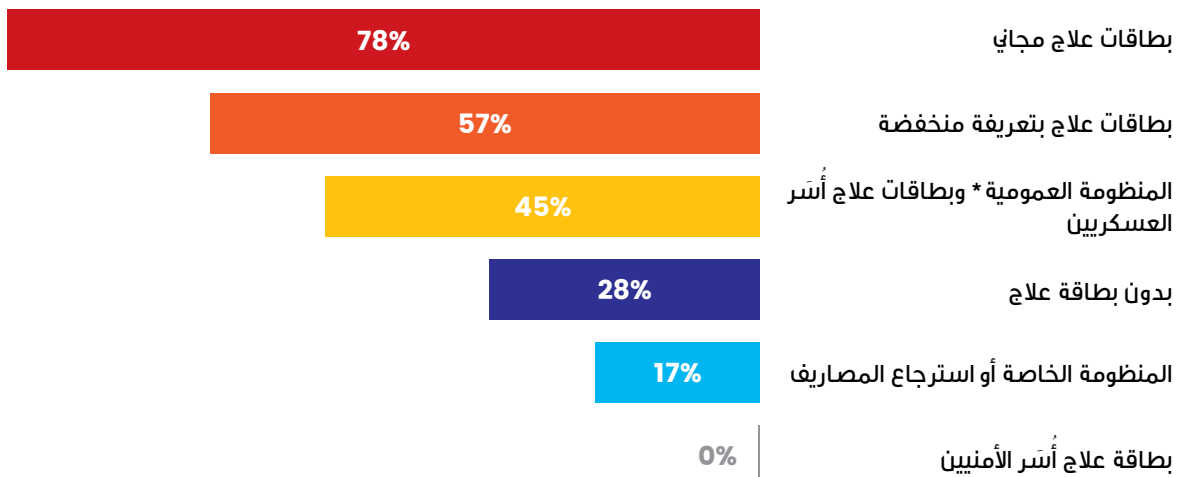
رسم بياني: تطور نسبة إجراء عيادة الثلاثية الأولى للحمل في القطاع العمومي



فبعد شبه استقرار لنسبة العيادات المجرأة في القطاع العمومي حول حُمتَي مجموع العيادات بين فترتي ما قبل الثورة (39%) و41% (2014-2016)، شهدت تدرجاً في فترة 2019-2017 إلى 36% تدعّم في 2022-2020 بنزول إلى 33%.

من ناحية أخرى، يتأكد دور نظام التغطية الصحية في اختيار القطاع العام أو الخاص لإجراء عيادة الثلاثية الأولى في متابعة آخر طفل أنجب:

رسم بياني: نسبة إجراء عيادة الثلاثية الأولى للحمل في القطاع العمومي حسب نظام التغطية الصحية للأم

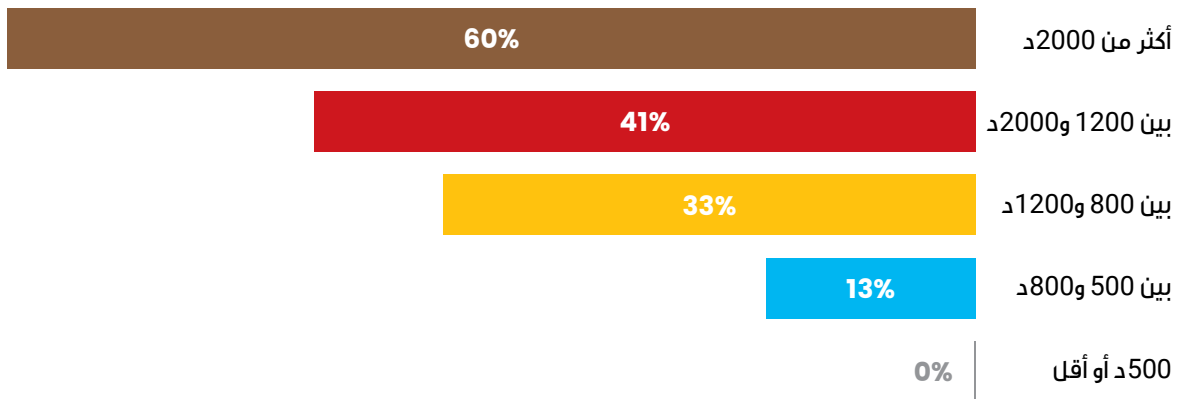


* وبطاقات علاج محدود الدخل من المضمونين الاجتماعيين

كان القطاع الخاص مقصد 83% من المنصويات* في المنظومة العلاجية الخاصة ونظام استرجاع المصاريف، و72% عند عدم حيازة بطاقة علاج، و100% من أسر الأميين. وعلى العكس تماما، كان القطاع العمومي المقصد الأساسي عندما تعلق الأمر بطاقات علاج مجاني (78%)، أو بتعريفه منخفضة ولو بأغلبية أقل نسبيا (57%). كما أن صاحبات بطاقات العلاج للمنظومة العلاجية العمومية ولأسر العسكريين ولمحدودي الدخل من المضمونين الاجتماعيين* قصدن القطاع العمومي بنسبة تتجاوز النسبة العامة لكن أقل من الأغلبية (45%).

أما ارتباط اختيار القطاع العمومي أو الخاص لإجراء عيادة الثلاثية الأولى للحمل بمستوى الدخل العائلي، فيتبين بصفة أكثر وضوحا ويمكن الجزم أن تأثيره أساسي.

رسم بياني: نسبة إجراء عيادة الثلاثية الأولى للحمل في القطاع العمومي حسب الدخل الشهري العائلي



3.2.3 مدى قرب مكان إجراء عيادة الثلاثة أشهر الأولى

تجدر الإشارة إلى أننا طرحنا السؤال حول القرب في صيغتين مختلفتين:

- الأولى خاصة بالمعتمديات الثلاثة لتونس الكبرى (المروج وسيدي حسين ودوار هيشير): "عديت في المنطقة التي تسكن فيها؟"
- الثانية خاصة بالمعتمديتين الداخليتين (تطاوين الشمالية والقصرين الشمالية): "عديت في الولاية التي تسكن فيها؟"

ويعود ذلك إلى اختلاف إشكالية مستوى قرب مكان العيادة من مكان الإقامة بين الصنفين من المعتمديات: التفاوت الكبير لتوزع الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص وبين ولايات تونس الكبرى ومعتمدياتها**، ومدى توفر الخدمات في الولايات الداخلية***

وتتقارب النسبتان العامتان لإجراء العيادة خارج المعتمديات الثلاثة بتونس الكبرى من جهة وخارج الولايات الداخلية من جهة أخرى، حيث تبلغ أكثر قليلا من 7%.

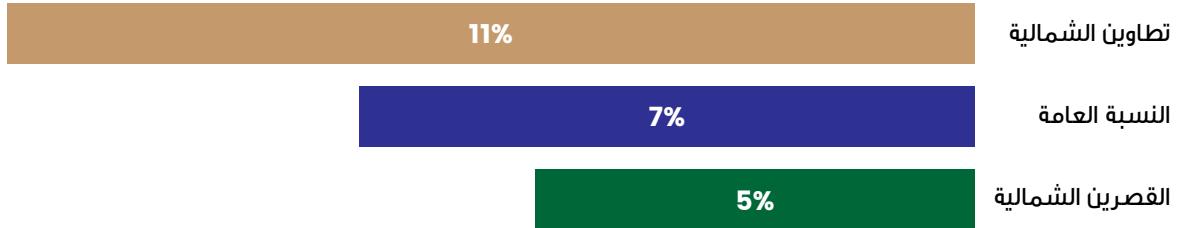
* قمنا بحساب النسب للنساء فقط من المشاركين لمزيد من الدقة باعتبار أنه يمكن أن تكون للأم بطاقة علاج خاصة بها عندما يكون الوالدان مضمونين اجتماعيين ويمكن أن يختارا منظومتين مختلفتين. وفي الحقيقة فقد كانت الاختلافات محدودة عند احتساب الجميع (15% و38% تباعا عوض 17% و45%)

** خصوصا وأن المعتمديات المعنية بعيدة نسبيا عن أغلب الهياكل الصحية العمومية والخاصة الأكثر تهيؤا لتقديم الخدمات المرتبطة بعيدات متابعة الحمل

*** خصوصا وأن الأمر يتعلق بمعتمديتين هما مركزا ولايتيهما، تطاوين والقصرين

لكننا لاحظنا تبايناً بين المعتمدين الداخليين حيث تبلغ النسبة في تطاوين الشمالية أكثر من ضعف ما هي عليه في القصرين الشمالية:

رسم بياني: نسبة إجراء العيادة الأولى لمتابعة الحمل خارج ولايتي تطاوين والقصرين

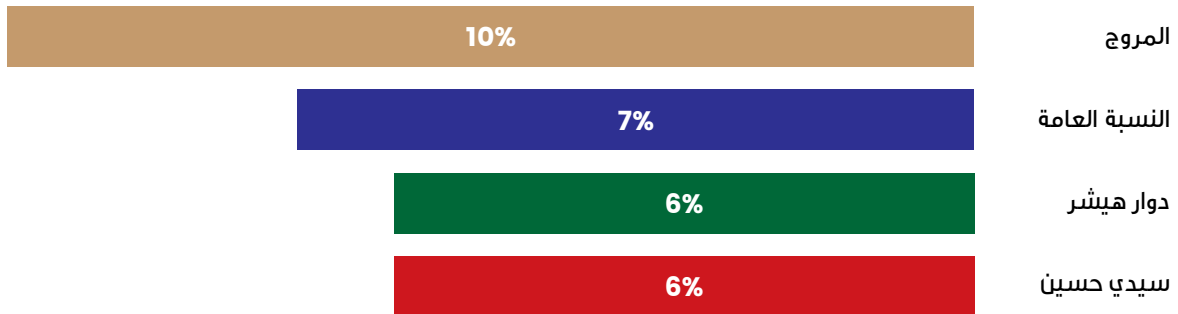


ويَعكس هذا التباين أساساً مستوى نقص عرض الخدمات في عيادات طب الاختصاص والتحليل المتوفرة وفحوصات التصوير بالصدى في القطاعين الخاص والعمومي.

ورغم العدد المحدود من العيادات خارج الولايتين، فتجدر الملاحظة أن معظمها كان في القطاع الخاص ويهم ولادات ما بعد سنة 2015 وأساساً فترة 2020-2022. كما أنها لم تشمل ذوي الدخل المحدود جداً أو شبه المنعدم باستثناء حالة واحدة. كذلك نُدرتاً بينها حالات لأصحاب بطاقات العلاج المجاني أو بتعريفه منخفضة.

أما الفوارق بين نسب المعتمديات الثلاثة لتونس الكبرى فهي أقل:

رسم بياني: نسبة إجراء العيادة الأولى لمتابعة الحمل خارج معتمديات تونس الكبرى



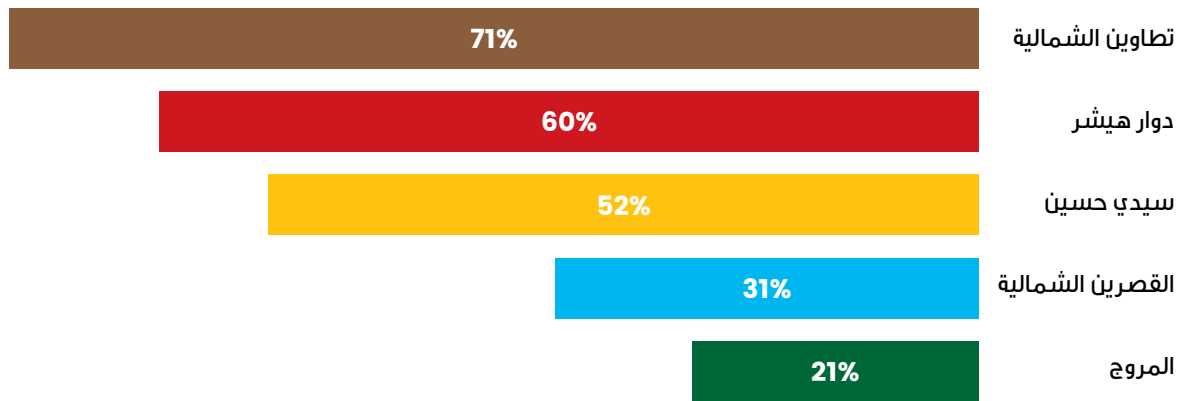
وأهمها يتعلق بنسبة أعلى من النسبة العامة في معتمدية المروج.

4.2.3 مجانية العيادة الأولى في الثلاثة أشهر الأولى

20% من العيادات كانت مجانية، لكن هاته النسبة تخفي تباينات هامة بين القطاع العام حيث ترتفع إلى حوالي نصف مجموع العيادات (49%) في حين أن المجانية شبه منعدمة في القطاع الخاص باستثناء نسبة هزيلة (4%) تتكون أساسا ممن لا بطاقة علاج لديهم.

كما تتباين هاته النسبة بصفة محسوسة بين المعتمديات فنجد نسبا في حدود 11% في القصرين الشمالية و14% في المروج مقابل نسب تتجاوز ضعف ذلك في دوار هيشير (28%) وتطاوين الشمالية (25%). لكن هذا لا يجد تفسيره فقط في اختلاف نسبة العيادات في القطاع العمومي بين المعتمديات (انظر الفقرة الثانية من 2.2.3. قطاع إجراء العيادة الأولى في الثلاثة أشهر الأولى صفحة 84) ولكن أيضا في تباين نسبة مجانية العيادة في القطاع العمومي نفسه بين المعتمديات.

رسم بياني: نسبة مجانية عيادة الثلاثية الأولى للحمل في القطاع العمومي حسب المعتمديات



يبين الرسم أن أعلى النسب لمجانبة العيادة بالقطاع العمومي سُجلت في تطاوين الشمالية ودوار هيشير. ويعود هذا إلى عدة عوامل متداخلة لعل من بينها إقبال هام نسبيا على مركز الصحة الإنجابية بدوار هيشير ومثيله بتطاوين الشمالية، حيث الخدمات مجانية* وقد تكون أكثر جاذبية من مراكز الصحة الأساسية و/أو خدماتها، علما وأن معتمديتي المروج وسيدي حسين لا تتوفران على مثل هذا المركز**. ولكن للفوضى واللخبطة في الإجراءات من جهة وفي عرض الخدمات الصحية من جهة ثانية وفي أكثر من مجال دورا أكيدا. فعيادات متابعة الحمل المؤمّنة من طرف القابلات ليست دائما مجانية في بعض مراكز الصحة الأساسية بتونس الكبرى على خلاف الصيغ القانونية المحددة، في حين أنها تتراوح بين المجانية وعدم المجانية في المستشفيات. كما أن إجراء العيادة في مراكز عمومية متخصصة أو في عيادات لطب الاختصاص بالخط الأول، بصفة مباشرة أي دون إجبارية التوجيه من عيادة القابلة أو الطبيب العام، ممكن في هياكل صحية عمومية*** وغير مسموح به (أو غير متوفر بتاتا) في أخرى.

* وهما تابغان للديوان الوطني للأسرة والعمران البشري

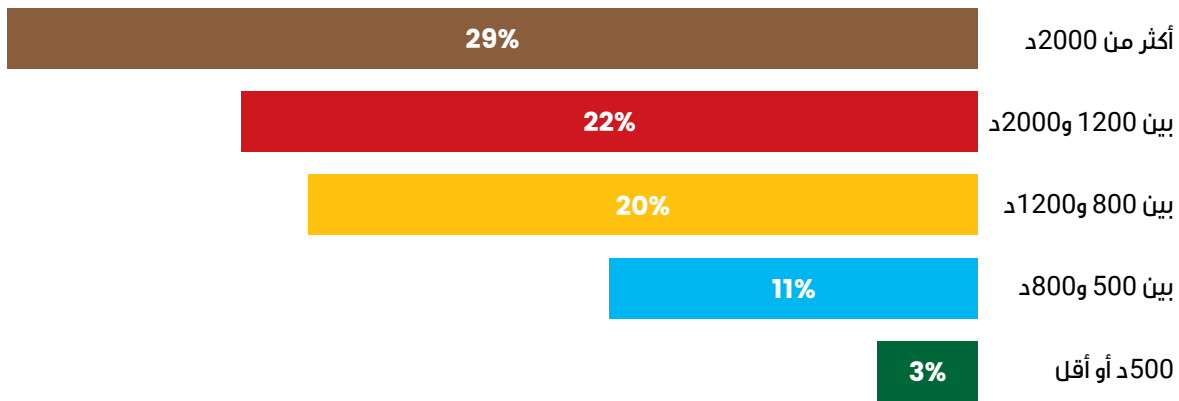
** لكن للقصرين الشمالية مركز للصحة الإنجابية

*** وهو محل تفضيل من طرف عديد الحوامل ببعض المعتمديات وخاصة المروج، ولو كان مقابل دفع معلوم أو مساهمة، لا سيما في غياب صعوبات كبرى للتنقل *

خارج التباينات بين المعتمديات، لا تكتسي الفوارق حسب بقية المتغيرات الأساسية للعينة دلالة إحصائية قوية. لكنها هامة نسبيا حسب المستوى التعليمي للمستجوب، حيث تنخفض نسبة مجانية العيادة من 33% عند مَنْ حُرِّموا تماما من الدراسة إلى 12% لدى من بلغوا التعليم العالي. كما أن الفوارق لافتة بين مَنْ يعملون (14%) وغير الناشطين (24%) مع نسبة وسط لدى العاطلين الباحثين عن عمل (20%)*. أما الاختلافات بين الجنسين وحتى حسب الشرائح العمرية فلا تبدو ذات بال، مثلما أننا لم نجد اختلافات محسوسة بين النسب حسب سنة الولادة.

بالمقابل يمكن القول أن الإمكانيات المادية للأسرة تتحكم بنسبة هامة في "اختيار" التوجه إلى عيادة مجانية من عدمه.

رسم بياني: نسبة مجانية عيادة الثلاثية الأولى للحمل حسب الدخل الشهري العائلي



لكن علاقة مجانية العيادة بنظام التغطية الصحية تبدو معقدة:

تنبغي الإشارة في البداية إلى أن نسبة مجانية العيادة في القطاعين العمومي والخاص معًا، لا تتجاوز 12% لدى مَنْ ليس لهم بطاقة علاج وتُقارب 22% لدى مَنْ لهم بطاقة مهما كان نوعها**.

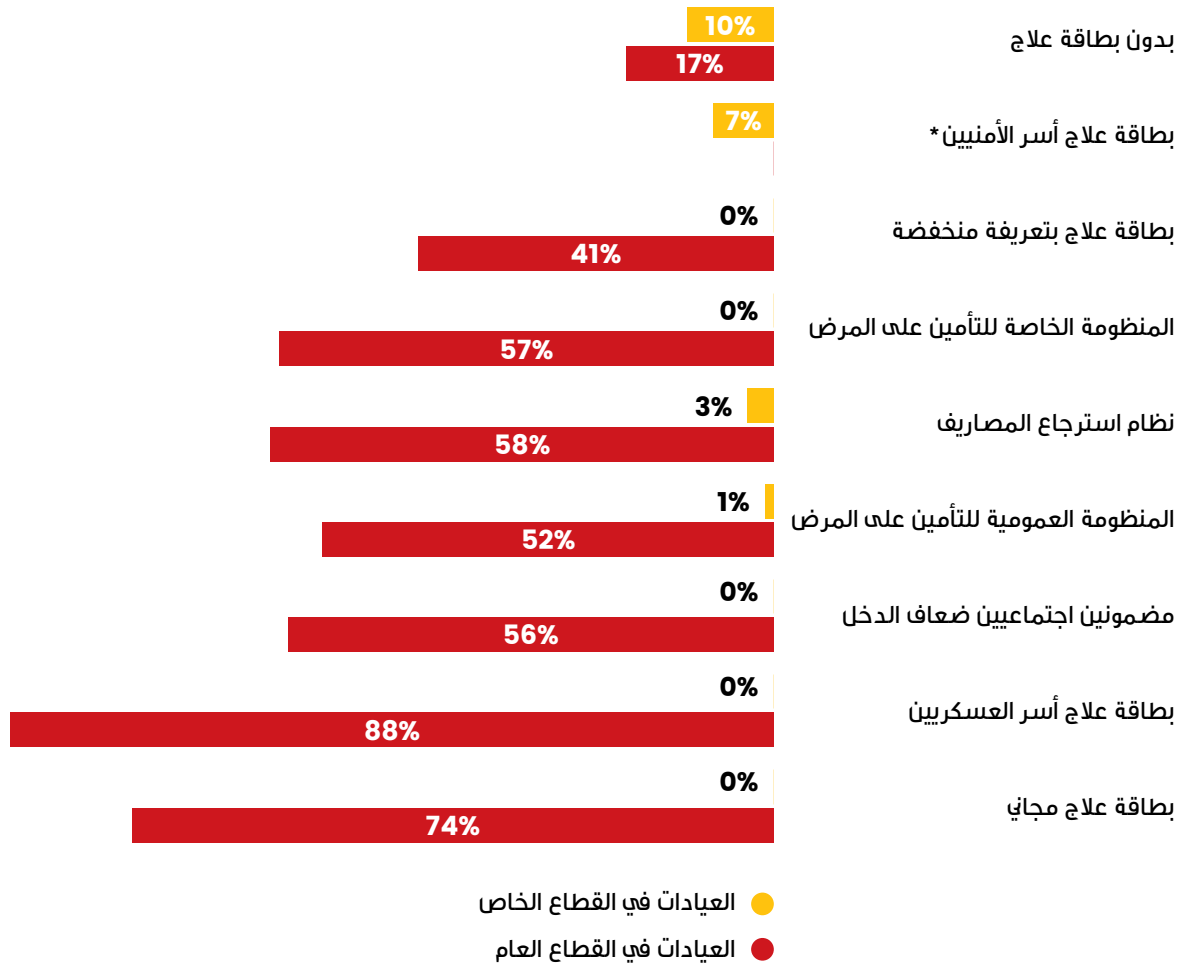
وقد آثرنا التركيز على نسبة العيادات المجانية حسب نوع التغطية الصحية في كل قطاع على حدة، تبعا للتباينات في نسبة العيادات بالقطاع العام*** حسب وضع التغطية الصحية و صنف بطاقة العلاج. كما سنركز أكثر على القطاع العام باعتبار هزال نسبة مجانية العيادة الأولى لمتابعة الحمل في القطاع الخاص مثلما رأينا سابقا.

* نذكر أننا صرفنا النظر في المقارنة حسب فئات النشاط الاقتصادي عمن لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين باعتبار العدد الجملي الضئيل جدا ممن لهم أطفال بينهم (5)

** مع دلالة إحصائية أقل من دلالة اختلافات نسبة المجانية حسب صنف بطاقة العلاج

*** انظر الرسم قبل الأخير في 2,2,3. قطاع إجراء عيادة الثلاثة أشهر الأولى للحمل صفحة 85

رسم بياني: نسبة العيادات المجانية للثلاثية الأولى للحمل حسب صنف بطاقة العلاج وحسب قطاع إجراء العيادة



بخصوص مجانية العيادة في القطاع الخاص، فإن:

- نسبتها لدى من ليس لهم بطاقة علاج، تُلفت النظر بأنها الأعلى مقارنة بكل أصناف الحائزين على بطاقة علاج**. وبالرجوع إلى الأعداد تبين أن عدد حالات مجانية العيادة في القطاع الخاص لدى من ليس لديهم بطاقات علاج يفوق عددها لدى من لهم بطاقة علاج مجتمعين (كل أصناف البطاقة).
- نسبتها لدى من لهم/لهنّ بطاقات علاج لأسر الأمنيين هي الأعلى مقارنة ببقية أصناف بطاقات العلاج***

* لم تُسجّل عيادات في القطاع العام لدى أصحاب بطاقات علاج أسر الأمنيين
 ** إلى جانب أنها تساوي 3 مرات النسبة العامة للمجانية في القطاع الخاص والتي تبلغ 4% كما رأينا في بداية التطرق لمجانية العيادة
 *** علما وأننا لم نجد لم تُسجّل عيادات في القطاع العام لدى أصحاب بطاقات علاج الأمنيين وأسرهم

أما بخصوص مجانية العيادة في القطاع العمومي، فأهم ما يثير الانتباه:

- تَبَوُّؤُ أصحاب بطاقات علاج لأسر العسكريين أعلى نسبةً لمجانية العيادة في القطاع العمومي، قبل أصحاب بطاقات العلاج المجاني!
- نسبة غير هَيِّئَة (26%) من العيادات غير المجانية لدى أصحاب بطاقات العلاج المجاني، وإذ يبدو الأمر غير ممكن، فإنه يحدنا إلى إمكانية الخلط لدى المجيبين بين العيادة في إطار القطاع العام أو العيادة في مستشفيات في إطار عيادات بمقابل لأطباء الاختصاص الممارسين بها، سواء كانت في إطار ما "يسمح" به القانون أم لا.
- انفراد أصحاب بطاقة علاج بتعريفه منخفضة بنسبة عيادات مجانية أقل من النصف في القطاع العمومي، على عكس كافة بقية أصناف أصحاب بطاقات العلاج بمن فيهم أصحاب بطاقات العلاج بالمنظومة العلاجية الخاصة ونظام استرجاع المصاريف!

وعموماً، فإن مختلف الملاحظات التي أمكن تسجيلها، بخصوص مجانية العيادة الأولى لمتابعة الحمل، مثال كَيِّ لدور تعدد أنظمة التغطية الصحية والإكثار من تعقيدها* ولغياب أدنى توازن للخارطة الصحية وخاصة الإمكانيات البشرية والتجهيزات، في الحد من حق البعض في الخدمات الصحية بالنسبة إلى فئات عادة ما تكون الأضعف في السلم الاجتماعي والاقتصادي بمن فيها الحاصلين على الحق نظرياً من خلال بطاقات علاج "تضمُّه".

وبالمقابل فإن البعض الآخر، عادة من فئات أفضل وضعاً من سابقتها، ينتفعون بامتيازات أهمها:

- إمكانية الجمع بين أكثر من نظام تغطية صحية
- و/أو تعدد إمكانيات الولوج إلى الخدمات الصحية في القطاع العمومي، سواء بحكم توفر هياكل صحية متعددة تابعة لوزارة الصحة ومنشأتها، أو بفعل امتداداته الخاصة بالبعض والمسماة من طرف البعض قطعاً بثبوت عمومي**
- و/أو تعدد إمكانيات الولوج إلى خدمات صحية خاصة بحكم توفرها من جهة وقدرتهم بصفة أو بأخرى*** على الانتفاع بخدماتها

5.2.3. إجراء بقية عيادات متابعة الحمل

تنص المراجعيات الوطنية على ضرورة إجراء 5 عيادات على الأقل لمتابعة الحمل وحسب روزنامة وأهداف ومحتويات محدَّدة****، باعتبارها ضرورية لكل حالة حمل بغاية ضمان أقصى ما يمكن من السلامة للمرأة الحامل ولجنينها إلى حدّ الولادة مع إمكانية إقرار عيادات إضافية حسب الوضعيات الخاصة للأم و/أو جنينها.

ورغم أننا غرضنا الصّرف في الدراسة عن مدى توافق توقيت العيادات المجرّاة مع الروزنامة المحدَّدة علمياً* (باستثناء العيادة الأولى)، فقد تَوَضَّح أن نسبة هامة تبلغ 20%، أي حالة على كل خمس حالات آخر إنجاب، لم تنتفع بأربع عيادات بعد الثلاثية الأولى، والأدهى أن 3% لم تنتفع بأي عيادة منها.

وبالتقاطع مع معطيات عيادة الثلاثية الأولى من الحمل، فإن حوالي 23% من مجموع الحالات لم تُجر عيادة الثلاثية الأولى وعيادات أربعة أخرى.

* من خلال تعدد مناشير بعضها مُبهم أو يسمح بتأويلات مختلفة، وبعضها يقع تعديله أكثر من مرة، إضافة إلى نصوص قانونية بعضها عام وبعضها خاص بأسلاك أو هياكل صحية

** مثل المستشفيات وهيكل العيادة الخاصة ببعض الوزارات أو الأسلاك أو المؤسسات العمومية إضافة إلى مصحات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

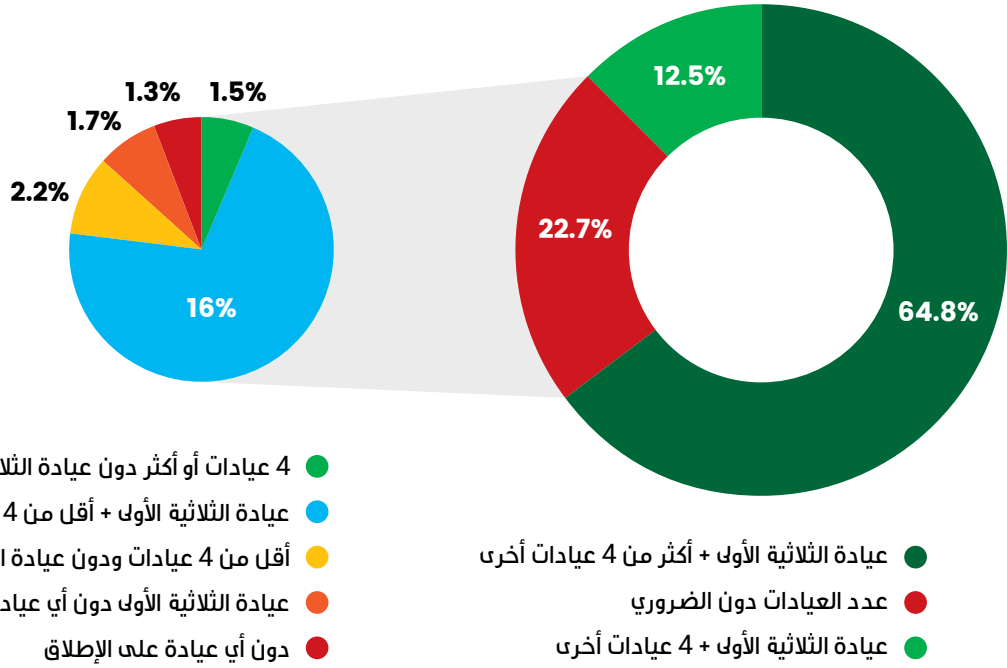
*** لعل من بين الطرق غير المُعتَنة تعدد حالات المجانية في القطاع الخاص لدى من ليس لهم بطاقات علاج

**** خمسة عيادات، إحداها مُؤمَّنة إجبارياً من طرف طبيب عيادة في الثلاثية الأولى ثم في الأشهر الرابع والسادس والثامن والتاسع، منشور وزير الصحة عدده 9 في 30 جانفي 2015، و"سلة الرعاية الأساسية في مجال صحة الأم والوليد" Paniers

de soins essentiels en santé maternelle et néonatale وزارة الصحة ديسمبر 2018

***** لصعوبات الإجابات بدقة بعد فترة، ولعدم نجاعة إثقال الاستبيان بتلك التدقيقات في مثل هاته الدراسة

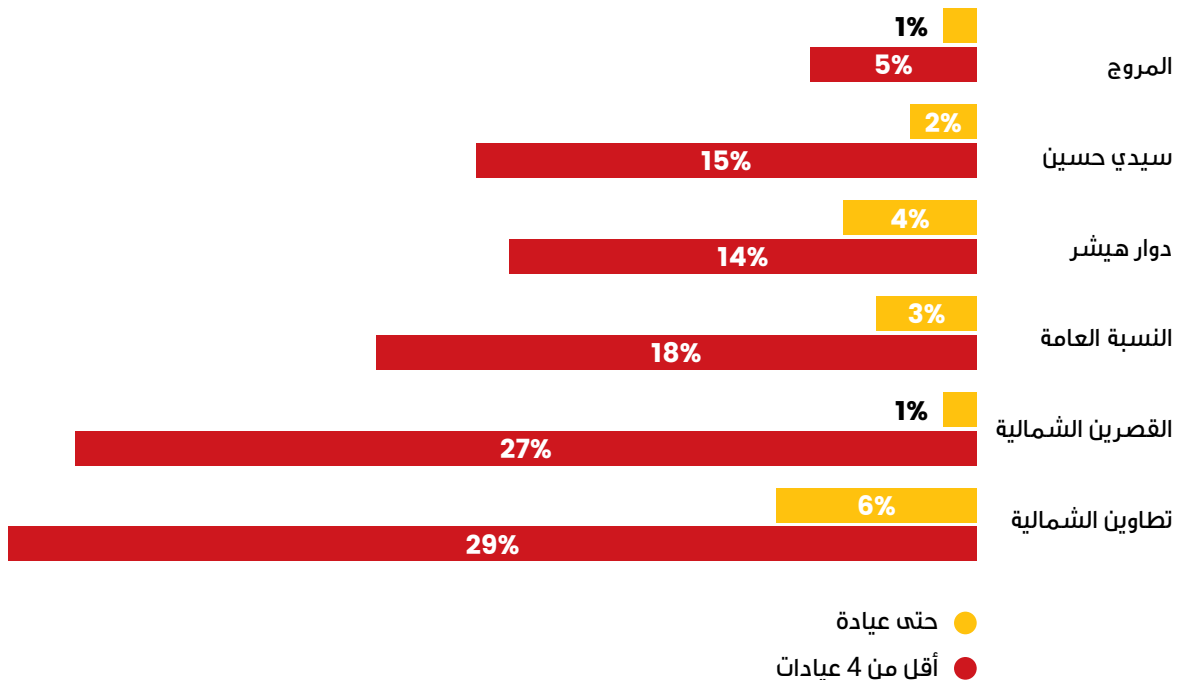
رسم بياني: توزيع حالات آخر إنجاب حسب عدد عيادات متابعة الحمل



وتجدر الإشارة إلى أن كافة اللاتي لم يُجرىن أي عيادة لمتابعة الحمل لا في الثلاثية الأولى ولا بعدها، وتُذَن في مستشفى عمومي بمنطقتهن ولديهن بطاقات علاج مجاني أو بتعريفه منخفضة أو وليس لهن بطاقات علاج، وأن معظمهن لم تُدرسن بتاتا أو لم تتجاوزن المدرسة الابتدائية ودون دخل فردي مع دخل عائلي شبه منعدم أو محدود جدا وينحصر نشاطهن في شؤون المنزل.

