

الخدمات الصحية الأساسية نحو ولوج منصف ومعمّم

تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

إحالة رقم 4 / 2013

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

الخدمات الصحية الأساسية

نحو ولوج منصف ومعمّم

إحالة رقم 4 / 2013



” وعلى الرغم من إدراكنا لحجم المعوقات المرتبطة أساسا بمحدودية
الإمكانيات المتاحة، في ظل التزايد المطرد للانتظارات المشروعة للمواطنين
والمواطنين، فإننا على يقين، أن النقاش الواسع والبناء الذي نتوخاه من مناظرتكم
الهامة هاته، لكفيل بالمساهمة في تحقيق إجماع عريض، حول تحديد التحديات
الكبرى، والأولويات الصحية الرئيسية، فضلا عن إيجاد الإجابات الناجعة، لاسيما
للإشكالات المتعلقة بتفعيل الحق الدستوري في العلاج والعناية، والتغطية الصحية،
والأمن الصحي، واعتماد حكمة صحية جيدة، والنهوض بالصحة النفسية والعقلية
وبالوضع الصحية للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وللمسنين، واستكشاف
أمثل السبل لتوفير التمويلات الضرورية، وطنيا ودوليا، وتطوير النظام التعاضدي،
والحد من الفوارق المجالية، من أجل الولوج العادل للعلاج. “

جلالة الملك محمد السادس

مقتطف من الرسالة السامية الموجهة إلى المشاركين في المناظرة الوطنية الثانية للصحة

مراكش، فاتح يوليوز 2013

الإيداع القانوني : 2013 MO 3290

ردمك : 978-9954-9389-2-8

ردمد : 2335-9242

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

مطبعة سيياما

إحالة رقم 4 / 2013

- بناء على القانون التنظيمي رقم 09-60 المتعلق بالمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي؛
- استنادا إلى قرار مكتب المجلس بإحالة موضوع "الخدمات الصحية الأساسية : نحو ولوج منصف ومعّم" إلى اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن؛
- استنادا إلى المصادقة بالإجماع على التقرير حول "الخدمات الصحية الأساسية : نحو ولوج منصف ومعّم" بتاريخ 26 شتنبر 2013.

يقدم المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي تقريره

الخدمات الصحية الأساسية نحو ولوج منصف ومعّم

تم إعداد التقرير من طرف

اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

رئيس اللجنة . السيد محمد الخادري

المقررة الرئيسية : السيدة حكيمة حميش

المقرر الثاني : السيد جواد شعيب

الفهرس

| | |
|----|---|
| 13 | الإحالة |
| 15 | مدخل |
| 15 | 1. الحق في الصحة : حق إنساني أساسي |
| 16 | 2. اعتراف بحق في الصحة من قبل المملكة المغربية |
| 17 | 3. التحول الديموغرافي والوبائي |
| 17 | 4. المحددات الاجتماعية للصحة |
| 18 | 5. الصحة : محرك أساسي للتنمية الاقتصادية |
| 19 | القسم الأول. مفهوم العلاجات الصحية الأساسية والتغطية الصحية |
| 19 | 1. العلاجات الصحية الأساسية/ العلاجات الصحية الأولية |
| 19 | 1.1. العلاجات الصحية الأولية حسب منظمة الصحة العالمية |
| 20 | 2.1. العلاجات الصحية الأساسية حسب وزارة الصحة |
| 21 | 2. التغطية الصحية |
| 23 | القسم الثاني : خصائص عرض العلاجات الصحية الأساسية |
| 23 | 1. تنظيم العلاجات الصحية الأساسية |
| 23 | 1.1. قطاع عمومي مهيم وتراثبي ومغلق على نفسه |
| 26 | 2.1. قطاع خاص ذو أهداف مادية، في تطور قوي |
| 28 | 3.1. القطاع التعاوضدي |
| 29 | 4.1. قطاع خاص ذو أهداف غير مادية غير محاط بشكل جيد |
| 30 | 2. الموارد البشرية والعلاجات الصحية الأساسية |
| 31 | 1.2. نقص حاد في عدد المهنيين من أطباء وممرضين |
| 32 | 2.2. أوجه تفاوت كبيرة في توزيع المهنيين من أطباء وممرضين |
| 35 | 3.2. تكوين مهنيي الصحة لم يعد ملائما للحاجيات الآتية |

- 37 3. الحكامة
- 37 1.3. نظام صحي ممرکز إلى أبعد الحدود
- 39 2.3. تعاون محدود بين القطاعات العمومية والقطاع الخاص والمجتمع المدني
- 40 3.3. المقاربة الجماعية: تجربة متواضعة لكن ينبغي تطويرها
- 42 4.3. الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص: آلية يتعين دعمها
- 44 5.3. الرشوة وقد أصبحت "شيئا عاديا"

47 القسم الثالث: تقدير الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية

- 47 1. الولوج إلى شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية
- 47 1.1. تفاوت كبير وغياب الملاءمة والتكيف
- 48 2.1. الولوجية الجغرافية: معاناة ساكنة المناطق المعزولة في العالم القروي
- 49 3.1. الولوجيات الجسمانية: قانون لم يتم تفعيله
- 49 4.1. الولوجية الاجتماعية-الثقافية: الأمية تمثل عائقا
- 50 5.1. علاجات غير مرضية
- 51 6.1. الولوجية الاقتصادية للعلاجات الصحية الأساسية تبقى محدودة جدا
- 51 بالنسبة إلى الساكنة الفقيرة
- 51 2. استمرار أوجه التفاوت في مجال الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية
- 51 1.2. أوجه التفاوت المرتبطة بالتنوع
- 57 2.2. أوجه التفاوت في الولوج يعانها المهاجرون من بلدان جنوب الصحراء
الذين ليست لهم وضعية قانونية
- 58 3. الولوج إلى الوقاية والتربية الصحية
- 59 1.3. نجاح برامج الوقاية من أغلب الأمراض المنقولة
- 60 2.3. ضرورة تعزيز الوقاية من الأمراض غير المنقولة
- 60 3.3. العمل من أجل الوقاية من الأمراض غير المنقولة
- 60 يستدعي أنيا أخذ عدد من عوامل الخطر بعين الاعتبار
- 62 2.3. ظروف عمل لا يأخذ أثرها على الصحة بعين الاعتبار

| | |
|-----|--|
| 63 | 4. ولوجية الأدوية |
| 64 | 1.4. أدوية بأسعار بالغة الارتفاع |
| 68 | 2.4. نظام لتخزين وتوزيع الأدوية غير فعال |
| 70 | 3.4. توصيف الأدوية على مستوى مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية وعقلنة لا مناص منها |
| 71 | القسم الرابع: المصاريف الصحية وتمويلها |
| 71 | 1. المصاريف الصحية |
| 71 | 1.1. الأسر هي التي تتحمل بصفة رئيسة مصاريف العلاج |
| 72 | 1.2. مصاريف التأمين الصحي الإجباري |
| 73 | 1.3. مصاريف وزارة الصحة في مجال العلاجات الصحية الأساسية |
| 73 | 2. تمويل الصحة |
| 73 | 1.2. مبادئ تمويل الصحة |
| 75 | 2.1. تمويل الصحة في المغرب |
| 81 | القسم الخامس: توصيات |
| 87 | ملاحق |
| 89 | الملحق 1: منهجية العمل |
| 93 | الملحق 2: كشف بالمصطلحات |
| 97 | الملحق 3: التنظيم والأرقام الهامة المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية |
| 103 | الملحق 4: لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن |
| 107 | الملحق 5: لائحة مجموعة العمل المتخصصة المنبثقة عن اللجنة |
| 111 | الملحق 6: لائحة المؤسسات والمنظمات والجمعيات والهيئات التي تم الإنصات إليها |
| 115 | الملحق 7: مراجع بيبليوغرافية |

الإحالة

تلقى المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي إحالة من قبل رئيس الحكومة بتاريخ 28 نونبر 2012، ليتولى المجلس "تقييم الوضعية الحالية لولوج المواطنين والخدمات الصحية الأساسية بالوسطين الحضري والقروي ولمدى جودتها، وكلفتها وسبل تمويلها، وبلورة اقتراحات عملية بشأنها من أجل الوصول إلى تغطية شاملة نروم من ورائها توسيع نطاق التغطية الصحية ببلادنا."

مدخل

1 الحق في الصحة: حق إنساني أساسي

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة بصفتها " حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو الإعاقة: "¹

والحق في الصحة حق تعترف به العديد من المواثيق الدولية، وخصوصا في دستور منظمة الصحة العالمية، الذي ينص على أن "التوفر على أفضل حال صحية يمكن للإنسان بلوغها هو أمر يعد من بين الحقوق الأساسية لكل كائن بشري، أيا كان انتماءه العرقي أو الديني، أو آراؤه السياسية أو ظروفه الاقتصادية أو الاجتماعية." وأما الإعلان العالمي لحقوق الإنسان فيذكر الحق في الصحة في مادته الخامسة والعشرين: "لكل شخص الحق في مستوى من العيش كاف لضمان الصحة والرفاه لنفسه ولأسرته، وخصوصا ما يتعلق من ذلك بالتغذية والكساء والسكن والعلاجات الطبية، وكذا ما يتعلق بالخدمات الاجتماعية الأساسية."

وتتضمن المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مقتضيات ملزمة من الناحية القانونية، قابلة للتطبيق على كل الأشخاص في كل الدول التي صادقت عليها، ومن بينها المغرب. كما أن هناك ضمانات صحية إضافية، ترمي إلى حماية الحق في الصحة للمجموعات المهمشة، تم التنصيص عليها في الاتفاقات الدولية الموجهة خصيصا لمجموعات معينة.

غير أن الاعتراف بالحق في الصحة، كما هو قائم في المواثيق الدولية، لم يكف لتجسيد هذا الحق تجسيدا فعليا. ولئن كان قد تم تحقيق خطوات هامة في مجال الصحة على المستوى العالمي خلال العقود الثلاثة المنصرمة، إلا أن هذه الخطوات كانت أقل أهمية في البلدان السائرة في طريق النمو منها في البلدان الأكثر تقدما وغنى.

¹ Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé, 1946.

الاعتراف بالحق في الصحة من قبل المملكة المغربية

التزم المغرب بانضمامه إلى إعلان الألفية للأمم المتحدة بتبني استراتيجيات تمكنه من بلوغ الأهداف الثمانية من أهداف الألفية للأمم المتحدة في أفق 2015، ثلاثة منها تتعلق بالصحة، وهي الحد من وفيات الأطفال، وتحسين صحة الأم، ومحاربة فيروس فقدان المناعة المكتسب وحمى المستنقعات وغيرها من الأمراض.

غير أن المغرب لم يعترف صراحة بالحق في الصحة إلا من خلال دستور يوليو 2011. فهذا الدستور يعترف بسبعة حقوق ترتبط بالصحة، هي الحق في الحياة (الفصل 20) الذي يشمل كذلك محاربة حالات الوفيات الممكن تفاديها، والحق في السلامة وفي حماية الصحة (الفصل 21)، والحق في العلاج وفي بيئة سليمة وفي التغطية الصحية (الفصل 31)، والحق في الصحة بالنسبة للأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة (الفصل 34)، والحق في الولوج إلى علاجات ذات جودة وفي الاستمرارية في أداء الخدمات (الفصل 154).