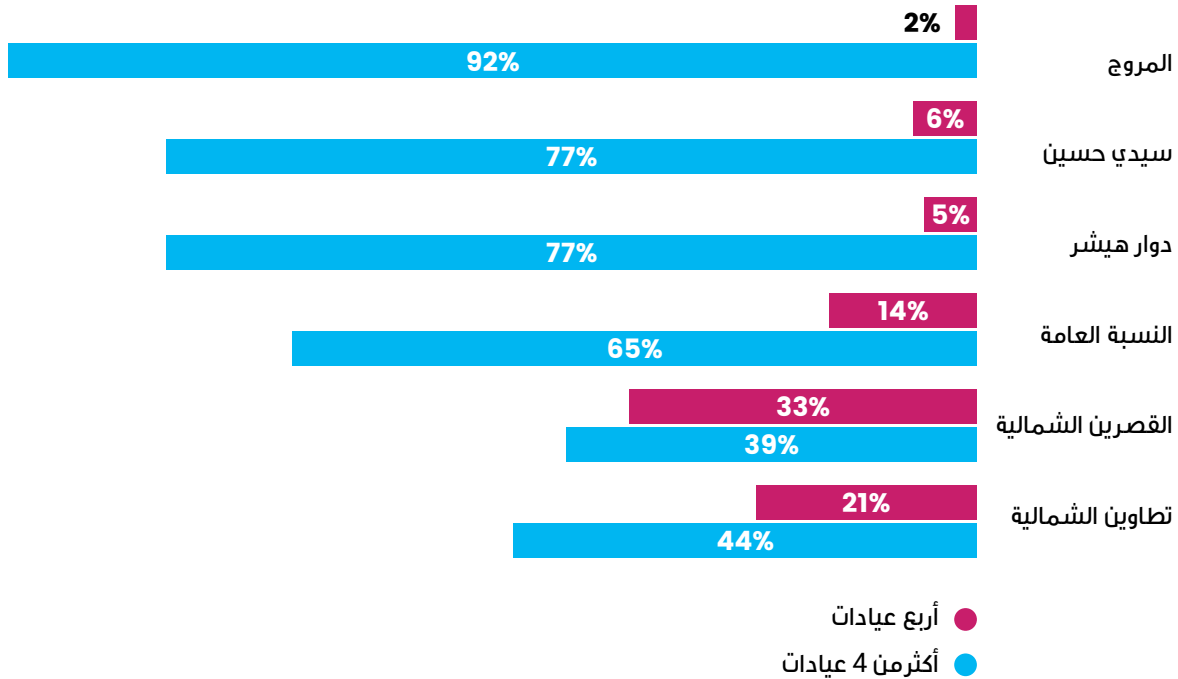
كذلك، تبيّن فوارق هامة في نسبة عدم إجراء العيادات الأربعة الضرورية بعد الثلاثية الأولى بين المعتمدات، فهي ترتفع إلى حوالي 35% في تطاوين الشمالية سُدُسها أي 6% دون أي عيادة منها، كما أنها تبلغ 28% في القصرين الشمالية مقابل 6% فقط في المروج.

رسم بياني: نسبة إجراء عيادات متابعة الحمل أقل من العدد الضروري حسب المعتمدات



والثباينات بين المعتمديات تشمل أيضا نسبة العدد المرتفع من عيادات متابعة الحمل أي حيث تتجاوز 4 عيادات بعد العيادة الأولى:

رسم بياني: نسبة إجراء عيادات متابعة الحمل بالعدد الضروري أو أكثر حسب المعتمديات



لكنه الفوارق في الاتجاه الآخر، حيث نجد نسبة مرتفعة جدا من حالات إجراء أكثر من 4 عيادات في معتمدية المروج على وجه الخصوص وهي نسبة لا يمكن أن يكون سوى جزء يسير منها في علاقة بحالات حمل تتطلب فعلا متابعة أكثر تواترا من 4 عيادات بعد العيادة الأولى.

كما أن هنالك فوارق دالة حسب المستوى التعليمي. وهي تلفت الانتباه خاصة في بعض النقاط:

- 100% ممن خُطوا بمستوى تعليمي جامعي أجروا على الأقل بين عيادة واحدة وثلاث عيادات إلى جانب العيادة الأولى في الثلاثية الأولى للحمل. وأكثر من ذلك، فإنهم يتميزون بأفضل النسب بعيدا عن البقية بـ 8% فقط أجروا أقل من 4 عيادات مقابل 87% أجروا أكثر من 4 عيادات، دائما مع إجراء العيادة الأولى في الثلاثية الأولى للحمل.
- بالمقابل تتفارب النسب بين من لم يتجاوزوا المدرسة الابتدائية ومن حُرّموا تماما من التعليم في أسفل السلم مع بقاء نسب أكبر قليلا في صفوف الأخيرين بخصوص حالات إجراء أقل من 4 حالات بما فيها حالات عدم إجراء أي عيادة (33% مقابل 30%)
- أما من بلغوا المدرسة الإعدادية أو المعهد الثانوي فكانت النسب لديهم أقرب إلى النسب العامة

لكن لم نسجل فوارق دالة عموما في النسب حسب فئات النشاط الاقتصادي* أو الشرائح العمرية أو الجنس رغم تسجيل بعض اختلافات جزئية مثيرة للانتباه:

- ارتفاع نسبة من أجروا بين عيادة واحدة و3 عيادات لدى العاطلين الباحثين عن عمل إلى 26% مقارنة خاصة بمن يعملون (15%)
- ارتفاع نسبة من لم يجروا أي عيادة غير العيادة الأولى مع ارتفاع الشريحة العمرية (من 0% لدى شريحة 18-24 سنة إلى 5% في شريحة 35-39 سنة)

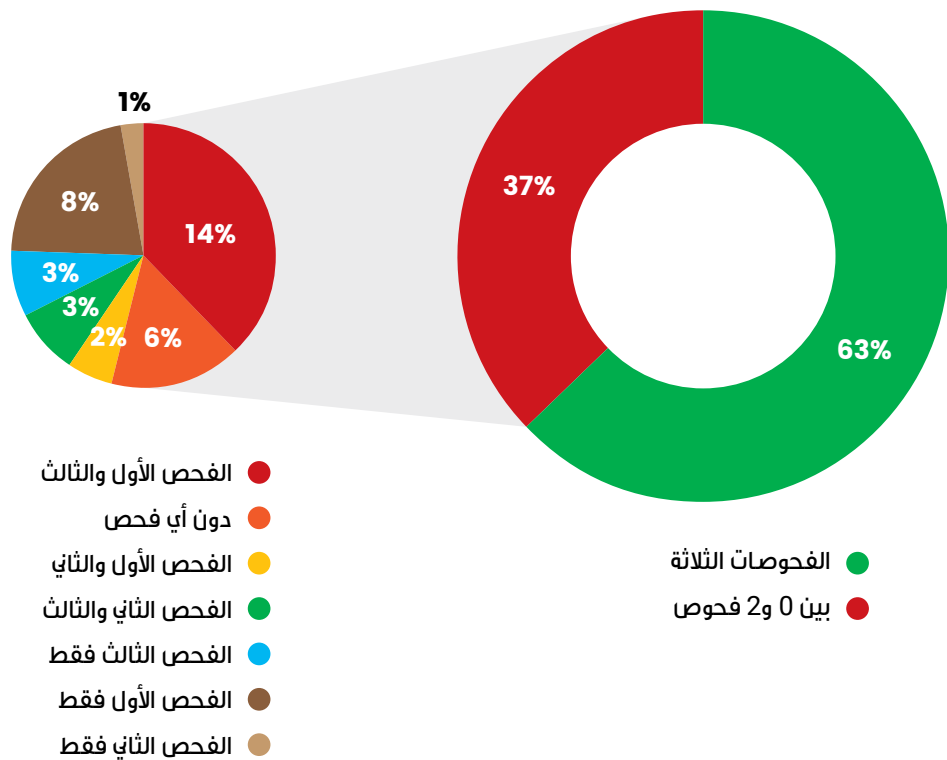
* حتى بعد صرف النظر في المقارنة ممن لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين باعتبار العدد الجملي الضئيل جدا ممن لهم أطفال بينهم (5).

6.2.3 إجراء فحوص التصوير بالصدى الضرورية الثلاثة

تتقارب نسب عدم إجراء الفحص الأول (11%) والثالث (14%) لكنها ترتفع إلى 27% بخصوص الفحص الثاني. وقد يعود الفارق إلى خصوصية الفحص الثاني المعروف بالتشخيص المورفولوجي بالصدى (échographie morphologique) وهو ما يتطلب مهارات خاصة لا تتوفر لدى أغلب أطباء النساء والتوليد الذين كثيراً ما يُجرون بأنفسهم الفحص الأول بالصدى (وكذلك الثالث) ويُقرنونه بالعبادة لكن معظمهم يطلبون إجراء الفحص الثاني لدى طبيب مختص في التصوير الطبي*

وبالتقاطع بين الإجابات الثلاثة ترتفع نسبة عدم إجراء أحد الفحوص الثلاثة إلى أكثر من الثلث (37%) حوالي سدسها (6% من المجموع) لم تُحظ بأي فحص.

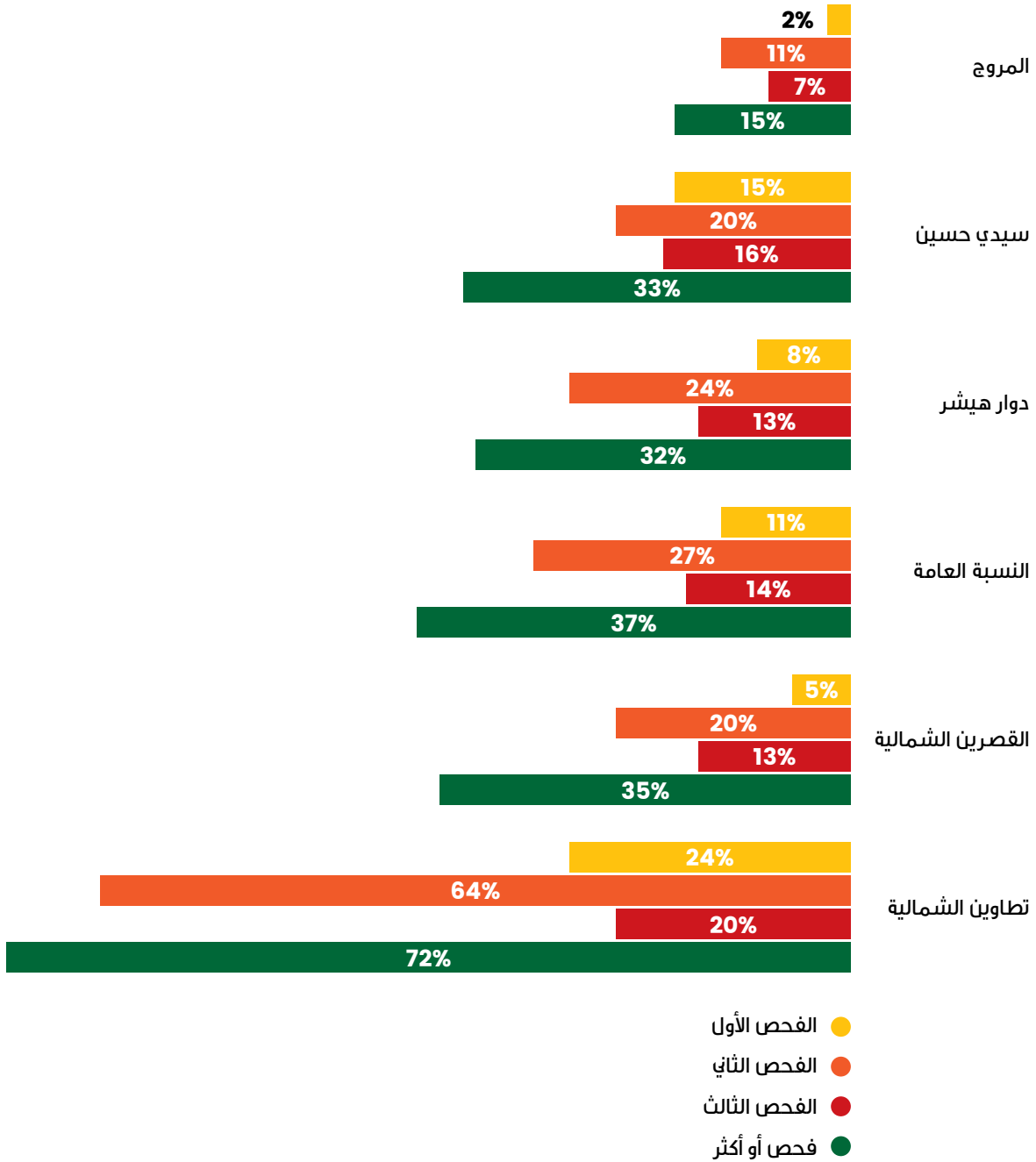
رسم بياني: فحوصات التصوير بالصدى المجراة أثناء الحمل بأخر طفل أنجب



* أو حائز على شهادة كفاءة علمية في التصوير بالصدى الخاص بطب النساء والتوليد.

ويبين الرسم الموائي تفاقم التباينات بين المعتمدات

رسم بياني: نسب عدم إجراء فحوصات التصوير بالصدى أثناء الحمل بأخر طفل أنجب حسب المعتمدات



وأبرز التباينات على الإطلاق تلك المسجلة بين المروج حيث لم تتجاوز نسبة عدم إجراء الفحص الثاني المورفولوجي 11% وتطاوين الشمالية حيث ترتفع إلى 64% وبلغت نسبة إجراء الفحوصات الثلاثة 85% في المروج مقابل 28% بتطاوين الشمالية.

وتمتد التباينات الدالة إلى متغيرات أخرى وفي مقدمتها المستوى التعليمي ولكن بطرق مختلفة جزئيا حسب الفحص.

رسم بياني: نسب عدم إجراء فحوصات التصوير بالصدى أثناء الحمل بأخر طفل أنجب حسب المستوى التعليمي



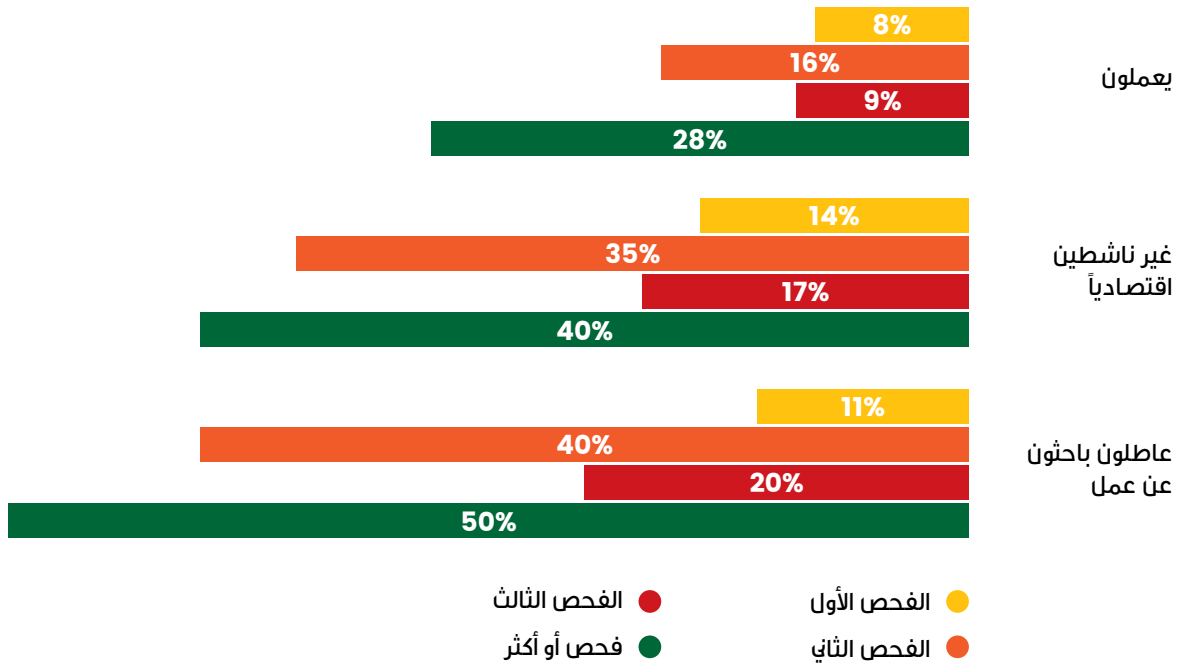
وتتميز بخصوص الفحص الأول بانخفاض نسبة عدم إجرائه بصفة منتظمة مع ارتفاع المستوى التعليمي، في حين تختص نسبة عدم إجراء الفحص الثالث بتقارب نسبتي أصحاب المستوى الابتدائي والأمين المرتفعتين من جهة ونسبتي أصحاب المستوى الجامعي والمستوى الإعدادي والثانوي المنخفضتين من جهة ثانية.

أما التباين الأكبر في نسبة عدم إجراء الفحص الثاني فهي بين المستوى التعليمي الابتدائي من جهة والجامعي من جهة أخرى حيث تبلغ في الأول ضعف قيمتها في الثاني،

كذلك الأمر حسب فئات النشاط الاقتصادي* حيث يتميز من يعملون بوضع أفضل بوضوح خاصة من العاطلين الباحثين عن عمل وأيضا غير الناشطين.

* نذكر باستثناء من لا يزالون في طور الدراسة أو التكوين باعتبار العدد الجملي الضئيل جدا ممن لهم أطفال بينهم (5).

رسم بياني: نسب عدم إجراء فحوصات التصوير بالصدى أثناء الحمل بآخر طفل أنجب حسب فئات النشاط الاقتصادي

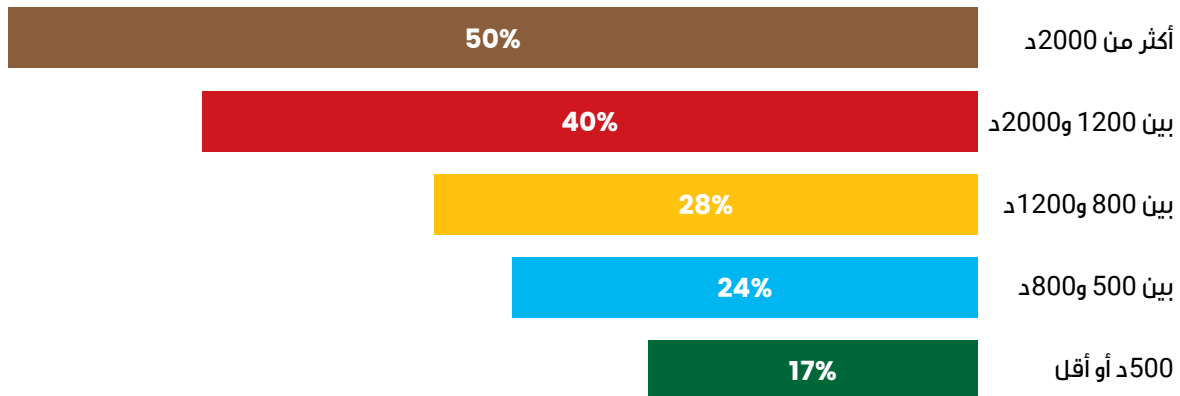


أما حسب الشرائح العمرية فالنتائج محدودة وغير ذات دلالة

وتدل معطيات الدراسة أن مستوى الدخل و صنف التغطية الصحية حددا بصفة أكبر مدى إجراء فحوص التصوير بالصدى.

فنسبة عدم إجرائها كلها، سواء بعدم إجراء الفحوص الثلاثة الضرورية أو اثنين أو واحد منها، ترتفع بصفة دالة مع انخفاض مستوى الدخل العائلي*.

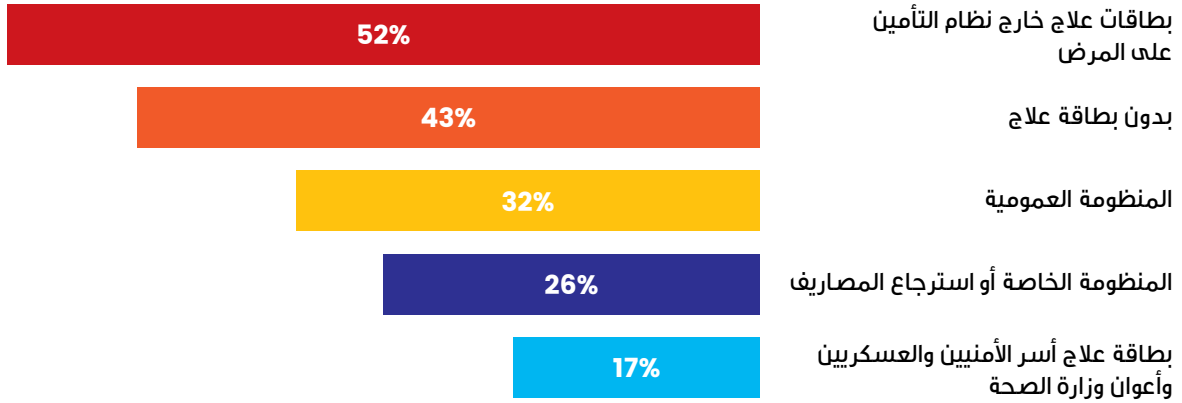
رسم بياني: نسب عدم إجراء فحوصات التصوير بالصدى كلها أو بعضها في إطار متابعة الحمل حسب الدخل الشهري للعائلة



* باستثناء الشريحتين الأكثر ضعفا في المداخيل حيث تكاد تتساوى النسبة بين أصحاب الدخل شبه المنعدم (200 دينار أو أقل شهريا) والدخل المحدود جدا (بين 200 و 500 دينار) إذ تبلغ تباعا 48% و52%، وآثرنا جمعهما خاصة مع تكرار نفس الملاحظة في أكثر من مقارنة في هاته الدراسة.

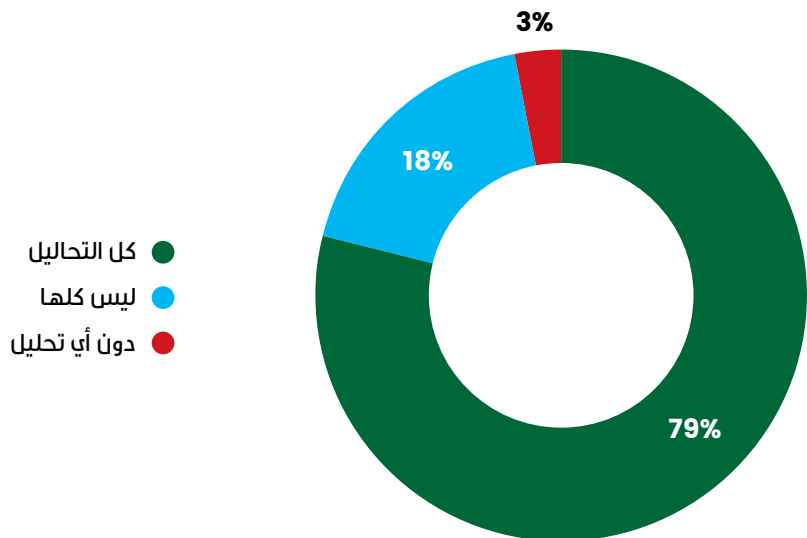
كما أن نسبة عدم إجراء كل فحوصات التصوير بالصدى مرتفعة إلى أكثر من النصف لدى أصحاب بطاقات العلاج خارج نظام التأمين على المرض، وأكثر من الخُمس لدى غير الحاصلين على أي بطاقة علاج، لكنها منخفضة إلى السدس لدى أصحاب بطاقات العلاج الخاصة بأسر الأميين والعسكريين وأعاون وزارة الصحة وإلى الربع لدى من اختاروا منظومتي القطاع الخاص لنظام التأمين على المرض، ومقتربة من الثلث لدى من بقوا في المنظومة العمومية لنفس النظام.

رسم بياني: نسبة عدم إجراء بعض أو كل فحوصات التصوير بالصدى في إطار متابعة الحمل حسب نظام التغطية الصحية



7.2.3 إجراء تحاليل متابعة الحمل

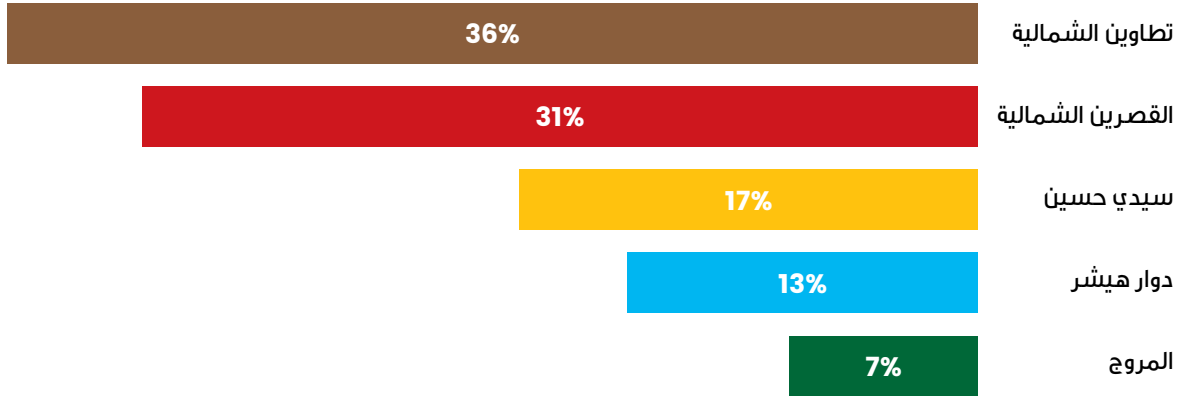
رسم بياني: التحاليل المجرأة أثناء الحمل بأخر طفل أُنجب



ويمكن القول بأن التباينات حسب مختلف المتغيرات تقارب ما لاحظناه بخصوص فحوصات التصوير بالصدى، مع بعض الاختلافات طبعاً.

تتصدر المعتمديات الداخلية أعلى نسب عدم إجراء بعض التحاليل أو كلّها بأكثر من الثلث بقليل في تطاوين الشمالية وأقلّ منه بقليل في القصرين الشمالية. بالمقابل تتفرد المروج بالجانب الآخر من سلّم الفوارق بأدنى نسبة لا تبلغ 7%.

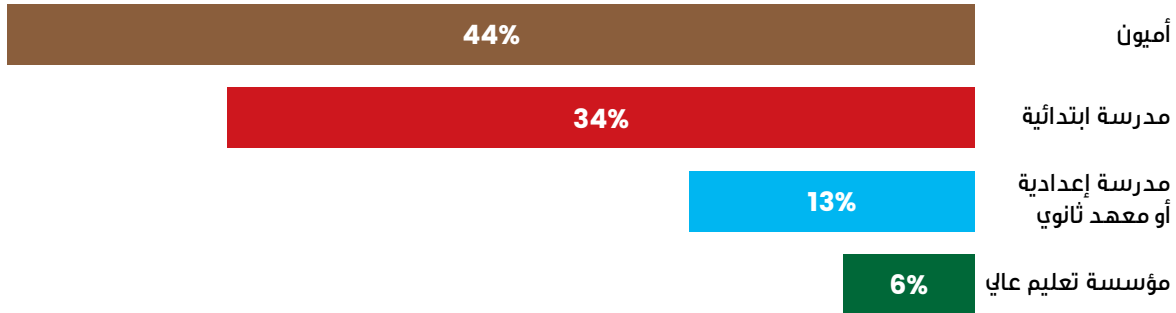
رسم بياني: نسبة عدم إجراء التحاليل جزئياً أو كلياً في إطار متابعة الحمل حسب المعتمديات



ويجدر تدقيق أن التباينات تهم أيضاً نسبة عدم إجراء التحاليل بتاتا. فهي مرتفعة بشكل خاص في تطاوين الشمالية حيث تتفرد ببلوغ ضعف النسبة العامة، في حين أنه لم تُسجّل أية حالة في المروج.

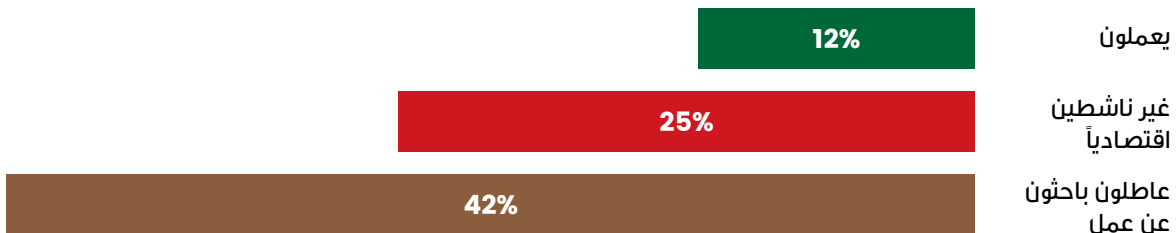
ولا تقل الفوارق حسب المستوى التعليمي دلالة إحصائية.

رسم بياني: نسبة عدم إجراء التحاليل جزئياً أو كلياً في إطار متابعة الحمل حسب المستوى التعليمي



كذلك الأمر حسب فئة النشاط الاقتصادي:

رسم بياني: نسبة عدم إجراء التحاليل جزئياً أو كلياً في إطار متابعة الحمل حسب فئة النشاط الاقتصادي



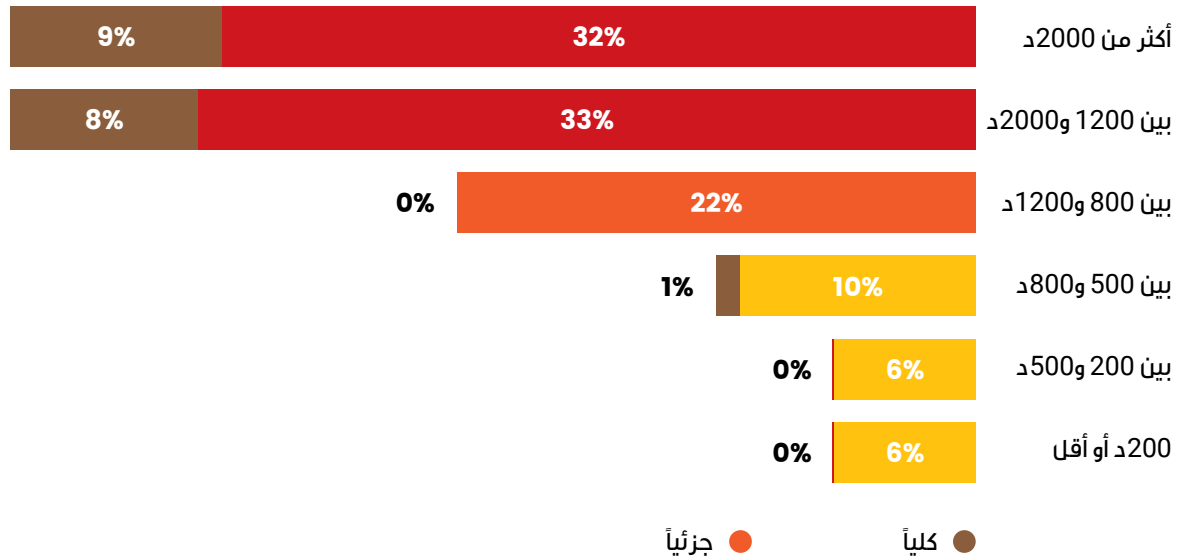
أما بخصوص الفوارق حسب الشرائح العمرية فهي أقل وتتنحصر عملياً بين من هم أقل من 30 سنة ومن يبلغون هاته السن أو يفوقونها:

رسم بياني: نسبة عدم إجراء التحاليل جزئياً أو كلياً في إطار متابعة الحمل حسب الشريحة العمرية



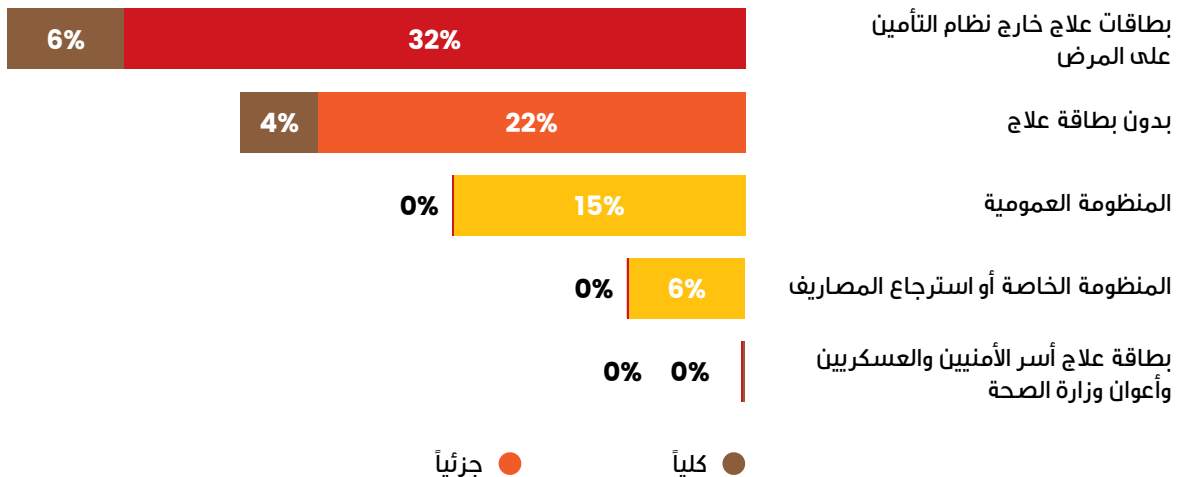
ويبرز أكثر تأثير الدخل العائلي على إجراء التحاليل المطلوبة لمتابعة الحمل:

رسم بياني: نسبة عدم إجراء التحاليل جزئياً أو كلياً في إطار متابعة الحمل حسب مستوى الدخل الشهري للعائلة



وإضافة إلى دور أصناف التغطية الصحية في مدى إجراء هاته التحاليل، يسترعي الانتباه دور بعضها في ضمان إجرائها جميعاً دون استثناء:

رسم بياني: نسبة عدم إجراء التحاليل جزئياً أو كلياً في إطار متابعة الحمل حسب صنف التغطية الصحية

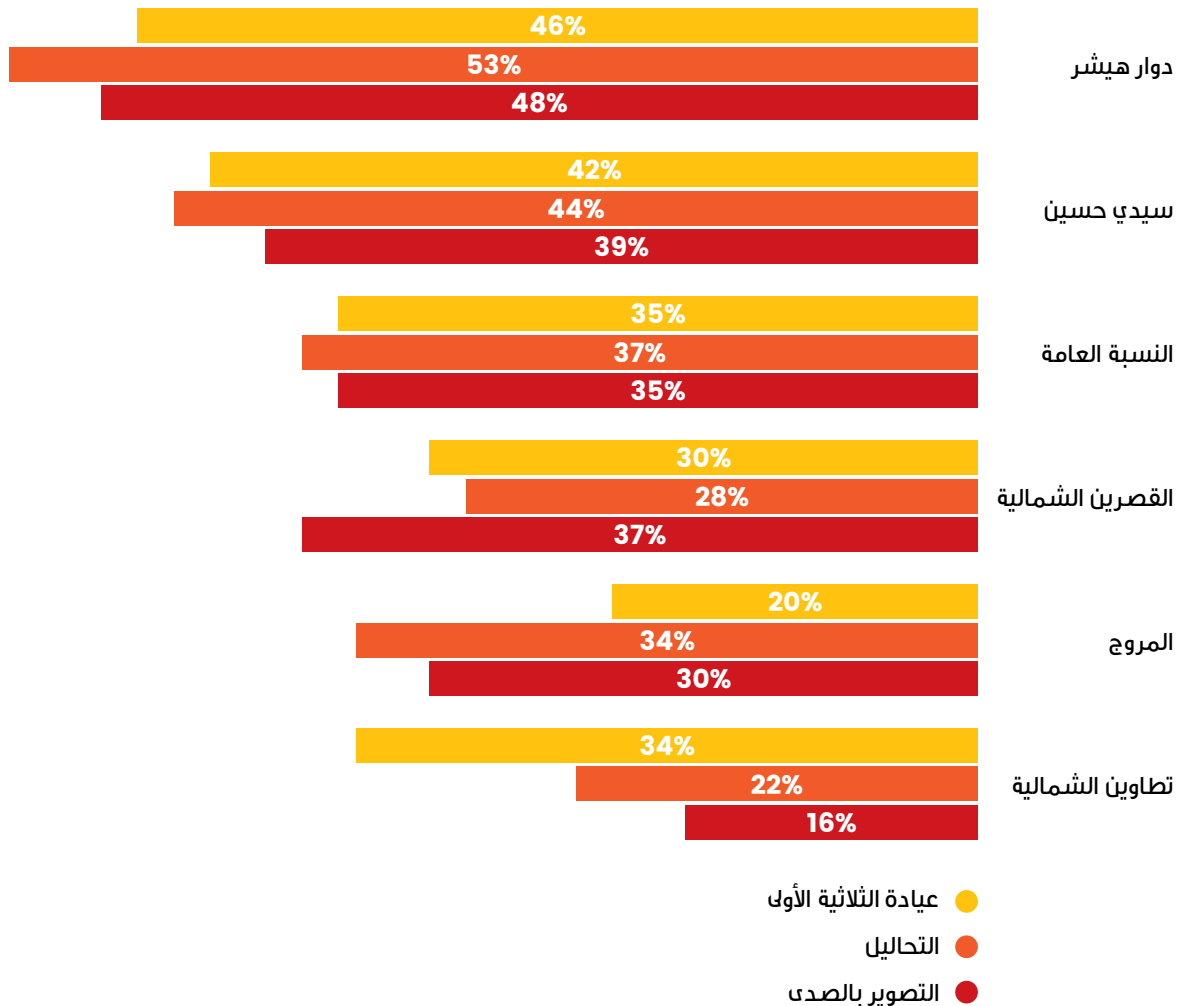


8.2.3 قطاع إجراء فحوصات التصوير بالصدى والتحاليل في إطار متابعة الحمل

يبرز سريعاً أنّ أغلبية من حالفتهن الظروف لإجراء فحوصات التصوير بالصدى و/أو التحاليل الضرورية لمتابعة حملهن قد أجريتها بالقطاع الخاص سواء تمكّن من إجرائها كلّها أو بعضها فقط، وهذا متوقّع خصوصاً وأن النسبة العامة لإجرائها في القطاع العام تكاد تُراوح مع نسبة إجراء عيادة الثلاثية الأولى لمتابعة الحمل (35% بخصوص العيادة والتصوير بالصدى، و37% بخصوص التحاليل). لكن ما يلفت الانتباه أن نسبة إجراء جميع التحاليل المطلوبة تختلف بصفة محسوسة بين القطاع العام (72% من مجموع قن أجريّن التحاليل بهذا القطاع) والقطاع الخاص (87%).

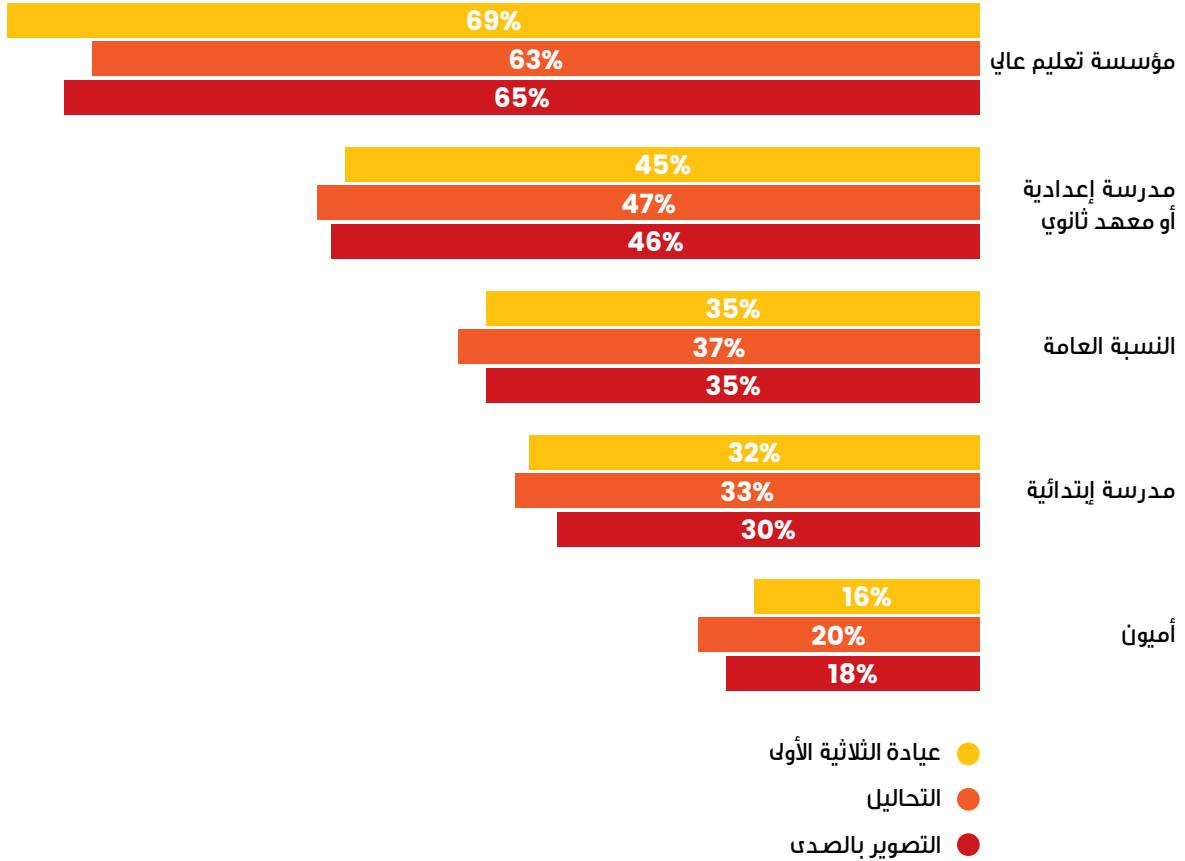
غير أنّ الأكثر إثارة للتساؤل ترتب المعتمديات في سُلّم الفوارق الواضح بينها وذلك سواء تعلق الأمر بالتحاليل أو فحوصات التصوير الطبي بالصدى:

رسم بياني: مقارنة نسب إجراء فحوصات التصوير بالصدى وتحاليل متابعة الحمل (كلها أو بعضها)، مع عيادة الثلاثية الأشهر الأولى، في القطاع العمومي حسب المعتمديات



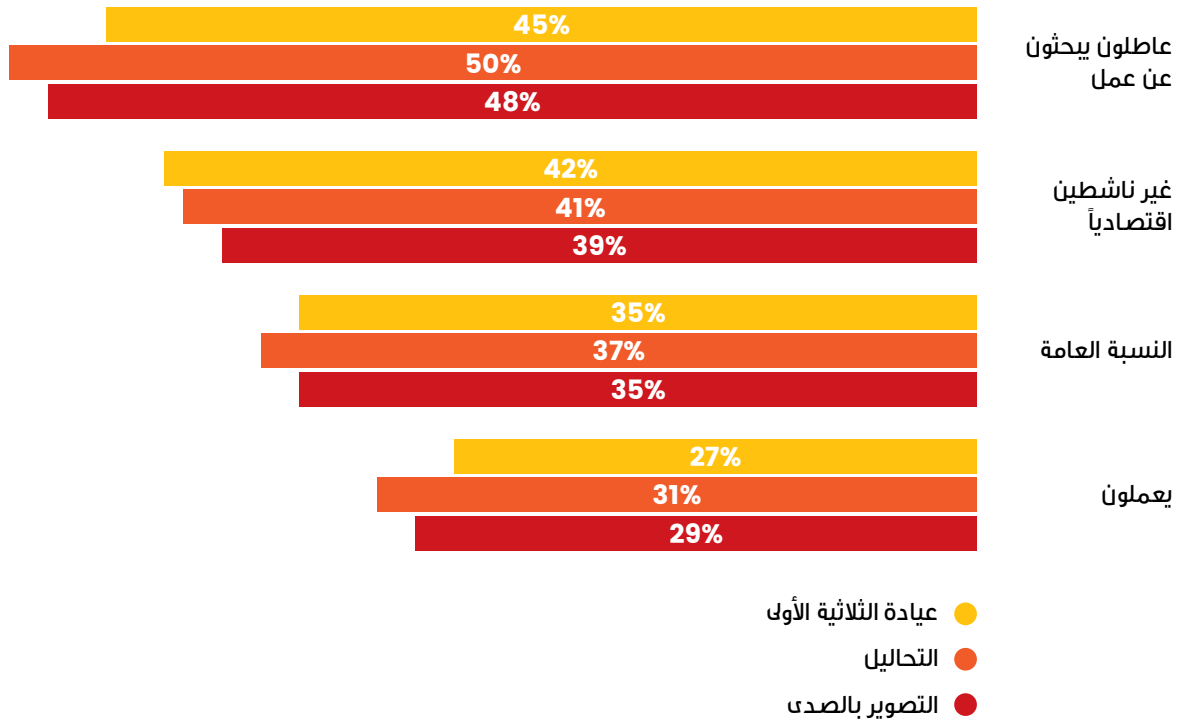
ونجد نفس مستوى الفوارق تقريبا بين شرائح المستويات التعليمية ولكن بالترتيب المعتاد وبنسب متقاربة جدا بين أنواع المتابعة الثلاثة

رسم بياني: مقارنة نسب إجراء فحوصات التصوير بالصدى وتحاليل متابعة الحمل (كلها أو بعضها)، مع عيادة الثلاثة الأشهر الأولى، في القطاع العمومي حسب مستوى التمدرس



كما أن فوارق نسب الاعتماد على القطاع العمومي بين فئات النشاط الاقتصادي تهم أساسا فئة من يعملون بنسب محدودة من جهة، وفئة العاطلين الباحثين عن عمل بنسب أرفع بكثير وتحوم حول النصف. أما فئة غير الناشطين اقتصاديا فتبقى نسبها دائما بين الاثنين لكن في مستوى دائما أرفع من النسبة العامة. وتجدر الإشارة إلى وجود تباينات نسبية في مستويات استعمال المرفق العمومي حسب صنف فحص المتابعة للحمل داخل كل فئة:

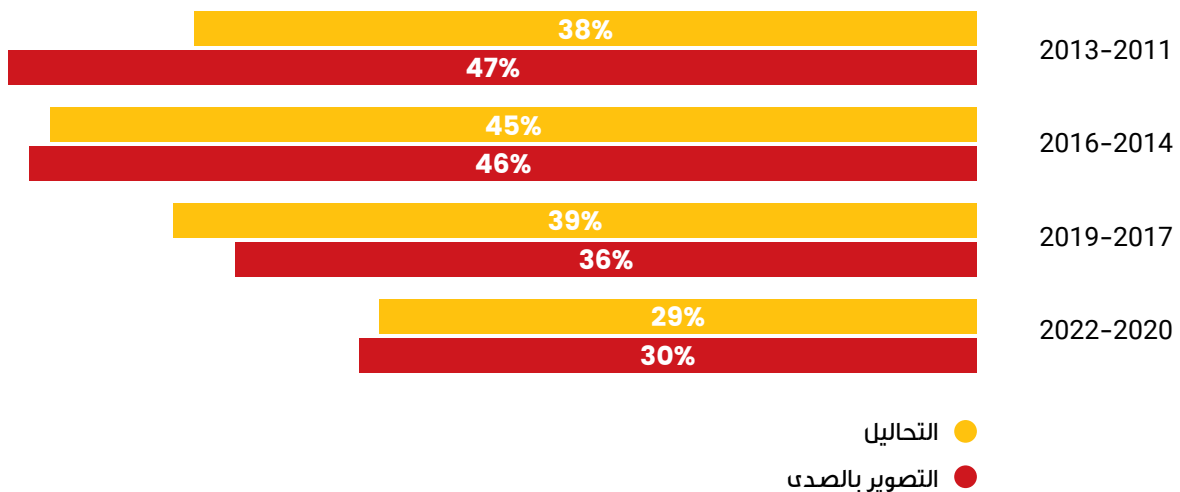
رسم بياني: مقارنة نسب إجراء فحوصات التصوير بالصدى وتحاليل متابعة الحمل (كلاهما أو بعضهما)، مع عيادة الثلاثة الأشهر الأولى، في القطاع العمومي بين فئات النشاط الاقتصادي



أما حسب الشرائح العمرية فالفوارق محدودة جداً ودون دلالة.

لكن المعطيات تشير من جهة أخرى إلى عدم تحسن نسبة الفحوصات المجرأة بالقطاع العمومي عبر السنين، بل نزوعاً واضحاً إلى مزيد التراجع في السنوات الستة الأخيرة، سواء كانت تحاليل أو فحوص تصوير بالصدى.

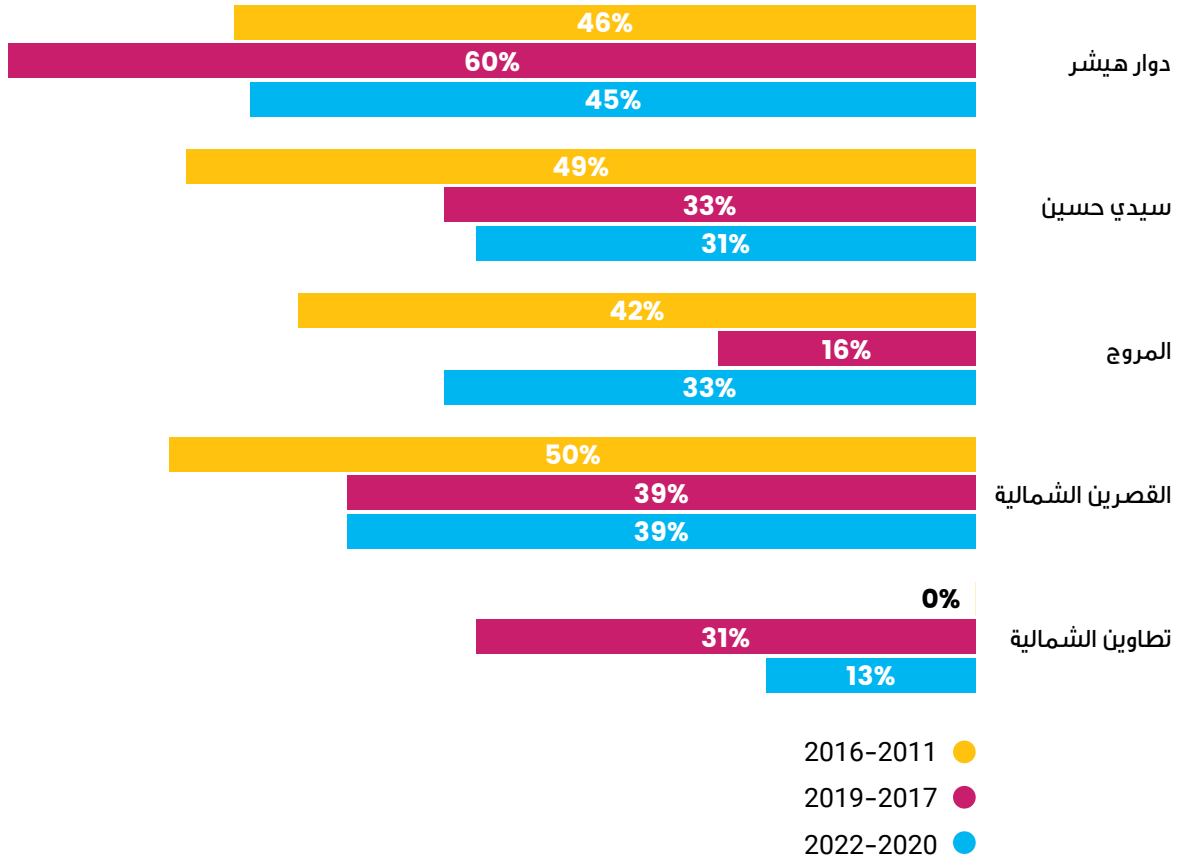
رسم بياني: تطور نسب إجراء فحوصات التصوير بالصدى وتحاليل متابعة الحمل (كلاهما أو بعضهما)، في القطاع العمومي



أما بخصوص مقارنة التطور حسب المعتمديات:

• فيما يتعلق بفحوصات التصوير بالصدى:

رسم بياني: تطور نسب إجراء فحوصات التصوير بالصدى (كلها أو بعضها)، في إطار متابعة الحمل، بالقطاع العمومي: مقارنة بين المعتمديات



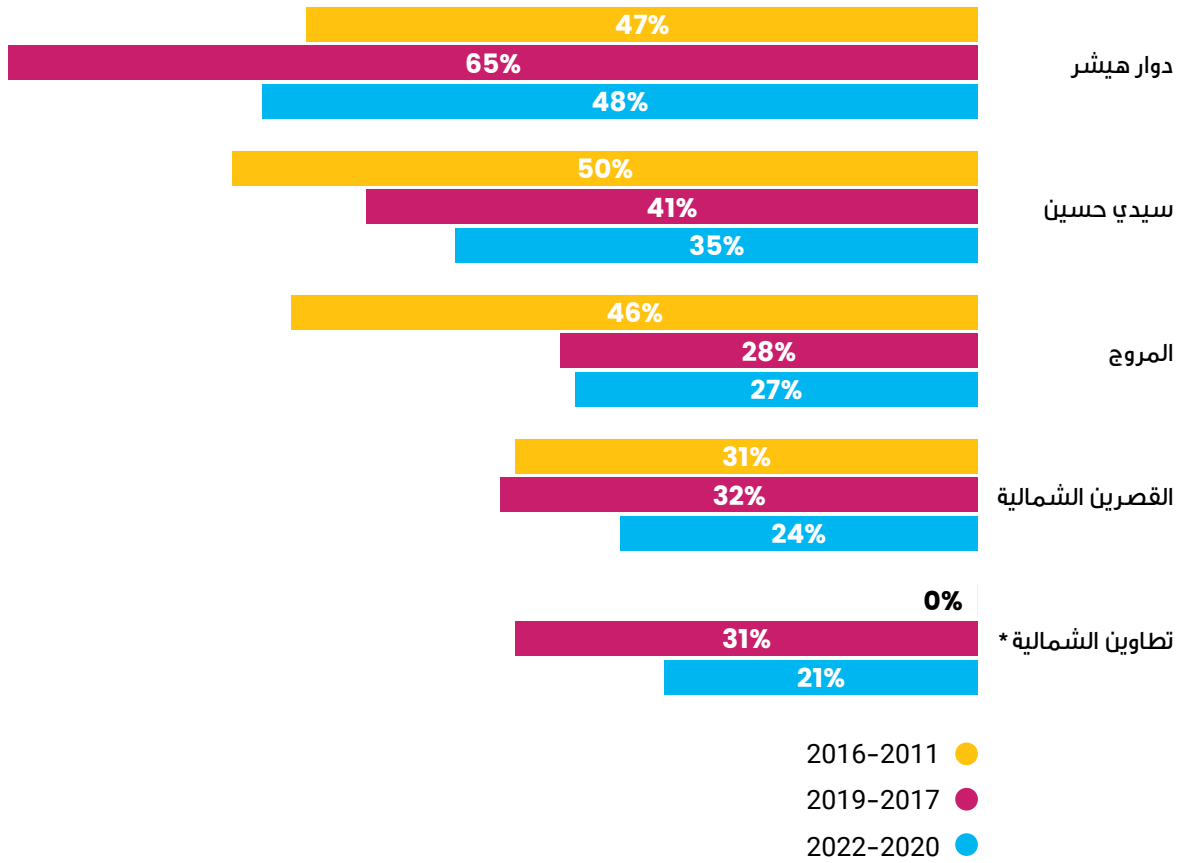
شهدت فترة 2022-2020 تراجعاً مقارنة بـ 2016-2011 في القصرين الشمالية وسيدي حسين والمروج، إلى جانب تحرج حاد في تطاوين الشمالية مقارنة بالثلاثية التي سبقتها**. أما دوار هيشتر فتتفرد بالبقاء في مستوى نسبة 2016-2011 رغم تراجعها في آخر ثلاثية لكن بعد ارتفاع لافت في 2019-2017 إلى ما يفوق النصف بكثير***.

* لم تُدرج النسبة بخصوص فترة 2016-2011 في تطاوين الشمالية نظراً للعدد المحدود لمجموع حالات الإنجاب آنذاك بها (بضع حالات) بما يجعل النسبة غير دالة.

** لا يمكن المقارنة مع 2016-2011 في تطاوين الشمالية بسبب العدد الجملي المحدود بها في هاته الفترة
*** يُلاحظ كذلك التراجع الحاد بالمروج لكن بين 2016-2011 و 2019-2017 ثم ارتفاعها نسبياً في 2022-2020 وهي المعتمدية الوحيدة التي شهدت تراجعاً ثم ارتفاعاً.

• فيما يتعلق بالتحاليل:

رسم بياني: تطور نسب تحاليل متابعة الحمل (كلها أو بعضها)، بالقطاع العمومي: مقارنة بين المعتمديات

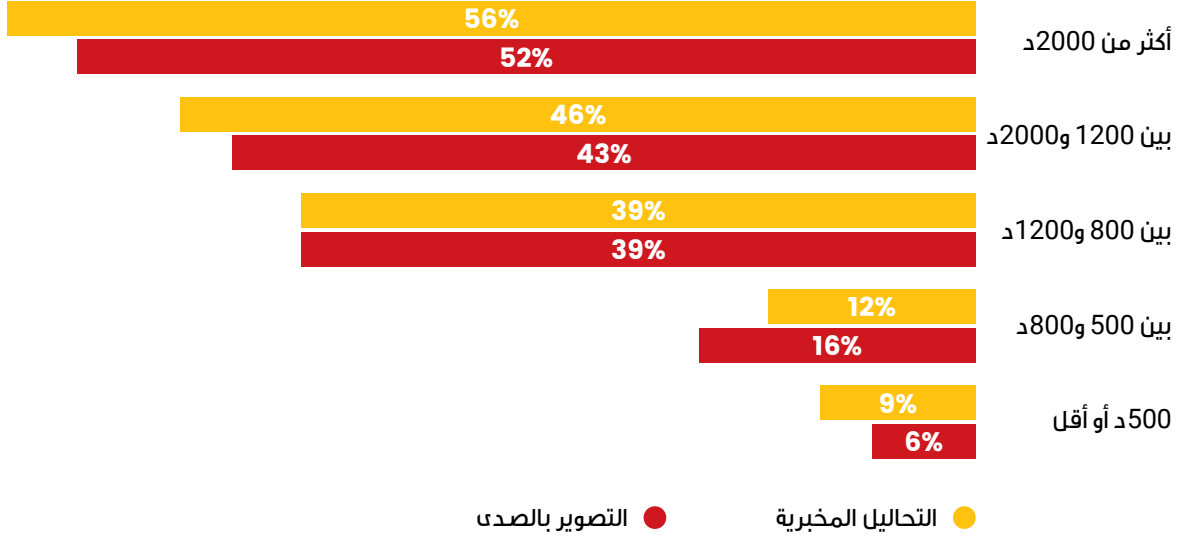


هنا تختلف النتائج بعض الشيء، بالنظر إلى التراجع الأقل حدة في تطاوين بين 2019-2017 و2022-2020، وفي المروج بين 2016-2011 و2019-2017. لكن التراجع عن مستوى 2016-2011 بقي في المعتمديات الثلاث، مثلما لاحظنا نفس خاصيات التطور في دوار هيشير.

ويبقى دور الدخل الشهري واضحا في تحديد الوجهة نحو القطاع العمومي أو القطاع الخاص:

* لم تُدرج النسبة بخصوص فترة 2016-2011 في تطاوين الشمالية نظرا للعدد المحدود لمجموع حالات الإنجاب آنذاك بها (بضع حالات) بما يجعل النسبة غير دالة

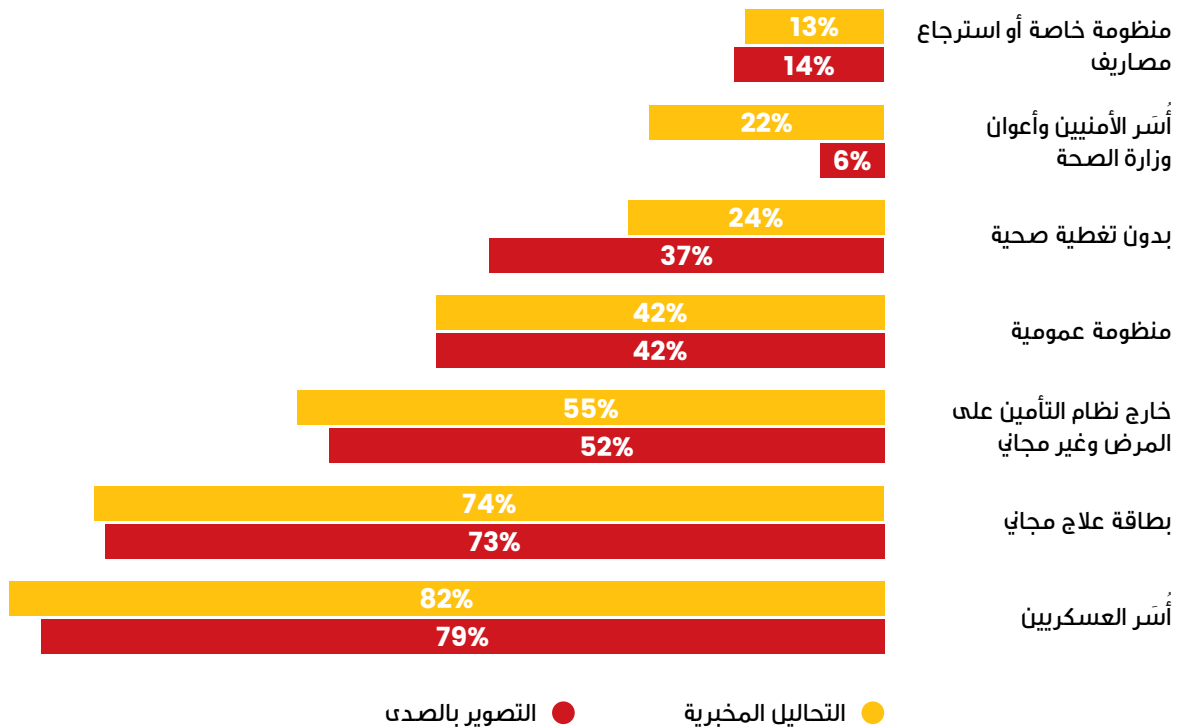
رسم بياني: نسب إجراء فحوصات التصوير بالصدى وتحاليل متابعة الحمل (كلها أو بعضها)، في القطاع العمومي، حسب الدخل الشهري للعائلة



يلاحظ نزوع كبير إلى التوجه للقطاع الخاص عندما يكون دخل العائلة مرتفعاً أو فوق المتوسط. بالمقابل، تعتمد على القطاع العمومي ما يقارب الخمسين أو أكثر عندما يكون الدخل ضعيفاً أو متوسطاً، وأغلبية من ذوات الدخل العائلي شبه المنعدم أو المحدود جداً.

كما يمكن الجزم بتأثير كبير لصف التغطية الصحية على القطاع التي تتوجه إليه المرأة الحامل لإجراء التحاليل وفحوصات التصوير بالصدى:

رسم بياني: نسب إجراء فحوصات التصوير بالصدى وتحاليل متابعة الحمل (كلها أو بعضها)، في القطاع العمومي، حسب صنف التغطية الصحية للأم



ومثلما هو متوقع، تعتمد المنصويات في المنظومة الخاصة أو نظام استرجاع المصاريف لنظام التأمين على المرض بصفة شبة كلية على القطاع الخاص.

لكن اللافيت أن صاحبات بطاقات علاج لأسر الأمنيين تنحون في نفس الاتجاه، على العكس تماما من صاحبات بطاقات العلاج الخاصة بأسر العسكريين تماما ومن جُل صاحبات بطاقات العلاج المجاني، وأغلبية بقية المنتفعات بتغطية صحية هشة*، اللاتي يعتمدن بصفة كبيرة على خدمات القطاع العام.

أما المنصويات في المنظومة العلاجية العمومية للتأمين على المرض فأقل اعتمادا على القطاع العمومي، لكن نسبتهن (أدنى قليلا من النصف) تبقى أهم ممن لا تغطية صحية لهن واللاتي يعتمدن رئيسيا على القطاع الخاص**.

وهكذا فإن التوجه إلى القطاع العمومي أو الخاص يخضع إلى حد كبير لمعطيات ذات علاقة مباشرة بالإمكانات المالية الخاصة بالأسرة مع مدى مساهمة وضعية التغطية الصحية ونظامها في التكفل بجزء من التكلفة في هذا القطاع أو ذاك.

لكن حتى بعد هذا "الاختيار"، وإلى جانب التواتر المرتفع لعدم الانتفاع بجزء من المتابعة الضرورية سواء في مستوى عدد العيادات أو فيما يتعلق بالتحاليل و/أو فحوصات التصوير بالصدى (كلها أو جزء منها)، فإن إشكاليات وصعوبات حقيقية تعترض نسبة هامة من النساء الحوامل وأسرنهن في إجراء ما تمكّن من إجرائه. وهي صعوبات ذات طبيعة مادية -كلية أو جزئية- في معظم الحالات.

9.2.3 نسبة اعتراض صعوبات في إجراء عيادات ما بعد عيادة الثلاثية الأولى والتحاليل المخبرية في إطار متابعة الحمل

36% من مجموع حالات الحمل التي وقعت متابعتها بعيادة أو أكثر (بعد عيادة الثلاثية الأولى) اعترضتها صعوبة أو صعوبات في إجرائها.

وترتفع نسبة ملاقة صعوبات عند إجراء تحاليل لمتابعة الحمل إلى 46% من مجموع حالات الحمل التي وقعت متابعتها بتحليل مخبرية (سواء كانت كل التحاليل المطلوبة أم لا).

وبصفة عامة تبلغ نسبة اعتراض صعوبات عند إجراء العيادات أو التحاليل 48% من مجموع حالات الحمل التي وقعت متابعتها بعيادات و/أو تحاليل***. وفي أكثر بقليل من النصف (51% أي 24% من مجموع حالات الحمل التي وقعت متابعتها بعيادات و/أو تحاليل)، كانت الصعوبات عند إجراء العيادات وعند إجراء التحاليل أيضا.

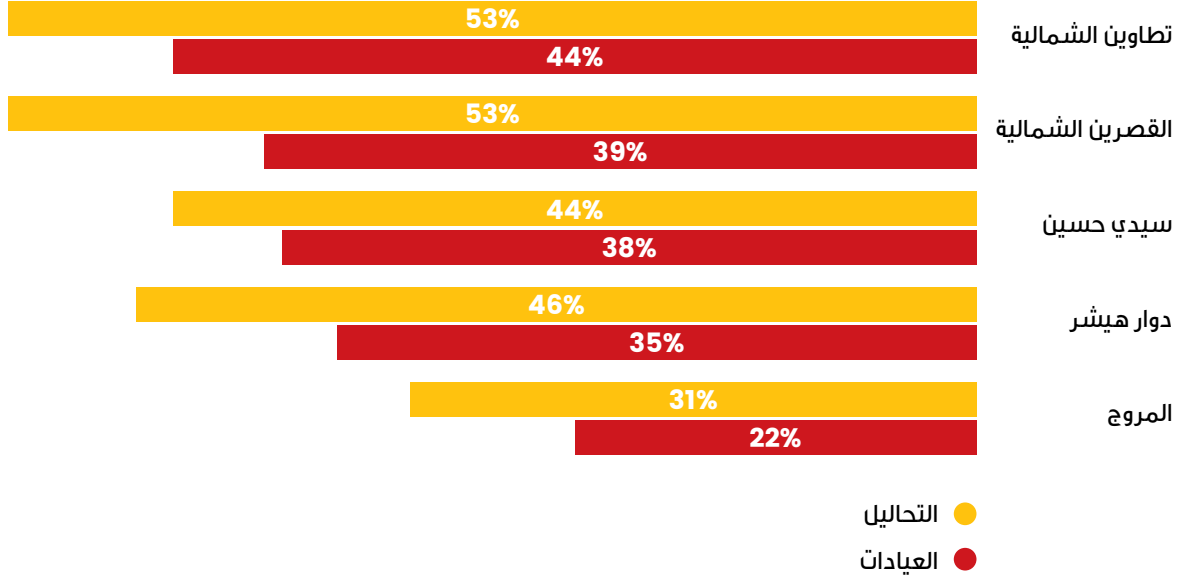
* أي خارج نظام التأمين على المرض، أساسا صاحبات بطاقات العلاج بتعرفة منخفضة أو المضمونات الاجتماعية في نظام محدود الدخل.

** مع اختلاف النسبة بين فحوصات التصوير بالصدى (حوالي الثلثين) والتحليل المخبرية (ثلاثة أرباع).

*** علما أن 1% ممن أنجبوا لم يجروا أي عيادة بعد عيادة الثلاثية الأولى وأي تحليل مخبري.

وفي مستوى المعتمديات:

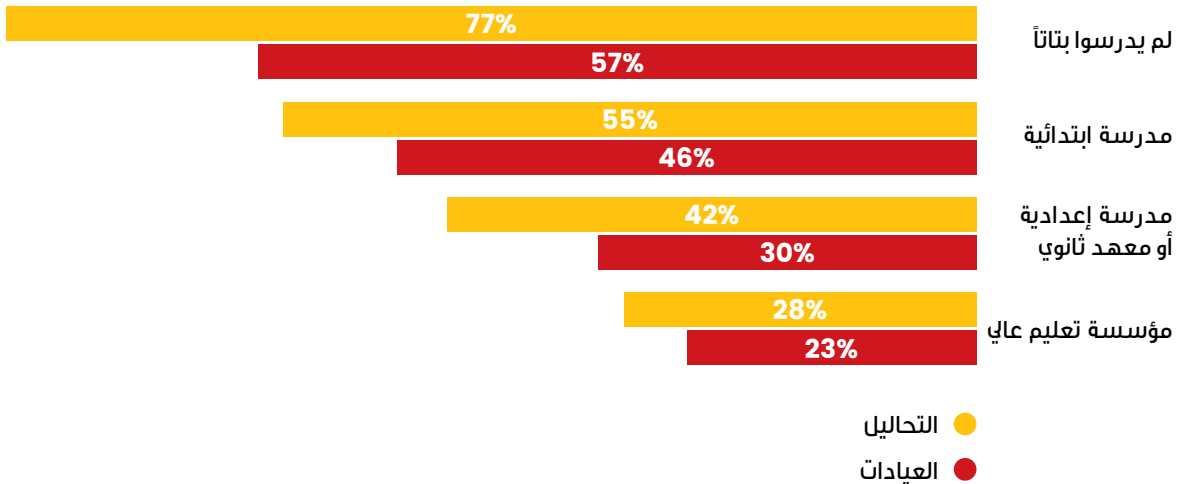
رسم بياني: نسب اعتراض صعوبات لدى من أجروا تحاليل أو عيادات (كلها أو بعضها) لمتابعة الحمل، حسب المعتمديات



تختلف النسب بصفة دالة إحصائياً بخصوص العيادات بين معتمديتي تطاوين الشمالية والمروج حيث أنها تبلغ في الأولى ضعف الثانية (44% مقابل 22%). أما بخصوص التحاليل فالفوارق أقل وتهم هاته المرة ليس فقط تطاوين الشمالية بل كذلك القصرين الشمالية في نفس الجانب ودائماً المروج في الجانب الآخر.