كما أشار صاحب الجلالة الملك محمد السادس، نصره الله، في عدد من الخطابات الملكية، إلى ضرورة تمكين المغاربة، وخصوصا منهم الأكثر عوزا، من الولوج إلى علاجات صحية ذات جودة. وقد أكد صاحب الجلالة من جديد، في الرسالة السامية التي وجهها إلى المشاركين في المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة المنعقد في مراكش من 1 إلى 3 يوليو، الإرادة الملكية الراسخة في إدراج إنعاش قطاع الصحة ضمن الأوراش الكبرى الرئيسية بالبلاد.

وتنظم الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016 حول سبعة محاور تتفرع إلى ثمانية وعشرين برنامج عمل خاص، تتطرق جلها، بصفة غير مباشرة وبطريقة أفقية، إلى موضوع الولوج للخدمات الصحية الأساسية. ولقد تم حصر المحور (الأول)، المخصص لمسألة "تحسين الولوج إلى العلاجات وتحسين تنظيم المرافق" في سبعة عشر إجراء، أربعة منها تهتم بالخدمات الصحية الأساسية.²

و يحيل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، في تقريره المعنون "من أجل ميثاق اجتماعي: معايير يتعين احترامها، وأهداف يتعين التعاقد حولها"، المتبنى في 26 نونبر 2011، على الحق في الصحة الجسمانية والعقلية، ويحدد تسعة أهداف، أربعة منها تهتم بالرأي الذي بين أيدينا، هي تحقيق إنصاف أكبر في الولوج وفي نوعية البنيات والخدمات الصحية، وتحسين صحة الأم والطفل، وتحسين الإطار الطبي القانوني للإجهاض، والتقييم والتحسين المستمر للسياسات الوطنية والجهوية للوقاية من الأمراض الوبائية والمستوطنة وعلاجها والقضاء عليها.

3 التحول الديموغرافي والوبائي

شهدت الحالة الصحية للمغاربة، منذ بداية الثمانينات من القرن الماضي، تحسنا منتظما اتضحت آثاره في انخفاض الخصوبة والوفيات، معلنة عن حدوث تحول ديموغرافي. "فشيخوخة الساكنة تبدو ظاهرة لا سبيل إلى تفاديها خلال العقود القادمة، حيث ستزيد أعداد الأشخاص من سن 60 سنة فما فوق تزيادا منتظما بوتيرة معدلها 3.4 بالمائة ما بين 2012 و2050، لينتقل تعدادهم من 2.9 مليون شخص في 2012 إلى 10.1 مليون في 2050، وهي السنة التي من المتوقع أن تمثل فيها هذه الفئة العمرية ما نسبته 24.5 بالمائة من مجموع الساكنة، في حين لم تكن تمثل سوى 6.3 و8 بالمائة على التوالي في 1960 و2004."³ وإضافة إلى ذلك فإن المغرب يشهد انتقالا وبائيا، مع انتقال الوفيات الناجمة عن الأمراض المنقولة وعن المشاكل التي تسبق الولادة أو تليها، نحو الأمراض غير المنقولة والحوادث والإصابات.⁴

وبناء عليه، يتعين على كل سياسة وطنية للصحة أن تأخذ بعين الاعتبار ما طرأ من تحولات على هذين المستويين.

4 المحددات الاجتماعية للصحة

عملت العديد من الإصدارات على إبراز أوجه التفاعل بين الصحة والتنمية،⁵ وبينت استحالة تحقيق أي تنمية منسجمة في غياب تطور الخدمات الصحية، ولا أي تنمية مستدامة من دون منجزات ومكتسبات في المجال الصحي، فأهم أسباب الأمراض والإعاقات ترتبط بظواهر اجتماعية بقدر ارتباطها بفيروسات أو جراثيم طفيلية أو استعداد جيني. والوضعية الاجتماعية-الاقتصادية للأفراد هي أهم محدد لحالتهم الصحية. وبالتالي فإن الرفع من جودة التربية والتكوين ومحاربة الفقر وحماية البيئة، وخصوصا الولوج إلى ماء ذي جودة، كلها عوامل تفضي ليس فقط للتقدم الاجتماعي، ولكن أيضا لتحسين صحة الأفراد.

وتعود أوجه التفاوت في مجال الصحة، في نظر منظمة الصحة العالمية، إلى ظروف عيش الأفراد وعملهم وشيخوختهم، وأيضا إلى الأنظمة العلاجية التي يستفيدون منها. وهذه الظروف التي تتحكم في عيش الأفراد وموتهم هي بدورها خاضعة لمجموعة من العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية. وقد شكلت

³ Tableau de bord social. Direction des Etudes et des Prévisions Financières du ministère des Finances. Août 2013

⁴ D.Bettcher. Transition épidémiologique et nouvelle santé publique. OMS, 2ème conférence nationale sur la santé. Marrakech, Juillet 2013

⁵ Rapport sur le Développement Humain. PNUD, 2003

⁶ J.D SACHS. Investir dans la santé. Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé. OMS, 2004

منظمة الصحة العالمية في سنة 2005 لجنة المحددات الاجتماعية للصحة، التي " تدعو المنظمة كما تدعو كل الحكومات في مختلف البلدان إلى إيلاء عناية خاصة للمحددات الاجتماعية للصحة، من أجل إقرار الإنصاف في مجال الصحة. وتعتبر أنه من الضروري أن تقوم الحكومات والمجتمع المدني ومنظمة الصحة العالمية وغيرها من المنظمات العالمية بتوحيد جهودها للعمل من أجل تحسين حياة ساكنة الكوكب."

وهناك عوامل متباينة أشد التباين تتحكم في الولوج إلى العلاجات الصحية، كنوعية الخدمات المقدمة، والمداخيل، ومستوى التربية والتعليم، والوضعية الاجتماعية بوجه عام، إضافة إلى محددات مثل النوع ومحل الإقامة. وأوجه التفاوت في توزيع موارد مجتمعنا تنتج أوجهاً أخرى كبيرة من التفاوت في الصحة والوفيات بين المجموعات التي تتكون على أساس تلك المحددات.⁷

5 الصحة: محرك أساسي للتنمية الاقتصادية

جاء تقرير لجنة الماكرو-اقتصاد والصحة الصادر عن منظمة الصحة العالمية، الهادف أساساً إلى إبراز الدور الذي تضطلع به الصحة في التنمية الاقتصادية العالمية، ليبين بشكل واضح بأن تحسين صحة المعوزين في كل أنحاء العالم ليس فحسب هدفاً ذا أهمية، ولكنه أيضاً محرك رئيسي للتنمية الاقتصادية ومحاربة الفقر. ومن ثمة فإن مجال الصحة يمثل رهانا اقتصاديا وسياسيا واجتماعيا كبيرا لا يمكن أن ينحصر تدبيره في مجرد التدبير المحاسبي للمصاريف الصحية.⁸

و ترمي توصيات المجموعة الاستشارية العليا لمنظمة الصحة العالمية حول الأزمة المالية العالمية (2009) إلى "الحيلولة دون تحول الأزمة الاقتصادية إلى أزمة اجتماعية وصحية". ومن ضمن ما يوصي به هذا التقرير "الحفاظ على النفقات المخصصة للصحة، وتحسين فعالية ومردود المصاريف المخصصة للصحة، مع مواكبة طلب المرافق العمومية الذي من المتوقع أن يتزايد، وأخذ حاجيات المجموعات الهشة بعين الاعتبار، وتفعيل إصلاحات منظومة العلاجات الصحية الأولية".

⁷ Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas. ONDH, 2010.

⁸ Rapport de la Commission Macroéconomie et Santé. OMS, 2002, mis à jour en 2004

القسم الأول : مفهوم العلاجات الصحية الأساسية والتغطية الصحية

1 العلاجات الصحية الأساسية/العلاجات الصحية الأولية

1.1 العلاجات الصحية الأولية حسب منظمة الصحة العالمية

عُرفت العلاجات الصحية الأولية في مؤتمر ألما آتا المنعقد سنة 1978 بوصفها علاجات أساسية (علاجية ووقائية وتأهيلية) أولية. تعبر عن طموح إلى تحقيق العدالة الاجتماعية عن طريق ضمان الولوج العام للعلاجات الصحية وتقديم "خدمات علاجية ووقائية وتأهيلية"⁹، وهو التعريف الذي أكدته منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي برسم سنة 2008.

وقد جاء تقرير منظمة الصحة العالمية حول الصحة في العالم، المخصص للعلاجات الصحية الأولية، ليوضح أكثر هذا التعريف، حيث يقول: "العلاجات الصحية الأولية علاجات صحية أساسية يستفيد منها الجميع أفراداً وأسراً داخل جماعاتهم، من خلال وسائل مقبولة بالنسبة إليهم، وبكلفة تستطيع الجماعات والبلاد تحمّلها. وهي جزء لا يتجزأ، سواء من المنظومة الصحية الوطنية، التي تمثل تلك العلاجات عمادها الأساسي، أم من التنمية الاقتصادية والاجتماعية العامة للجماعة."¹⁰

ويشير التقرير إلى أن "العولمة تضع التماسك الاجتماعي في العديد من البلدان أمام امتحان عسير، وأن المنظومات الصحية، التي تعد عنصراً حاسماً في بناء المجتمعات المعاصرة، لا تشتغل في ما يبدو بالشكل الجيد الذي بإمكانها، بل ومن المفروض فيها أن تشتغل به. والساكنة التي أحست بالتهميش، بدأ صبرها ينفد أمام عجز المرافق الصحية عن تأمين تغطية وطنية تستجيب لطلبات محددة وللحاجيات الجديدة، وأمام انعدام التلاؤم بين الخدمات التي تقدمها تلك المرافق وبين حاجياتها الحقيقية..."

وتوصي منظمة الصحة العالمية في هذا التقرير بخصوص العلاجات الصحية الأولية:

- بأن تنبني على أساس نتائج البحث الطبي في مجال الصحة العمومية؛
- وأن تستهدف مباشرة المشاكل الرئيسية للصحة العمومية للجماعة؛

9 Article VII de la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires.

10 Rapport sur la santé dans le monde. Les Soins de Santé Primaires. Maintenant plus que jamais. OMS, 2008.

- وأن تشمل التربية، والتلقيح، والولوج إلى الماء الصالح للشرب، والتغذية، وحماية الأم والطفل، والوقاية، والولوج إلى العلاجات الأساسية؛
- وأن تُشرك بالإضافة إلى قطاع الصحة كل القطاعات والميادين المرتبطة به في مجال التنمية الوطنية والجماعية، وعلى الخصوص الفلاحة، وتربية الماشية، والإنتاج الغذائي، والصناعة، والتربية، والسكن، والأشغال العمومية، والتواصل، مع ضرورة مراعاة الانسجام والتكامل بين كل هذه العناصر؛
- وأن تشمل مشاركة الأفراد المعنيين والمجموعات المعنية في تخطيط العلاجات الصحية الأولية وتنظيمها واشغالها ومراقبتها؛
- وأن تندمج في منظومات للولوج إلى العلاجات المفتوحة للجميع، والتي تعطي الأولوية للسكان الأكثر عوزاً؛
- وأن تستدعي تدخل مهنيي الصحة، من أطباء وممرضين وقابلات ومساعدين وأعوان جماعيين، حسب الحالة، وكذا عند الاقتضاء المعالجين التقليديين، المشتغلين في تنسيق مع الحاجيات الصحية المعبر عنها من قبل الجماعة، وفي إطار العمل على الاستجابة لتلك الحاجيات.

2.1. العلاجات الصحية الأساسية حسب وزارة الصحة

"عُرفت العلاجات الصحية الأولية في المغرب تحت إسم العلاجات الصحية الأساسية. وقد كان تبني تعريف العلاجات الأساسية عوض العلاجات الأولية مقصوداً، والغاية منه جعل السياسيين يتقبلون المفهوم، تخوفاً مما قد تثيره لفظة "أولية" في الذهن من تأويلات تذهب بها إلى معاني من قبيل "البدائية" و"المتخلفة".¹¹

(و) تعتمد وزارة الصحة على تعريف منظمة الصحة العالمية لمفهوم "العلاجات الصحية الأولية" كما هي معرفة في إعلان ألما أتا، الذي انضمت إليه في 1978. وتشمل هذه العلاجات:

- التربية الصحية؛
- حماية الأم والطفل، بما في ذلك التخطيط العائلي؛
- الحث على توفير ظروف جيدة للغذاء والتغذية؛
- التلقيح ضد الأمراض المعدية؛
- الوقاية من الأوبئة المحلية والتحكم فيها؛
- علاج الأمراض والإصابات العادية؛
- توفير الأدوية الأساسية.

¹¹ M Laaziri. Revue du développement de la stratégie des soins de santé primaires et de l'objectif «Santé Pour Tous d'ici l'an 2000» au Maroc. OMS, 2007.

"وتمثل مهمة العلاجات الصحية الأساسية في توفير علاجات وخدمات منصفة وذات جودة، من أجل الاستجابة للحاجيات الأساسية في مجال الصحة لجماعة محددة على أساس جغرافي." (جلسة الاستماع مع وزير الصحة).

وتمثل شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، التي أنشئت أساسا لخدمة الشروط الصحية للسكان، المنطلق الفعلي الإجرائي لكل عمل صحي. وهي تمثل أول واجهة تفاعلية بين الساكنة والمنظومة العلاجية. ومن خلال هذه الشبكة تتطور استراتيجية تغطية الساكنة واستفادتها من الخدمات الصحية الأساسية (التربية الصحية، والوقاية، والعلاجات الأساسية)¹². والمركز الصحي هو الذي تقدم فيه العلاجات الصحية الأساسية.

2 التغطية الصحية

ومع تزايد الطلب في مختلف بلدان العالم على العلاجات المزمنة المرتبطة في قسم منها بشيخوخة الساكنة، التزمت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية في 2005 بتطوير أنظمتها الخاصة بتمويل الصحة، كي يستطيع الجميع الولوج إلى الخدمات الصحية، دون أن يجدوا أي صعوبة عند أداء ثمن تلك الخدمات. وقد تم اختيار مصطلح التغطية الشاملة للإحالة على هذا الهدف، ويشار إليه أحيانا باسم "التغطية الصحية الشاملة".

وقد خصصت منظمة الصحة العالمية تقريرها حول الصحة في العالم في 2010، لمسألة "تمويل الأنظمة الصحية. الطريق إلى تغطية شاملة". وتعرض المنظمة في هذا التقرير الخطوط العريضة للطريقة التي ينبغي للبلدان أن تغير وفقها أنظمتها التمويلية، من أجل التقدم بسرعة أكبر صوب تغطية شاملة، والحفاظ بعد ذلك على هذه الإنجازات.¹³

ومنذ حوالي عقد من الزمن، تبين من خلال تجارب العديد من البلدان ذات الدخل المتوسط أو الضعيف أن الاقتراب من وضعية التغطية الشاملة ليس حكرا على البلدان ذات الدخل المرتفع، ذلك أن بلدانا مثل البرازيل وشيلي والصين والمكسيك ورواندا وتايلندا قد خطت خطوات هامة نحو التغطية الصحية الشاملة.

ولنذكر بأن المغرب انخرط، منذ 2002، في إصلاح يرمي إلى التزود بمنظومة للتغطية الصحية الأساسية. هذا الإصلاح، الذي أتاح وضع نظام التأمين الصحي الإجباري ونظام المساعدة الطبية، يقوم بالأساس على القانون رقم 65-00، المتعلق بسن قانون التغطية الصحية الأساسية.

L'Offre de soins au Maroc. Ministère de la Santé, 2007.
Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture médicale universelle. OMS, 2010.

12

13

القسم الثاني : خاصيات عرض العلاجات الصحية الأساسية

1 تنظيم العلاجات الصحية الأساسية

حسب تعريف منظمة الصحة العالمية، فإن منظومة العلاجات هي "مجموع المؤسسات والأشخاص والموارد التي تساهم في تقديم العلاجات الصحية"¹⁴. وهي تمثل مع التأمين على المرض أهم عنصرين في المنظومة الصحية.

ويعتمد تنظيم منظومة العلاجات بالأساس على ثلاثة قطاعات: قطاع عمومي وقطاع خاص ذو هدف ربحي وقطاع خاص ذو هدف غير ربحي.

ويمكن على وجه العموم تمييز ثلاثة نماذج لتنظيم العلاجات الصحية الأولية في البلدان المتقدمة¹⁵:

- النموذج المعياري التراتبي، وهو ينتظم حول العلاجات الصحية الأولية، وتنظمه الدولة (إسبانيا/ كاتالونيا، فنلندا، السويد)؛
- النموذج المهني غير التراتبي، الذي يقوم فيه تنظيم العلاجات الصحية الأولية على أساس الاختيار الحر للمريض (ألمانيا، كندا، فرنسا)؛
- النموذج المهني التراتبي، الذي يكون فيه طبيب الطب العام هو محور المنظومة (المملكة المتحدة، هولندا، أستراليا، نيوزيلندا)، وهو المدخل إلى مسلك العلاجات.

أما النموذج المغربي فهو عبارة عن مزيج بين النموذجين الأولين، مع هيمنة لتنظيم الدولة للقطاع العمومي. والنموذج المتبع في القطاع العمومي تراتبي، لكنه ليس معياريا بالفعل. أما النموذج المتبع في القطاع الخاص فهو مهني وغير تراتبي وغير منظم من قبل الدولة.

1.1 قطاع عمومي مهيمن وتراتبي ومغلق على نفسه

تتميز منظومة العلاجات في المغرب بهيمنة القطاع العمومي. فالدولة تقع في قلب المنظومة الصحية، جامعة بذلك بين وظائف التمويل وتوفير الموارد وتقديم العلاجات والإدارة العامة. أما القطاع الخاص فهو مُقَصَّى تماما من هذا التنظيم.

Les systèmes de santé: des soins intégrés fondés sur des principes. OMS, 2003.
Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. IRDES, 2012.

14
15

وتخضع منظومة العلاجات التابعة لوزارة الصحة لتراتبية هرمية تمثل فيها بنيات العلاجات الصحية الأساسية (أي المراكز الصحية الحضرية والقروية) أول مستوى يلجأ إليه المرضى بغاية التوجيه. وتقدم فيها علاجات وقائية وخدمات تقوم على التوعية الصحية وعلى العلاجات الأساسية. وتعتبر شبكة العلاجات الصحية الأساسية بمثابة القاعدة الفعلية للعمل الصحي كله¹⁶ أما المستويات الأخرى فتتكون من المراكز الاستشفائية الإقليمية والجهوية، والمراكز الاستشفائية الجامعية.

والملاحظ أن شبكة العلاجات الصحية الأساسية منفصلة انفصالا تاما عن الشبكة الاستشفائية، وهي تابعة في كل إقليم/ولاية لمصلحة البنيات التحتية والأعمال المتنقلة الإقليمية. وتتكون هته الشبكة من 2689 منشأة صحية أساسية توجد 72 بالمائة منها في العالم القروي: (جلسة الاستماع مع وزير الصحة).

ولم يتم لحد الآن تفعيل القانون الإطار رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض العلاجي، الصادر في 2011، والذي يحدد إطارا تنظيميا لتخطيط العرض العلاجي وتنظيم المنظومة الصحية حسب خريطة صحية وطنية. ومن شأن تفعيل هذا القانون أن يغير الرؤية المتحكمة في مجال التغطية الصحية، تلك الرؤية التي أفضت إلى إنشاء مؤسسات للعلاجات الصحية الأساسية في كل الجماعات القروية تقريبا، دون أي اعتبار للنقص في مجال الموارد البشرية والمالية. ولقد نجم عن تأخير تفعيل هذا القانون الإطار إلى عدم قدرة وزارة الصحة على تشغيل 143 منشأة صحية أساسية مبنية استكمل بناؤها لكنها مغلقة لعدم توفر الموارد البشرية الكافية.

ويتكفل بتدبير مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية طبيب رئيسي وممرضون رئيسيون، توكل إليهم مهمات التنظيم الإداري وتقديم العلاجات في هذه المؤسسات. ويتميز تنظيمها بمركزية شديدة وغياب للتنسيق والتواصل الفعلي بين مختلف المستويات العلاجية، مما يجعل مسار المرضى صعبا ومعقدا. فهذا المسار منظم نظريا بحيث يستطيع المريض الانتقال من مستويات تراتبية للمؤسسات العلاجية إلى مستوى آخر (المستوصفات، والمراكز الصحية، والمستشفيات الإقليمية والجهوية، والمراكز الاستشفائية الجامعية)، حسب درجة خطورة أو صعوبة الحالة. أما على أرض الواقع فإن هذا التوجه يختصر في "بطاقة ربط"، والمريض يبقى من أثر ذلك موكلا إلى نفسه أو يكاد. وبالتالي فإن مسار المرضى قد يصبح طويلا جدا ومعقدا ومكلفا، بسبب عدم توفر الأدوية، وعدم توفر مهنيين صحيين مؤهلين قادرين على التكفل ببعض العلاجات المعينة، من قبيل العلاجات الأساسية المستعجلة أو عمليات الولادة، مما يدفع بالعديد من المرضى إلى التوجه مباشرة إلى مصالح المستعجلات في المستشفيات، أو اللجوء إلى شبكات المعارف من أجل تجاوز عقبات المنظومة.

يضاف إلى هذا، نظام "النقل الطبي" الذي يشكو العديد من أوجه خلله، وخصوصا في العالم القروي، من سيارات إسعاف غير كافية، ونقص في مخصصات المحروقات، وصيانة رديئة، مما يفرضي إلى حالات عطب متكررة وإلى عدم جاهزية السيارات لمدة قد تكون في بعض الأحيان طويلة جدا، وسائقين يتبعون أحيانا للجماعات المحلية، مما يجعلهم غير جاهزين في كل وقت، وما إلى ذلك. وقد وقف فريق المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في الميدان على عدد من أوجه الخلل التي تعانيها هذه المنظومة.

وفي ما يتعلق بالعروض العلاجية الخاصة بالترويض الطبي وإعادة التأهيل في القطاع العمومي، تتميز الوضعية بنقص في البنيات المخصصة لهذا القطاع. فباستثناء بعض الوحدات التابعة للمستشفيات، لا وجود لبنيات تقدم خدمات من سلسلة إعادة التأهيل (خدمات إعادة التأهيل) (الطب الجسدي، والتدليك الطبي، والعلاج بالتشغيل، وتصويب النطق، وتكامل الوظائف الحركية والنفسية، وأجهزة التقييم الحركي).