ومقارنة بالمستوى التعليمي:

رسم بياني: نسب اعتراض صعوبات لدى من أجروا تحاليل أو عيادات (كلها أو بعضها) لمتابعة الحمل، حسب مستوى التمدرس



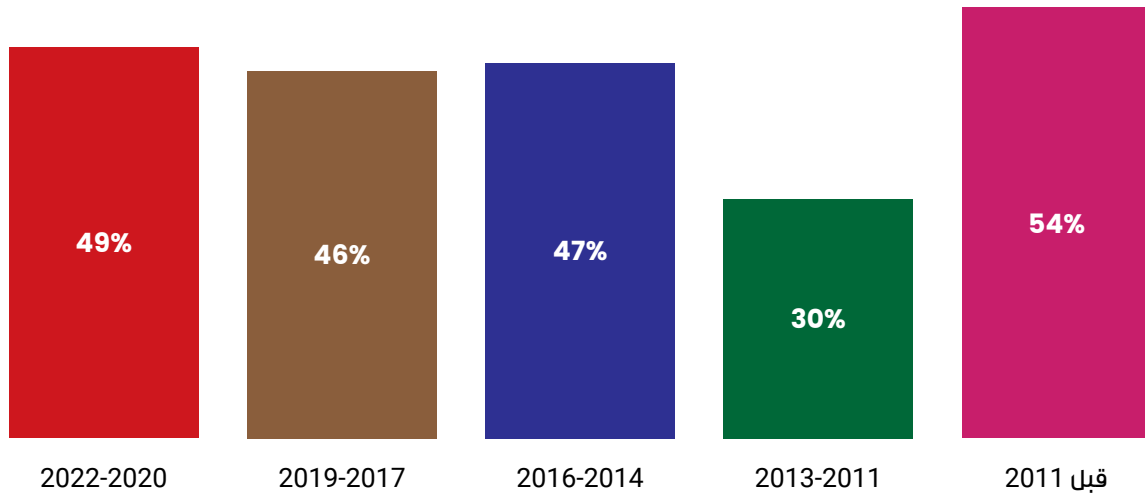
يلاحظ أن نسبة من لاقتهم صعوبات لإجراء التحاليل تتغير عموماً في اتجاه معاكس للمستوى التعليمي (مع دلالة عالية إحصائية)، لتصبح لدى من حرموا تماماً من التمدرس، أعلى بكثير ضِعف ما هي عليه لدى من حُظوا ببلوغ المرحلة الجامعية سواء تعلق الأمر بالتحاليل (77% مقابل 28%) أو بالعيادات (57% مقابل 23%).

أما بين فئات النشاط الاقتصادي*، فالفوارق في نسب ملاقات صعوبات تتركز بين العاطلين الباحثين عن عمل حيث النسب عالية (49% بخصوص العيادات و55% بخصوص التحاليل)، مقارنة بتلك المسجلة لدى غير الناشطين (37% و45% وخاصة لدى من يعملون (34% و45%)

ولا توجد اختلافات دالة في النسب بين الإناث والذكور (رغم ما بدا من تواتر أعلى للتعرض إلى صعوبات في إجابات الذكور). كذلك الشأن حسب الشرائح العمرية.

أما تطور نسبة الصعوبات عبر السنين فمثير للانتباه:

رسم بياني: تطور النسبة العامة لاعتراض صعوبات لدى من أجروا تحاليل أو عيادات (كلاهما أو بعضها) لمتابعة الحمل

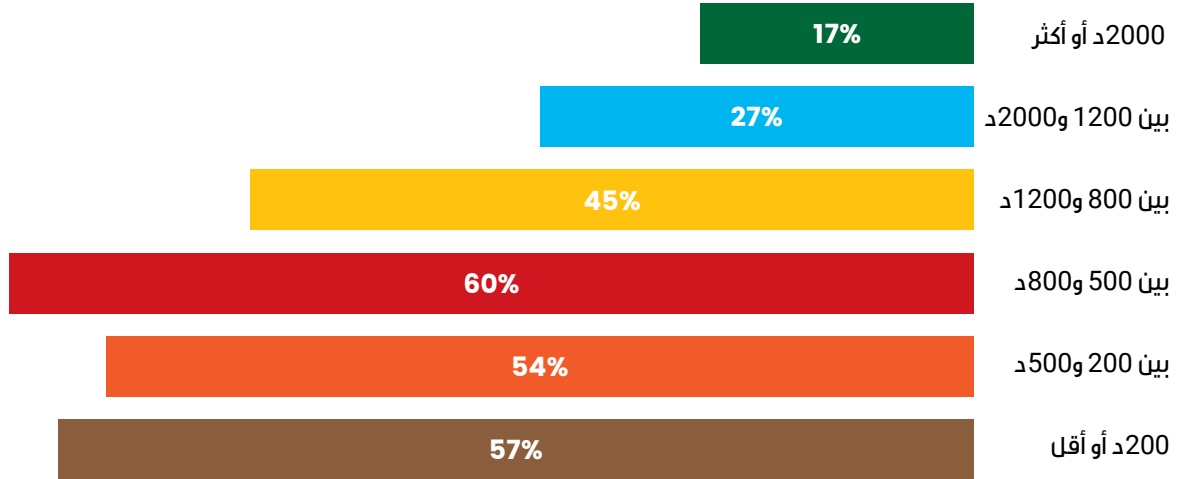


بعد انخفاض نسبة من لاقوا صعوبات في إجراء عيادات و/أو تحاليل في إطار متابعة الحمل في فترة 2013-2011 مقارنة بما سبقها، عادت للارتفاع مع نزوع نحو مزيد من تواترها في السنوات الثلاث الأخيرة.

* علماً وأنها لم تأخذ بعين الاعتبار معطيات من لايزالون في طور الدراسة أو التكوين لعدد منهم المحدود بين من أنجبوا.

10.2.3 تأثير مستوى الدخل العائلي ووضعية التغطية الصحية على اعتراض صعوبات في متابعة الحمل

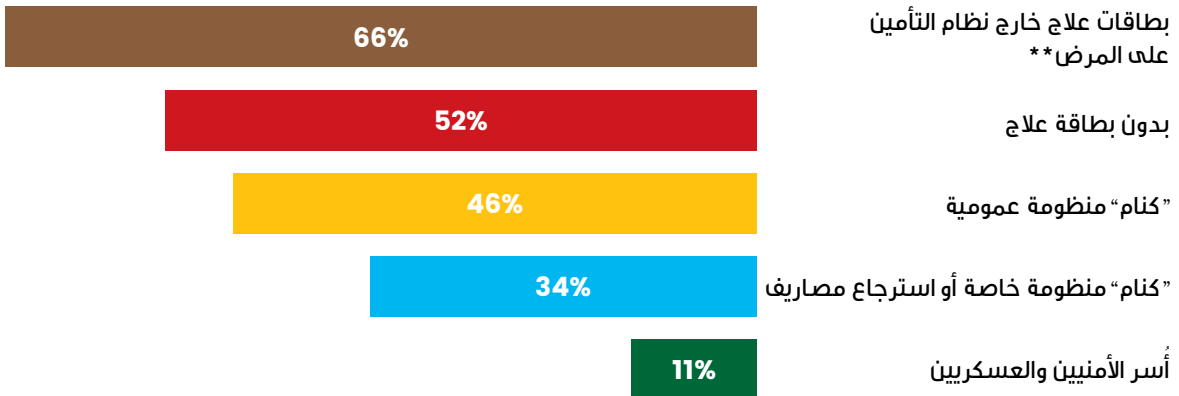
رسم بياني: نسبة اعتراض صعوبات عند إجراء تحاليل أو عيادات (كلها أو بعضها) لمتابعة الحمل حسب مستوى الدخل العائلي الشهري



يتبين هنا أن نسبة ملاقات صعوبات عند إجراء عيادات و/أو تحاليل لمتابعة الحمل، ترتفع كلما انخفض مستوى الدخل العائلي، تماما مثلما انتهت إليه نتائج الجزء الخاص بالعيادات العادية من هاته الدراسة لكن مع نسب أعلى عموما في الشرائح الأربعة الأقل دخلا (إلى شريحة الدخل المتوسط أي بين 800 و1200 دينار في الشهر)*.

أما حسب وضعية التغطية الصحية، فالنتائج تُظهر اختلافات هامة في نسبة ملاقات صعوبات عند إجراء عيادة و/أو تحاليل لمتابعة الحمل:

رسم بياني: نسبة اعتراض صعوبات لدى من أجروا تحاليل أو عيادات (كلها أو بعضها) لمتابعة الحمل حسب وضعية التغطية الصحية



* كانت النسب بخصوص الصعوبات المعترضة عند إجراء العيادة العادية على التوالي: 57%, 54%, 45% و32%.
** بطاقة علاج مجاني أو بتعريف منخفضة، أو بطاقة علاج لمحدودي الدخل من المضمونين الاجتماعيين.

بالتأكيد، يشد النظر تَمَيُّزُ أسر الأمنيين والعسكريين بانخفاض كبير لنسبة ملاقات الصعوبات إلى شبه انتفاء لها (11%).

لكن إلى جانب ذلك، تتباين النسبة أساسا بين أصحاب بطاقات علاج خارج نظام التأمين على المرض (66%)، ومن اختاروا منظومتَي القطاع الخاص (استرجاع المصاريف والمنظومة الخاصة) في إطار نظام التأمين على المرض (34%).

11.2.3 طبيعة الصعوبات المعترضة أثناء القيام بمتابعة الحمل

تطغى الصعوبات المالية بوضوح حيث نجدها لدى 89% ممن اعترضتهم صعوبات عند إجراء العيادات و93% عند إجراء التحاليل.

تأتي بعدها صعوبات الوصول إلى الخدمة (أساسا صعوبات التنقل) من جهة وإجراءات الحصول على العيادة ثانية (تسجيل، مواعيد، توقيت، ...) من جهة ثانية بمستويات متقاربة بينهما. لكن نسبتَي صعوبات التنقل والصعوبات الإجرائية أعلى عند إجراء العيادة (على التوالي 49% و51% من بين من اعترضتهم صعوبات عند إجرائها) من نسبتَيها عند القيام بالتحاليل (على التوالي 39% و38%)*.

أخيرا تأتي "أسباب أخرى" لدى نسبة محدودة ممن لاقوا صعوبات سواء عند إجراء العيادة (18%) أو التحاليل (14%).

ونجد اختلافات واضحة لهاته النسب بين المعتمديات، أساسا بين تطاوين الشمالية حيث النساء الحوامل أكثر تعرضا لصعوبات إجراءات أو تنقل سواء عند إجراء العيادة** أو التحاليل، وبين المروج حيث نسبة الصعوبات هي الأضعف***.

إلى جانب ذلك، تجلب معطيات القصرين الشمالية الانتباه في مستويين:

- محدودية نسبة التعرض إلى صعوبات تنقل سواء عند إجراء العيادة (ثاني أضعف نسبة بـ36%، مقابل 75% في تطاوين الشمالية) وخاصة التحاليل (أضعف نسبة بـ18%، مقابل 64% في تطاوين الشمالية) من جهة،
- تباين نسبة الصعوبات الإجرائية بين العيادات (أعلى نسبة بـ64%، وهي تفوق حتى نسبة تطاوين الشمالية التي تبلغ 57%) والتحاليل (ثاني أضعف نسبة بـ31%، مقابل 57% في تطاوين الشمالية)

بخصوص بقية المتغيرات المعتمدة لتحديد العينة (العمر، النشاط الاقتصادي، الجنس، المستوى التعليمي) نلاحظ بعض اختلافات لافتة:

- حسب المستوى التعليمي: وجود اختلافات دالة إحصائيا بخصوص الصعوبات في العيادة، سواء كانت صعوبات تنقل أو إجراءات، بين من حرموا من الدراسة تماما (على التوالي 68% و65%) ومن حظوا بالوصول إلى التعليم الجامعي (على التوالي 29% و33%)، لكن تجدر الإشارة إلى تقارب كبير في مختلف النسب بين أصحاب المستويات الأخرى من المشاركين****

* لاحظنا أن أغلب حالات وجود صعوبات في العيادات دون صعوبات في التحاليل وقع تسجيلها في القصرين.

** باستثناء صعوبات الإجراءات في العيادات التي تتواتر بنسبة أعلى في القصرين الشمالية.

*** مع الإشارة إلى العدد الجملي المحدود لمن لقيين صعوبات في معتمدية المروج، مهما كانت طبيعة الصعوبات (20 حالة) والأعداد الأقل حسب كل صنف من الصعوبات.

**** يجدر التذكير بأن المشاركين هم من الجنسين وأن توزيعهم لا يعكس توزيع النساء الحوامل سواء في خصوص المستوى التعليمي أو فئة النشاط الاقتصادي أو الشريحة العمرية.

- حسب فئات النشاط الاقتصادي:

تبرز التباينات في نسبة ملاقات صعوبات تنقل أو إجراءات بوضوح أكبر بخصوص التحاليل، وهي اختلافات تتركز بين العاطلين الباحثين عن عمل (على التوالي 63% و59%) ومن يعملون* (29% على حد السواء بين صنفَي الصعوبات).

أما الفوارق بخصوص العيادات فأقل أهمية في ظل ارتفاع نسبي للمستويات لدى من يعملون (على التوالي 36% و43%) مع مستويات في صفوف العاطلين مقارنة لتلك المسجلة بخصوص التحاليل

- حسب الشرائح العمرية للمشاركين في الدراسة**: إذ تبرز تباينات هامة بين النسب المسجلة في الفئة العمرية 25-29 سنة وتلك الملاحظة في شريحة 35-39 سنة، سواء في الصعوبات الإجرائية أو صعوبات التنقل وبخصوص العيادات والتحاليل أيضا، فإن دلالتها معقدة.

3.3 الإعلام والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

يكتسي الإعلام والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية أهمية خاصة لدى الجميع في مختلف مراحل الحياة، مع ملاءمة المحتوى والتركيز على بعضها في كل مرحلة. وتتعاظم هاته الأهمية في فترة ما قبل البلوغ ومرحلة المراهقة والشباب، مع التأكيد على أن تشمل وبصفة مبكرة ومُسبقة مختلف الجوانب التي يمكن أن تعترض الفرد حتى في مراحل لاحقة من حياته. لذا حرصنا على تخصيص بعض الأسئلة للموضوع.

1.3.3 نتائج عامة

“أنت شاب(ة) تعدّيت بأهم تطور في حياة الفرد، من الطفولة للشباب، بالبلوغ والنضج الجنسي. تحصّلتشي على إعلام أو تثقيف حول هاذي المرحلة وحول بعض الجوانب الصحية المتعلقة بيها في المؤسسة التعليمية؟”

هذا السؤال خصّينا به كل من أنهى في دراسته، على الأقلّ وبنجاح، السنة السابعة أساسي، اعتبارا لغياب كل برامج ذات صلة بالموضوع قبل مرحلة المدرسة الإعدادية، لا في برامج التعليم ولا في برامج الصحة المدرسية ولا في الأنشطة الثقافية المدرسية.

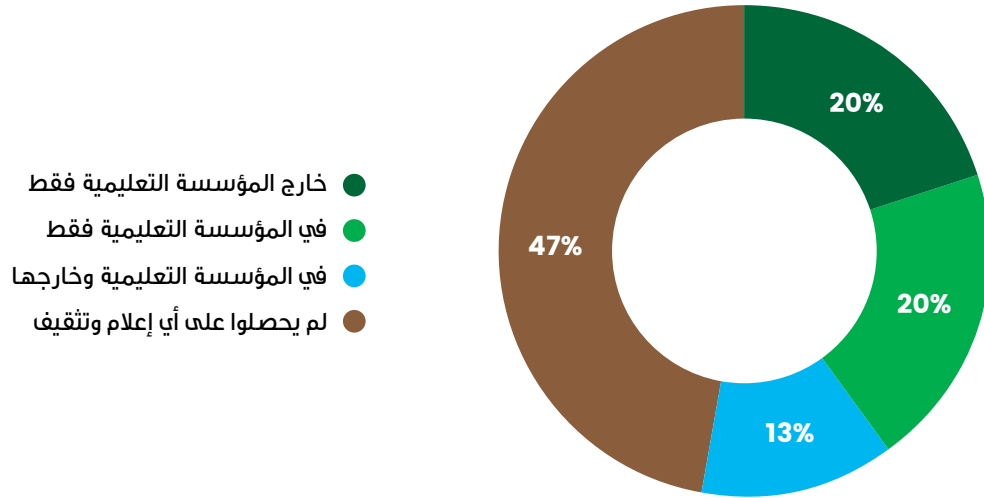
وتبعه سؤال آخر وجّه إلى جميع المشاركين في الدراسة دون استثناء، أي بمن فيهم من حُرّموا من التعلم المدرسي تماما أو من مواصلته حتى النجاح في نهاية السنة السابعة أساسي، حول ما إذا تحصّلوا على تثقيف أو إعلام في نفس المجال خارج المؤسسة التعليمية.

كانت النتائج العامة سلبية، إذ أجاب حوالي نصف من أتموا على الأقلّ السنة السابعة أساسي بنجاح، بأنهم لم يحصلوا على أي إعلام أو تثقيف في المجال لا داخل المؤسسة التعليمية ولا خارجها. كما أنّ ثلثهم فقط أجابوا أنهم تحصلوا عليه في المؤسسة التعليمية.

* مع نسبة وسطية لدى غير الناشطين اقتصاديا.

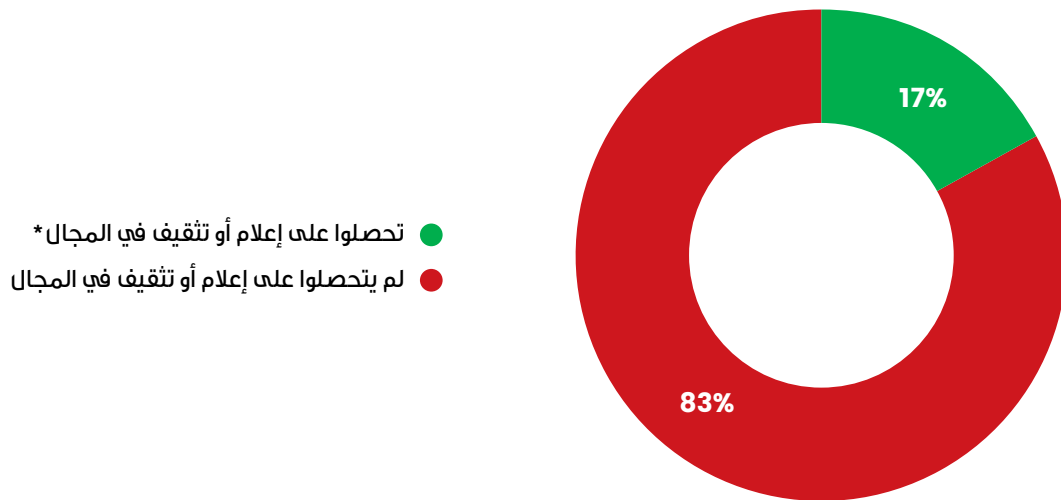
** لا علاقة مباشرة بين عمر المستجوب عند إجراء الدراسة حتى لو كانت الأم وبين عمر الأم عند الحمل الذي يبقى مرتبطا بسنة الولادة وبالتالي الحمل وهي متغيرة كثيرا حتى لنساء لمن نفس العمر. ومع ذلك قد يصح القول بأن من بلغوا سن 35 سنة يجدون عموما صعوبات أقل خاصة في التنقل ولكن أيضا في الإجراءات ربما بحكم عامل الخبرة أو التعود أو تحسن نسبي في ظروف العيش.

رسم بياني: حصول الشباب الذين أتموا على الأقل السنة السابعة أساسي بنجاح على إعلام/تثقيف حول البلوغ والنضج الجنسي ومكان الحصول عليه



والوضع أكثر قتامة، وبوضوح كبير، لدى من حُرِّموا من التعلُّم المدرسي تمامًا، أو من بلوغ النجاح في نهاية السنة السابعة أساسي. إذ لم يتحصل منهم سوى 17% على إعلام أو تثقيف في الموضوع (وكان ذلك خارج المؤسسة التعليمية)

رسم بياني: حصول الشباب، الذين حُرِّموا تمامًا من التعلُّم المدرسي تمامًا أو من بلوغ النجاح في نهاية السنة السابعة أساسي، على إعلام أو تثقيف حول البلوغ والنضج الجنسي

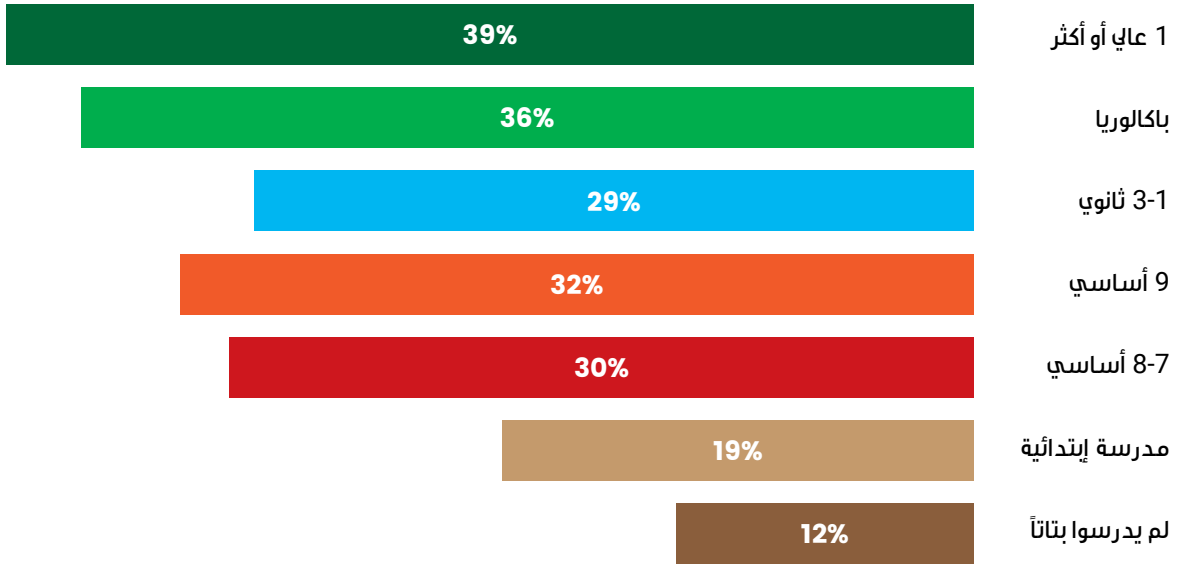


وهكذا فإنَّ الفضاءات خارج المؤسسة التعليمية فشلت في تعويض معظم من حُرِّموا من حقهم في التمدرس إلى سن 16 سنة على الأقل، عن عُبن حرمانهم من الإعلام والتثقيف بخصوص الصحة الجنسية والإنجابية، وهو جزء يسير لكُنَّ حيوي في التكوين الأساسي للفرد. فهو مرتبط بأحد أهم مجالات حياته وتحوُّلاتها، وأحد أشدها تعريضاً إلى مخاطر عليه في صحته وحتى في حياته، وعلى المجتمع في تطوُّره.

أكثر من ذلك، فإنَّها لم تُقدِّم هذا الإعلام والتثقيف إلاَّ لنسبة من هؤلاء لا تتجاوز نصفَ المستفيدين ممن أتموا على الأقل سنة كاملة في المدرسة الإعدادية (17% مقابل 33%) أي أن استقطاب الفضاءات خارج المؤسسات التعليمية أضعف بنسبة النصف لمن حُرِّموا من التعلُّم أو من مواصلة الدراسة إلى النجاح في نهاية السنة السابعة أساسي مقارنة بمن بلغوا هذا المستوى أو تجاوزوه.

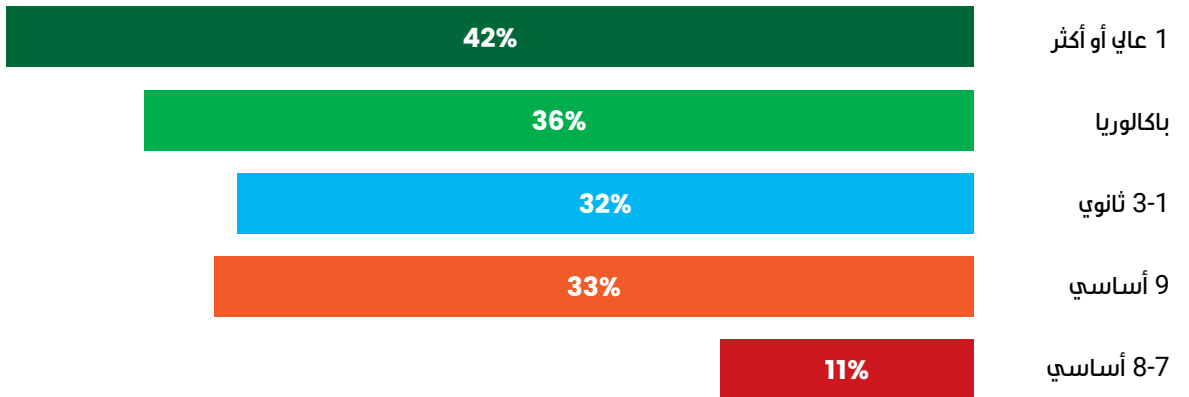
وعموماً، كلما تطور الشباب في دراسته كلما استغادت نسبة أكبر منهم على تثقيف أو إعلام في مجال الصحة الجنسية والإنجابية خارج الفضاء المدرسي أو الجامعي. وأهم تطور في نسبة المستفيدين سُجّل بين من توقفوا عند المدرسة الابتدائية ومن قضاوا سنة أو أكثر بعدها، وكذلك لدى من توقفوا عند المدرسة الابتدائية مقارنة بمن لم يدرسوا بتاتاً. لكن يصبح التطور أقل أهمية، ويكاد ينحصر لدى من أتموا سنة البكالوريا مقارنة بمن توقفوا عند إحدى سنوات الثانوي الثلاث التي سبقتها*، مثلما يظهر في الرسم البياني التالي:

رسم بياني: تطور نسبة المنتفعين بإعلام أو تثقيف في الصحة الإنجابية والجنسية خارج الفضاء المدرسي أو الجامعي، حسب المستوى التعليمي*



أما تطور نسبة المنتفعين بإعلام أو تثقيف في الصحة الإنجابية والجنسية في الفضاء المدرسي أو الجامعي حسب المستوى التعليمي للشباب أو الشابة، فمختلف إلى حد كبير:

رسم بياني: تطور نسبة المنتفعين بإعلام أو تثقيف في الصحة الإنجابية والجنسية في الفضاء المدرسي أو الجامعي**، حسب المستوى التعليمي***



* نلاحظ شبه استقرار لدى من توقفوا عند إحدى السنوات الستة التي تأتي بعد المدرسة الابتدائية وقبل البكالوريا.
** يركز تقسيم المستويات التعليمية على محطات البرامج الرسمية للتعليم وللصحة المدرسية والجامعية في المجال بداية من مرحلة المدرسة الإعدادية.
*** بداية من مرحلة المدرسة الإعدادية.

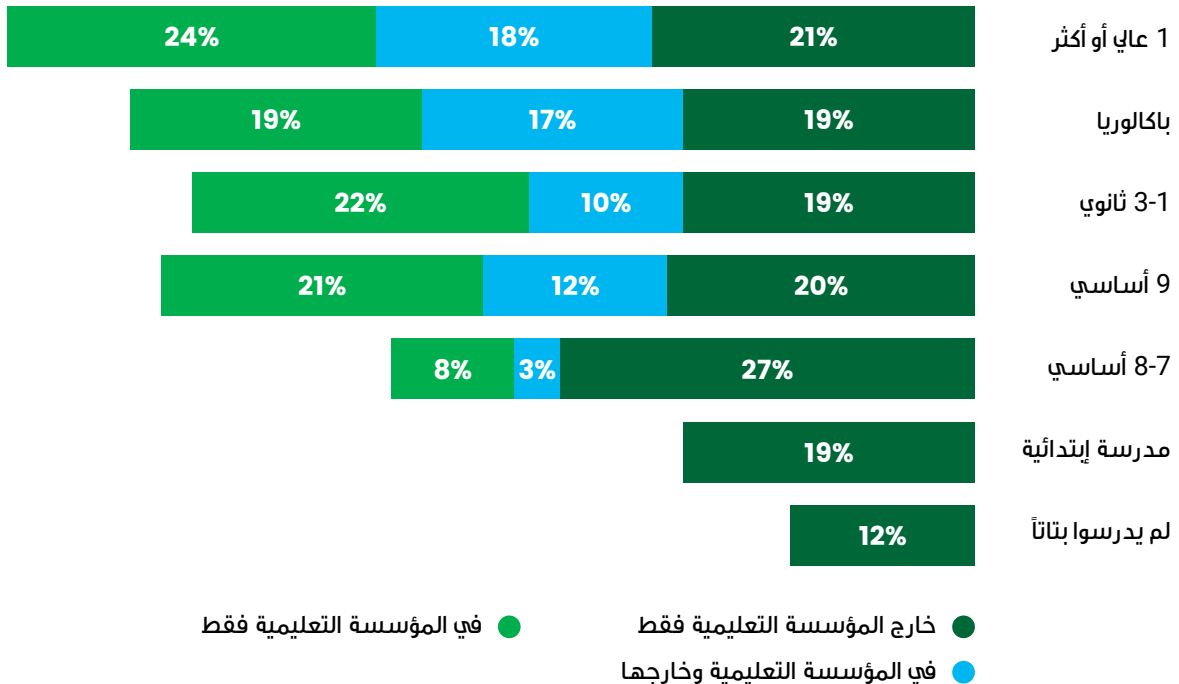
فنحن نلاحظ هنا "قفزة" لنسبة المتحصّلين على تثقيف أو إعلام داخل المؤسسات التعليمية بين أصحاب مستوى السابعة أو الثامنة أساسي من جهة والسنة التاسعة من جهة أخرى، حيث تضاعفت 3 مرات (من 11% إلى 33%) رغم أن هاته السنوات الثلاثة تُدرّس في نفس المؤسسة التعليمية وهي المدرسة الإعدادية، بل أنها القفزة الوحيدة باعتبار أن النسبة لم تتطور كثيراً بعد السنة التاسعة أساسي ولم تتجاوز في أعلى السلم التعليمي 42%. وهذه الملاحظة مركزية في نظرنا، رغم بقاء نسبة المتحصّلين على إعلام أو تثقيف لا تتجاوز الثلث لدى من توقف مستواهم الدراسي عند النجاح في نهاية السنة التاسعة أساسي.

ويعود ذلك في اعتقادنا إلى أثر إيجابي، رغم محدوديته، لإدراج محور "التكاثر عند الإنسان" في برامج مادة "علوم الحياة والأرض" للسنة التاسعة أساسي، على نسبة ممن واصلوا دراستهم إلى هذا المستوى. لكن لا يبدو الأثر مُشابهاً بالنسبة إلى دراسة نفس المحور في برامج نفس المادة للسنة الأخيرة من التعليم الثانوي، ربما بحكم أن هاته المادة ليست إجبارية في كل الشعب التعليمية.

ولا يجب اعتقادنا هذا حقيقة بقاء أغلبية أجابت بأنها لم تحصل على تثقيف أو إعلام في الصحة الإنجابية بالمؤسسات التعليمية مهما كان المستوى التعليمي الذي بلغوه. ولا يعني هذا أن محور "التكاثر عند الإنسان" لم يقع تدريسه في المستويات المبرمج بها لهؤلاء، بل إن الأمر يتعلق أساساً بالمحتوى وبطرق التدريس والتقييم، والتي غالباً ما لا تترك أثراً لدى الشباب أو على الأقل ذاكرة لأثر.

أما دور "التثقيف الصحي" في إطار الصحة المدرسية والجامعية، بما في ذلك نوادي الصحة المدرسية، فهو أكثر ضعفاً. فرغم التنصيص على محاور البلوغ والمراهقة، وسائل منع الحمل، الأمراض المنقولة جنسياً والسيدا بين المواضيع الأولوية في الروزنامة الرسمية لخدمات الصحة المدرسية والجامعية بداية من السنة السابعة أساسي، كانت نسبة من أجابوا بأنهم حصلوا على إعلام أو تثقيف حول البلوغ والنضج الجنسي قبل السنة التاسعة أساسي، سنة التطرق له في البرامج الدراسية، ضعيفة جداً. ويمكننا الجزم أن السبب يكمن أساساً في ضعف مستوى إنجاز برامج "التثقيف الصحي في الوسط المدرسي والجامعي" واقتصرها، عندما تُنجز فعلاً*، على نسبة ضعيفة من التلاميذ أو الطلبة، مهما كان الموضوع (وربما صح الأمر أكثر على مواضيع الصحة الجنسية والإنجابية).

رسم بياني: نسبة المنتفعين بإعلام أو تثقيف في الصحة الإنجابية والجنسية ومكان الحصول عليه، حسب المستوى التعليمي للشباب أو الشابة



* أساساً من طرف ممرضين وأطباء مراكز الصحة الأساسية باعتبارهم المكلفين بالصحة المدرسية والجامعية، وكذلك القابلات في المؤسسات الجامعية، ويمكنهم الاستعانة في أنشطة التثقيف الصحي بإخصائيين آخرين حسب الموضوع

ونلاحظ أن التطور تركز في 4 مستويات تعليمية:

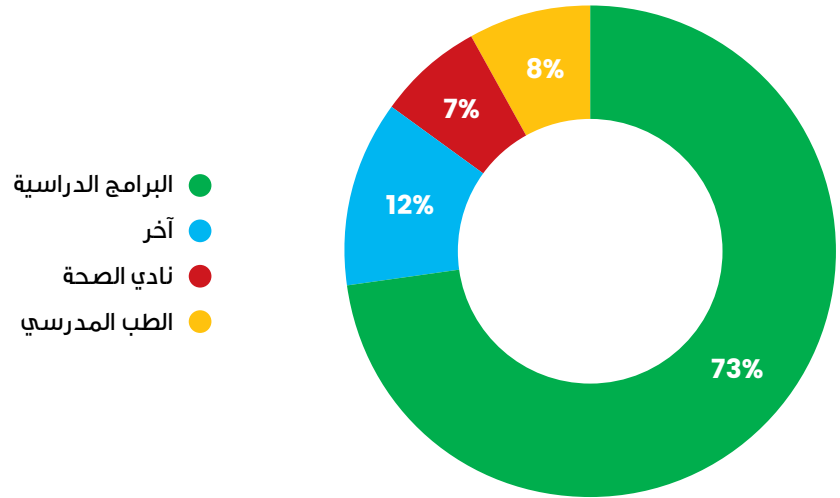
- السابعة والثامنة أساسية، وكان للفضاءات خارج المؤسسة التعليمية الدور الأكبر فيه
- السنة التاسعة أساسية وكانت المدرسة الإعدادية وراءه
- سنة البكالوريا واشتركت الفضاءات في المؤسسات التعليمية وخارجها فيه
- فترة التعلم الجامعي وكان للفضاءات المؤسسة التعليمية الدور الأكبر فيه

وعموما تطورت نسبة المتحصّلين على إعلام أو تثقيف في المجال من 12% لدى من حرموا من المدرسة إلى 63% لدى من أنهوا بنجاح أول سنوات التعليم العالي على الأقل. لكن من المهم تعداد النسب الوسيطة: 19% لدى من تعلموا دون تجاوز المدرسة الابتدائية، و38% لدى من دخلوا المدرسة الإعدادية لكن توقفوا عند النجاح في نهاية السنة السابعة أو الثامنة من التعليم الأساسي، و53% لدى من توقفوا عند إنهاء السنة التاسعة أي الأخيرة من التعليم الأساسي بنجاح، وأخيرا 55% لدى من توقف نجاحهم عند الحصول على البكالوريا.

من جهة أخرى سألنا من أجابوا بأنهم تحصلوا على إعلام أو تثقيف، حول إطاره، سواء بالنسبة إلى المؤسسة التعليمية أو خارجها.