ويمكن القول إن التنظيم الحالي لشبكة الخدمات الصحية الأساسية وصل إلى الطريق المسدود، إذ لم يتمكن من تحقيق لوج منصف إلى العلاجات الصحية الأساسية. فعدم تطبيق الخريطة الصحية وتشبيد بعض "المحسنين" لمراكز صحية دون التأكد من جدواها، وخاصة عدم توفر الموارد البشرية، هو السبب في وجود 143 مركزا صحيا مغلقا لا يعمل.

ويمكن، توخيا للنجاعة والفعالية، إعادة التفكير في تنظيم هذه الشبكة بحيث يتم تجميع الموارد البشرية والتجهيزات الطبية المتوفرة في المراكز الصحية التي لا تشهد إقبالا كبيرا، وتنقلها إلى مراكز سكنية كبرى حضرية أو قروية. ذلك أن من شأن مثل هذا التجميع أن يتيح إحداث "مراكز صحية مندمجة"، متوفرة على عدد أكبر من الموارد البشرية ووسائل التشخيص والعلاج. ومن الممكن أيضا تنظيم عمليات فحص متخصصة مرة أو مرتين أسبوعيا. ومن المتوخى أن تساهم هذه المراكز في تحقيق الاستفادة المثلى من الوسائل، وتحسين ظروف عمل الأطباء والمرضى، والتخفيف من الضغط على المستشفيات، وفوق هذا وذاك، التكفل المناسب بحاجيات الساكنة. وهذا هو التنظيم المعمول به في عدد من الدول ومنها بلجيكا، حيث يسمون هذه المراكز "البيوت الطبية"¹⁷.

ويمكن للمراكز الصحية المندمجة هذه، أن تفي بحاجيات الأشخاص المعاقين، وتمكنهم من العلاجات الصحية التي يحتاجونها، ومن إعادة التأهيل ومن الدعم والمساندة. كما يمكنها أن تساهم أيضا في تجميع معطيات موثوقة حول نشاطها وحول خاصيات الساكنة التي تترادها وانتظارات تلك الساكنة، وكذا تقديم معطيات موثوقة تفيد في تحقيق أعمال البحث في مجال الصحة العمومية.

البحث في مجال الصحة العمومية

بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية، فإن "نتائج بعض الدراسات والأبحاث يمكن تطبيقها على نطاق واسع، غير أن عددا كبيرا من المسائل المتعلقة بالتغطية الصحية الشاملة تتطلب أجوبة محلية؛ والمشاكل الصحية المحلية تتطلب بدورها حلولاً محلية، ولذلك يجب أن يكون كل بلد منتجا ومستهلكا للأبحاث في آن معا."¹⁸ ولئن كان تقريرنا لا يرمي إلى اقتراح أن يصبح المهنيون المعالجون في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية كلهم باحثين، إلا أن اشتغال مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، وتصور أنظمة صحية فعالة، وأثر التغطية الصحية الأساسية على الحالة الصحية للسكان، وأنماط تمويلها، كل هذا ينبغي أن يكون موضوعا للبحث.

وينبغي أيضا، لمد الجسور بين العمل والنظري والواقع الميداني، العمل على دعم البحث، لا في الجامعات فحسب، بل كذلك على مستوى برامج الصحة العمومية القريبة من العرض والطلب في مجال الخدمات الصحية. ومن الضروري، من أجل ذلك، العمل على وضع برامج معلوماتية تقدم معطيات محينة ودقيقة من أجل اتخاذ القرار، ونظام لتتبع وتقييم الأنشطة ونتائجها، وكذا أثرها على صحة الساكنة المحلية.

2.1. قطاع خاص ذو أهداف مادية، في تطور قوي

القطاع الطبي الخاص

يتكون القطاع الطبي الخاص المعني بالعلاجات الصحية الأساسية على وجه الخصوص من عيادات الطب العام وطب الأطفال وطب النساء وطب الأسنان والصيدليات.

ويعد "قطاعا رئيسيا في مجال العرض العلاجي بالمغرب، سواء من الناحية الكمية أم النوعية... وهو في تطور متواصل منذ خمسين سنة.. ويضم قرابة نصف الأطباء، وقرابة 90 بالمائة من الصيادلة وجراحي طب الأسنان، وقرابة 10 بالمائة من المهنيين شبه الطبيين في المغرب."¹⁹

وقد تطور هذا القطاع على الخصوص في التجمعات السكنية الكبرى والمدن المتوسطة، تطورا يعود بالأساس إلى عدم رضا المواطنين عن خدمات القطاع العمومي، ولكن كذلك إلى نقص في اجتذابية القطاع العمومي للأطباء، سواء في ما يتعلق بالأجور أم بظروف العمل.

Rapport sur la santé dans le monde. Pour une couverture sanitaire universelle. OMS, 2013. 18

Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la santé/ INISAN. 2012. 19

وقد بينت دراسة الحالة التي أجراها المرصد الوطني للتنمية البشرية أن المرضى الذين تم أخذ آرائهم في مناطق فكيك وسلا وأزيلال يلجؤون، بنسبة تكاد تكون متساوية، إلى استشارة أطباء من القطاع العمومي ومن القطاع الخاص، وتلاحظ الدراسة أنه "إذا كان بالإمكان أن نرى في اللجوء البديل إلى القطاع الخاص ما يفسر جزئيا الارتياح للضعيف لمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية العمومية، فإن النقص في جودة الخدمات المقدمة، ومصاعب اللوجيستية الجغرافية والمالية، تمثل السبب الأهم لهذا الإقبال للضعيف على الخدمات الصحية العمومية."²⁰

ولئن كانت مؤشرات الإنتاج المتعلقة بالقطاع العمومي شاملة نسبيا، فليس الحال كذلك في ما يتعلق بمعطيات القطاع الخاص، مما يجعل من المستحيل إجراء تقييم موضوعي للخدمة التي يقدمها هذا القطاع. وهناك سببان لذلك، أولهما أن معطيات مختلف منظمات التأمين على المرض (التأمين الإجباري على المرض، والتعاضديات، وشركات التأمين الخاصة) ليست مدققة، والثاني أن المرضى الذين لا يتوفرون على أي تأمين صحي (أو "الدافعون" كما يعرفون في اللغة المهنية المستخدمة في قطاع الصحة) ليسوا مشمولين بهذه الإحصاءات القطاعية. غير أن مساهمة هذا القطاع في إنتاج العلاجات أمر لا شك فيه.

وقد استفاد القطاع الخاص، في 2012، من 80 بالمائة من مصاريف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي ومن 82 بالمائة من مصاريف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، على حين لم يستفد القطاع العمومي إلا من 5 إلى 6 بالمائة من مصاريف هذين الصندوقين (جلسات الاستماع مع مديري المؤسسات).

وقد لوحظ منذ أن تم العمل بنظام المساعدة الطبية ارتفاع سريع وهام في الطلب على المرافق العمومية، على حين أن تطوير العرض العلاجي العمومي لا يمكنه أن يمضي بالسرعة ذاتها. وبالتالي يتعين أن تتوقع في المستقبل ازديادا في الانفصال بين القطاعين العمومي والخاص، حيث سيصبح هناك قطاع خاص يتراده المرضى القادرون على الأداء، وقطاع عمومي للمعوزين.

ويتبين لنا، من خلال جلسات الاستماع والزيارات الميدانية التي قامت بها مجموعة العمل، أن القطاع الخاص يرى نفسه مُقَصَّب من عمليات التفكير المتعلقة بتصور وتفعيل التغطية الصحية الأساسية، والبرامج التي تضعها وزارة الصحة، ولكن أيضا من تصور وتفعيل منظومة الصحة العمومية، على حين أن "وزارة الصحة هي وزارة للأطباء الخواص والعموميين على وجه السواء". وقد قال أحد أطباء الطب العام خلال جلسة استماع في أغادير: "إن أحد مرضاي هو من أخبرني بأن هناك عملية تلقيح جارية".

وتتركز أهم الانتقادات الموجهة إلى القطاع الطبي الخاص على توزيعه غير المتكافئ. فهو لا يكاد يكون موجودا إلا في المدن (30 بالمائة من الأسرّة والعيادات الطبية توجد في الدار البيضاء، وتوجد 66 في المائة من مجموعها في خمس جهات هي الدار البيضاء الكبرى، والرباط، وطنجة-تطوان، والجهة الشرقية، وجهة سوس ماسة درعة)، ويعاب أيضا على هذا القطاع مساهمته الضعيفة جدا في أعمال الوقاية

والبرامج ذات الأولوية في مجال الصحة العمومية. على أن هذا القطاع يبقى رغم ذلك "مفضلاً" على العموم لدى مستعملي المرافق الصحية بالمغرب.²¹ ومن شأن تفعيل القانون 09-34، الخاص بالمنظومة الصحية والعرض العلاجي، أن يتيح تحقيق التكامل بين القطاعين العمومي والخاص.

كما أن القانون 94-10، المتعلق بممارسة مهنة الطب، الجاري العمل على تعديله حالياً، ينطبق على القطاع الخاص والقطاع العمومي. ومن شأن تفعيله أن يتيح تطوير معايير ومواصفات يتم فرضها على القطاعين العمومي والخاص، بما يضمن سلامة المرضى في القطاعين معا.

صيدليات توزيع وبيع الأدوية

تضطلع صيدليات بيع الأدوية بدور هام في العلاجات الصحية الأساسية. فالصيدلاني، إذ يمثل آخر حلقة في سلسلة توزيع الدواء، هو الضامن لجودة الأدوية التي يقوم بتوزيعها. وهو بالإضافة إلى ذلك يقوم بدور المرشد، فيشرح للمريض مقادير الدواء وأوقات تناوله، ويضطلع بالتالي بدور رئيسي في احترام الوصفة الطبية. وصيدليات بيع وتوزيع الدواء تمثل كذلك، في كثير من الأحيان، أول منشأة يلتجئ إليها المريض.

وقد انتقل عدد صيدليات بيع وتوزيع الدواء من 375 وحدة في 1975 إلى 12.000 وحدة في 2012، دون أن يفضي ذلك إلى تغطية أفضل للتراب الوطني من قبل شبكات الصيدليات، إذ مازالت الوحدات تواصل تمركزها في المدن الكبرى. وفي الآن نفسه فإن أعدادا متزايدة من الصيدالدة يعانون صعوبات مالية ويوجدون في وضعية عجز عن أداء الديون أو وضعية إفلاس، مما من شأنه أن يدفع بهم إلى ممارسة سلوكيات منافية لأخلاقيات مهنة الصيدلة.²²

3.1. القطاع التعااضي

لا يزال القطاع "الطبي" التعااضي متعثراً في بلادنا، ونشاطه مركز بالخصوص على علاجات الأسنان، ومراكز بيع النظارات، والفحوص التخصصية. غير أن 14 بالمائة من أداءات الصندوق الوطني لمنظمات الضمان الاجتماعي تذهب إلى القطاع التعااضي

وطبقاً لفصل الأول من الظهير رقم 1-57-187 لسنة 1963، المتعلق بسن قانون التعااضديات، فإن "الشركات التعااضدية تجمعات ذات هدف غير ربحي، (...) ترمي إلى القيام (...) بعمل الإحتياط والتضامن والتعاون، غايته تغطية المخاطر التي قد يتعرض لها الكائن البشري". وطبقاً للفصل 138، يمكن للتعااضديات أن "تبرم اتفاقيات مع أطباء وجراحي طب الأسنان وصيدالدة، وحتى إحداث أعمال اجتماعية من قبيل المستوصفات ودور الولادة، وتقديم فحوص لرضع لفائدة المنخرطين فيها".

Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la santé/ INISAN. 2012.

Rapport des travaux de la commission consultative du médicament et des produits de santé. Ministère de la Santé, 2013.

ويأتي مشروع إصلاح قانون التعاضديات، الجاري مناقشته حاليا، ليحدد مجال عمل التعاضديات، وذلك في فصله الثاني "الأعمال الاجتماعية"، المادة 144، التي تنص على أن "للتعاضديات أن تحدث وتدير الأعمال الاجتماعية التي تؤمن رعاية الطفولة والأسرة والأشخاص المسنين أو غير المستقلين أو المعاقين، باستثناء المؤسسات التي تقدم خدمات تشخيص أو علاج أو استشفاء و/أو المؤسسات التي من وظيفتها التزويد بالأدوية والمعدات والآليات والأجهزة الطبية، وكذا كل عمل ذي طبيعة تجارية أو ربحية أو متعلق بمهنة منظمة و/أو مسيرة طبقا لقانون خاص".

وعلمنا بأن العرض العلاجي الحالي، الذي توفره القطاعات جميعا، لا يستجيب بطريقة مرضية ولا كافية للحاجيات الصحية الأساسية فإنه من الضروري العمل على تطوير وتنظيم القطاع التعاوضي، حتى يساهم في تحسين الولوج إلى الخدمات الصحية ببلادنا.

4.1. قطاع خاص ذو أهداف غير مادية، غير محاط بشكل جيد

يتكون هذا القطاع من العيادات (عيادات طب أسنان على الخصوص) والمصحات (التابعة لصندوق...) التي يديرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وجمعيات ومؤسسات. وفي غياب معطيات مدققة تتعلق بهذا القطاع في ما يخص الإنتاج، يبقى من الصعب تكوين فكرة موضوعية عن الخدمة المقدمة. ولكن لا مراء أن هذا القطاع يقدم خدمة لا شك فيها لعدد كبير من المواطنين المغاربة. واعتبارا للحقيقة التي مفادها أن العرض العلاجي في بلادنا لا يزال غير كاف، يبدو من المنطقي القول إن هذا القطاع قطاع يكتسي أهمية بالغة، يستحق معها كل الاهتمام والتطوير.

الجمعيات المحلية والوطنية العاملة في مجال الصحة عديدة، ومجالات تدخلها وعملها شديدة التنوع (من السكري إلى داء فقدان المناعة المكتسب، والأمراض النادرة، ومرض السرطان، وعمليات التحسيس، والمواكبة النفسية والاجتماعية، والتكوين، والتربية الصحية، فالفحص بغاية الكشف عن المرض، فالعلاجات، فالفحوص، فالعمليات الجراحية ومنها الختان على الخصوص، فعمليات العيون لنزع "الجلالة" وغير ذلك)، غير أن توزيعها الترابي يبقى غير متساو، وكفاءتها ووسائلها البشرية والمالية وكذا نوعية أعمالها تظل كلها شديدة التباين. وقد ساهمت المبادرة الوطنية للتنمية البشرية في إطلاق عدد كبير من مشاريع إحداث دور الأمومة، الهادفة إلى تحسين ظروف ولادة النساء، وخصوصا في العالم القروي، وكذا الإيواء قبل وبعد الولادة، وهي تعد مثلا رائدا في هذا المجال.

وفي غياب معطيات مدعمة ومدققة خاصة بقطاع الصحة، فإن من المستحيل حاليا إصدار حكم موضوعي بشأن الأثر والفعالية العامة لهذه الأعمال في الحالة الصحية للسكان. غير أن أعمال الجمعيات تحظى بوجه عام برضى الساكنة (جلسة الاستماع مع المرصد الوطني للتنمية البشرية)، التي تعطيها بعض المصدقية وتقدر على وجه الخصوص استجابتها لحاجيات مختلفة لا تأخذها الدولة بعين الاعتبار.

وخلال جلسات الاستماع والزيارات الميدانية التي قامت بها مجموعة العمل المنبثقة عن اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن، لوحظ أن الجمعيات لا يتم إشراكها بما يكفي من قبل السلطات العمومية، بصفتها شركاء حقيقيين، في تفعيل السياسة الصحية، هذا علما أن وزارة التنمية الاجتماعية والأسرة والتضامن قد أوصت، منذ سنة 2005، بأن "القطاعات المعنية بالموضوعات التي لم تطورها الجمعيات بشكل كافٍ (كالصحة والبيئة والسكن وغيرها) مدعوة إلى تفعيل استراتيجيات نوعية من أجل تأهيل الجمعيات وتشجيعها على المشاركة في العمل في تلك القطاعات."²³

غير أنه لا بد من الإشارة إلى أن بعض الجمعيات المحلية توجد في قلب رهانات سياسية أو مالية، وقد تم خلقها بروح انتهازية، وبعضها يفتقر إلى المهنية، مما ينزع المصدقية عن العمل الجماعي، ولا يشجع على استمرار المشاريع بل ولا حتى على بقاء الجمعيات نفسها.

وفي ما يخص إعادة التأهيل، فإن القطاع الخاص لا يؤمن استمرارية هذه الخدمات، حيث لا توجد إلا بعض عيادات الأطباء المتخصصين في الترويض وإعادة التأهيل، وبعض عيادات المهنيين شبه الطبيين وشركات الأجهزة التقويمية. ويساهم القطاع التعاضدي والجمعيات بقدر وافر في العرض العلاجي في هذا المجال.

2 الموارد البشرية والخدمات الصحية الأساسية

يواجه العالم نقصا مزمنيا في عدد مهنيي الصحة، مما يشكل عائقا كبيرا يقف في وجه تحقيق أهداف الصحة. والقطاع في المغرب يعاني من نقص حاد جدا في عدد مهنيي الصحة، ومن أوجه تفاوت كبيرة في توزيعهم بين الجهات وداخل الجهة الواحدة وبين الوسطين الحضري والقروي. وقد شدد صاحب الجلالة الملك محمد السادس، في رسالته الملكية السامية إلى المشاركين في المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة، على الدور المركزي للموارد البشرية في قطاع الصحة: "من منطلق إيماننا بالدور المحوري للعنصر البشري في إنجاح الأوراش الإصلاحية، فإننا ندعوكم لإيلاء مسألة الموارد البشرية بهذا القطاع الحيوي ما تستحقه من عناية على أساس ضمان جودة تكوينها، بهدف تأهيلها وملاءمتها مع التطور العلمي والتكنولوجي في مجال العلاج والوقاية والتدبير والحكمة الصحية وفق المعايير الدولية، علاوة على ضرورة توفير العدد الكافي منها في جميع التخصصات والمهن الصحية، استجابة للطلب المتزايد على الخدمات الصحية."

1.2. نقص حاد في عدد المهنيين من أطباء وممرضين

يعد المغرب واحدا من 57 بلدا يعاني من نقص حاد في عدد المهنيين الصحيين، بحصة قدرها 1.86 لكل 1000 ساكن، وهي حصة أدنى من الحصة الحرجة المقدرة بنحو 2.37 لكل 1000 ساكن، التي حددتها منظمة الصحة العالمية كعتبة لتأمين تغطية التلقيح عند الأطفال بنسبة 80 بالمائة، وضمان ولادات بمساعدة مهنيي الصحة لنسبة 80 بالمائة من النساء الحوامل، وضمان تحسين مستدام لمؤشرات الصحة لمجموع الساكنة.

وحسب تقدير وزارة الصحة، في خطة عملها للفترة 2012-2016، فإن النقص في عدد الأطباء يبلغ 6000، أما في عدد المهنيين شبه الطبيين فإنه يصل إلى 9000. وحسب تقدير آخر، يحتاج المغرب إلى حوالي 15.000 ممرض إضافي لكي تكون نسبة التغطية للساكنة أمثل وأشمل ما يمكن.²⁴ فكثافة المهنيين شبه الطبيين المكونين في مجال العلاجات المرتبطة بالولادة لا تبلغ عتبة 2.28 لكل ألف ساكن، التي تعتبرها منظمة الصحة العالمية عتبة حرجة. وإن من شأن هذا النقص، إذا لم يجر تداركه سريعا، أن يحول دون وفاء المغرب بالتزامه المتعلق بتخفيض معدلات الوفيات بين الأمهات إلى 83 لكل 100.000 ولادة حية (الهدف 5 من أهداف الألفية للتنمية).

وهو نقص يزيد من حدته ومن تعقيدته أن القطاع الخاص يشتغل هو أيضا بمهنيين ينتمون إلى القطاع العمومي. وسيزداد هذا النقص حدة خلال السنوات العشر القادمة، مع بلوغ 24 بالمائة من المهنيين شبه الطبيين سن التقاعد، وهو ما يمثل قرابة 7000 شخص.²⁵

وقد شهد تطور أعداد الأطباء ركودا مقلقا ما بين 2007 و2011، وحصة الأطباء نسبة إلى أعداد الساكنة لا تستجيب لمعايير منظمة الصحة العالمية²⁶ حيث لا تتجاوز 6.2 لكل 10.000 ساكن، وهي نسبة تضع المغرب بعيدا خلف بلدان كلبنان والأردن وتونس والجزائر²⁷ وتزداد الحصة ضعفا في ما يخص مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، إذ لا تتجاوز 1 لكل 10.000 ساكن. ومن جانب آخر، يمثل الاختصاصيون 57 بالمائة من أطباء القطاع العمومي، مما يطرح مشكلة على مستوى استراتيجية العلاجات الصحية الأساسية، التي يعود فيها الدور الرئيسي إلى طبيب الطب العام.

وقد دفع النقص في الأطباء بالحكومة المغربية إلى إطلاق مبادرة 3300 طبيب في أفق 2020، التي ستتطلب تطوير العرض على مستوى الكليات الخمس الموجودة، وإحداث خمس كليات جديدة. من جانب آخر، هناك إصلاح للتكوين الطبي قيد الدراسة حاليا، وهو الإصلاح الذي قدم خطوطه العريضة

Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la santé/ INISAN. 2012. 24

Santé-Vision 2020. Ministère de la Santé, 2007 25

Statistiques mondiales. OMS, 2013. 26

Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé. OMS, 2006. 27

السيد رضوان المرابط، رئيس جامعة محمد الخامس السويسي، ومنسق شبكة كليات الطب والصيدلة وكليات طب الأسنان، أثناء المؤتمر الوطني الثاني حول الصحة، الذي تم عقده في مراكش في يوليوز 2013. ومن بين مداخل التجديد هناك عملية تفكير في تقصير مدة الدراسة في الطب، على غرار ما يجري في أمريكا الشمالية. وقد تقدم التفكير خطوات كبيرة في ما يخص إصلاح تكوين أطباء الطب العام. تعود أهم أسباب هذا النقص إلى:

- غياب رؤية استراتيجية منسجمة لتطوير وتدبير الموارد البشرية؛
- إغلاق عدد كبير من مدارس الممرضين في نهاية الثمانينات من القرن المنصرم، وهو الإغلاق الذي جاء نتيجة للإجراءات المتضمنة في برنامج التقييم الهيكلي الذي فرضه صندوق النقد الدولي على المغرب. ولم تتم إعادة افتتاح هذه المدارس إلا في بداية العقد الأول من القرن الحالي؛
- المغادرة الطوعية للموظفين، التي لجأت إليها الحكومة ما بين 2005 و2006، وفي إطارها غادر عدد كبير من الأطباء والممرضين وأساتذة كليات الطب أسلاك الوظيفة العمومية؛
- هجرة الأطباء والممرضين إلى الخارج، وخصوصا صوب أوروبا، وهي هجرة لا يمكنها إلا أن تكون مرشحة للتزايد، نظرا للنقص الكبير في مهنيي الصحة في بلدان ذات قدرة اجتذابية كبيرة. ففي 2011، كان عدد المغاربة المشتغلين في مجال الصحة (من أطباء وجراحيين وجراحي أسنان وغيرهم) في فرنسا يقدر بما يفوق 5000. وقد تم في هذا البلد نفسه، إلى حدود 1 يناير 2013، تسجيل 1034 طبيب مغربي جديد في لائحة هيئة الأطباء.²⁸

2.2. أوجه تفاوت كبيرة في توزيع المهنيين من أطباء وممرضين

هناك فوارق في مجال العروض العلاجية تضاف إلى إشكالية النقص في الموارد البشرية. فنسبة الأطباء إلى عدد السكان تختلف بين الجهات اختلافا يجعلها تبلغ طبيبا واحدا لكل 1916 ساكن في الدار البيضاء، مقابل طبيب واحد لكل 5378 ساكن في جهة سوس-ماسة-درعة، وتبلغ طبيبا واحدا لكل 8111 ساكن في الوسط الحضري، مقابل طبيب واحد لكل 11345 ساكن في الوسط القروي.