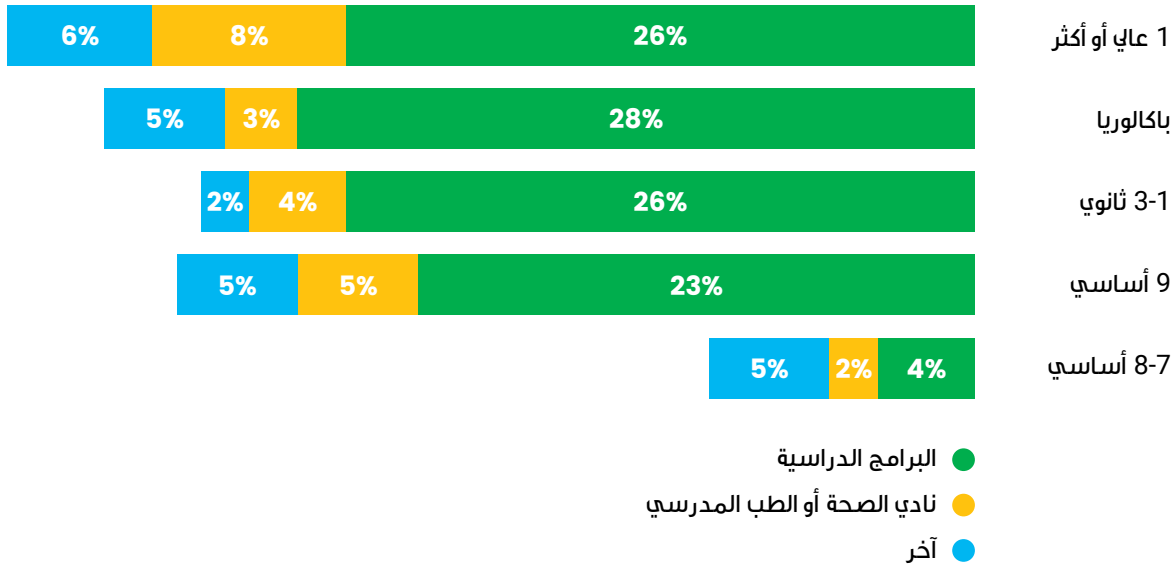
وقد كان توزيع الإجابات كالآتي بالنسبة إلى إطار الإعلام والتثقيف في المؤسسة التعليمية، علما وأنه طُلب من المَعنّين اختيار إحدى إجابات أربعة:

رسم بياني: إطار الحصول على تثقيف أو إعلام حول الصحة الإيجابية والجنسية في المؤسسة التعليمية



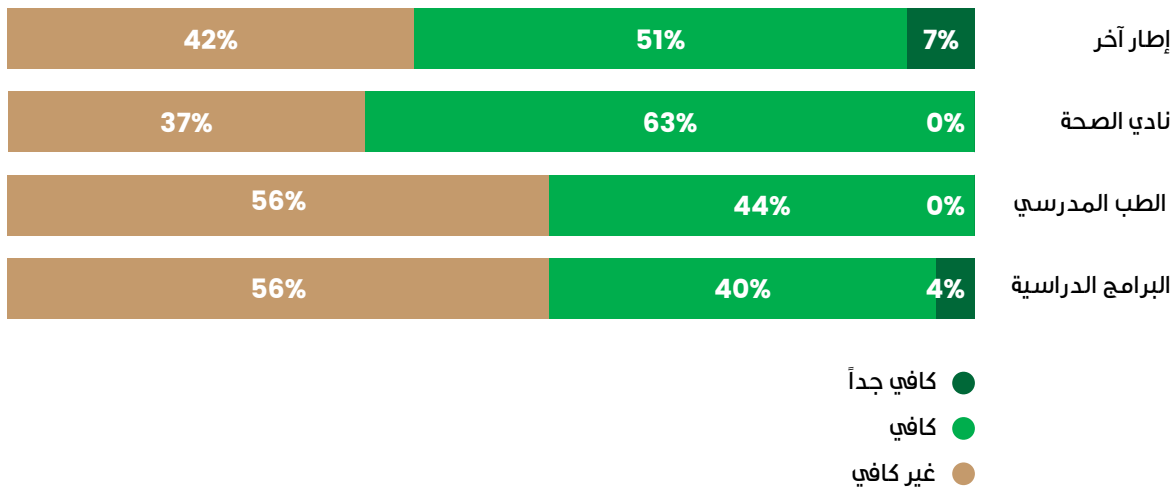
وتدعم هاته النتيجة ما ذهبنا إليه من دور أساسي للبرامج المدرسية، وهي تتوضح أكثر بتحليلها حسب المستوى التعليمي الدقيق:

رسم بياني: نسبة المتحصليين على إعلام أو تثقيف في الصحة الإيجابية بالمؤسسات التعليمية وتوزيعها حسب إطار التثقيف أو الإعلام: مقارنة حسب المستوى التعليمي للشباب



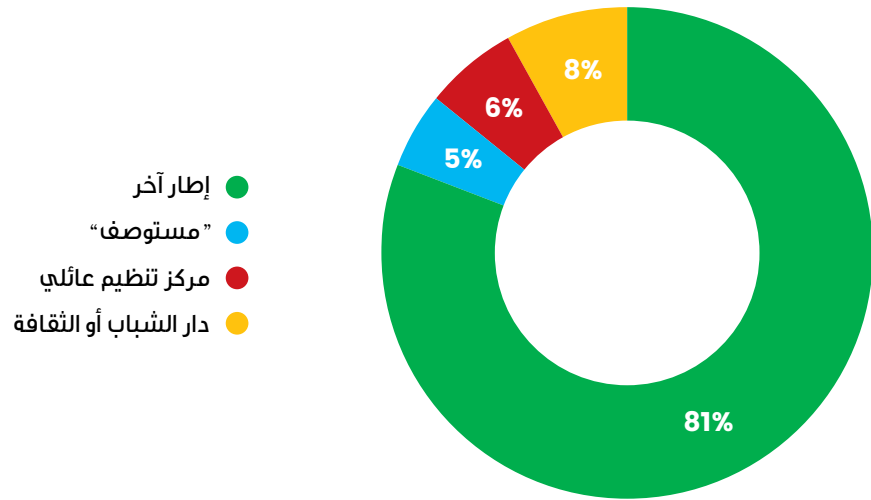
لكن أغلبية الشباب المجيبين بتحصيلهم على تثقيف أو إعلام في المؤسسة التعليمية، اعتبرت أنه غير كافي بقطع النظر عن إطاره. أما إذا أخذنا بعين الاعتبار إطار التثقيف أو الإعلام، فيصبح التقييم أكثر إيجابية بخصوص نوادي الصحة والأطر الأخرى مقارنة بالبرامج التعليمية والطب المدرسي:

رسم بياني: تقييم الشباب لمدى كفاية ما حصلوا عليه من إعلام أو تثقيف في الصحة الإيجابية بالمؤسسات التعليمية حسب إطار التثقيف أو الإعلام



أما بخصوص الإعلام أو التثقيف في الصحة الإيجابية خارج المؤسسات التعليمية، فتشير النتائج بوضوح إلى شبه غياب للنسيج المؤسساتي الرسمي المحمول عليه التكفل بهذه المهمة: فمن بين أربع إجابات طُلب من المعنيين اختيار إحداها، لم يتجاوز مجموع من اختاروا مركز الصحة الأساسية (أو ما يعرف بـ "المستوصف")، أو مركز الصحة الإيجابية (أو ما يعرف بـ "مركز التنظيم العائلي") أو دار الشباب أو الثقافة، إطارا لما حصلوا عليه من تثقيف أو إعلام، خمس المتحصليين عليه. بالمقابل أجابت الأغلبية الساحقة (81%) بأنه كان في إطار "آخر".

رسم بياني: إطار الحصول على تثقيف أو إعلام حول الصحة الإنجابية والجنسية خارج المؤسسة التعليمية



يبقى هذا الإطار الـ "آخر" قابلاً للتأويل حول طبيعته، إذ يمكن أن تتراوح بين الأطراف التقليدية مثل بعض أطراف العائلة (خاصة الأم والجدة) أو الأصدقاء، والأطر العصرية الرقمية (مثل مواقع التواصل الاجتماعي ومواقع الإنترنت الأخرى). لكن هاته الأخيرة مصادر، بقدر ما تتمتع بجاذبية كبيرة بقدر ما تطرح إشكالات عديدة على مستوى جودة المحتوى ومصداقيته، في غياب شبه كلي لأطر مشابهة موثوقة المصدر سواء على المستوى الوطني أو الجهوي.

4. الصحة المدرسية والجامعية

تتفرد خدمات الصحة المدرسية والجامعية بعدة خصائص عما سبقها من خدمات شملتها دراستنا، أهمها أنها ليست علاجية بل إما وقائية أو للتقصي والتشخيص، وكلها مجانية، ويكلف بها أطباء وممرضون أجراء لدى وزارة الصحة.

وهاته الخدمات محدّدة بمنشور مشترك بين وزارة الصحة ووزارات الإشراف على المؤسسات حسب المرحلة من مرحلة ما قبل المدرسة إلى التعليم العالي، وتشمل المؤسسات التربوية والتعليمية العمومية والخاصة على حد سواء.

وتنقسم هذه الخدمات إلى صنفين كبيرين:

- خدمات فردية إلزامية أو شبه إلزامية لكل طفل أو تلميذ أو طالب مستهدف بالخدمة، وتتمثل خاصة في التلافيح والفحوص الطبية.
- خدمات أخرى، إما ذات طبيعة جماعية مثل التثقيف الصحي، أو فردية خاصة بحالات معينة مثل خدمات خلايا الإصغاء والإرشاد.

وفي علاقة بمجال الدراسة، اقتصرنا على تقصي مدى انتفاع المعنيين ببعض الخدمات من الصنف الأول من جهة، ومدى معرفتهم بوجود خدمات من الصنف الثاني أو معاينتهم لها من جهة أخرى. كما اكتفينا بالخدمات التي تهم مستويات التعليم المتقاطعة مع مرحلة الشباب، واستثنينا تبعاً لذلك الخدمات المقدمة في المدرسة الابتدائية أو مؤسسات ما قبل المدرسة.

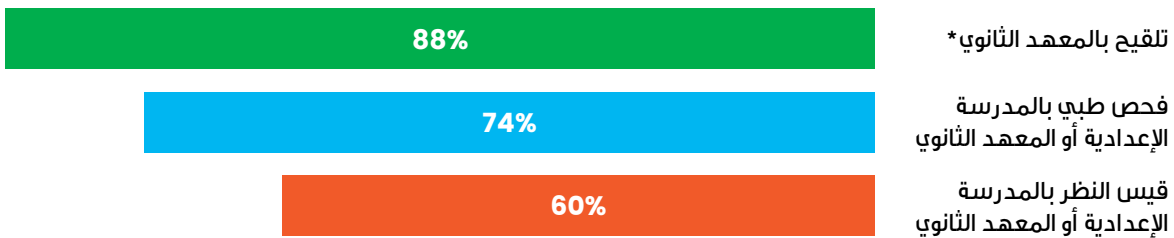
واحتوت استمارة البحث قسمين من الأسئلة حسب المعنيين بها:

- أسئلة تتعلق بمرحلة التعليم العالي ووجهناها حصرياً إلى من بلغوها في دراستهم
- أسئلة تتعلق بخدمات في مرحلة المدرسة الإعدادية والمعهد الثانوي، وتُقدّم إمّا في مستويات محدّدة منها ووجهناها في هاته الحالة إلى من بلغوا في دراستهم المستوى المعني على الأقل، أو أنها تهم مجمل تلاميذ المرحلة أو المدارس الإعدادية أو المعاهد ووجهناها في هاته الحالة إلى من بلغوا على الأقل هذه المرحلة أو المؤسسة المعنية منها.

1.4 نتائج عامة

1.1.4 الانتفاع بخدمات فردية إلزامية في المدارس الإعدادية والمعاهد الثانوية

رسم بياني: نسب الانتفاع بخدمات فردية إلزامية في المرحلة الثانية من التعليم الأساسي وفي التعليم الثانوي

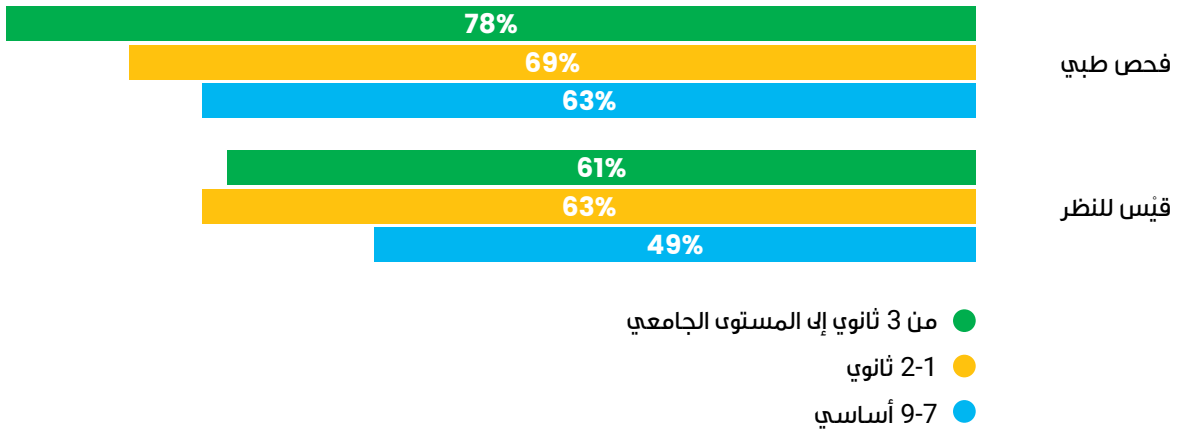


* يخص تلاميذ السنة الثالثة ثانوي

تبدو نسبة الشباب الذين أفادوا بانتفاعهم بالتلقيح في المعهد من بين المعنيين* مرتفعة. لكن الحقيقة أنها ليست كذلك، لأن التلقيح إجباري باستثناء حالات محدودة جداً** ثم إن النسبة العامة، عندما كانت تُنشر، تفوق 95%.

أما النسب الخاصة بالفحص الطبي وقيس النظر*** فهي ليست فقط أسوأ من نسبة التلقيح، بل إنها تُخفي نسباً رديئة جداً. ذلك أن 74% هي نسبة من انتفعوا بفحص طبي واحد على الأقل في المدرسة الإعدادية أو المعهد الثانوي. حيث أن السؤال كان كالآتي: "تتذكر شي أو عدى عليكم طبيب(ة) في lycéة وإلا في collège؟". وقد وُجّه لكل من أنهى السنة السابعة أساسي على الأقل وبنجاح، مهما كان المستوى الذي بلغوه في دراستهم وليس فقط من توقفوا عند هذا الحد، والحال أنه وقعت برمجة 3 فحوص طبية "دورية" (systematiques) في المرحلة المعنية بالسؤال: السنوات السابعة أساسي والأولى والثالثة ثانوي. وبالتالي فإن نسبة ممن وُجّه إليهم السؤال يفترض أن يكونوا قد انتفعوا بفحوصين طبيين أو ثلاثة. لذلك، بهدف تحديد أدق، احتسبنا النسب حسب 3 مستويات تعليمية جزئية:

رسم بياني: نسب الانتفاع بقيس للنظر وفحص طبي في المرحلة الثانية من التعليم الأساسي أو في التعليم الثانوي حسب المستوى الدراسي الدقيق للشباب أو الشابة



وهكذا فإن من مجموع الشباب الذي أنهى السنة الثالثة ثانوي على الأقل، لم ينتفع 22% بأي واحد من الفحوص الطبية الثلاثة التي من المفترض أن تُجرى له "أوتوماتيكياً" في المدرسة الإعدادية والمعهد الثانوي، كما أن 39% لم ينتفعوا بأي قيس للنظر رغم أنه كان من حقهم إجراء 3 قياسات عندما كانوا يدرسون في هاتين المؤسساتيتين.

أما من لم يتجاوزوا النجاح في إحدى سنوات تعلمهم بالمدرسة الإعدادية، فقد جُرم 37% من حقهم في إجراء فحص طبي للتقصي (مع ما يمكن أن يُرافقه من تواصل مهم مع طبيب) ولم يكن بإمكانهم التدارك باعتبار انقطاعهم عن الدراسة قبل موعد الفحص الطبي الموالي. وترتفع النسبة إلى 51% بخصوص قيس النظر والحال أن اضطرابات النظر هي المشاكل الصحية المزمنة (أو طويلة الأمد "durable") الأكثر تواتراً لدى الشباب، مع انعكاسات ممكنة مختلفة الأبعاد والآثار عند التأخر في الكشف عنها وعلاجها****.

كذلك الشأن بالنسبة إلى 31% (بخصوص الفحص الطبي) و37% (بخصوص قيس النظر) ممن منعتهم ظروف مختلفة من مواصلة التعلم إلى ما أبعد من النجاح في نهاية السنة الأولى أو الثانية ثانوي، حيث وقع حرمانهم في الفرصتين المُبرمجتين (في السابعة أساسي والأولى ثانوي) من حقهم في الفحص الطبي و/أو قيس النظر دون إمكانية التدارك.

* من أنهوا السنة الثالثة من التعليم الثانوي بنجاح، وهي السنة الوحيدة المعنية بالتلقيح في المرحلة
** يقع إعلام الأولياء كتابياً قبل التلقيح لاستثناء من يستظهر بشهادة طبية لمانع صحي أو لإجراء التلقيح في القطاع الخاص، ونسبة كل هاته الحالات محدودة جداً عادة.

*** وهو جزء من الفحص الطبي لكن إجراءه موكول للمرضين ويتطلب ظروفًا خاصة فيقومون به عادة في توقيت خاص قبل الفحص الطبي بأيام في أغلب الحالات أو في نفس اليوم.
**** بل هي سبب رئيسي في الانقطاع الدراسي في عديد الحالات.

وتجدر الملاحظة أن هامش الخطأ في الإجابات المحسّبة ضعيف جداً باعتبار أننا أدرجنا في الاستبيان إمكانية الإجابة بـ"لا أتذكر" كإجابة محتملة (ثم وضعنا هاته الإجابات جانبا دون إدماجها في التحليل علما وأنها بلغت بين 5% و6% من المعنيين بالسؤالين).

أخيرا نشير إلى أن آخر الإحصائيات التي نُشرت بالخصوص* قدمت نسبة تغطية بالفحص الطبي في "الثانوي" بـ 75% سنة 2010 و77% سنة 2014.

2.1.4 معاينة التثقيف الصحي أو علم بوجود خدمات خاصة بحالات معينة، في المدرسة الإعدادية و/أو المعهد الثانوي

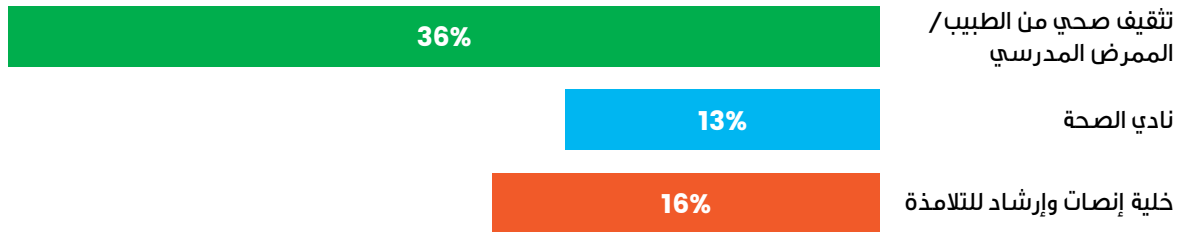
حصرنا هذا الجانب في أسئلة ثلاثة وجهناها إلى كل من أتم بنجاح السنة السابعة من التعليم الأساسي أو بلغ مستوى أعلى:

"تذكرشي أو في *lycée* وإلا في *collège*"

- أ. جاء طبيب وإمراض حكي مع التلامذة على مواضيع صحية
- ب. كان ثمة نادي صحة ينشط ويشارك في التثقيف الصحي؟
- ت. كان ثمة خلية إنصات وإرشاد للتلامذة فيها الطبيب المدرسي وإلا الممرض وإلا المرشدة وإلا أستاذ أو إطار تربوي؟

وكانت النتائج كالآتي، مع توضيح أن الإجابات مثلما يتضح من الأسئلة لا علاقة لها بمدى الانتفاع بالخدمات أو استعمالها:

رسم بياني: نسب معاينة التثقيف الصحي أو المعرفة بوجود خلية إنصات وإرشاد للتلامذة في المرحلة الثانية من التعليم الأساسي وفي التعليم الثانوي



هذه النسب ضعيفة جدا، ولكنها لا تبدو أسوأ مما نُشر مؤخرا**.

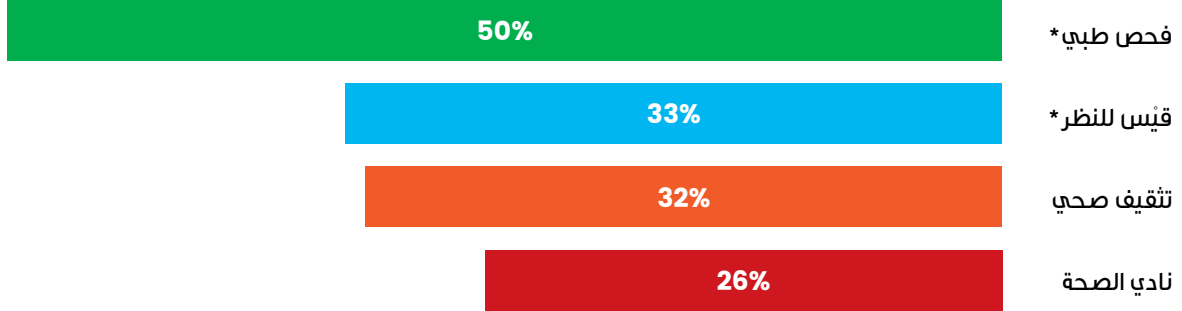
وتطرح الوضعية إشكالية مدى جدية الجهات المعنية في توفير الإمكانيات للضرورة لتطبيق البرامج المقررة من حوالي 3 عقود في معظمها، مع ضمان نجاعة دنيا لا تبدو متوفرة حاليا في أغلب ما يُنجز منها على تواقعه.

* "المخطط التثموي 2016-2020: تقييم وتشخيص الواقع القطاعي" صفحة 11 - وزارة الصحة - اللجنة القطاعية - جانفي 2016

** جاء في الصفحة 52 من "التقرير الوطني حول وضع الطفولة بتونس- لسنتي 2020-2021" الصادر عن "مرصد الإعلام والتكوين والتوثيق والدراسات حول حماية حقوق الطفل - وزارة الأسرة والمرأة والطفولة وكبار السن" ما يلي: "في إطار دعم الوعي الصحي والوقائي في صفوف التلاميذ تم تنظيم حصص للتربية الصحية في المدارس الإعدادية والمعاهد وقد ناهز عدد التلاميذ المستفيدين من الأنشطة التحسيسية والتربوية في المجال الصحي 513603 تلميذا سنة 2020 أي بنسبة بلغت 38%. بالإضافة إلى بعث نوادي الصحة بالمؤسسات التربوية سنة 2020 بنسبة تغطية لم تتجاوز 5% بالنسبة إلى المدارس الإعدادية و4% بالنسبة للمعاهد، ثم انخفضت هذه النسب سنة 2021 حيث لم تتجاوز 3%، بعدد حصص في التربية الصحية بلغ 18035 حصة في الابتدائي و7546 في الإعدادي وقد ركزت في مجملها على مجابهة جائحة الكوفيد التي كانت محل اهتمام الجميع منذ سنتين"

3.1.4 الانتفاع بفحص طبي وقياس النظر ووجود خدمات تثقيف صحي في المرحلة الجامعية

رسم بياني: نسب الانتفاع بالعيادة الطبية وقياس النظر ومعاينة التثقيف الصحي في إطار الصحة الجامعية



في هذا المستوى تبرز اختلافات في اتجاهين متعاكسين مقارنة بالمرحلة السابقة:

- تراجع هام في نسبة المنتفعين بالخدمات الإجبارية وصلت حد عدم انتفاع الثلثين بقياس النظر وهو رقم مُفزع. وتتناقض هاته النسب مع آخر الأرقام المنشورة التي تورد تطورا لنسبة التغطية بالفحص الطبي للطلبة الجدد* من 80% سنة 2010 إلى 85% سنة 2014**
- ارتفاع ملحوظ في نسبة الطلبة الملاحظين لوجود "نادي صحة في الجامعة ينشط ويشترك في التثقيف الصحي" وهو أمر إيجابي، خصوصا إذا تجاوز الأمر تظاهرة وحيدة تبرز بطابعها الاحتفالي بمناسبة اليوم الوطني السنوي للصحة الجامعية.

كما نلاحظ استقرارا في نسبة معاينة تثقيف صحي يؤمّنه ممرض (و/أو طبيب) الصحة والجامعة.

* كان الفحص الطبي (بما فيه قياس النظر) للطلبة الجدد يُجرى بالمؤسسة التعليمية الجامعية في يوم إجراء الترسيم، وأصبح منذ عدة سنوات يُجرى في الصائفة بعد النجاح في البكالوريا في مركز الصحة الأساسية الأقرب إلى سكنى التلميذ الناجح في البكالوريا، لتوفير ظروف أفضل للفحص وللمستفيدين وتفادي ضغط إجراءاته تزامنا مع استكمال الترسيم أو في بداية السنة الجامعية (مع ترك إمكانية التدارك، لمن تعذر عليه ذلك، بإجرائه في المؤسسة الجامعية عند انطلاق السنة الجامعية أو بُعيدها).

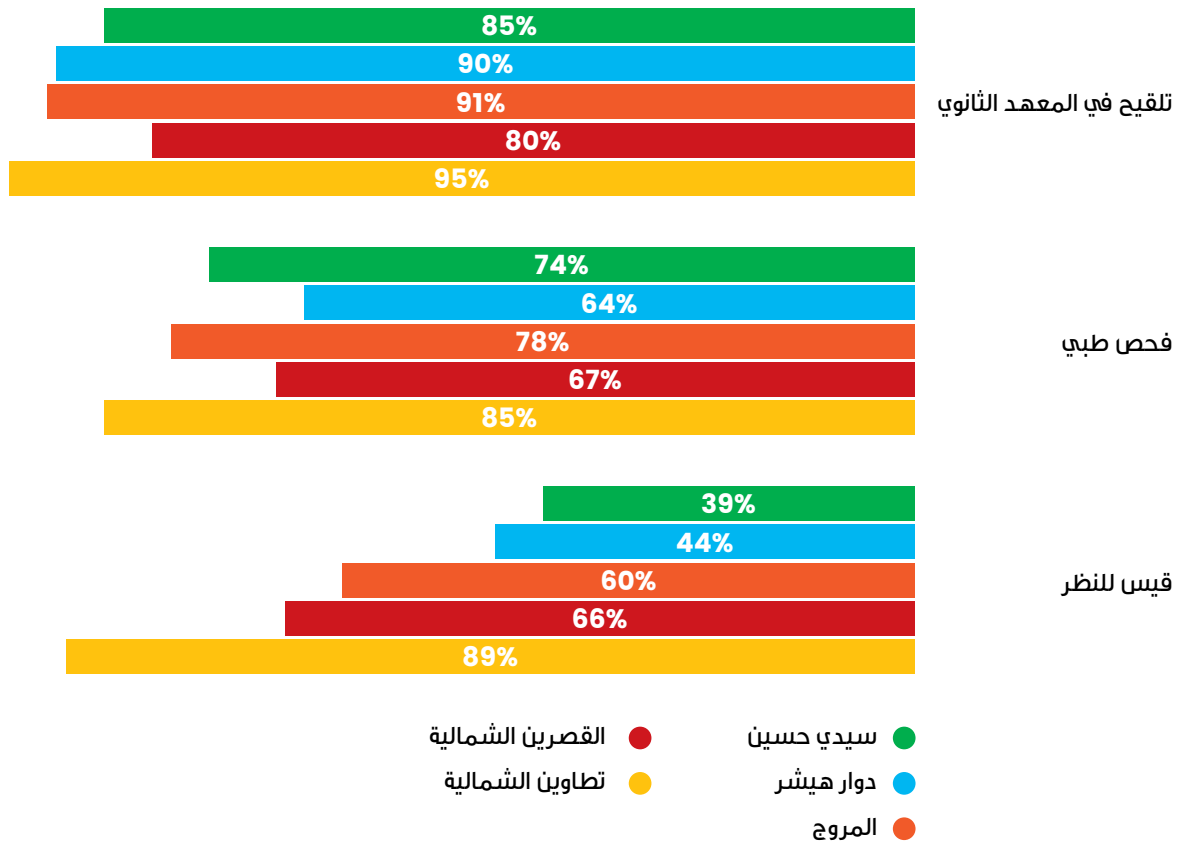
** "المخطط التنموي 2016-2020: تقييم وتشخيص الواقع القطاعي" صفحة 11 - وزارة الصحة - اللجنة القطاعية - جانفي 2016.

2.4 مقارنات بين المناطق والأجيال

1.2.4 مقارنات بين المعتمديات:

أ. الخدمات الفردية الإلزامية في المدرسة الإعدادية و/أو المعهد الثانوي

رسم بياني: نسب الانتفاع بخدمات فردية إلزامية في المدرسة الإعدادية و/أو المعهد الثانوي: مقارنة بين المعتمديات

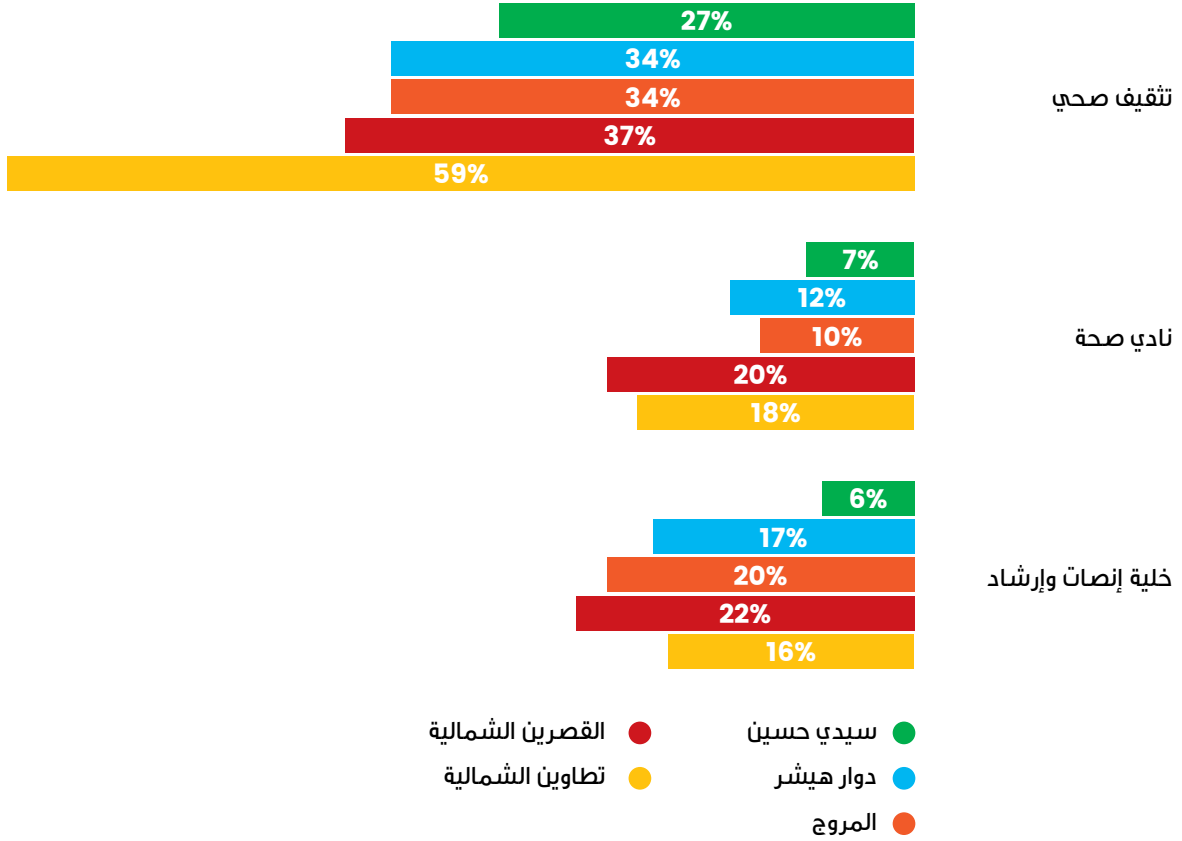


تلاحظ تباينات عديدة، متنوعة الوضوح والأهمية:

- على مستوى عام: تتبَّوُّ تطاوين الشمالية أفضل مستويات الانتفاع بالتلقيح (لدى مَنْ أنهوا الثالثة ثانوي)، بفحص طبي وبقيس للنظر على الأقل (لكل من نجح في نهاية السابعة أساسي أو بلغ مستوى أعلى). وتأتي بعدها معتمدية المروج بثاني أفضل نسبة للتلقيح وللفحص الطبي وثالث نسبة لقيس النظر. ثم "تداول" المعتمديات الثلاثة الأخرى على باقي المراتب
- وجود فارق كبير في مستويات الانتفاع بقيس النظر، بين معتمدية تطاوين الشمالية وبقية المعتمديات وخاصة سيدي حسين ودوار هيشر (بنسبة تقل عن نصف نسبة تطاوين الشمالية)
- الانخفاض الكبير، في معتمديات تونس الكبرى الثلاث، لنسبة الانتفاع بقيس النظر مقارنة بالفحص الطبي، وهو أمر مزعج لأنه يحرم الشباب من فرصة يصعب تعويضها لتقصي اضطرابات البصر، ولا يتمشى حتى مع الإجراءات التي تنص على أن يُسبَقَ الفحص الطبي وجوبا بقيس النظر.