أما مهنيو الصحة شبه الطبيين (وعدددهم 30.572)، فنسبة 85 بالمائة منهم يعملون في القطاع العمومي. وتوزيع أعداد المهنيين شبه الطبيين غير متعادل بين الجهات كذلك، حيث تبلغ نسبة هؤلاء العاملين إلى عدد السكان ما قدره 0.54 لكل 1000 ساكن في جهة الغرب-الشراردة-بني حسن، مقابل 1.7 لكل ألف في جهة العيون-الساقية الحمراء-بوجدور.

وتخطط وزارة الصحة للانتقال من نسبة 1.86 مهني طبي وشبه طبي لكل 1000 ساكن إلى 3 لكل ألف في أفق 2020.²⁹

التوظيف

هناك في كل سنة أعداد كبيرة من الممرضين وعدد من الأطباء لا يتم توظيفهم من قبل وزارة الصحة في نهاية تكوينهم، بسبب نقص المناصب المالية، مما يجبر الوزارة على تنظيم مباريات سنوية للتوظيف، في ظل ظروف من النقص الحاد.

فمن أصل الحاجيات التي عبرت عنها وزارة الصحة في مجال الموارد البشرية، والبالغة 20.000 منصب مالي بين 1993 و2007، لم يتم تمكين الوزارة إلا من 13.356 منصبا، هذا في حين لم يتم تعويض مغادرة 6.621 ممن بلغوا سن التقاعد.

أما شهادات الممرضين المسلمة من قبل المدارس الخاصة فلا تحظى بالمصادقية، وحاملوها مازالوا حتى اليوم مقصين من الوظيفة العمومية. وقد نشر في 2012 مرسوم يتيح لهم هذه الإمكانية، غير أنه مازال غير مطبق. كما أن وزارة الصحة لا تراقب حاليا هذه المدارس، التي يعود أمر الترخيص لها بالممارسة إلى وزارة الشغل. ويمكن أن يتمثل حل هذا المشكل في قيام وزارة الصحة بوضع نظام يتيح إعطاء مصادقية للمدارس الخاصة، بجعلها خاضعة لدفتر تحملات دقيق، وضامنة لبرنامج تكويني في مستوى البرامج الموفرة في مدارس تكوين الممرضين الحكومية، مع خضوع طلبتها لامتحان وطني في نهاية التكوين.

وحتى اليوم فإن التوظيف يجري بطريقة ممرضة، ودون إشراك مديري المستشفيات والأطباء الرئيسيين لمختلف المؤسسات الصحية.

من جانب آخر، فإن عبء المهام الإدارية يقع بكامله على المهنيين المعالجين، الذين يتعين عليهم أن ينقلوا باليد، مرات عديدة متكررة، نفس المعلومات في سجلات أو بطاقات مختلفة، موجهة إلى كل برنامج وكل مديرية مركزية. كما يتعين على أولئك المهنيين أن يحضروا بأنفسهم طلبيات الأدوية والمواد الطبية، وتدبير المخزون منها، وبلورة خطط عمل وتقارير أنشطة دورية، لا تفيد أدنى إفادة في اتخاذ القرار على المستوى المحلي.

لو استفاد المهنيون المعالجون من مساعدة في المهام الإدارية، فلا شك أن ذلك سيتيح لهم تخصيص مزيد من الوقت لمهنتهم الحقيقية، أي الأنشطة العلاجية والوقائية وأنشطة التربية الصحية. ومن الممكن أن تناط تلك المهام بـ"أطر متوسطة" يمكن لوزارة الصحة توظيفها من بين خريجي مختلف معاهد التكنولوجيا التطبيقية، التي تكون على الخصوص تقنيين في الإعلاميات، ومحاسبين، ومدبري مخزونات وغير ذلك.

وفي ما يخص الصيدالة، صحيح أنه لا يمكن توظيف صيدلي في كل مركز صحي، لكن من الممكن إناطة تدبير الأدوية بصيدلي، داخل ما دعونه "المراكز الصحية المندمجة"، حيث بإمكان هؤلاء الصيدالة أن يشرفوا على عملية تدبير الأدوية في مراكز صحية مرتبطة بواحد أو أكثر من القطاعات الصحية.

تشجيع مهنيي الصحة على العمل في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية في الوسط القروي

أتاحت الزيارات الميدانية، التي قامت بها مجموعة العمل، الوقوف على ملاحظة تتمثل في حركية كبيرة جدا لأطباء الطب العام، وخصوصا في الوسط القروي، حيث يقدم هؤلاء الأطباء خدمات صحية أساسية لا يكونون دائما مستعدين لها نظرا لطبيعة تكوينهم، وذلك في سياق يتميز بندرة وسائل التشخيص والعلاج، وشروط عمل رديئة، وفي أحيان كثيرة في محيط لا يتيح إلا القليل من آفاق التفتح الشخصي والعائلي. وهذه الصعوبات تدفع بالكثير منهم إلى التقدم لاجتياز مباريات الولوج إلى التخصصات، للتمكن من مغادرة مكان العمل هذا وتحسين وضعيتهم المادية والمهنية.

ويعيش الممرضون كذلك وضعية مشابهة على وجه العموم، غير أنهم أكثر تعرضا للعدوانية ولمتطلبات أكثر فأكثر إلحاحا من قبل الساكنة التي تتراد مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية.

من جهة أخرى فإن التعيينات، التي لا تكون أنماطها ومعاييرها دائما شفافة، يعيشها المعنيون في كثير من الأحيان وكأنها ظلم أو عقاب ليس له مبرر، مما يجعلها بالنسبة إلى الكثيرين منهم مصدر إحباط وخيبة أمل.

ولا شك أن إدماج الأطباء في المنظومة العلاجية، وخصوصا في المناطق النائية والمعزولة، حسب مقاربة تشاركية حقيقية، قائمة على التفاوض والتحديد الواضح لمهام محددة في الزمن، وكذا اقتراح تدابير تحفيزية، ستكون أجدى نفعا وأعم فائدة. وتشدد منظمة الصحة العالمية في هذا الصدد على أهمية الحوافز المالية، والمهنية على الخصوص، التي تشهد البحوث والإحصاءات بأثرها الإيجابي في الإنتاجية والقدرة على التجاوب.³⁰

ومن بين العوائق التي تعوق تعيين واستبقاء الأطباء في المناطق القروية النائية، هناك، عن صواب أم عن خطأ، الشعور بالظلم وتلك القناعة التي مفادها أن من الممكن الإفلات من تلك الوضعية عبر توظيف العلاقات والمحسوبية. ومن أجل محاولة التغلب على هذه الصعوبة، سيكون من المستحسن العمل على تحسين معايير التعيين وأنظمة التنقيط.

3.2. تكوين مهنيي الصحة لم يعد ملائما للحاجيات الآنية

مع تطور الصفات العامة الديمغرافية والوبائية وإقرار التغطية الصحية الأساسية، فإن التكوين الحالي للأطباء، وخصوصا منهم أطباء الطب العام، لم يعد ملائما، والمسؤولون، سواء منهم مسؤولو وزارة الصحة³¹ أم مسؤولو كليات الطب،³² واعون بضرورة تثمين الطب العام، وإعادة تعريف دور طبيب الطب العام ومراجعة مناهجه التكوينية.

تكوين أطباء الطب العام وأطباء التوليد

يُكوّن أطباء الطب العام في وسط استشفائي، مع فترة تدريب من شهر واحد فقط في مركز صحي، مما لا يكفي لإعدادهم لممارسة الطب في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية. وهذا التفاوت بين التكوين الأساسي والممارسة ينعكس أثره على الكفاءات، ويساهم في تكوين هوية مهنية غير واضحة. و" يتم تعريف الطب العام في كثير من الأحيان بصفته طباً غير متخصص، وهو ما يفضي إلى إحباط مهني كبير يستشعره الكثير من أطباء الطب العام. وقد قامت هيئة World family doctors بإعادة إحياء مفهوم الطب العام و/أو طب الأسرة بصفته تخصصاً علمياً وجامعياً قائماً بذاته" (جلسة الاستماع مع رئيس النقابة الوطنية للطب العام). أما إمكانيات تحقيق مسار مهني ناجح في مجال الطب العام فلقد أصبحت منعدمة في القطاع العمومي، حيث يبقى السبيل الوحيد للترقّي هو سلوك طريق التخصص.

وبينما تعاني المنظومة الطبية المغربية من نقص كبير في عدد أطباء الطب العام، "لا يكاد يكون هناك طالب يريد أن يصبح طبيباً للطب العام، كما أن الكثير من أطباء الطب العام يريدون أن يصبحوا اختصاصيين". وتكمن أهم أسباب ذلك في سيادة انطباع سلبي عن العلاجات الصحية الأساسية، وعدم الاعتراف بالطب العام كتخصص قائم بذاته، والأجرة والوضعية الإدارية اللتين لا تحفزان كثيرا، وغياب "مشغل" جامعي للطب العام/طب الأسرة والطب الجماعي، والولوج المحدود إلى الأدوية والمعدات التقنية بالمراكز الصحية، المسؤول عن الإحباط الثانوي لدى أطباء الطب العام.³³

ولا يتوفر الجمهور المغربي على معلومات كافية عن مكانة طبيب الطب العام في مسلك العلاجات والنتيجة أن "استهلاك" استشارات الاختصاصيين يعود بكلفة مرتفعة جدا على الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي. ويتبين من الإحصاءات التي تم تقديمها بمناسبة جلسة الاستماع مع مدير الصندوق أنه تم دفع تعويض عن 579.129 استشارة للطب العام، مقابل 1.226.877 استشارة للطب الإختصاصي. من ثمة ضرورة القيام بحملات إعلامية عمومية حول دور أطباء الطب العام.

31 Forum National sur les Soins de Santé Primaires. Ministère de la Santé, OMS. Rabat, 2009.

32 R Mbrabet. Réforme des études médicales et défi de la démographie. 2ème conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.

33 B. Millette. La valorisation de la médecine générale : nécessité d'une stratégie à plusieurs volets ! Forum National sur les Soins de Santé Primaires. Ministère de la Santé, OMS. Rabat, 2009.

ولنذكر بأن فرنسا، سعياً منها إلى اقتصاد النفقات في هذا المجال، فرضت على المنخرطين في نظام الضمان الاجتماعي المرور أولاً عبر الطبيب المعالج (طبيب طب عام) للولوج إلى المنظومة العلاجية. ويجدر التذكير هنا أنه في إطار العمل الجاري حول إصلاح التكوين الطبي، فإن عملية التفكير أحرزت تقدماً كبيراً في ما يتعلق بتكوين أطباء الطب العام.

ونظراً إلى الأعداد غير الكافية من أطباء طب النساء المولدين، ومن أجل المساهمة في تسريع تخفيض نسب الوفيات بين الأمهات والرضع، قد يكون من المناسب إحداث تخصص "أطباء التوليد"، المكونين على مدى سنتين أو ثلاث، كما فعلت بعض البلدان (بلدان أمريكا اللاتينية وإندونيسيا)، التي استطاعت بذلك تخفيض نسب الوفيات بقدر كبير. ويبقى تكوين أطباء طب النساء المولدين كما هو الآن، ممتداً على مدى خمس سنوات. ومن المناسب من أجل ذلك العمل على مؤسسة هذا التخصص على المدى القريب والمتوسط، والتخطيط لإصلاح التكوين الطبي، من أجل الاستجابة للحاجيات الجديدة للبلاد، التي يفرضها التحول المزدوج الوبائي والديموغرافي.

تكوين مهني الصحة شبه الطبيين

يقضي الإصلاح الأخير لتكوين المهنيين شبه الطبيين بإحداث نظام إجازة-ماجستير-دكتوراه، مع معادلة أكاديمية للشهادات المحصلة، وكذا إرساء جسور مع الجامعة وخصوصاً مع كليات الطب. هكذا سيصبح بإمكان الحاصلين على ماجستير في علوم التمريض أن يجتازوا مباراة تتيح لهم الالتحاق بكلية للطب من أجل إعداد أطروحة دكتوراه في علوم الحياة والصحة.

ومن شأن توسيع دور الممرضين، كما هو الحال في عدد من البلدان الغربية وبلدان الجنوب، أن يتيح لهم الاستجابة بصفة أفضل لحاجيات الساكنة في الوسط القروي على الخصوص. ومن شأن هذا أن يتيح تثمين المهنة، شريطة أن يُعدّهم التكوين للاضطلاع بهذا الدور.

من جانب آخر، ينبغي أن يظل الممرض هو الملجأ الأول في العالم القروي النائي، مع تمكينه من تكوين ملائم ومناسب. ومنظمة الصحة العالمية توصي من جهتها بالقيام، كلما كان ذلك ممكناً، بإسناد بعض المهمات إلى مهنيين صحيين أقل تأهيلاً لمواجهة النقص في العاملين³⁴. فبفضل الممرضين المتنقلين، الذين مثلوا الركيزة الأساسية في برنامج الزيارات المنزلية ذات الدوافع المنهجية، استطاعت البلاد تحسين عدد كبير من المؤشرات الصحية والقضاء على عدد من الأمراض.

ويتعين أن يؤخذ بعين الاعتبار كذلك، في تحديد أعداد الممرضين الواجب تكوينهم، الطلب المتزايد لمنظومة القطاع الخاص.

في مجال الترويض وإعادة التأهيل، تعد الموارد البشرية نادرة جدا. فأطباء الطب الجسدي والترويض العاملون في القطاع العام يعدون على أصابع اليد الواحدة، والقطاع العمومي يشكو من نقص هام في المهنيين شبه الطبيين المتخصصين في الترويض وإعادة التأهيل .

التكوين المستمر ضرورة لكل فئات مهنيي الصحة

ليس التكوين المستمر ممأسسا ولا هو إجباري، ولا يمس جميع فئات المهنيين . كما أنه من جهة أخرى في حاجة إلى التكيف مع التقنيات الجديدة في مجال الإعلام والتواصل، من أجل تفادي غيابات طويلة عن مكان العمل، والاستفادة المثلى من كلفة التكوين وأثره، وتمكين أعداد أكبر من المهنيين من الاستفادة منه.

تكوين إداري ومدبري المؤسسات العلاجية

تم مؤخرا تحويل المعهد الوطني للإدارة الصحية، المكلف بتكوين أطر وزارة الصحة في مجال الإدارة والتدبير، إلى مدرسة وطنية للصحة العمومية، بموجب المرسوم رقم 2.12.904 بتاريخ 8 أبريل 2013. والمدرسة مفتوحة في وجه الطلبة القادمين من المسارات الطبية وشبه الطبية. ومن بين التخصصات التي يتم تدريسها فيها، هناك تخصص الصحة العمومية وتدبير الصحة، مع مسالك عديدة منها صحة الأسرة/الصحة الجماعية، التي يمكن أن تعنى بالعلاجات الصحية الأساسية. غير أن الدفعات قد لا تتعدى 20 خريجا في السنة.

3 الحكامة

1.3. نظام صحي ممرکز إلى أبعد الحدود

يظل التنظيم الحالي لوزارة الصحة مطبوعا بمركزية شديدة وتطوير ضعيف للمصالح الخارجية التي تم تقييم حدود فعاليتها في 2002.³⁵ وقد بذلت بعض الجهود الرامية إلى إقرار اللاتمركز، وتم في هذا الإطار إحداث مديريات جهوية لوزارة الصحة. وقد حددت مهام هذه المديريات الجهوية بموجب القرار الوزاري رقم 1363.11 بتاريخ 6 ماي 2011، ولكن بطريقة يعوزها شيء من الدقة في ما يتعلق بصلاحيات المديرين الجهويين وحدود سلطتهم الحقيقية، وخصوصا في مجال تدبير الموارد البشرية. فحسب منطوق القرار، يتمثل دور المدير على الخصوص في التنسيق والتخطيط الاستراتيجي.

من جانب آخر، لم تتم مواكبة إحداث المديريات الجهوية للصحة بما يكفي من نقل للموارد والكفاءات، ومن ثمة فإن الجهة الصحية تمثل مستوى جديدا، تشكل أحيانا نقطة انحصار بين المستويين الإقليمي

والمركزي، الذي يعود إليه أمر اتخاذ كل القرارات. ويبقى المستوى الإقليمي في ظل هذا التنظيم الجديد مشتغلا على الحال التي كان عليها من قبل، ولا يستفيد من آليات اللاتمرکز المفروض فيها أن تقرب مستوى القرار من الساكنة ومن مهنيي الصحة.

ويبدو أن وزارة الصحة قد اختارت الحفاظ على الحال الراهنة ريثما يتم تعميم مسلسل الجهوية على مجموع المصالح اللامركزية، وتصبح الجهة الصحية هي كذلك ممأسسة، قبل الشروع في عملية إعادة الهيكلة هذه.³⁶

وخلال زيارة أعضاء مجموعة العمل لجهة الحسيمة-تازة-تاوانات، اشتكى والي الجهة من غياب اللاتمرکز في اشتغال وزارة الصحة: "يتعين علينا العودة للمستوى المركزي في شأن أدنى قرار، والموظف الذي يتخذ عنا القرار موظف ليست لديه أدنى فكرة عن الواقع المحلي. أما مع وزارة التربية الوطنية، فالأمر مختلف" وفي مجال تخطيط وتنظيم العروض العلاجية، يرى والي الجهة أننا "نحتاج إلى خريطة جهوية مع عقد برنامج خماسي، يأخذ بعين الاعتبار إمكانات الجهة وحاجياتها، مع إشراك الجماعة لأنها هي الأساس، وينبغي البداية بها وتمكينها من التعبير."

وتمثل الموارد البشرية وتدبيرها أهم أعمدة السياسة الصحية. وفي هذا الشأن أوصى المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، في تقريره حول موضوع "تدبير وتطوير الكفاءات البشرية، رافعة أساس لنجاح الجهوية المتقدمة"، من بين ما أوصى به، بالشروع في تفعيل لاتمرکز تدبير المهنيين اللامركزيين على المستوى الجهوي. وفي مجال الصحة ينبغي تعزيز اللاتمرکز في مجال تدبير الموارد البشرية على المستوى الإقليمي.

وبالتالي يمكن أن نعتبر أن الجهود والوتيرة الحالية في اللاتمرکز لا تزال غير كافية، على حين أن من شأن تقوية اللاتمرکز على المستوى الإقليمي:

- إعطاء سلطة القرار للفاعلين المحليين، وإتاحة الاستجابة بطريقة أكثر فعالية وسرعة لحاجيات وانتظارات الساكنة في المجال الصحي؛
- تحسين اندماج وتكامل الفاعلين الرئيسيين في القطاع العمومي والخاص؛
- تحسين تنظيم مسلك العلاجات على مستوى شبكة العلاجات الصحية الأساسية؛
- تسريع وتيرة تنمية قدرات وكفاءات المصالح الخارجية اللامركزية، التي ستصبح عند ذلك مسؤولة بالفعل عن قراراتها؛
- تعزيز التعاون بين القطاعات، وهو تعاون يمثل آلية لا غنى عنها للتأثير بفعالية ونجاعة على المحددات الاقتصادية والاجتماعية للصحة.

2.3. تعاون محدود بين القطاعات العمومية والقطاع الخاص والمجتمع المدني

بالنسبة إلى لجنة المحددات الاجتماعية للصحة، يمثل التقليل من الفوارق في مجال الصحة ضرورة أخلاقية تقتضي أن تشمل السياسات والبرامج كل القطاعات الكبرى، دون الاقتصار على قطاع الصحة وحده. غير أن على وزارة الصحة أن تضطلع بدور حاسم في التحسين المستمر لصحة المواطنين. وهذا يتطلب قطاعا عموميا قويا، وتعزيزا للحكامة، وقطاعا خاصا مسؤولا، ودعما من المجتمع المدني ومن كل أفراد المجتمع من أجل الدفاع عن المصلحة المشتركة وإعادة الاستثمار في العمل الجماعي.³⁷

التدخلات القطاعية في محددات الصحة

هناك العديد من الفاعلين المتدخلين مباشرة أو بطريقة غير مباشرة في مجال الصحة، وهم:

- وزارة الصحة، السلطة العمومية المكلفة بالقطاع (الوصية عليه)، والفاعل الرئيسي في المنظومة الصحية؛
- قطاعات وزارية أخرى: التربية الوطنية، والتعليم العالي، والداخلية، والتجهيز والنقل، والشببية والرياضة، والعدل، والفلاحة، والشغل، ووزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية؛
- الجماعات المحلية: مجالس الجهات، ومجالس الولايات/الأقاليم، والمجالس الجماعية.