ب. التثقيف الصحي و خلية إصغاء وإرشاد بالمدرسة الإعدادية أو المعهد الثانوي

رسم بياني: نسب معاينة التثقيف الصحي أو العلم بوجود خلية إصغاء وإرشاد في المدرسة الإعدادية و/أو المعهد الثانوي: مقارنة بين المعتمدات



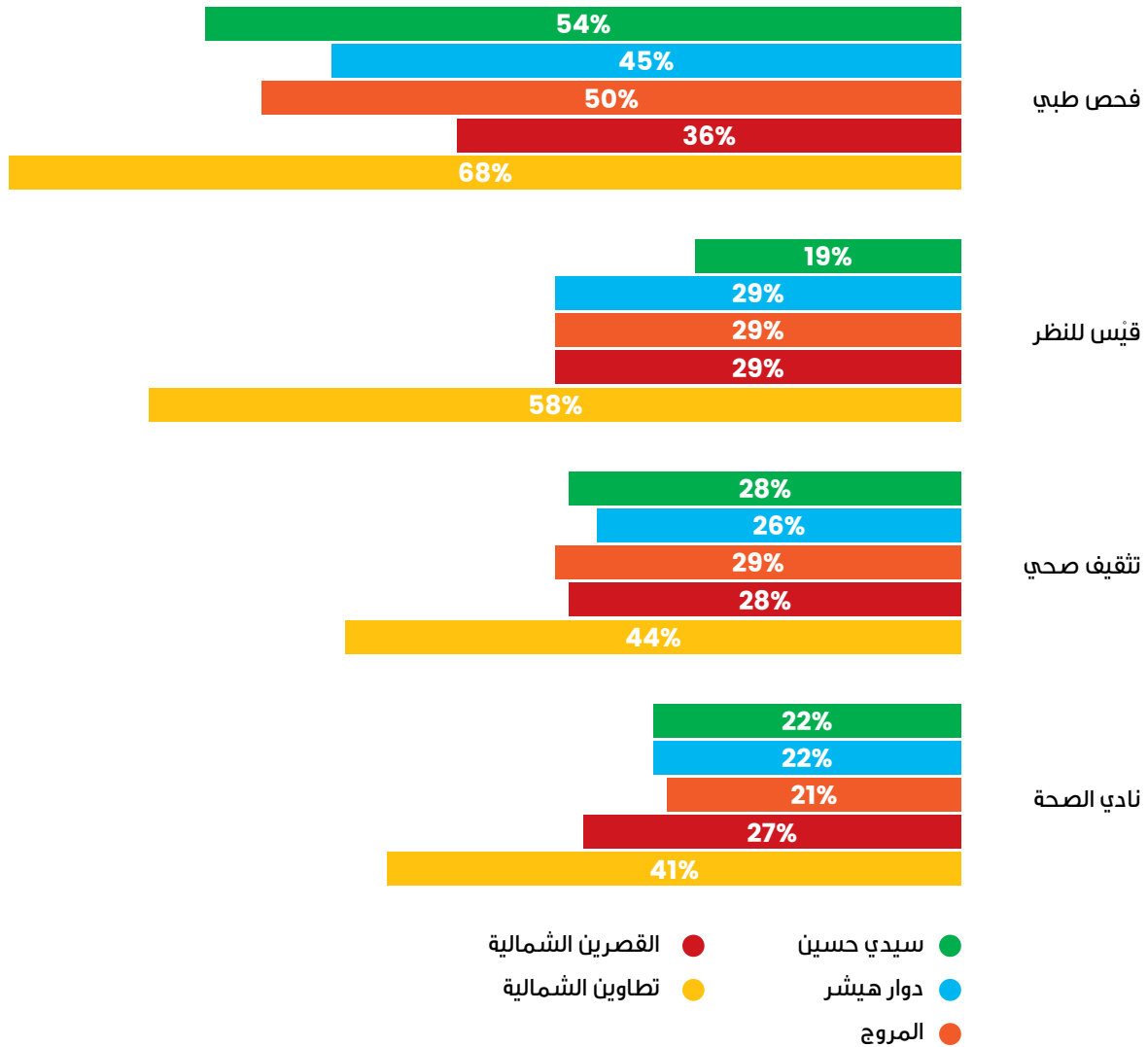
لا نجد هنا نفس التباينات:

- "بروز" معتمدة سيدي حسين بالقبوع أسفل السلم وبوضوح في الخدمات الثلاثة
- عدم تواصل تبوؤ معتمدة تطاوين الشمالية أفضل المستويات باستثناء ما يتعلق بالتثقيف الصحي (الذي يقوم به الممرض و/أو الطبيب المدرسيان)، حيث تبلغ النسبة مستويات عالية جدا مقارنة بكل المعتمدات
- صعود القصرين الشمالية إلى "المرتبة الأولى" بخصوص نوادي الصحة (بنسبة متقاربة مع تطاوين الشمالية، المعتمدة الداخلية الأخرى) وخلايا الإصغاء والإرشاد (بنسبة متقاربة خاصة مع المروج)

ت. الفحص الطبي وقياس النظر والتثقيف الصحي في إطار الصحة الجامعية

هنا تتقارب المقارنات مع تلك المتعلقة بالمدرسة الإعدادية والمعهد الثانوي والخاصة بقياس النظر والفحص الطبي وأنشطة التثقيف الصحي باستثناء نوادي الصحة مثلما يتضح في الرسم البياني التالي:

رسم بياني: نسب الانتفاع بالعيادة الطبية وقياس النظر ومعاينة التثقيف الصحي في إطار الصحة الجامعية



لكنها تتطلب بعض التوقف لما تثيره المقارنة بالصحة المدرسية من تساؤلات، تجد بعض إجابات في خصوصيات الخارطة الجامعية والحياة الطلابية وخدمات الصحة الجامعية:

- تنفصل تطاوين الشمالية عن باقي المعتمديات في كل الخدمات والأنشطة.

ويتماشي ما يتعلق منها بالفحص الطبي وقياس النظر مع ما لاحظناه سابقا بخصوص نفس الخدمات في المدرسة الإعدادية والمعهد الثانوي، بحكم إجراء الفحص الطبي (وقياس النظر المرافق له) للطلبة الجدد في أقرب مركز صحة أساسية من مقر سكنهم الأصلي.

لكن ما يتعلق منها بالتثقيف الصحي ونوادي الصحة في المؤسسات الجامعية يثير تساؤلا بحكم عدم وجود مؤسسات جامعية كثيرة في تطاوين وتوزع أغلب طلبتها على مختلف الولايات.

لكن قد يجد التساؤل إجابة في اهتمام أكبر بالتثقيف الصحي من جانبهم مقارنة بشباب جهات أخرى وخاصة بنسبة كبيرة من طلبة ولاية تطاوين يقطنون بالأحياء والميئات الجامعية (مقارنة أساسا بطلبة مناطق تونس الكبرى) حيث تبدو أنشطة التثقيف الصحي أكثر تواترا مما هي عليه في مؤسسات التعليم العالي.

- يشير الانتباه، مرة أخرى، الفارق الهام بين نسبة الانتفاع بقياس للنظر ونسبة الانتفاع بفحص طبي في اتجاه انخفاض الأولى مقارنة بالثانية، وذلك في معتمديات تونس الكبرى الثلاثة.

لكن يظهر أيضا فارق أقل بين النسبتين (وفي نفس الاتجاه) لدى شباب تطاوين الشمالية* (58% مقابل 68%) والقصرين الشمالية* (29% مقابل 36%).

2.2.4 مقارنات بين الشرائح العمرية للشباب أو أجياله:

أفرزت المقارنة حسب الشرائح العمرية تباينات في معظم الخدمات والأنشطة. وجل التباينات كانت في اتجاه تراجع النسب بين الشريحة العمرية الأعلى في دراستنا أي 35-39 سنة والشريحة العمرية الأدنى أي 18-24 سنة، باستثناء:

- الانتفاع بالتلقيح (في الثالثة ثانوي) الذي تحسن من 85% لدى الشريحتين العمريتين بين 30 و39 سنة إلى 90% لدى الشريحتين بين 18 و29 سنة،
- الانتفاع بفحص طبي في المدرسة الإعدادية أو المعهد الثانوي الذي كان تطوره متعرجا.

لكن التراجعات في النسب لم تكن متجانسة لا من حيث أهميتها، ولا نسقها مرورا بالشريحتين الوسيطتين 30-34 و25-29 سنة:

أ. بالنسبة إلى المرحلة الثانية من التعليم الأساسي والتعليم الثانوي:

- الخدمات الفردية الإلزامية: تراجعت نسبة الانتفاع بقياس للنظر خلال الدراسة في المدرسة الإعدادية أو المعهد الثانوي إلى 58% لدى الشريحة العمرية 18-24 سنة بعد أن بقيت في مستوى 61% في كل واحدة من الشرائح الثلاثة التي تفوقها.
- بقية الأنشطة: تراجعت نسبتا العلم بأنشطة التثقيف الصحي ونوادي الصحة كذلك لدى الشريحة العمرية 18-24 سنة فقط وذلك تباعا إلى 37% و11% بعد أن كانا حدود 45% و23% وبصفة متساوية بين الشرائح الثلاثة التي تفوقها. أما العلم بوجود خلايا إنصات وإرشاد، فقد تراجع "على مرحلتين": من 19% لدى شريحة 35-39 سنة إلى 17% لدى كل من شريحتي 30-34 سنة و25-29 سنة، ثم إلى 15% في شريحة 18-24 سنة.

ب. بالنسبة إلى المرحلة الجامعية:

- الخدمات الفردية الإلزامية: هنا أيضا انفردت الشريحة العمرية 18-24 سنة بتراجع الانتفاع بالفحص الطبي بعد البكالوريا إلى نسبة 46%، في حين أنه بقي متساويا بين الشرائح الثلاثة التي تفوقها بنسبة 52%. لكن تراجع الانتفاع بقياس للنظر بدأ بشريحة 25-29 سنة إلى مستوى 32%، ثم تسارع مع شريحة 18-24 سنة إلى 21%، بعد أن كانت نسبته 39% لدى كل من شريحتي 30-34 و35-39 سنة
- أنشطة التثقيف الصحي ونوادي الصحة: تراجعت "على مرحلتين": من 45% و39% لدى شريحة 35-39 سنة، إلى 29% و24% لدى كل من شريحتي 30-34 سنة و25-29 سنة، ثم إلى 24% و16% في شريحة 18-24 سنة.

وبقطع النظر عن تفاصيل التباينات، فالمهم في نظرنا، أنه في مجال الصحة المدرسية والجامعية، بحكم ارتباط الخدمات أو الأنشطة الصحية بمرحلة تعليمية معينة يمر بها الشباب في فترة محددة من عمره، تصبح المقارنة حسب الشرائح العمرية للشباب عند إجراء الدراسة، مقارنة بين أجيال متعاقبة، لمستوى انتفاعها بخدمات صحية مدرسية وجامعية، أو توفر خدمات أخرى لاستعمالها عند الحاجة، عند المرور بالمراحل التعليمية المعنية وبالتالي في فترات تاريخية متعاقبة.

* ويمكن أن يتعلق الأمر بجزء من طلبة هاتين المعتمديتين يقومون بالفحص الطبي متأخرا في المؤسسات التعليمية بصيغ عملية يتواتر فيها للتغاضي عن إجراء قياس النظر مثلما لاحظناه بتونس الكبرى في الفحص الطبي المدرسي والجامعي.. كما يمكن أن يكون في علاقة بظروف إجراء الطلبة للفحص الطبي الجامعي في بعض مراكز الصحة الأساسية.

ويوضح الجدول التالي تبعا لذلك، انطلاقا من النسب التي لخصنا أعلاه تبايناتها حسب شرائح أعمار الشباب التي بلغها عند إجراء الدراسة، تطور نسب انتفاعهم بالخدمات أو توفر أنشطة أو خدمات أخرى لهم، عبر الأجيال المتعاقبة على المدارس الإعدادية و/أو المعاهد الثانوية و/أو المؤسسات الجامعية في فترات تاريخية مختلفة، بعد ضبط العلاقة التقريبية بين الشريحة العمرية للشباب عند إجراء الدراسة وتاريخ الانتفاع بالخدمة أو توفرها باعتبار أن ذلك يكون في سن معينة*

جدول: التاريخ التقريبي للخدمات والأنشطة الصحية المدرسية والجامعية في سن الشباب حسب الشريحة العمرية للشباب عند إجراء الدراسة

الشريحة العمرية عند إجراء الدراسة				العمر التقريبي المقابل	المستوى التعليمي للانتفاع	الخدمة / النشاط	المؤسسة التعليمية
24-18 سنة	29-25 سنة	34-30 سنة	39-35 سنة				
النسبة والفترة التاريخية							
90% 2022-2011		85% 2010-2001		18 سنة	3 ثانوي	التلقيح	المعهد الثانوي
غياب اتجاه تطور واضح							
76% 2019-2013	71% 2012-2008	76% 2007-2003	74% 2002-1999	13 سنة 16 سنة 18 سنة (معدل 15 سنة)	7 أساسي 1 ثانوي 3 ثانوي	فحص طبي	المدرسة الإعدادية و/أو المعهد الثانوي
58% 2019-2013	61% 2012-1999					قيس النظر	
37% 2018-2012	45% 2011-1998			19-13 سنة (معدل 16 سنة)	طيلة فترة مواصلة الدراسة	تثقيف صحي	
11% 2018-2012	23% 2011-1998					نادي صحة	
15% 2018-2012	17% 2011-2002	19% 2001-1998				خلية إنصات وإرشاد	
46% 2021-2018	52% 2017-2003			21-19 سنة (معدل 20 سنة)	صائفة لحصول على البكالوريا	فحص طبي	بعد البكالوريا أو في الجامعة
21% 2021-2018	32% 2017-2013	39% 2012-2003				قيس النظر	
24% 2022-2018	29% 2017-2008		45% 2007-2003	22-20 سنة (معدل 21 سنة)	أساسا السنوات الثلاث الأولى	تثقيف صحي	
16% 2022-2018	24% 2017-2008		39% 2007-2003			نادي الصحة	

* وقعت الاستعانة بجدول "التلاميذ حسب سنة الدراسة والنوع وسنة الولادة" الوارد بوثيقة وزارة التربية (الإدارة العامة للدراسات والتخطيط ونظم المعلومات) "الإحصاء المدرسي - السنة الدراسية 2016-2017" صفحة 159.

5. الحصيلة: تدمير لحق الشباب في التغطية الصحية الشاملة

1.5 التأثير على الحق في تغطية صحية ملائمة

42% من شباب المعتمديات الخمسة في سنّ 18-39 سنة ليس لهم بطاقة علاج. نسبة تقارب ضعف نسبة غياب التغطية الصحية في شريحة 15-59 سنة من سكان البلاد (22%) في 2014¹، وترتفع إلى ما بين 58% و56% لدى العاطلين الباحثين عن عمل، والشريحة العمرية 2-925 سنة، والذكور، وإلى 50% لدى من يتراوح دخل عائلاتهم بين 500 و800 دينار شهريا. فهاته الفئات الخصوصية من شباب المناطق الخمسة هي الأكثر تعرّضا للحرمان من الحق في التغطية الصحية.

وما يشدّ الاهتمام أيضا، أنّ 46% من الشباب المشتغل ليس لهم بطاقة علاج. والأدهى أنّ 31% فقط من هاته الفئة مضمونون اجتماعيون، أي أنّ لهم بطاقة علاج باسمهم وفي إطار نظام ضمان اجتماعي، والحال أنه يفترض أن يكون ذلك لكلّ مشتغل. أما بقية من لهم تغطية صحية، فإنّما باعتبارهم "أولي حق" بالتبعية للقرين أو لأحد الوالدين صاحب البطاقة (17%)، أو لهم بطاقة علاج "مجاني" أو "بتعريفه منخفضة" باسمهم (6%). ثمّ إنّ نسبة غير الحاصلين على تغطية صحية، حسب فئات النشاط المهني، ترتفع إلى 61% من العملة اليومية و57% من الحرفيين والعملة المستقلين وصغار التجار، و52% من أصحاب الأعمال والمستثمرين.

لكن ارتفاع نسبة من "لهم" بطاقة علاج لدى بعض الفئات لا يعني غياب عوائق في مستوى بطاقة العلاج نفسها أمام الولوج إلى خدمات صحية أو الحصول على خدمات ملائمة.

من ذلك أنّ 73% من الشباب بطاقة علاج. وهو مستوى يُعتبر مرتفعا نسبيا². لكنه يعترن بأن البطاقة ليست باسم الشاب إلّا في 17% من الحالات. في 83% من الحالات، لهنّ تغطية صحية باعتبارهنّ "أولي حق" بالتبعية للقرين أو لأحد الوالدين صاحب البطاقة (بنسب متساوية بين الحالتين)، وقد يبدو الأمر عاديا، لكنها وضعية تترافق في الواقع بصعوبات في استعمالها تصل، في عديد الحالات، إلى حرمان الشاب نهائيا أو في الإبان من الانتفاع بالخدمة الصحية التي تحتاجها³.

وعموما، لا تدرج بطاقة العلاج في أنظمة الضمان الاجتماعي لدى أكثر من ربع "المتحصلين" عليها⁴، بل هي تابعة لِمَا أصبح يُسمّى رسميا "برنامج الأمان الاجتماعي": بطاقات علاج "مجاني" (9,5%) أو "بتعريفه منخفضة" (16,3%). ويُمكن أن نضيف ما يزيد عن 5% لهم تغطية صحية في إطار أحد أنظمة "الضمان الاجتماعي" لكن خارج "نظام التأمين على المرض"⁵، وهي تُشبه نظام بطاقات العلاج بتعريفه منخفضة، رغم أنها تتبع الصندوق الوطني للتأمين على المرض (CNAM الـ "كنام") الذي يسلّم بطاقات العلاج الخاصة بها⁶.

وتوزيع من لهم تغطية صحية حسب صنفها، يختلف كثيرا بين المعتمديات. ومع أن الفوارق معقّدة⁷، يمكن الجزم أن التوزيع يتباين جذريا في المروج مع بقية المعتمديات مجتمعة:

- 1 الإحصاء العام للسكان والمساكن
- 2 مقارنة بمن لهم بطاقة علاج من الذكور (43%)
- 3 بالنسبة إلى الذكور فإن بطاقة العلاج ليست باسم الشاب في 34% من الحالات، جميعها تقريبا باسم أحد الوالدين
- 4 بطاقة باسم الشاب أو الشابة أو باسم قرينه (ها) أو أحد والديه (ها)
- 5 نظام "المضمونين الاجتماعيين" من "محدودي الدخل" (3,5% من بطاقات العلاج) والطلبة (1,8%).
- 6 للعلاج في الهياكل الصحية العمومية دون "المنافع الإضافية" الخاصة بالمنظومة العمومية لنظام التأمين على المرض
- 7 سنشير إليها ضمن التوضيحات في بقية النقاط أسفل هاته الصفحة

- انخفاض نسبة مَنْ لهم تغطية صحية خارج نظام التأمين على المرض (باستثناء الطلبة)، سواء في إطار "برنامج الأمان الاجتماعي"⁸ أو نظام "المضمونين الاجتماعيين من محدودي الدخل"⁹
- ارتفاع نسبة: المنتفعين ببطاقات علاج خاصة بأسر الأميين والعسكريين المباشرين وأعاون وزارة الصحة¹⁰: المشمولين حصرياً¹¹ بمنظومتَي نظام التأمين على المرض المرتكزتين على القطاع الصحي الخاص¹²، وبـ "نظام استرجاع المصاريف"¹³ بصفة أخص¹⁴: الطلبة¹⁵.

لكنّ تباينات أهمّ بكثير تميّز نسبَ أصناف التغطية الصحية حسب مستوى دخل العائلة: فلدى جُل الشباب المنتمين إلى عائلات لا يتجاوز دخلها الشهري 200 ديناراً (94%) أو يتراوح بين 200 و500د (89%)، تسمح التغطية الصحية بالعلاج في القطاع العمومي بصفة حصرية أو تكاد¹⁶، بالمقابل، بالنسبة إلى 69% من الشباب المنتمين إلى عائلات يتجاوز دخلها الشهري 2000 ديناراً، فإنها موجهة أساساً للعلاج في القطاع الخاص¹⁷ أو أنها مُضاعفة أو مزدوجة¹⁸

إلى جانب هذه المعطيات الهامة للدراسة بخصوص وضعية التغطية الصحية وخصوصياتها، فإن لمكوناتها الأخرى، التي تركّزت على ما عاشه الشباب فعلياً في علاقة بالخدمات الصحية، دلالات قد تفوقها أهمية.

2.5 التأثير على الحق في الولوج إلى خدمات صحية عند الحاجة

إليها

16% من الشباب¹⁹، في المعتمديات الخمسة، ممن احتاجوا إلى إقامة استشفائية (بمستشفى أو مصحة) و/أو عيادة (عادية أو في الاستعجالي) خلال السنة الأخيرة²⁰، لم ينتفعوا بها²¹، وترتفع النسبة إلى 22% من الشباب الذين أشار عليهم الأطباء بإقامة استشفائية ولم يحصلوا عليها²². لكن 9% فقط من الشباب المعنيين بعيادة في الاستعجالي لم يقوموا بها²³. أما بالنسبة إلى العيادة خارج الاستعجالي فإن 13% ممن احتاجوا إليها لم يجروها²⁴.

- 8 13% مقابل 29% كمعدل بالـ 4 المعتمديات و38% في تطاوين الشمالية وسيدي حسين. لكن النسبة لا تتجاوز 15% في الفصيرين الشمالية
- 9 0,5% مقابل 4,2% كمعدل بالـ 4 المعتمديات وأكثر من 5% في تطاوين الشمالية (ش.) والفصيرين الشمالية (ش.)
- 10 14% مقابل 6% كمعدل بالـ 4 المعتمديات و1% في تطاوين ش. و2% في الفصيرين ش. لكنها تبلغ 11% بدوّار هيشير.
- 11 دون احتساب المنتفعين ببطاقات علاج خاصة بأسر الأميين أو العسكريين أو أعوان وزارة الصحة
- 12 38% مقابل 26% كمعدل ببقية المعتمديات و18% في دوار هيشير و19% في سيدي حسين. لكن تجدر الإشارة إلى أنّ النسبة ترتفع إلى 43% في الفصيرين الشمالية بفعل ارتفاع كبير جداً في نسبة المشمولين بـ "المنظومة العلاجية الخاصة" المعروفة بـ "منظومة طبيب العائلة في القطاع الخاص" إلى مستوى يقارب 31%
- 13 22% مقابل 13% كمعدل ببقية المعتمديات و11% في سيدي حسين. لكن النسبة تبلغ 19% في تطاوين الشمالية
- 14 بالنسبة إلى "المنظومة العلاجية الخاصة" المعروفة بـ "منظومة طبيب العائلة في القطاع الخاص"، ينبغي استثناء النسبة الفريدة الارتفاع في الفصيرين الشمالية في مستوى يقارب 31%. لتجد النسبة في المروج (16%) مرتفعة بوضوح مقارنة بكل واحدة من المعتمديات الثلاثة الأخرى (بين 7% و5%)
- 15 3,7% مقابل 1,3% كمعدل ببقية المعتمديات
- 16 "المنظومة العلاجية العمومية" بنظام التأمين على المرض، و"نظام الضمان الاجتماعي لمحدودي الدخل والطلبة" خارج نظام التأمين على المرض (رغم بطاقات علاج مُسنّدة من صندوق التأمين على المرض)، وبطاقات علاج "مجاني أو" بتعريف منخفضة" (وبطاقات علاج خاصة بجرحي الثورة وعائلات شهدائها)
- 17 "المنظومة العلاجية الخاصة" و"نظام استرجاع المصاريف" في إطار "نظام التأمين على المرض"
- 18 ينتفع العسكري أو الأمني أو عون وزارة الصحة باعتباره مضموناً اجتماعياً وأفراد أسرته "أولي الحق" بالخدمات التي تغطيها المنظومة التي يختارها من المنظومات الثلاثة لنظام التأمين على المرض. كما ينتفع قريبه إن لم يكن من "أولي الحق" بالخدمات الخاصة بالمنظومة التي يختارها. إضافة إلى ذلك وكامتياز إضافي، ينتفعون، من خلال إسناد بطاقات خاصة إليهم، بالهياكل الصحية الخاصة بوزارتهم مجاناً. كما ينتفع الأمني أو العسكري (المباشران) وقريبه وأفراد أسرته "أولي الحق" بالعلاج في الهياكل الصحية العمومية (التابعة لوزارة الصحة)، مجاناً بالنسبة إليه ومقابل دفع مساهمة محدودة تسمى "المعلوم التعديلي" بخصوص وقربيه وأفراد أسرته
- 19 للتذكير نتحدث عن الشباب الذين يبلغ عمرهم بين 18 و39 سنة
- 20 التي سبقت إجراء الدراسة ميدانياً في أكتوبر 2022
- 21 علماً وأنّ 59% من مجموع شباب هاته المعتمديات احتاجوا إلى عيادة و/أو إقامة استشفائية في هذه السنة.
- 22 7% من مجموع الشباب (في المعتمديات الخمسة) أقاموا بمستشفى أو مصحة لكن 2% آخرين لم يقيموا رغم الإشارة عليهم طبيباً بذلك
- 23 20% من الشباب أجروا عيادة في الاستعجالي، لكن 2% آخرين أشار عليهم أطباء بالذهاب للاستعجالي ولم يفعلوا
- 24 43% من مجموع الشباب أجروا عيادة عادية (خارج الاستعجالي)، لكن 7% آخرين أحسوا بالحاجة إلى إجراء مثل هاته العيادة ولم يقوموا بذلك

لكن مجموع نسبة الشباب الذين لم ينتفعوا بخدمة طبية تبلغ 27% ممّن احتاجوا إليها، عند إضافة مَن تناولوا، في نفس الفترة، أدوية دون عيادة طبية²⁵، لصعوبات مالية أو عوائق أخرى منعتهم من إجراء عيادة (عدم وجودها، صعوبات الحصول على موعد أو التنقل إليها)²⁶.

وتختلف نسب الحصول على الخدمة الطبية المحتاج إليها بين المعتمديات، أساسا بين شباب معتمدية دوار هيشر، بنسبة جمالية تبلغ 24% (و34% باحتساب التدوي الذاتي المرتبط بموانع لإجراء عيادة)، وبقية المعتمديات من جهة أخرى (15% و23%). مع فوارق في الخدمات الثلاثة لكن أهميتها مختلفة²⁷، كما نجد فوارق أقل حدة ومتغيرة بين "بقية المعتمديات".

أما بين الشرائح العمرية، فالفوارق محدودة وتكاد تنحصر بين الشريحة العليا 35-39 سنة التي بها نسب أقل تهم أساسا العيادات خارج الاستعجالي (أقل من 10% مقابل أكثر من 14%).

لكن الدراسة أظهرت، إلى جانب ذلك، أن:

- من لهم تغطية صحية في إطار "برنامج" "الأمان الاجتماعي" هم أكثر عرضة لخطر عدم الحصول على خدمة يحتاجون إليها، مقارنة بمن لهم تغطية صحية أخرى بالنسبة إلى الخدمات الثلاثة، لكن أيضا بمن ليس لهم تغطية صحية²⁸ فيما يتعلق بالعيادات الاستعجالية والإقامة.
- غياب التغطية الصحية يضاعف خطر عدم إجراء العيادات غير الاستعجالية²⁹
- التغطية الصحية المزدوجة لدى أفراد أسر الأمنيين والعسكريين (المباشرين) تحميهم من خطر عدم الحصول على خدمة يحتاجون إليها³⁰ علما وأنها تمكّنهم من الانتفاع بخدمات هيكل عديدة (التابعة لوزارة الصحة، الخاصة بوزارتهم، القطاع الخاص إذا اختاروه في نظام التأمين على المرضى)
- المشمولون بـ "المنظومة العلاجية الخاصة" أو "نظام استرجاع المصاريف" في منأى عن خطر عدم إجراء العيادة، بصفة كلية في الاستعجالي، وإلى حد كبير خارجه.
- كلما كان الدخل العائلي أقل، كان خطر عدم إجراء العيادة الطبية (العادية³¹ أو في الاستعجالي³²) أكبر. وبخصوص الإقامة، لا تسمح الأعداد المحدودة بنفس الاستنتاج سوى في حدود مُعَيَّنة³³.

وعموما، تُمثّل الصعوبات المالية أهم أسباب عدم الانتفاع بالخدمة المحتاج إليها، بنسبة تُقارب ثلثي المعنيين بالعيادة (العادية أو في الاستعجالي) أو بالإقامة على حد سواء. ثم تأتي صعوبة الحصول على الخدمة (مواعيد العيادات العادية والإقامة، الانتظار في الاستعجالي)، فصعوبات التنقل للوصول إلى الخدمة، وأخيرا عدم توفر الخدمة³⁴.

25 بلغ مجموع مَن تناولوا، في نفس الفترة، أدوية بدون وصفة طبية، نسبة 54% من مجموع شباب المعتمديات الخمسة، لكننا حرصنا على تجنب الاحتساب المضاعف، فلم نأخذ بعين الاعتبار سوى أولئك الذين لم يُصرّحوا أنهم احتاجوا إلى إقامة استشفائية و/أو عيادة سواء انتفعوا بها أم لا، وهم 37% من مجموع مَن تناولوا أدوية بدون وصفة طبية. كما أننا لم نصف منهم حالات تناول أدوية بدون وصفة طبية لأسباب لا علاقة لها بموانع مباشرة لإجراء عيادة، وبالتالي، لاحتساب مَن احتاجوا أو لم ينتفعوا بخدمة طبية، - أضفنا فقط مَن اعتبروا أن صعوبات مالية و/أو عوامل منعتهم من إجراء عيادة وراء تناول الأدوية من مجموع مَن تناولوا أدوية ولم يُصرّحوا أنهم احتاجوا إلى إقامة استشفائية و/أو عيادة، وهم 30% من الأخيرين و11% فقط من المجموع العام لمن تناولوا أدوية بدون وصفة طبية

26 تعميما للفائدة، نشير إلى أن أسبابا متداخلة وراء تناول الشباب أدوية دون وصفة طبية، من بينها: الصعوبات المالية بنسبة 29% من مجموع مَن تناولوا أدوية دون وصفة طبية، صعوبات الحصول على موعد (20%)، صعوبات التنقل للوصول إلى العيادة (14%)، عدم وجود عيادة (9%)، لكن 68% اعتبروا أن "سببا آخر" كان (وحده أو مع واحد أو أكثر من الأسباب السابقة) وراء تناول أدوية دون وصفة طبية.

27 التباين شديد بخصوص العيادة في الاستعجالي (18% مقابل 6%)، وواضح في الإقامة الاستشفائية (30% مقابل 19%)، لكن الفارق محدود في العيادة العادية (16% مقابل 12%).

28 نشير إلى أن من ليس لهم بصفة علاج لا يمثلون فئة موحّدة في مستوى الدخل والنشاط الاقتصادي

29 لم نجد فوارق بخصوص العيادات في الاستعجالي، أما بخصوص الإقامة الاستشفائية فالفوارق محدودة

30 لم يقع تسجيل أية حالة عدم حصول على عيادة في الاستعجالي أو إقامة استشفائية، ولم تتجاوز النسبة 5% بخصوص العيادات العادية.

31 تتراوح نسبة عدم إجرائها بين 32% عندما لا يفوق دخلهم الشهري العائلي 200 دينار و3% لما يتجاوز 2000 دينار

32 13% مقابل 0% لدى نفس الشريحتين

33 لا يُمكن تجاوز المقارنة بين مَن لا يفوق دخل عائلاتهم 800 دينار شهريا، ومَن يتجاوزون هذا المستوى من الدخل.

34 صعوبات الحصول على الخدمة سبب لما بين 50% و28% من الخدمات غير المتحصّل عليها، صعوبات التنقل سبب لحوالي خُمس عيادات الاستعجالي وربع الإقامة غير المنفّذة وربع العيادات العادية غير المجرّاة. عدم توفر الخدمة سبب لحوالي خُمس عيادات الاستعجالي وخُمس الإقامة غير المنفّذة وخُمس العيادات العادية غير المجرّاة

وتتجرب آثار سلبية عن أغلب حالات عدم الحصول على الخدمة المحتاج إليها، إن لم يكن عن معظمها³⁵. والانعكاسات هي أولاً على الصحة (وتتراوح بين ازدياد الحالة الصحية سوء وعدم تحسُّنها)، بنسبة تبلغ 80% ممن حصلت لهم آثار عن عدم إجراء العيادة العادية وتتجاوز 90% بخصوص عدم إجراء عيادة بالاستعجالي أو عدم الإقامة. ثم على النشاط اليومي (الدراسة، العمل، التكوين، الأعمال المنزلية، الأمور الشخصية، وغيره)، بنسب هامة تتراوح بين 77% و46%.

والتأثيرات السلبية على الصحة أكثر تواتراً لدى من لهم تغطية صحية خارج نظام التأمين على المرض مقارنة ببقية الشباب، بمن فيهم من ليست لهم تغطية صحية ولكن خاصة بمن لهم تغطية صحية موجهة للعلاج في القطاع الخاص. كما أن تواتر حالات مزيد تدهور الحالة الصحية أكبر لدى من لا يتجاوز الدخل الشهري لعائلاتهم 500 دينار.

3.5 التأثير على سلاسة الانتفاع بالخدمة الصحية واستكمال

كل مراحلها

لا يعني الولوج إلى الخدمة الطبية غياب صعوبات لإجرائها أو استكمال كل مراحلها الضرورية بلوغ الغاية منها.

فقد أحصت الدراسة 49% ممن أجروا عيادة عادية، و33% ممن أجروا عيادة في الاستعجالي، و49% ممن أقاموا بمستشفى أو مصحة، لاقوا صعوبات في إطارها أو لم يستكملوا كل متطلباتها الصحية:

- تعرّض 35% ممن أجروا عيادة عادية إلى صعوبات لإجرائها، ولم يحصل 16% على كل الأدوية الموصوفة.³⁶ 19% آخرون³⁷ تحصلوا على كل الأدوية بصفة غير مجانية لكن مع ملاقة صعوبات.
- 16% من مجموع من أجروا عيادة في الاستعجالي، لم يستطيعوا الحصول على كل الأدوية الموصوفة³⁸، و39%³⁹ آخرون حصلوا عليها بصفة غير مجانية لكن مع ملاقة صعوبات.
- 37% من مجموع من أقاموا بمستشفى أو مصحة لاقوا صعوبات لقضاء المدة اللازمة اقتربت لدى جلمهم⁴⁰ بصعوبات في خلاص تكلفة الإقامة، كما لم يستطع⁴¹ 21% القيام بما طلب الأطباء منهم بعد المغادرة⁴² (شراء أدوية؛ إجراء: تحاليل، تصوير طبي، عيادة مختصة، عيادة متابعة)⁴³.

ومهما كانت الخدمة أو مكوّناتها موضوع الصعوبة أو المانع، فطبيعة الصعوبات مالية في المقام الأول حيث تتراوح النسبة بين 78% ممن لم يستطيعوا القيام بالمتابعة المطلوبة بعد إقامة استشفائية و61% ممن تعرّضوا إلى صعوبات لإجراء عيادة عادية⁴⁴. وإلى جانبها نجد أسباباً أو عوامل أخرى تساهم بمستويات مختلفة حسب نوع الخدمة أو مكوّناتها، مثل صعوبات الحصول على مواعيد⁴⁵ و/أو عقبات "إجرائية" أخرى (تسجيل، توقيت، انتظار)⁴⁶ أو غيرها⁴⁷.

- 35 إذ نجدها لدى 70% من مجموع من لجروا عيادة عادية احتاجوا إلى إجرائها، و93% ممن لجروا عيادة استشفائية احتاجوا إلى إجرائها أو أشير عليهم طبيباً بها، و82% ممن لم يقيموا بمستشفى أو مصحة أشير عليهم طبيباً بها
- 36 19% من مجموع من أجروا العيادة و29% من مجموع من حصلوا على كل الأدوية بصفة غير مجانية
- 37 تنبغي الإشارة إلى أن 21% اعترضتهم صعوبة لإجراء العيادة، ثم لم يحصلوا على كل الأدوية أو حصلوا عليها كلها لكن بصفة غير مجانية مع ملاقة صعوبة في اقتنائها
- 38 يمثلون 20% ممن تلقوا وصفة أدوية خلالها
- 39 17% من مجموع من أجروا العيادة و33% من مجموع من حصلوا على كل الأدوية بصفة غير مجانية
- 40 29% من مجموع من أقاموا بمستشفى أو مصحة وهم يمثلون 45% من مجموع من لم تكن إقامتهم مجانية
- 41 من مجموع من أقاموا بمستشفى أو مصحة
- 42 تنبغي الإشارة إلى أن 9% اعترضتهم في نفس الوقت صعوبات لاستكمال المدة اللازمة للإقامة وللقيام بما طلبه منهم الأطباء بعد مغادرة المستشفى أو المصحة
- 43 تجدر الإشارة إلى أن هاته الحويلة جزئية باعتبار أن الاستبيان لم يأت على كل الصعوبات: لم نطرح السؤال حول ملاقة صعوبات لإجراء العيادة في الاستعجالي، وهو ما يفسر النسبة الأقل مقارنة بالعيادات العادية والإقامة. ولم نشأ إقبال الدراسة بالسؤال عن مدى ملاقة صعوبات لاقتناء ما طلب من المقيمين اقتناؤه من أدوية (58% من مجموع المقيمين طلب منهم رغم أن معظم الإقامات كانت بمستشفى عمومي) وآلات طبية وغذاء. كما أن الدراسة اكتفت بالنظر للأدوية دون بقية فستتبعات العيادة كالتحاليل والتصوير الطبي.
- 44 بطبيعة الحال لا نتحدث عن صعوبات دفع تكلفة إقامة أو دواء التي هي مالية صرفة
- 45 هي تاي عوامل عدم إجراء ما يلزم من متابعة بعد إقامة بنسبة 60% ممن لم يستطيعوا إجراء بعض المتابعة أو كلها
- 46 تمثل أولي أنواع الصعوبات المعترضة عند إجراء عيادة عادية بنفس النسبة مع الصعوبات المالية
- 47 صعوبات التنقل ثالث عوامل عدم إجراء المتابعة المطلوبة بعد إقامة (46%) وثالث أكثر صعوبات تواتر في إجراء عيادة عادية (44%). كما نلاحظ تواتر عدم وجود الخدمة كسبب لعدم القيام بكل المتابعة بعد إقامة بنسبة 34%

وأظهرت مقارنة مختلف النسب بين المعتمديات تباينات لافتة في معظم الحالات⁴⁸، تميّز جُلّها بتسجيل معتمدية المروج لأفضل النسب، مقابل أسوأها في تطاوين الشمالية (نسبة الصعوبات المعترضة عند إجراء آخر عيادة عادية، وعند خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في آخر عيادة عادية⁴⁹، وعند خلاص تكلفة آخر إقامة⁵⁰، وفي قضاء المدة اللازمة للإقامة، نسبة صعوبات المواعيد وصعوبات التنقل المعترضة عند إجراء آخر عيادة عادية) أو مقارنة بالمعتمديات الأربعة الأخرى مجتمعة لتقارب نسبها (نسبة الصعوبات المعترضة عند خلاص تكلفة الأدوية الموصوفة في آخر عيادة بالاستعجالي⁵¹، نسبة الأسباب المالية لعدم الحصول على كل الأدوية في آخر عيادة عادية). كما سجلت نادرا أسوأ النسب في معتمدية أخرى (نسبة عدم الحصول على كل الدواء الموصوف في آخر عيادة عادية)، ولوحظت تباينات بين معتمديات تونس الكبرى من جهة والمعتمديتين الداخليتين من جهة أخرى (نسبة الصعوبات المالية لقضاء المدة اللازمة لآخر إقامة⁵²، نسب الأسباب غير المالية لعدم القدرة على إجراء المتابعة المطلوبة بعدها). وأخيراً، فإن الأعداد الضعيفة للمعنيين، خاصة في المروج، منعت من تأكيد دلالة فوارق بدت هامة⁵³.

لكن لم نجد سوى اختلافات محدودة جدا ودون دلالة بين المعتمديات بخصوص نسبة الأسباب المالية لعدم إجراء عيادة عادية، تراوحت بين 56% و70%، على عكس ما تبيّن من فوارق واضحة حسب مستوى الدخل العائلي (بين 76% عندما لا يتجاوز الدخل 500 دينار في الشهر، و35% عندما يفوق 2000 دينار)، وكذلك حسب التغطية الصحية وبنسبتها (74% لدى من ليس لهم تغطية صحية و65% لدى المشمولين بتغطية صحية في إطار برنامج "الأمان الاجتماعي"، مقابل 10% لدى المنتفعين بتغطية صحية مزدوجة، و38% لدى المشمولين بتغطية صحية من الصندوق الوطني للتأمين على المرض لكن خارج "نظام التأمين على المرض").

وقد أظهرت المقارنات وجود فوارق حسب مستوى دخل عائلات الشباب تشمل مختلف المؤشرات، خاصة في كل ما تعلق بالعيادة العادية: ملافاة صعوبات عند إجرائها (بين 9% و57%)، عدم الحصول على كل الأدوية (بين 7% و35%) وأسبابه المالية (بين 35% و95%) أو تعرّض من تحصلوا عليها لصعوبات في خلاص تكلفتها (بين 8% و53%). أما بخصوص الأدوية الموصوفة في عيادة الاستعجالي فالفوارق أقل، أو أنها عامة بسبب الأعداد المحدودة للمعنيين مثلما هو شأن نسب صعوبات قضاء كامل مدة الإقامة أو خلاص تكلفتها⁵⁴.

أما حسب وضعية التغطية الصحية، فقد أبرزت مقارنة مختلف المؤشرات، أن المشمولين بتغطية صحية خارج "نظام التأمين على المرض"، سواء كانت في إطار "برنامج الأمان الاجتماعي" أو أنظمة الضمان الاجتماعي لـ "محدودي الدخل" والطلبة⁵⁵، معرّضون إلى صعوبات تُرافق الانتفاع بالخدمات الصحية⁵⁶، بتواتر يقارب أو يفوق ما نجده لدى غير المنتفعين بأي تغطية صحية. بالمقابل، تمثّل ما ينتفع به الأميون والعسكريون المباشرون⁵⁷ وأفراد أسرهم من تغطية صحية خاصة إضافية⁵⁸ حماية قويّة من هاته المخاطر، تجعلهم في منأى تماما عن بعضها. كما يبدو المنتفعون بمنظومتَي "نظام التأمين على المرض" الموجهتين للعلاج في القطاع الخاص⁵⁹، في وضع حماية أفضل نسبياً، من المشمولين بـ "المنظومة العلاجية العمومية".

- 48 مع بعض استثناءات: نسبة الأسباب المالية لعدم القدرة على إجراء المتابعة المطلوبة بعد إقامة، وخاصة للصعوبات عند إجراء عيادة عادية، وكذلك نسبة عدم الحاصلين على الدواء الموصوف في آخر عيادة في الاستعجالي
- 49 15% في المروج والفصرين الشمالية مقابل 39% في تطاوين الشمالية و40% في سيدي حسين
- 50 8% في المروج مقابل 58% في تطاوين الشمالية، مع دلالة متوسطة بسبب العدد الضعيف للمعنيين بالمروج
- 51 9% في المروج مقابل ما بين 33% و37%، لكن مع دلالة متوسطة بسبب العدد المحدود للمعنيين في المروج خاصة عدم وجود الخدمة: 14% مقابل 50%، صعوبات التنقل: 28% مقابل 64%، المواعيد: 36% مقابل 79%
- 52 58% في معتمديات تونس الكبرى الثلاثة مجتمعة، مقابل 85% في المعتمديتين الداخليتين
- 53 نسبة عدم القدرة على إجراء المتابعة المطلوبة بعد إقامة (فوارق هامة بين أدنى نسبة في دوار هيشير بـ7% وأعلى نسبة في تطاوين الشمالية بـ31% إلى جانب نسبة 22% في المروج، لكنها غير دالة)، نسبة الأسباب المالية لعدم الحصول على كل أدوية العيادة المجرة في الاستعجالي (فوارق هامة في النسبة بين المروج بـ29% وبقيّة المعتمديات مجتمعة بـ70% مع بلوغها 76% في تطاوين الشمالية و100% في الفصرين الشمالية، لكنها غير دالة).
- 54 لكن فوارق نسبة العجز عن إجراء المتابعة المطلوبة بعد إقامة، أهم (بين 9% و42% حسب 3 مستويات دخل)
- 55 يدبر الصندوق الوطني للتأمين على المرض نظام التغطية الصحية لهؤلاء باعتبارهم مضمونين اجتماعيين، ويسلم بطاقات العلاج الخاصة بهم، والتي تختلف عن الأصناف الثلاثة لبطاقات العلاج الخاصة بنظام التأمين على المرض
- 56 وتبلغ هاته الصعوبات حد الحرمان من استكمال مراحل الخدمة الصحية.
- 57 وأعوان وزارة الصحة إلى حد ما، لكن عددهم في الدراسة كان محدودا وعابنا خلالها نادرا انتفاعهم بخدمات صحية
- 58 إضافة إلى إحدى "المنظومات" الثلاثة لـ "نظام التأمين على المرض"
- 59 التوجيه يخص الخدمات الصحية الخارجية أي دون إقامة بالمصحات الخاصة

مقارنة مستوى مختلف مؤشرات سلاسة الانتفاع بالخدمة الصحية واستكمال كل مراحلها، حسب وضعية التغطية الصحية و صنفها

نظام التغطية الصحية					بدون تغطية صحية	الخدمة الصحية نسبة المتعرضين إلى صعوبات / حرمان من مكون من الخدمة
تغطية إضافية خاصة بأسر الأميين والمباشرين	نظام استرجاع المصاريف و" المنظومة العلاجية الخاصة"	" المنظومة العلاجية العمومية"	" مضمون اجتماعي" خارج " نظام التأمين على المرض"	" برنامج الأمان الاجتماعي"		
عيادة عادية						
26%	22%	28%	41%	53%	42%	صعوبات عند إجرائها
10%	55%	45%	38%	65%	74%	نسبة الصعوبات المالية
27%	10%	17%	17%	26%	15%	لم يحصلوا على كل الأدوية
*22%	29%	43%	*80%	91%	74%	نسبة الأسباب المالية
7%	16%	27%	38%	42%	36%	صعوبات في خلاص تكلفة الأدوية.
عيادة بالاستعجالي						
*25%	13%	13%	*27%	19%	23%	لم يحصلوا على كل الأدوية
*25%	*50%	*67%	*75%	91%	68%	نسبة الأسباب المالية
*38%	18%	22%	*56%	53%	34%	صعوبات في خلاص تكلفة الأدوية.
إقامة بمستشفى/ مصحة						
0%	23%	37%	*40%	36%	57%	صعوبات في قضاء المدة اللازمة
-	*33%	55%	100%	80%	74%	نسبة الصعوبات المالية
*0%	37%	23%	*75%	50%	58%	صعوبات في خلاص تكلفة الإقامة
0%	19%	13%	*60%	25%	30%	عدم إجراء كل المتابعة المطلوبة

* من بين المتحصّلين على كل الأدوية لكن بصفة غير مجانية
* نسبة تؤخذ باحترار بسبب العدد المحدود من الحالات

4.5 التأثير على الحق في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

دفعنا الأهمية الخاصة للصحة الجنسية والإنجابية لدى الشباب إلى تخصيص جزء من الدراسة لخدماتها. وقد ركزنا على مدى ضمان مقومات الإنجاب الآمن بما فيها متابعة الحمل، باعتبار أن الخدمات المتعلقة به، من أكثر مجالات طلب الشباب لخدمات الصحة، وهي عموماً لا تحتمل التأجيل، وعدم تقديمها أو تعويضها بصيغ تقليدية يُعَرَّض لمخاطر جمة⁶⁰. وقد طرحنا الأسئلة على الذكور والإناث (ممن لهم أو لهن طفل على الأقل⁶¹) على حد سواء⁶²، واقتصرنا على معطيات متابعة الحمل والولادة بخصوص آخر طفل لمن لهم طفلان (43%) أو أكثر (26%)،

كما لأمسنا، في حدود موضوع الدراسة، محور الإعلام والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، لأهميته القصوى في تهيئة الفرد للتحولات العميقة التي يعيشها في فترة البلوغ والمراهقة، والتي تُؤدّن بالخروج من الطفولة "القاصرة" إلى "الرشد" "المسؤول".

1.4.5 الولادات غير المطابقة للتوصيات العلمية: الولادة بالمنزل والولادة القيصرية: المفردة:

أ. الولادة في المنزل باقية حتى في مراكز الولايات الداخلية:

من الأهداف الأساسية لبرامج النهوض بصحة الأم والطفل منذ عقود، ليس فقط أن تجري جميع الولادات في هياكل صحية، بل أيضاً أن يكون الهيكل المحتضن للولادة ملائماً⁶³ ومهياً⁶⁴. وتشير الدراسات إلى التقدم كثيراً في الهدف الأول، حيث أن الولادات خارج الهياكل الصحية تقلصت إلى 0,3% سنة 2018 حسب دراسة وطنية معتمدة⁶⁵.

لكن، مع أن عدد الولادات بالمنزل المسجل في الدراسة محدود⁶⁶ فإن لتفاصيلها أهمية مؤكدة. فجميعها حصل في القصرين الشمالية وتطاوين الشمالية وفي الفترة 2017-2021، بما يرفع نسبة الولادات بالمنزل في هاتين المعتمدين الداخليتين خلال تلك الفترة، تبعاً إلى 4,6% و3,5%⁶⁷. كما تبلغ النسبة 5,4% لماً يكون أحد الوالدين أمياً. كذلك، فإن دخل الأسر التي حصلت فيها الولادات بالمنزل لا يتجاوز 500 ديناراً في الشهر في معظم الحالات و800 ديناراً في جميعها، مثلما أنها إما غير مشمولة بأيّ تغطية صحية أو أنّ تغطيتها الصحية تدرج في إطار برنامج "الأمان الاجتماعي"⁶⁸.

ب. الولادات القيصرية: خصوصيات لافتة لنسبة عالية

35% من مجموع الولادات، لآخر الأطفال الذين أنجبهم شباب المعتمدات الخمسة، كانت بعملية جراحية (ولادة قيصرية). هاته النسبة العالية، ليست مفاجئة باعتبار أن الدراسة الوطنية المشار إليها سابقاً قدمت نسبة أكبر (43%). لكنها مرتفعة جداً مقارنة بال "مقاييس" الدولية⁶⁹ وبما هو مسجل في بلدان قريبة مثل الجزائر (19% في 2014) أو فرنسا (20% في 2020)

60 تنبغي الإشارة إلى أن دراسة محاور أساسية أخرى، مثل تنظيم الإنجاب والتعفنات المنقولة جنسياً (Infections Sexuellement Transmissibles)، محور أعمال عديدة، وهي، على غرار محاور أخرى مثل صعوبات الإنجاب (أو العقم)، تتلاءم مع أبحاث خاصة بالصحة الجنسية والإنجابية أكثر من دراسة تتمحور حول خدمات الصحة عامة

61 29% من الشباب المشاركين في الدراسة (أي 610 شاب وشابة) لهم أطفال، مع نسبة 81% لدى المتزوجين منهم
62 باعتبار أن أهمية الإنجاب في حياة الفرد تجعلها عادة، وهي التي تهتم المرأة مباشرة، محل اهتمام الأب ومتابعته بل وحتى مرافقته المباشرة للأم في عديد الحالات، وتذعم النسبة المحدودة من عدم الإجابات عن الأسئلة، صحة توجيهنا

63 لمستوى المخاطر الأولي المستهدفة للأم و/أو جنينها (ثم وليدها)، والذي يتحدد خلال متابعة الحمل
64 لتحويل الأم و/أو وليدها في صورة عدم القدرة على التعامل مع تعقيدات طارئة غير متوقعة.

65 المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات السادس حول وضع الأم والطفل بتونس - المعهد الوطني للإحصاء واليوستيسيف - 2019

66 لا يتجاوز 8 ولادات، بما قد لا يسمح بدلالة إحصائية عالية للنسبة الموافقة (1,3%)، رغم أنها تفوق 4 مرات النسبة الوطنية

67 مقابل 1,3% و0%، تبعاً بالوسط الغربي وبالجنوب الشرقي اللذين تنتمي إليهما المعتمدين، حسب نفس الدراسة

68 باستثناء شاب له تغطية صحية في المنظومة العمومية، بفضل عمل قار يدخل محدود (هو الدخل الوحيد للأسرة)

69 "حددت المنظمة العالمية للصحة منذ سنة 1985، معدلاً مثاليًا للولادات القيصرية بين 10% و15% - الاستخدام الأمثل للعمليات القيصرية من أجل تحسين صحة الأمهات وحديثي الولادة في إقليم شرق المتوسط - سبتمبر 2018

بالمقابل فإن التعمق في هاته النسبة يضع موضع الشك ما ذهب إليه "السياسة الوطنية للصحة" من أن "الاتجاه نحو الإفراط في العلاج الطبي يهّم كلاً من القطاعين العام والخاص وذلك في أنواع معيّنة من الخدمات الطبية، مثل الولادات القيصرية"⁷⁰. فقد تبين بوضوح أن هذه النسبة المفرطة من الولادات القيصرية تعود بالأساس إلى القطاع الخاص حيث تُمثّل الولادات القيصرية 74% من الولادات في حين أنّ نسبتها لا تتجاوز 25% من مجموع الولادات في القطاع العمومي⁷¹.

وبالتدقيق في هذا التباين، ظهر أنه مهما كانت المعتمدية التي يقطن بها الشباب المعنيون، كانت أغلب الولادات بالقطاع الخاص وولادات قيصرية وأغلبية الولادات بالقطاع العمومي وولادات طبيعية. مع بعض فوارق هامة في النسب⁷². ويجدر التوضيح، بالنسبة إلى سكان معتمدية تطاوين الشمالية، أن جميع الولادات التي أمّنتها القطاع الخاص، جرت في ولاية أخرى، تبعاً لعدم وجود مصحة خاصة بالولاية⁷³. على العكس تماماً مما هو الأمر بخصوص شباب الفصين الشمالية⁷⁴

لكن قد يكون أهم، أن 23% من مجموع الولادات (و31% من الولادات القيصرية) بالقطاع الخاص كانت لرغبة من الأم وليس لأسباب صحية، في حين أنها نادرة في القطاع العمومي⁷⁵

كما أن أهم التباينات في القطاع الخاص، ترتبط بمستوى الدخل العائلي. فالولادات القيصرية مثلت 64% من مجموع الولادات في هذا القطاع عندما لم يتجاوز دخل العائلة الشهري 1200 ديناراً، لكنها بلغت 91% عندما فاق الدخل 2000 ديناراً. أما نسبة الولادات القيصرية لرغبة الأم وليس لأسباب صحية، فترتفع من 13% من مجموع الولادات عندما لم يتجاوز الدخل 1200 ديناراً، إلى 30% عندما فاق 2000 ديناراً⁷⁶ (أو من 20% إلى 33% من الولادات القيصرية).

2.4.5 متابعة الحمل: حزمة الفحوص الأساسية غير مضمونة للجميع

منذ عقود، وضّح البرنامج الوطني لصحة الأم والطفل، أهم محطات متابعة الحمل ومكوّناتها وأبرز محتوياتها، مع عدة مراجعات وتعيينات. كما مثل أحدها، مؤشراً شبه قار في إطار إعداد وتقييم ميزانية وزارة الصحة وفق منهجية التصرف حسب الأهداف الذي بدأ في سنة 2008⁷⁷.

وفي 2018 صيغ محتوى متابعة الحمل، بتفصيل وتدقيق معتبرين، في إطار "حزمة الخدمات الأساسية في مجال صحة الأم والوليد"⁷⁸. وقد اعتمدنا في الدراسة 6 عناوين من الحزمة الأساسية الخاصة بمتابعة كل حمل: العيادة الأولى في الثلاثية الأولى للحمل، 4 عيادات أخرى في الثلاثيتين الثانية والثالثة⁷⁹، الكشوفات الأولى والثاني والثالث بالصدى⁸⁰، التحاليل المطلوبة في العيادات⁸¹.

وأولى نتائج الحصيلة، أنّ 46% على الأقل⁸² من حالات الحمل⁸³ لم تنتفع بهذه العناصر الستة من حزمة الخدمات الأساسية لمتابعة الحمل، وهي نسبة مزعجة وغير متوقعة، ثم إنها ترتفع أكثر لدى فئات خصوصية:

70 "مشروع السياسة الوطنية للصحة في أفق سنة 2030" - الحوار المجتمعي حول السياسات والاستراتيجيات والمخططات الوطنية للصحة - 2019. تجدر الملاحظة أن الدراسة الوطنية لم تبحث في فوارق النسبة بين القطاعين

71 نفس الشيء وقعت ملاحظته في الجزائر (وفي المغرب) لكن النسب متقاربة جداً في فرنسا بين القطاعين

72 بلغت أقصى تباينات نسبة الولادات القيصرية بين القطاعين في الفصين حيث تبلغ 100% من ولادات القطاع الخاص مقابل 16% في القطاع العمومي، وأدناها في المروج بين 55% في القطاع الخاص و25% في القطاع العمومي

73 كما أن 10% من الولادات العادية و21% من الولادات القيصرية التي أمّنتها القطاع العمومي جرت في ولاية أخرى

74 لكن هنا، كل الولادات التي أمّنتها القطاع الخاص، كانت قيصرية!، مع أن جميعها، باستثناء واحدة، جرت بالولاية

75 1% من مجموع الولادات و4% من الولادات القيصرية.

76 بنسبة تبلغ 26% من مجموع الولادات، يكون من دُخل عائلاتهم بين 1200 و2000د، أقرب إلى الشرائح الأعلى

77 "نسبة التغطية بخمس عيادات لمراقبة الحمل حسب الروزنامة الوطنية"

78 "Paniers des soins essentiels en santé maternelle et néonatale, ONFP-FNUAP, Décembre 2018"

79 دون تحديد توقيتها أو صنف إطار الصحة المؤمن لها (قابلة، طبيب عام، طبيب اختصاصي) أو تدقيق محتواها

80 مع استعمال صياغة مبسطة تعتمد التوقيت التقريبي أو الهدف الرئيسي بخصوص كل كشف للتفريق بينها

81 مع عدم الخوض في تفاصيلها، والاكتفاء بـ 3 احتمالات إجابة: إجراء كل التحاليل، أو بعضها، أو عدم إجراء أي تحليل

82 50% حصلوا على كامل الحزمة الأساسية العامة، و4% لم يستطيعوا الإجابة بخصوص مكون أو أكثر من الحزمة

83 حالات الحمل التي انتهت إلى ولادة طفل حي (و لا يزال حياً عند إجراء الدراسة)

- شباب معتمدية تطاوين الشمالية هم الأكثر عُرضة لعدم الحصول على العناصر الستة من حزمة الخدمات الأساسية لمتابعة الحمل بنسبة بلغت 75%، مقابل 21% في معتمدية المروج (أي أقل من نصف النسبة في الفصيرين الشمالية (50%) وحوالي نصفها في سيدي حسين (44%) ودوار هيشير (40%).
- كذلك هو أيضا شأن المشمولين بطاقات علاج صندوق التأمين على المرض خارج نظام التأمين على المرض بنسبة بلغت 73% وببطاقة "علاج مجاني" بنسبة بلغت 72%، مقابل 26% لدى أصحاب بطاقات العلاج الخاصة بالأمنيين والعسكريين المباشرين وأسْرهم⁸⁴ و28% لدى المشمولين بمنظومتَي نظام التأمين على المرض الموجهتَيْن لاعتماد القطاع الخاص⁸⁵
- كما يُمثّل الشباب العاطلون الباحثون عن العمل فئة معرّضة بصفة عالية (71%)، بعيدا عن بقية فئات النشاط الاقتصادي (غير الناشطين: 52%؛ المشتغلون: 36%)

لكن التباينات حسب مستوى الدخل العائلي لا تقل شدة، حيث تتراوح بين 62% عندما لا يتجاوز 500 دينار في الشهر و14% لما يفوق 2000 دينار⁸⁶ بالمقابل تبقى التباينات محدودة حسب المستوى التعليمي⁸⁷ وخاصة حسب الشرائح العمرية⁸⁸. كما لم توجد فوارق بين الحمل بالطفل الأول أو بمن يليه، ولم يبرز نزوع واضح نحو التحسن أو التدهور حسب سنة الولادة.

كشوفات التصوير بالصدى وتحديد الثاني منها، هو المكوّن الأهمّ في هذ المستوى المرتفع (46%) من عدم الحصول على العناصر الستة من حزمة الخدمات الأساسية لمتابعة الحمل. فنسبة عدم إجراء الكشف الثاني تُمثّل وحدها ثلاثة أخصاسه بنسبة خصوصية تبلغ 27%⁸⁹، منها 6% نسبة عدم إجراء أيّ كشف بالصدى.

يأتي بعدها عدم إجراء 5 عيادات بنسبة خصوصية تقارب 23%، منها 1,3% نسبة عدم إجراء أي عيادة طيلة الحمل (كذلك، لم تُجر أيّ عيادة بعد العيادة الأولى في الثلاثية الأولى بالنسبة لـ 3% في حين لم تُجر العيادة الأولى لـ 5%). ثم عدم إجراء التحاليل المطلوبة كلّها بنسبة خصوصية في حدود 21%، منها 3% نسبة عدم إجراء أيّ تحليل.

والوضع أشد قتامة لدى بعض الفئات ولكن بصفة مختلفة حسب طبيعة الفحص:

فبخصوص كشوفات التصوير بالصدى، تجلب معتمدية تطاوين الشمالية الاهتمام، حيث تبلغ نسبة عدم إجراء الكشف الثاني 64% من حالات الحمل بآخر طفل أنجب، أي ما يقارب 6 مرات النسبة في معتمدية المروج (11%)⁹⁰. كما إن أيّ كشف بالصدى لم يُجر في 13%.

أما التحاليل فأعلى نسب عدم إجرائها كليا أو جزئيا تلاحظ لدى فئة العاطلين الباحثين عن عمل بـ 42%. وهي مرتبطة بمستوى الدخل الأسري (41% عندما لا يفوق 500 دينار في الشهر، منها 8% حالة عدم إجراء أي تحليل)، وبوضع التغطية الصحية (38% لدى المشمولات بتغطية صحية خارج نظام التأمين على المرض⁹¹) وبمعتمدية السكنى (36% تطاوين الشمالية).

84 بفضل التغطية الصحية المضاعفة مع إمكانية الاعتماد على خدمات هياكل خاصة بوزارة كل منهم
85 تبلغ النسبة 59% لدى المشمولين ببطاقة "علاج بتعريفه منخفضة"، و43% لدى المشمولين بالمنظومة العلاجية العمومية لنظام التأمين على المرض، أما من ليس لهم أي تغطية صحية فتبلغ النسبة لديهم 50%
86 مع نسبة 48% عندما يتراوح الدخل بين 500 و800 دينار في الشهر، و37% عندما يكون بين 800 و2000 دينار
87 بين 59% لدى من حرموا من التعلم وأصحاب المستوى التعليمي الابتدائي، و29% لدى من بلغوا التعليم العالي
88 بين 59% لدى شريحة 18-24 سنة، و45% في شريحة 30-39 سنة
89 ونسبة 14% بخصوص عدم إجراء الكشف الثاني و11% للكشف الأول، مع نسبة عدم إجراء واحد أو أكثر من الكشوفات الثلاثة تبلغ 37% أي أربعة أخصاس النسبة الجمالية لعدم الحصول على العناصر الستة من حزمة الخدمات الأساسية لمتابعة الحمل (46%)
90 وما يقارب 3 مرات النسبة بذوار هيشير (24%) وما يفوقها بسيدي حسين وبالفضيرين الشمالية (20% بكل منهما). بالنسبة إلى الكشف الأول والكشف الثالث، تبقى مساهمتها أقل في المستوى المرتفع لعدم الحصول على العناصر الستة من حزمة الخدمات الأساسية لمتابعة الحمل، في مختلف المعتمديات بما فيها تطاوين الشمالية. لكن نسبتهما هي الأعلى في هاته المعتمدية، بل أكثر من ذلك: مستوى الفوارق بخصوص نسبة عدم إجراء الكشف الأول أهم، فالنسبة بتطاوين الشمالية تبلغ 12 مرة النسبة بالمروج (24% مقابل 2%) وتقارب 5 مرات النسبة بالفصيرين الشمالية (24% مقابل 5%). وعلى العكس من ذلك، الفوارق أقل بين المعتمديات بخصوص نسبة عدم إجراء الكشف الثالث وتكاد تنحصر بين المروج (7%) وبفئة المعتمديات (20% بتطاوين الشمالية، 16% بسيدي حسين و13% بكل من الفصيرين الشمالية وذوار هيشير).
91 في إطار "برنامج الأمان الاجتماعي (بطاقة علاج "مجانّي" أو "بتعريفه منخفضة") أو نظام "الضمان الاجتماعي" ل"محدودي الدخل" غير المشمولين بنظام التأمين على المرض (مع "بطاقة علاج" من صندوق التأمين على المرض!)

وتبقى الفوارق بين المعتمديات هي الأهم بخصوص عيادات ما بعد الأشهر الثلاثة الأولى للحمل، فنسبة إجراء بين عيادة واحدة و3 (عوض 4 كعدد أدنى). ترتفع إلى 29% بتطاوين الشمالية و27% بالفصيرين الشمالية مقابل 5% بالمروج. أما نسبة من لم يجرى أي عيادة فتبلغ 6% بتطاوين الشمالية و4% بدوار هيشير مقابل 1% فقط بالمروج والفصيرين الشمالية.

لكن الفوارق حسب المستوى التعليمي هي الأبرز بخصوص عيادة الثلاثية الأولى، فعندما يكون جامعياً لدى الأب أو الأم تصبح نسبة عدم إجرائها 0% مقابل ما بين 9% عند عدم تجاوز المدرسة الابتدائية و11% لدى من حرموا تماماً من مزاوله الدراسة.

أما عدم إجراء أي عيادة على الإطلاق فيكاد ينحصر في الفئتين الأخيرتين

3.4.5 الصعوبات المعترضة عند متابعة الحمل

إلى جانب عدم ضمان العناصر الستة من حزمة الرعاية الأساسية للحمل لـ 46% في آخر حمل لهنّ (انتهى بإنجاب طفل حي)، اقترن إجراء عيادات ما بعد الثلاثية الأولى للحمل أو التحاليل⁹² بصعوبات متنوعة لدى نسبة عالية، بلغت 48% من الحوامل.

ولم تكن من حصلن على العناصر الستة في منأى عن الصعوبات حيث بلغت نسبة الصعوبات لديهنّ 39% عند إجراء العيادات والتحاليل، لكن من حصلن على بعض العناصر فحسب، لم يكن فقط محرومات من حقهن في الحصول على هاته "الحزيمة"، بل أيضاً أكثر عرضة للصعوبات عند إجراء ما أمكن من هاته العيادات أو التحاليل، بنسبة بلغت 58% منهنّ.

وهنا أيضاً، نجد عموماً نفس التباينات بين المعتمديات، مع مستويات أقل، خصوصاً فيما يتعلق بالصعوبات عند إجراء العيادة والتي لا تبلغ بالمروج سوى 22% مقابل ضعف ذلك بتطاوين الشمالية (44%)⁹³. أما الصعوبات عند إجراء التحاليل فهي أعلى وأقل تبعاً في نفس الوقت، حيث تبلغ أديها 31% بالمروج وأعلىها 53% بكل من تطاوين الشمالية والفصيرين الشمالية⁹⁴.

بالمقابل، فإن الفوارق أهم حسب المستوى التعليمي، بارتفاع النسبة بصفة خاصة لدى من حرموا تماماً من حق التعلم، سواء عند إجراء التحاليل (77%) أو العيادات (57%)، مقارنة أساساً بمن درّسوا في الجامعة (28% و23%)⁹⁵. أما بين فئات النشاط الاقتصادي فالفوارق محدودة⁹⁶.

لكن يظل كل من مستوى الدخل العائلي ووضعية التغطية الصحية عاملي التباين الأشد. فنسبة اعتراض صعوبات عند إجراء تحاليل أو عيادات لا تتجاوز 11% عند حيازة بطاقة علاج خاصة بأسر الأميين والعسكريين، مقابل 66% لِمَا تكون التغطية الصحية خارج نظام التأمين على المرض⁹⁷. وهي تتفاوت بين 17% لِمَا يفوق دخل العائلة 2000 دينار و68% لِمَا لا يتجاوز 500د.

كما يشدّ تطوّر نسبة التعرض للصعوبات عبر السنوات الانتباه، فبعد أن تراجعت إلى أقل من النصف في سنتي 2011-2012 (24% بعد أن كانت تبلغ 56% قبل 2011) ارتفعت بسرعة بعدهما لتبلغ 49% في 2020-2022

والصعوبات هي أساساً مالية سواء عند إجراء العيادات (89% ممن اعترضتهم صعوبات) أو التحاليل (93%)، وإلى جانب ذلك "تتميز" معتمدية تطاوين الشمالية بتواتر لافت لصعوبات التنقل (75% ممن اعترضتهم صعوبات عند إجراء العيادات و64% عند إجراء التحاليل) وتتشترك مع الفصيرين الشمالية في ارتفاع نسبة صعوبات الإجراءات (تسجيل، مواعيد، توقيت، ...) ⁹⁸

92 أي دون اعتبار الصعوبات عند إجراء الكشوفات بالصدى أو العيادة الأولى، التي لم نسأل عنها تجنّباً لإثقال الاستبيان

93 النسب متقاربة بين المعتمديات الثلاثة الأخرى، وهي أقرب إلى نسبة تطاوين وخاصة إلى النسبة العامة (36%)

94 وتحوم حول النسبة العامة (46%) في كل من دوار هيشير وسيدي حسين

95 ولكن أيضاً ولو بأقل حدة مع أصحاب مستويات تعليمية أدنى

96 وتكاد لا تذكر بين الشرائح العمرية

97 سواء في إطار "برنامج الأمان الاجتماعي" أو المضمونين الاجتماعيين محدودي الدخل

98 كما أن صعوبات التنقل أو الإجراءات، متواترة لدى من حرموا من الدراسة تماماً وكذلك العاطلين الباحثين عن عمل

4.4.5 طلب المؤسسة الصحية من الأسرة شراء أدوية أو مستلزمات طبية أثناء الإقامة للولادة

هناك انطباع عام أن المستشفيات العمومية أصبحت كثيراً ما تطلب من أقارب المقيمين بها، شراء أدوية أو مستلزمات طبية وجلبها لاستعمالها أثناء الإقامة، رغم أنهم مشمولون بتغطية صحية، وأن هاته الظاهرة حديثة وكانت إلى حد قريب حدثاً نادراً. هذا ما حدا بنا إلى محاولة مقارنة الأمر، من خلال إدراج أسئلة دقيقة حول ما إذا طلب منهم جلب أدوية، (مُسكَّنة للألم، أو أخرى) أو مستلزمات طبية أخرى أثناء الإقامة بالمؤسسة الصحية للولادة.

وقد بلغت نسبة الولادات التي طلب فيها من الأسرة جلب واحد أو أكثر من هاته الأصناف الثلاثة 99% 43، ودون فوارق بين المستشفيات العمومية والمصحات الخاصة¹⁰⁰.

في المستشفيات، تبين أن النسبة لا تكاد تختلف حسب وضعية التغطية الصحية، وأنها في الولادات العادية قريبة جداً من النسبة العامة لكنها أعلى في الولادات القيصرية. غير أن ما يلفت الانتباه وجود تباينات هامة وواضحة بين المعتمديات وهي عموماً بين المعتمديتين الداخليتين ومعتمديات تونس الكبرى. ولكنها تظل متركزة أساساً بين المروج حيث لا تتجاوز 20% من الولادات في المستشفيات وتطاوين الشمالية أين تبلغ 74%¹⁰¹.

ولا يقل أهمية ما انتهت إليه المقارنات من تصاعد النسبة عبر السنين مع تسارع النسب¹⁰²، فأضحى طلب المستشفيات من أقارب المقيمت للولادة، جلب أدوية و/أو مستلزمات طبية⁹⁹، ممارسة ترافق أغلبية الولادات في السنوات الثلاثة الأخيرة (56%)

5.4.5 متابعة الحمل والولادة بين القطاع العمومي والقطاع الخاص

أ. القطاع العمومي هو الحاضن الرئيسي لولادة آخر طفل لدى من لهم أطفال من شباب المعتمديات الخمسة ونسبة عامة عالية تقارب 80%، ويبقى حاضراً أغلبية الولادات لدى حوامل كل معتمدية على حدة بما فيها المروج أين تنخفض النسبة إلى أدنى مستوياتها (56%)¹⁰³، وكذلك مهما كان المستوى التعليمي (مع تراجع النسبة إلى حدود 54% لدى أصحاب المستوى الجامعي من المشاركين المعيّنين)¹⁰⁴ أو الشريحة العمرية¹⁰⁵ أو فئة النشاط الاقتصادي¹⁰⁶.

وما يشد الانتباه أن القطاع العمومي يظل المقصد الرئيسي للولادة مهما كان نظام التغطية الصحية، حتى لو تعلق الأمر بمنظومة موجهة للعلاج بالقطاع الخاص في نظام التأمين على المرض¹⁰⁷ (بنسبة 56%). كما أنه مقصد 80% من المشمولات بالمنظومة العمومية رغم تكفل صندوق التأمين على المرض لهنّ بنسبة من تكاليف الولادة في القطاع الخاص، تماماً مثل المنظومتين الأخرين (بمبلغ يقارب نصف التعريفية التعاقدية بين الصندوق والمصحات وأطباء الممارسة الحرة لما تكون الولادة عادية، وتغوق ثلثيها عندما تكون الولادة قيصرية)¹⁰⁸.

99 طلب جلب أدوية مسكنة للألم من مرافقي 26% من المقيمت للولادة، أدوية أخرى من 30% ومستلزمات طبية من 19%. وقع طلب أكثر من نصف في أكثر من نصف الحالات (الأصناف الثلاثة في 10% من الولادات وصنفين في 12%)

100 حتى الفوارق لا تكاد توجد في التوزيع بين الأصناف الثلاثة وفي نسب الجمع بين 2 أو 3 أصناف من المواد المطلوبة

101 في باقي المعتمديات كانت في حدود 28% بسيدي حسين و3% بدوار هبشر وبلغت 53% بالفصيرين الشمالية

102 فبعد أن مرت النسبة من 20% في السنوات الأخيرة قبل الثورة (2007-2010) إلى 25% في سنواتها الثلاثة الأولى، بلغت 35% في الثلاثية الموالية ثم 40% في فترة 2017-2019.

103 مقابل نسبة قصوى بـ 87% في تطاوين الشمالية، فالفصيرين الشمالية (84%) وسيدي حسين (82%) ثم دوار هبشر

104 تبلغ نسبة الولادات بالقطاع العمومي، في الطرف الآخر من سلم المستويات التعليمية، أي لدى من حرموا تماماً من المدرسة، قرابة 94%. مقابل 0% ولادات بالقطاع الخاص. (للتذكير، البقية، أكثر من 6% من الولادات، كانت بالمنزل)

105 يبدو أنه كلما تعلق الأمر بسن أقل كلما ارتفعت نسبة الولادات بالمصحات (25%)، فـ 22% ثم 19%، تبعاً لدى الفئات العمرية 29-25 سنة فـ 30-34 ثم 35-39 سنة)

106 مع نزوع محدود للمستغلين إلى الولادة بمصحة (26%) مقارنة بالباحثين عن شغل (15%) وغير الناشطين (16%)

107 المنظومة العلاجية الخاصة أو نظام استرجاع المصاريف

108 أما بالنسبة لمن ليس لهم تغطية صحية، أو لهم تغطية صحية خاصة بأسر الأعمىين والعسكريين المباشرين وأعوان وزارة الصحة فتمثل الولادات بالقطاع العمومي حوالي - مجموع الولادات، وترتفع نسبة الولادات بالقطاع العمومي إلى 95% عندما تكون التغطية الصحية خارج نظام التأمين على المرض.

لكنّ حسب مستوى الدخل الشهري للأسرة، تتفرد من يفوق دخل عائلاتهم 2000 دينار في الشهر، بأنّ أغلبية واضحة منهم (تتأهّل الثلثين) ولّدن آخر طفل في مصحة خاصة¹⁰⁹.

وأخيرا يجدر التنويه إلى أنّ نسبة اختيار الولادة في مصحة خاصة تتراجع إلى حوالي النصف بين أن يتعلق الأمر بالطفل الأول (31%) أو بطفل بعده في الترتيب (16%).

ب. بالمقابل، كان القطاع الخاص الوجهة الرئيسية لإجراء ما أمكن من متابعة للحمل

لكنّ ذلك كان بنسبة عامة أقلّ لا تتبلّغ الثلثين سواء تعلّق الأمر بالعيادة (65%)¹¹⁰ أو كشوفات التصوير بالصدى (65%) أو التحاليل (63%). كما أنّ دراسة النسبة حسب مختلف المتغيرات، تُبرز استثناءات عدّة، إضافة إلى أنّ إجراء الفحوصات في القطاع الخاص كثيرا ما يبقى لدى أغلبية محدودة من الفئات، مع تغيّرات متواترة في سَلَم الفوارق.

فعلى مستوى المعتمديات، تتفرد شبّات دُوّار هيشير، بأنّ أغلبية ممّن أجريّن تحاليل متابعة لآخر حمل لهنّ، قَصَدن القطاع العمومي (53%)، وكذلك ما يقارب نصفهنّ بخصوص إجراء كشوفات تصوير بالصدى (48%) والعيادة الأولى (46%)¹¹¹. كما تتغيّر المعتمدية التي بها أعلى نسبة لإجراء الفحوصات في القطاع الخاص، حسب نوع الفحص. فهي معتمدية المروج بخصوص العيادة (80%)¹¹²، لكنّ تطاوين الشمالية هي التي بها أعلى نسبة توجّه للقطاع الخاص لدى من أجريّن كشوفات تصوير بالصدى (82%) أو تحاليل (78%)¹¹³.

أما حسب المستوى التعليمي، فيغدو القطاع العمومي المقصد الرئيسي عندما يكون أحد الوالدين ممّن حرموا تماما من التعلّم، وذلك سواء لإجراء العيادة الأولى (بنسبة 69%) أو كشوفات تصوير بالصدى (65%) أو تحاليل (63%). كما أنّ أغلبية نسبية جدا (على التوالي 55% و54% و53%) قَصَدن القطاع الخاص لَمّا لم يتجاوز المدرسة الابتدائية¹¹⁴.

وحسب فئة النشاط الاقتصادي، كان إجراء العيادة الأولى مناصفة بين القطاع العام والقطاع الخاص لدى العاطلين الباحثين عن عمل، وأكثر قليلا في القطاع الخاص عند إجراء كشوفات تصوير بالصدى (52%) أو تحاليل (54%)¹¹⁵.

كذلك حسب مستوى الدخل الشهري للأسرة: 60% أجريّن العيادة الأولى في القطاع العمومي عندما لم يتجاوز 500 دينار، تماما مثل 56% ممّن أجريّن كشوفات تصوير بالصدى و52% بالنسبة إلى التحاليل. وعندما تراوح الدخل بين 500 و800 دينار، قَصَدت القطاع الخاص أغلبية نسبية (على التوالي 59% و57% و54%)¹¹⁶.

ولكن الأهم مرتبط بخصوصيات التغطية الصحية: فقد أجرت أغلبية الحوامل المشمولات بتغطية صحية خارج نظام التأمين على المرض ما أمكن لهن إجراءه من متابعة حملهن، في القطاع العمومي (بنسب عالية لدى حاملات بطاقات علاج مجاي¹¹⁷، ونسب أقل لدى البقية¹¹⁸). كما تميزت الحوامل من أسر العسكريين بالاعتماد على القطاع العمومي، خاصة لإجراء

109 في الحقيقة يبدأ النزوع نحو الولادة في القطاع الخاص لدى المنتميات إلى شريحة دخل أسري بين 1200 و2000 دينار في الشهر بنسبة تقارب نصفهن (48%). بالمقابل لا تتجاوز نسبة من تلذن في القطاع الخاص (17%) من المنتميات إلى شرائح دخل أسري بين 800 و1200 دينار في الشهر، ويتذر أنّ تلذ المنتميات إلى شرائح دخل أسري لا يتجاوز 800 دينار في الشهر في مصحة خاصة (5% لما يقل الدخل عن 500 دينار و8% عندما يفوقه)

110 اكتفينا في الدراسة بالسؤال عن العيادة الأولى ولكن تقارب النسب واضح بين الفحوصات عيادات أو غيرها

111 أقرب المعتمديات إلى دُوّار هيشير، معتمدية سيدي حسين، حيث تحوم نسبة من قَصَدن القطاع العمومي حول الخمسين سواء ممّن أجريّن العيادة الأولى (42%) أو تحاليل (44%) أو كشوفات تصوير بالصدى (39%)

112 بعيدا نسبيا عن الفصين الشمالية (70%) وأكثر عن تطاوين الشمالية (66%)

113 ثم المروج والفصين الشمالية مع ترتيب متعاكس بينهما (الكشف بالصدى: 70% و63%. التحاليل: 66% و72%)

114 بخصوص التحاليل (94%) والتصوير بالصدى (91%). ولا يختلف الأمر كثيرا لدى من يتراوح دخل أسرهن بين 1200 و2000 دينار (بين 88% و84% بعيدا عن المنتميات إلى شريحة دخل أسري بين 800 و1200 دينار (71% بخصوص التحاليل والتصوير بالصدى و67% بالنسبة إلى العيادة الأولى)

115 مع نزوع واضح إلى إجراء المتابعة في القطاع الخاص لدى المشتغلين بنسب تقارب 70% أو تفوقها قليلا، لكن بوضوح أقل لدى غير الناشطين (حوالي 60%)

116 بالمقابل تابعت من يتجاوز دخل أسرهن 2000 دينار في الشهر، حملهن في القطاع الخاص، وذلك بصفة كلية بالنسبة للعيادة (100%) وشبه كلية بخصوص التحاليل (94%) والتصوير بالصدى (91%). ولا يختلف الأمر كثيرا لدى من يتراوح دخل أسرهن بين 1200 و2000 دينار (بين 88% و84% بعيدا عن المنتميات إلى شريحة دخل أسري بين 800 و1200 دينار (71% بخصوص التحاليل والتصوير بالصدى و67% بالنسبة إلى العيادة الأولى)

117 78% بخصوص العيادة الأولى و74% بخصوص التحاليل و73% فيما يتعلق بالتصوير بالصدى

118 على التوالي 57% و55% و52% لدى حاملات بطاقات علاج بتعريف منخفضة وبطاقات علاج الصندوق الوطني للتأمين على المرض للمضمونين الاجتماعيين محدودي الدخل غير المشمولين بنظام التأمين على المرض

التحاليل وكشوفات التصوير بالصدى، بنسب أعلى بلغت على التوالي 82% و79%. أما المشمولات بالمنظومة العمومية لنظام التأمين على المرض، فأغلبية محدودة منهن توجهن للقطاع الخاص عند إجراء متابعة الحمل¹¹⁹. بالمقابل، وكما هو منتظر، فقد كانت متابعة الحمل بالقطاع الخاص وبنسب عالية (بين 83% و87%) لدى من اخترن منظومة موجهة للعلاج بهذا القطاع في نظام التأمين على المرض. لكن الملفات للانتباه توجه الحوامل من أسر الأميين إلى القطاع الخاص بصفة كلية لإجراء العيادة (100%) أو شبه كلية بخصوص التصوير بالصدى (94%) أو بنسبة عالية (78%) لإجراء التحاليل.¹²⁰

وكان توجه الأغلبية إلى القطاع الخاص مهما كانت الشريحة العمرية. لكن الأكثر دلالة أن إجراء فحوص متابعة الحمل في القطاع العمومي، تراجع في السنوات الستة الأخيرة بما يفوق الثلث فيما يتعلق بالتحاليل (من 45% في 2014-2016 إلى 29% في 2020-2022) والكشوفات بالصدى (من 46% إلى 30%) وبدرجة أقل فيما يخص العيادات (من 41% إلى 33%). بعد شبه استقرار أو تحسن جزئي بين 2011 (أو ما قبلها) و2016. والتراجع يشمل المعتمدات الخمسة ولو بمستويات مختلفة، مع تميز تطاوين الشمالية بانحدار حاد بين 2017-2019 و2020-2022.

من جهة أخرى، كانت تحاليل متابعة الحمل المجرة في القطاع العمومي جزئية بنسبة 28% مقابل نسبة لا تتجاوز 13% من التحاليل المجرة في القطاع الخاص. أما كشوفات التصوير بالصدى فكانت منقوصة بتواتر أكبر لكن مع فوارق أقل بين تلك المؤمّنة في القطاع العمومي (36%) والمجرة في القطاع الخاص (31%). وفي معظم الحالات، في القطاعين، تمثل النقص في عدم إجراء الكشف الثاني المعروف بالفحص المورفولوجي، لكن بنسبة أكثر قليلا في القطاع الخاص (81% من حالات إجراء كشافين أو كشف واحد بالصدى) من القطاع العام (75%).

لكن حسب المعتمدات، نسبة التحاليل الجزئية أو كشوفات الصدى المنقوصة هي الأعلى لدى من أجرينها من حوامل تطاوين الشمالية، لكن مع اختلافات في مستويات التباعد مع بقية المعتمدات حسب الفحص المعني والقطاع.

فالهوة في نسبة إجراء كشافين فقط أو كشف واحد فحسب بالصدى، بينها وبين بقية المعتمدات هي التباين الأبرز في القطاعين، حيث بلغت لدى حوامل تطاوين الشمالية 74% ممن أجرين الكشوفات في القطاع العمومي (مقابل ما بين 29% و40% ببقية المعتمدات) و69% ممن أجرينها في القطاع الخاص (مقابل ما بين 8% و27%).

أما بين القطاعين لدى حوامل المعتمدية الواحدة، فتكاد تتساوى النسبتان - على غرار تطاوين الشمالية - لدى حوامل دوار هيشر (29% في القطاع العمومي و27% في القطاع الخاص)، لكنهما تتباينان كثيرا لدى حوامل المروج (31% مقابل 8%) وأيضا الفصيرين الشمالية ولو بدرجة أقل (40% مقابل 22%). في حين يبقى اختلافهما محدودا بسيدي حسين (34% مقابل 25%).

أما بخصوص التحاليل، فالتباين مضاعف: بين القطاعين بكافة المعتمدات، وبين المعتمديتين الداخليتين ومعمديتين تونس الكبرى في القطاعين. ومع ذلك، يتمثل المعطى الأبرز على الإطلاق في الارتفاع الكبير لنسبة من أجرين جزء فقط من التحاليل المطلوبة من مجموع اللاتي أجرين تحاليل في القطاع العمومي من حوامل تطاوين الشمالية خاصة (74%). ولكن كذلك الفصيرين الشمالية (57%). فهي نسب تنفصل من جهة عن مثيلتها في نفس القطاع لدى حوامل معتمدات تونس الكبرى (بين 14% في دوار هيشر و17% في كل من سيدي حسين والمروج) وعن النسب لدى حوامل نفس المعتمديتين الداخليتين اللاتي أجرين التحاليل في القطاع الخاص (تطاوين الشمالية: 21%؛ الفصيرين الشمالية: 18%). أما حوامل معتمدات تونس الكبرى اللاتي أجرين التحاليل في القطاع الخاص فيندر ألا يجرين سوى جزء من التحاليل (10% من حوامل دوار هيشر وسيدي حسين)، بل إن ذلك استثناء (2% لدى حوامل المروج).

119 العيادة الأولى: 55%؛ بقية الفحوص: 58%. نفس النسبة، لدى من أجرين تحاليل ومن أجرين كشوفات بالصدى
120 وقصدت من ليس لهن تغطية صحية، القطاع الخاص بنسب تتراوح بين 63% للتصوير بالصدى و76% للتحاليل

6.4.5 الإعلام والتثقيف في مجال الصحة الجنسية والإنجابية

أ. لدى من أتموا على الأقل السنة السابعة أساسي بنجاح

حوالي النصف (47%) ممن أتموا على الأقل السنة السابعة أساسي بنجاح، لم يحصلوا -حسب إجاباتهم- على أي إعلام أو تثقيف حول "أهم تطوّر في حياة الفرد، من الطفولة للشباب، بالبلوغ والنضج الجنسي، وحول بعض الجوانب الصحية المتعلقة بهذه المرحلة التي مرّوا بها"، لا داخل المؤسسة التعليمية ولا خارجها.

وترتفع النسبة إلى 62% لدى من توقّف بهم قطار النجاح المدرسي عند نهاية السابعة أو الثامنة أساسي، كما أنّها تبقى في مستويات مرتفعة حتى لدى من نجحوا في اجتياز سنة في التعليم العالي على الأقل حيث تبلغ 37%.

ولكن ينبغي التنويه إلى أن المؤسسات التربوية والتعليمية، حسب إجابات المعنيين، ساهمت مناصفة مع فضاءات ومصادر خارج هاته المؤسسات في حصول الـ 53% على إعلام أو تثقيف في المجال: 20% حصلوا عليه من داخلها، 20% من خارجها، و13% من داخلها ومن خارجها معاً.

وإذا اقتصرنا على داخل المؤسسة التعليمية، فإن نسبة من اعتبروا أنهم تحصّلوا على تثقيف أو إعلام في قي مجال الصحة الجنسية والإنجابية لا تتجاوز 11% لدى من توقّف تدرّسهم عند إنهاء السابعة أو الثامنة أساسي بنجاح. ومع أنّ النسبة تفقر إلى 33% لدى من تمكّنوا من استكمال النجاح في نهاية التعليم الأساسي بسنواته التسع دون تجاوزه، فإن ذلك لا يُمكن أن يحجب حقيقة أنّ البقية أي الثلثين (67%) اعتبروا -ضمنياً- أنّ ما يُفترض أنّهم تلقوه في البرامج الدراسية في السنة التاسعة في المجال¹²¹ لا يمثّل إعلاماً أو تثقيفاً¹²². ولا ترتفع النسبة بعد مستوى السنة التاسعة أساسي سوى بصفة محدودة حيث لا تتجاوز في أقصاها 42% لدى من بلغوا المرحلة الجامعية.

ومع ذلك تمثل برامج الدراسة، دون أي شك، مصدر الإعلام والتثقيف الأساسي داخل المؤسسة التربوية أو التعليمية في المجال. فقد أجاب 73% من مجموع من أقرروا بحصولهم على التثقيف أو الإعلام في المجال داخل هاته المؤسسات، بأن ذلك كان في إطار برامج الدراسة، وتوزعت اختيارات البقية على الطب المدرسي: 8%؛ نادي الصحة: 7%؛ مصدر آخر: 12%

لكن أغلبية الشباب المجيبين بتحصيلهم على تثقيف أو إعلام في المؤسسة التعليمية، اعتبرّت أنه غير كافي بقطع النظر عن إطاره. أما إذا أخذنا بعين الاعتبار إطار التثقيف أو الإعلام، فيصبح التقييم أكثر إيجابية بخصوص نادي الصحة (كافي بالنسبة إلى 63%) أو مصدراً «آخر» (كافي: 51%؛ كافي جداً: 7%) مقارنة ببرامج التعليم والطب المدرسي (غير كافي: 56% لكل منهما)

ب. لدى من حُرّموا من التعلم المدرسي أو مواصّلته قبل إنهاء السنة السابعة أساسي بنجاح

الوضع أكثر قتامة، وبوضوح كبير، لدى هؤلاء. إذ لم يتحصل 83% منهم على أي إعلام أو تثقيف في الموضوع. أي أن 17% منهم فقط "حظوا" بتثقيف أو إعلام في المجال، وقد كان ذلك خارج المؤسسة التعليمية طبعاً

وهكذا فإنّ الفضاءات خارج المؤسسة التعليمية فشلت في تعويض معظم من حُرّموا من حُفهم في التمدّس إلى بين 16 سنة على الأقل، عن عُبن حرمانهم من الإعلام والتثقيف بخصوص الصحة الجنسية والإنجابية، وهو جزء يسير لكنّه حيوي في التكوين الأساسي للفرد، حيث أنه يرتبط بأحد أهم مجالات حياته وتحوّلاتها، وأحد أشدها تعريضاً إلى مخاطر عليه في صحته وحتى في حياته، وعلى المجتمع في تطوّره.

121 محور "التكاثر عند الإنسان" في برامج مادة "علوم الحياة والأرض" للسنة التاسعة. لا يعني هذا أنه لم يقع تدريسه، بل الأمر يتعلق أساساً بالمحتوى وطرق التدريس والتقييم، وهي غالباً ما لا تترك أثراً لدى الشباب أو على الأقل ذاكرة لأثر.

122 اعتباراً لغياب كل برامج ذات صلة بالموضوع قبل مرحلة المدرسة الإعدادية، لا في برامج التعليم ولا في برامج الصحة المدرسية ولا في الأنشطة الثقافية المدرسية.

أكثر من ذلك، فـ «مصادر التثقيف والإعلام» خارج المؤسسات التربوية والتعليمية في مجال الصحة الإيجابية والجنسية، لا تستقطب من هاته الشريحة ذات الأولوية سوى نصف ما تستقطبه ممّن أتموا على الأقل سنة كاملة في المدرسة الإعدادية. فقد رأينا أن 33% من هؤلاء الأخيرين تلقوا إعلاماً أو تثقيفاً في المجال من خارج المؤسسات التربوية والتعليمية.

والأدهى، أن نتائج الدراسة تشير بوضوح إلى شبه غياب للنسيج المؤسساتي الرسمي المحمول عليه التكفل بمهمة الإعلام أو التثقيف في الصحة الإيجابية خارج المؤسسات التعليمية. فمِن بين أربع إجابات طُلب من المعنيين اختيار إحداها، لم يتجاوز مجموع من اختاروا مركز الصحة الأساسية أو ما يعرف بـ «المستوصف» (5%)، أو مركز الصحة الإيجابية أو ما يعرف بـ «مركز التنظيم العائلي» (6%) أو دار الشباب أو الثقافة (8%)، إطاراً لما حصلوا عليه من تثقيف أو إعلام، خُمس المتحصّلين عليه. بالمقابل أجابت الأغلبية الساحقة (81%) بأنه كان في إطار «آخر».

ويبقى هذا الإطار الـ «آخر» قابلاً للتأويل حول طبيعته، إذ يمكن أن تتراوح بين الأطراف التقليدية مثل بعض أطراف العائلة (خاصة الأم والجدّة) أو الأصدقاء، والأطر العصرية الرقمية (مثل مواقع التواصل الاجتماعي ومواقع الإنترنت الأخرى). لكن هاته الأخيرة مصادرٌ، بقدر ما تتمتع بجاذبية كبيرة بقدر ما تطرح إشكالات عديدة على مستوى جودة المحتوى ومصداقيته، في غياب شبه كلي لأطر مشابهة موثوقة المصدر وجاذبة في نفس الوقت سواء على المستوى الوطني أو الجهوي.

5.5 خدمات الصحة المدرسية والجامعية

تتميّز هذه الخدمات عمّا سبقها في دراستنا، بطابعها غير العلاجي (هي إمّا وقائية بحتة أو للتقصي والتشخيص)، وبمجانيتها المطلقة، وبشمولها لكافة المؤسسات التربوية والتعليمية العمومية والخاصة، وبتكفل أطباء وممرضين القطاع العمومي للصحة (الخط الأول) حصرياً بها.

وهاته الخدمات¹²³ هي إمّا فردية إلزامية¹²⁴ لكل أطفال أو تلاميذ أو طلبة مستوى مُعيّن (تلقّيح، فحوص طبية وما يرافقها مثل قياس النظر)، وإمّا جماعية (التثقيف الصحي) أو أنها خاصةٌ بعدد من الأفراد (خلایا الإصغاء والإرشاد، وحدات الصحة الإيجابية في الوسط الجامعي).

وفي علاقة بمجال الدراسة، اقتصرنا على تقصي مدى انتفاع المعنيين بأهمّ الخدمات الفردية الإلزامية ومدى معرفتهم بوجود أهمّ الخدمات الأخرى أو معابنتهم لها¹²⁵.

واحتوت استمارة البحث أسئلة تتعلق بمرحلة التعليم العالي ووجهناها حصرياً إلى من بلغوها في دراستهم، وأخرى تتعلق بخدمات في مرحلة المدرسة الإعدادية والمعهد الثانوي، ووجهناها في هاته الحالة إلى من بلغوا في دراستهم المستوى المعني على الأقل.

1.5.5 الخدمات الفردية الإلزامية

11% ممّن أنهوا السنة الثالثة من التعليم الثانوي على الأقل لم ينتفعوا بالتلقّيح المبرمج لكافة تلاميذ هذا المستوى. وهي نسبة مرتفعة بكل المقاييس.

لكنّ حرمان الشباب التلميذ من حقّه في بقية الخدمات أشدُّ أثراً بالتأكيد بالنظر إلى ارتفاع النسب وتوّع الانعكاسات: لم ينتفع 22% ممّن أنهوا السنة الثالثة ثانوي على الأقل، بأي واحد من الفحوص الطبية الثلاثة التي من المفترض أن يكونوا انتفعوا بها «أوتوماتيكياً» في المدرسة الإعدادية (7 أساسية) والمعهد الثانوي (1 و3 ثانوي). أكثر من ذلك، 39% لم ينتفعوا

123 المحدّدة بمنشور وزارة الصحة مع وزارات الإشراف على مؤسسات كل مرحلة من ما قبل المدرسة إلى التعليم العالي

124 أو شبه إلزامية

125 اكتفينا بخدمات المستويات المتقاطعة مع مرحلة الشباب، واستثنينا مرحلتَي المدرسة الابتدائية وما قبل المدرسة

بأي واحد من 3 قياسات للنظر هي من حقهم عندما كانوا يدرسون في هاتين المؤسستين¹²⁶.

أما من لم يتجاوزوا النجاح في أحد المستويات الثلاثة للمدرسة الإعدادية، فقد حُرِمَ 37% منهم من حقهم في إجراء فحص طبي للتقصي ولم يكن بإمكانهم التدارك باعتبار انقطاعهم عن الدراسة قبل موعد الفحص الطبي الموالي. وترتفع النسبة إلى 51% بخصوص قياس النظر والحال أن اضطرابات النظر هي المشاكل الصحية المزمنة (أو طويلة الأمد «durable») الأكثر تواترا لدى الشباب، مع انعكاسات ممكنة مختلفة الآثار عند تأخر الكشف عنها وعلاجها¹²⁷.

والأرقام أكثر قتامة بالنسبة إلى بداية المرحلة الجامعية، حيث تبلغ نسبة غير المنتفعين بالفحص الطبي (50%) وترتفع إلى أكثر من الثلثين (68%) بالنسبة إلى قياس النظر.

وتُبرز المقارنات بين المعتمديات تباينات واضحة في مختلف المؤشرات، أهم مميزاتا:

- تَبَوُّؤُ تطاووين الشمالية أفضل مستويات الانتفاع، لكل من نجح في نهاية السابعة أساسي أو بلغ مستوى أعلى، بفحص طبي على الأقل (85%) وبقية للنظر على الأقل (89%)¹²⁸، ولكل من نجح على الأقل في اجتياز أول سنة في التعليم العالي، بالفحص الطبي (68%) وقياس النظر (58%) في بداية المرحلة الجامعية¹²⁹، إضافة إلى أعلى مستوى انتفاع بالتلفيح (95%)¹³⁰
- وجود فارق كبير في مستويات الانتفاع بقياس النظر، بين معتمدية تطاووين الشمالية وبقية المعتمديات وخاصة سيدي حسين ودوار هيشر (بنسبة تقل عن نصف نسبة تطاووين الشمالية)
- الانخفاض الكبير، في معتمديات تونس الكبرى الثلاث، لنسبة الانتفاع بقياس النظر مقارنة بالفحص الطبي. لكن تظهر في المرحلة الجامعية فوارق بين النسبتين (وفي نفس الاتجاه) ولكنها أقل حدة، لدى شباب تطاووين الشمالية (58% مقابل 68%) والقصرين الشمالية (29% مقابل 36%).

2.5.5 معاينة التثقيف الصحي أو علم بوجود خدمات خاصة بحالات مُعَيَّنة

حوالي ثلثي من زاولوا دراستهم بمدرسة إعدادية أو بمدرسة إعدادية ومعهد ثانوي (64%) أو بلغوا التعليم العالي (64%)، لم يلاحظوا تثقيفا صحيا أمته ممرض أو طبيب مدرسي (أو جامعي). أما بخصوص نوادي الصحة، فالعلم بوجودها من خلال نشاط لها، لا يتجاوز 13% في الوسط المدرسي، ويبقى محدودا جدا رغم تضاعفه (26%) عندما يتعلق الأمر بالوسط الجامعي.

كذلك الأمر بخصوص العلم بوجود خلية إنصات وإرشاد للتلاميذ في الوسط المدرسي، حيث لم تبلغ النسبة سُدَسَ من بلغوا في تعلمهم مرحلة المدرسة الإعدادية أو المعهد الثانوي.

تُبرز المقارنة بين المعتمديات تواصل تَبَوُّؤُ معتمدية تطاووين الشمالية أفضل المستويات بخصوص التثقيف الصحي «التقليدي» (حصص يُؤمَّنها الممرض و/أو الطبيب المدرسيان)، وبنسب عالية جدا¹³¹ مقارنة بكافة المعتمديات الأخرى¹²، لكن موقعها يتراجع بخصوص نوادي الصحة وخلايا الإنصات والإرشاد بالوسط المدرسي، لفائدة الفصيرين الشمالية. بالمقابل «تبرز» معتمدية سيدي حسين بالقبوع أسفل السلم وبوضوح في الخدمات الثلاثة بالوسط المدرسي.

126 قيس النظر جزء من الفحص الطبي يتطلب ظروفًا خاصة وإجراءه موكول للمرضين عادة في توقيت خاص قبل الفحص الطبي غالبًا بأيام أو في نفس اليوم. في الواقع نسبة غير يسيرة تجرى لهم الفحص الطبي دون قيس للنظر.

127 بل هي سبب رئيسي في الانقطاع الدراسي في عديد الحالات

128 دون معتمدية واضحة في الطرف الآخر، حيث تتقارب نسبتا دوار هيشر (64%) والفصيرين الشمالية (67%) بخصوص الفحص الطبي، ونسبتا سيدي حسين (39%) ودوار هيشر بخصوص قيس النظر (44%). ولاحظ أن معتمدية المروج بقيت "في منأى" عن المراتب الأخيرة بثاني أفضل نسبة انتفاع بالفحص الطبي (78%) وثالث نسبة لقياس النظر (60%)

129 الفوارق مع بقية المعتمديات أكثر وضوحا وشاملة لجميعة مع تقارب في النسب بينها مع نسبة أكثر تدنيا في الفصيرين الشمالية فيما يتعلق بالفحص الطبي (36%) وبالأخص في دوار هيشر بخصوص قيس النظر (19%).

130 بالمقابل، لم تتجاوز النسبة 80% في الفصيرين الشمالية. لم يهم السؤال من لم يُنهوا الثالثة ثانوي المعنية بالتلفيح

131 59% في الوسط المدرسي و44% في الوسط الجامعي

132 ما بين 37% و27% في الوسط المدرسي و ما بين 29% و26% في الوسط الجامعي

3.5.5 المقاربة الجيلية ونتائجها

أفرزت المقارنة حسب الشرائح العمرية تباينات في معظم الخدمات والأنشطة. وجل التباينات كانت في اتجاه تراجع النسب بين الشريحة العمرية الأعلى في دراستنا أي 35-39 سنة والشريحة العمرية الأدنى أي 18-24 سنة، باستثناء:

- الانتفاع بالتلقيح (في الثالثة ثانوي) الذي تحسن من 85% لدى الشريحتين العمريتين بين 30 و39 سنة إلى 90% لدى الشريحتين بين 18 و29 سنة،
- الانتفاع بفحص طبي في المدرسة الإعدادية أو المعهد الثانوي الذي كان تطوره متعرجا.

لكن التراجعات في النسب لم تكن متجانسة لا من حيث أهميتها، ولا نسقها مرورا بالشريحتين الوسيطتين 30-34 و-29 سنة.

وبقطع النظر عن تفاصيل التباينات، فالمهم في نظرنا، أنه في مجال الصحة المدرسية والجامعية، بحكم ارتباط الخدمات أو الأنشطة الصحية بمرحلة تعليمية معينة يمر بها الشباب في فترة محددة من عمره، تصبح المقارنة حسب الشرائح العمرية للشباب عند إجراء الدراسة، مقارنةً بين أجيال متعاقبة، لمستوى انتفاعها بخدمات صحية مدرسية وجامعية، أو توفر خدمات أخرى لاستعمالها عند الحاجة، عند المرور بالمراحل التعليمية المعنية وبالتالي في فترات تاريخية متعاقبة.

ويوضح الجدول التالي تبعا لذلك، انطلاقا من النسب وتبايناتها حسب شرائح أعمار الشباب التي بلغها عند إجراء الدراسة، تطور نسب انتفاعهم بالخدمات أو توفر أنشطة أو خدمات أخرى لهم، عبر الأجيال المتعاقبة على المدارس الإعدادية و/أو المعاهد الثانوية و/أو المؤسسات الجامعية في فترات تاريخية مختلفة، بعد ضبط العلاقة التقريبية بين الشريحة العمرية للشباب عند إجراء الدراسة وتاريخ الانتفاع بالخدمة أو توفرها باعتبار أن ذلك يكون في سن معينة.¹³³

جدول: التاريخ التقريبي للخدمات والأنشطة الصحية المدرسية والجامعية في سن الشباب حسب الشريحة العمرية للشباب عند إجراء الدراسة

المؤسسة التعليمية	الخدمة / النشاط	المستوى التعليمي للانتفاع	العمر التقريبي المقابل	الشريحة العمرية عند إجراء الدراسة			
				39-35 سنة	30-34 سنة	25-29 سنة	18-24 سنة
المعهد الثانوي	التلقيح	3 ثانوي	18 سنة	85% 2001-2010		90% 2011-2022	
المدرسة الإعدادية و/أو المعهد الثانوي	فحص طبي	7 أساسي 1 ثانوي 3 ثانوي	13 سنة 16 سنة 18 سنة (معدل 15 سنة)	غياب اتجاه تطور واضح			
				74% 2002-1999	76% 2007-2003	71% 2012-2008	76% 2019-2013
	قيس النظر	61% 2012-1999			58% 2019-2013		
	تثقيف صحي	45% 2011-1998		37% 2018-2012			
نادي صحة	طيلة فترة مواصلة الدراسة	19-13 سنة (معدل 16 سنة)	23% 2011-1998		11% 2018-2012		
			19% 2001-1998		15% 2018-2012		
خليّة إِنْصَات وإرشاد	خليّة			17% 2011-2002		15% 2018-2012	

133 وقعت الاستعانة بجدول "التلاميذ حسب سنة الدراسة والنوع وسنة الولادة" الوارد بوثيقة وزارة التربية (الإدارة العامة للدراسات والتخطيط ونظم المعلومات) "الإحصاء المدرسي - السنة الدراسية 2016-2017" صفحة 159

46% 2021-2018	52% 2017-2003		21-19 سنة (معدل 20 سنة)	صائفة لحصول على البكالوريا	فحص طبي	بعد البكالوريا أو في الجامعة
21% 2021-2018	32% 2017-2013	39% 2012-2003			قيس النظر	
24%	29%	45%	22-20 سنة (معدل 21 سنة)	أساسا السنوات الثلاث الأولى	تثقيف صحي	
2022-2018	2017-2008	2007-2003			نادي الصحة	
16%	24%	39%				

إنترناشيونال ألرت

٣٤٦ شارع كلافام، لندن، SW٩ ٩AP، المملكة المتحدة
هاتف: +٤٤ (٠)٢٠ ٧٦٢٧ ٦٨٠٠ **فاكس:** +٤٤ (٠)٢٠ ٧٦٢٧ ٦٩٠٠
info@international-alert.org
www.international-alert.org

مؤسسة خيرية مسجلة تحت رقم ٣٢٧٥٥٣



/InternationalAlert



@intalert