وأدوار هؤلاء الفاعلين في مجال محددات الصحة غير واضحة في غالب الأحوال، ويمكن أن تفضي إلى حالات تداخل في الاختصاصات. وقد أطلقت وزارة الصحة تجارب عديدة للتعاون بين القطاعات في مختلف المجالات، وخصوصا في مجال تفعيل برامج الصحة العمومية (حملات التلقيح، الصحة المدرسية، برامج التوعية الصحية، وغير ذلك). وهكذا يتم بانتظام إبرام اتفاقيات شراكة مع مختلف الوزارات، غير أن النتائج المرجوة من تلك الشراكات لا يتم تحقيقها في جميع الحالات، إذ لا يتم احترام الالتزامات دائما، بسبب غياب التنسيق واختلاف أولويات كل فاعل عن أولويات الآخرين. كما أن الاتفاقيات التي يجري إبرامها لا تليها عملية تقييم منتظمة وصارمة، ولا يتم قياس أثارها.³⁸

مكن الملتقى الأول حول الحكامة، الذي نظّمته وزارة الشؤون العامة والحكامة، من إبراز مشكلة تعدد الاستراتيجيات القطاعية العمودية، التي يتم وضعها دون منظور منسجم ولا آليات للتنسيق ودون تقييم لفعاليتها وتكاملها وتأزرها. وقد كان مما اتفقت عليه الآراء خلال هذا الملتقى أن ضعف اللامركزية واللامركزية يحد من صلاحيات المصالح اللامركزية لمختلف الوزارات ومن قدرتها على الاندماج والانخراط في الشؤون المحلية.

Rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. OMS, 2008. 37

Rapport des premières assises de la gouvernance et de la synergie des stratégies et des programmes sectoriels. Ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance, 12-13 février 2013. 38

وقد أوصى الملتقى بتبني مقاربة ترابية، مع مشاركة الفاعلين المحليين في إعداد استراتيجيات وبرامج التنمية المحلية، من أجل ضمان تأزر التدخلات القطاعية وتحسين الولوج إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية، والتربية، والعلاجات الصحية الأساسية.

وقد شدد تقرير الملتقى على ضرورة إحداث هيئة أفقية، تابعة مباشرة لرئيس الحكومة، تسهر على تنسيق الاستراتيجيات القطاعية وتأمين التأزر بينها، وكذا على الإعداد والتقييم. وينبغي أن تتكون هذه الهيئة من ممثلين عن مختلف القطاعات العمومية والقطاع الخاص والمجتمع المدني، وأن تشتغل عبر مجموعات عمل موضوعاتية.

3.3. المقاربة الجماعية: تجربة متواضعة لكن ينبغي تطويرها

تتميز الصحة الجماعية بخصائص أهمها:

- قاعدة جماعية تتكون من مجموعة من السكان أو مجموعة من الأفراد، يجمع بينهم مشكل أو وضعية مشتركة أو هدف مشترك؛
- تحديد جماعي للمشاكل والحاجيات والموارد، وذلك هو التشخيص الجماعي؛
- المشاركة المفتوحة في وجه كل الفاعلين المعنيين، من مستعملين للمؤسسات الصحية الأساسية، ومهنيين من مجالات مختلفة، وإداريين، وسياسيين، وغيرهم. والمشاركة تفترض إشراك الساكنة في تحديد ما يمثل مشكلة، وكذا الشراكة وتقاسم المعارف والسلطات.³⁹

وتجدر الإشارة إلى أن محدودية المنظومات الصحية وعجزها عن الاستجابة لكل حاجيات الساكنة تجعل من مفهوم الصحة الجماعية مفهوما يفرض نفسه حتى في البلدان الغنية.⁴⁰

المقاربات الجماعية في مجال الصحة

تفترض مقاربة الصحة سواء من منظور صحي أم من منظور تنموي حق الأفراد والجماعات في المشاركة وواجبهم في الانخراط في توفير الشروط الكفيلة بتحسين صحتهم وظروف عملهم. ومن شأن هذه المقاربة أن تفضي بالجماعات إلى فهم أمثل، وبالتالي تحكم أفضل، في محددات الصحة التي من الممكن العمل عليها من أجل تحسين صحة أفرادها،⁴¹ والإسهام في سد أوجه النقص في الخدمات داخل المجموعة، وتملك البرامج الصحية. ومن التوصيات التي تقدم في مجال الوقاية والتوعية الصحية

39 Au sujet de la santé communautaire. Institut Théophraste Renaudot, 2003.

40 Proposition d'un modèle de santé communautaire au Maroc. Ministère de la Santé/UNICEF, 2011.

41 A model on delivering PHC services within communities. WHO, 2009.

على سبيل المثال، "تشجيع المشاركة الفاعلة لكل الفاعلين المعنيين، لا فحسب المهنيين، بل وكذلك الساكنة. ويمكن أن تجري هذه المشاركة على مستويات عديدة، كالإعلام والتكوين، وتعبير الفاعلين عن حاجياتهم ومشاكلهم وطموحاتهم، وإشراك الفاعلين في اختيار الاستراتيجيات، وتفعيل الأعمال وتقييمها."⁴²

وهناك مبادرتان هامتان في مجال المقاربة الجماعية تستحقان الذكر، تتمثل أولهما في برنامج الحاجيات الأساسية للتنمية، الذي أنشأته منظمة الصحة العالمية في 1996 ثم تم توسيعه إلى 27 موقعا، وثانيهما المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، التي تم إطلاقها في ماي 2005 من قبل صاحب الجلالة الملك محمد السادس. والبرنامجان إذ يلتقيان من حيث فلسفتهم ومنهجيتهم، إلا أنهما يختلفان على الخصوص من حيث الشرائح المستهدفة ومجالات العمل والتنظيم والوسائل. فبالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية، يمثل انطلاق المبادرة الوطنية للتنمية البشرية فرصة لتطوير وتوسيع المقاربة الجماعية لبرنامج الحاجيات الأساسية للتنمية، الذي يضع الصحة في صميم التنمية البشرية. وبناء على هذا، وطبقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية، تم اقتراح إدماج برنامج الحاجيات الأساسية للتنمية في دينامية المبادرة الوطنية للتنمية البشرية وفي بنيتها التنظيمية، وخصوصا في اللجنة المحلية للتنمية البشرية، لمختلف مواقع البرنامج.⁴³ وقد أتاح البرنامج تحقيق خطوات لا جدال فيها، لكنهما يواجهان صعوبات مرتبطة بوضع مقارنة تشاركية فعالية وفعالة، تتطلب على الخصوص كفاءات بشرية ووسائل وتقاربا وتنسيقا، ولكن أيضا مزيدا من اللامركزية واللامركزية للمصالح الخارجية.⁴⁴ لكن ورغم ذلك فإن مكتسبات هذين البرنامجين يتعين دعمها، كما ينبغي للدولة بذل كل الجهد الممكن من أجل جعل المقاربة الجماعية في صميم سياستها الوطنية للتنمية البشرية وسياستها الوطنية للصحة.

أما مفهوم إعادة التأهيل المبني على القاعدة الجماعية، الذي أطلقتها منظمة الصحة العالمية بعد إعلان ألما آتا في 1978، والذي تم الارتقاء به إلى مرتبة الاستراتيجية الرامية لتحسين ولوج الأشخاص المعاقين إلى خدمات إعادة التأهيل في البلدان ذات الدخل الضعيف والمتوسط⁴⁵، فقد تم اعتماده في المغرب سنة 1996. غير أن تغطيته الجغرافية تظل محدودة جدا (5 مدن)، كما بقيت مساهمته في إنعاش الصحة الأساسية هامشية جدا.

42 Décret du 14 juillet 1997 qui organise la promotion de la santé dans la communauté française de Belgique.

43 L'approche des Besoins Essentiels de Développement : une approche communautaire pour mettre l'INDH au service de l'amélioration de la santé. Ministère de la Santé/OMS, 2007.

44 Initiative Nationale pour le développement humain : analyse et recommandations, CESE 2013.

45 Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. Geneva, WHO, 1981.

4.3. الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص: آلية يتعين دعمها

تعتبر الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص بمثابة عقد مبرم بين شريك من القطاع العمومي وشريك من القطاع الخاص، يهدف إلى وضع أو تدبير مشروع يرمي إلى ضمان خدمة عمومية يتم فيها اقتسام المخاطر والتمويل.

بذلك فإن الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص تتيح للقطاع العمومي الاستعانة بمهارة لا يتوفر عليها من أجل تحقيق الاستفادة الأمثل من دورة مشاريعه والتوصل بسرعة أكبر إلى تحقيق أهدافه. والسلطة العمومية مسؤولة عن إعداد دفتر التحملات، وتعيين وتدبير العقد، في حين يكون القطاع الخاص مسؤولاً عن الالتزامات وعن بلوغ الأهداف المرسومة في إطار العقد.

وقد ينطبق التعاقد على مجالات متنوعة، ويتطلب تدخل فاعلين من وضعيات مختلفة (من جمعيات، وتعاقدات، وأطباء، وممرضين، ومكاتب مجموعات، وممومين وغيرهم). وقد يتخذ صورة بسيطة (كالعقود العامة) أو معقدة (كالاتفاقية الإطار). أما في مجال العلاجات الصحية الأساسية، فيمكن أن ينطبق التعاقد على نقل المرضى، وكذا على شراء الخدمات (كالفحوص الإشعاعية والبيولوجية، وأعمال التشخيص، والاستشارات الطبية وما إلى ذلك)، شريطة أن يتم وضع إطار تنظيمي يتيح للمندوب الإقليمي شراء خدمات من القطاع الخاص وأداء ثمنها لتلبية حاجيات مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، وذلك حسب أنماط مختلفة (وقت كامل، وقت جزئي، عمل حر، عقد ذو أجل محدود أو غير محدود، أداء جزافي، بالساعة، بالعمل المنجز، إلى غير ذلك).

لكن، أيا كان النمط المتبع في هذه التعاقدات، فلا يمكن التفكير فيها بحال دون تنظيم من قبل الدولة ودون نظام للمراقبة، وإلا أفضى ذلك إلى مخاطر الانزلاق. ويجب أن يندرج هذا التعاقد في إطار استراتيجية صحية (وطنية أو جهوية) دقيقة، تحدد أهدافا واضحة. كما ينبغي من جهة أخرى أن تكون الدولة قادرة على التتبع والتقييم المنتظم والمدقق لتنفيذ مقتضيات العقود.

وهناك مشروع قانون متعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص، تم اقتراحه من قبل وزارة الاقتصاد والمالية، يدرس حاليا في البرلمان. ويهدف مشروع القانون هذا إلى توفير القاعدة القانونية التي تتيح التوفيق ما بين الاستجابة، في أفضل الأجال، للانتظارات المتزايدة بشأن خدمات عمومية فعالة، وتحديد الموارد المالية المتوفرة. ومن شأن اللجوء إلى هذه العقود أن يتيح الاستفادة من قدرات التجديد والتمويل التي يتمتع بها القطاع الخاص، وضمان فعالية الخدمات بطريقة تعاقدية. وحسب منطوق مشروع القانون هذا، فإن تطوير الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص سيصبح، تحت مسؤولية السلطة العمومية، تدعيم عمليات:

- تقديم خدمات وبنيات تحتية اقتصادية واجتماعية ذات جودة وبكلفة أقل؛
- اقتسام المخاطر الناتجة عن ذلك مع القطاع الخاص؛
- تطوير أنماط جديدة من حكمة الخدمات العمومية في الإدارات العمومية على أساس الإنجاز، سواء على المستوى المحلي أم الوطني؛
- إقرار إجبارية مراقبة وافتحاص عقود الشراكة، سواء في ما يتعلق بشروط وأنماط الإعداد والمنح، أم في التنفيذ.

وقد أفردت استراتيجية وزارة الصحة 2008-2012⁴⁶ مكانة هامة للشراكات بين القطاعين العمومي والخاص، غير أن النتائج تبقى متواضعة إذا لم نعتبر المناولة (التفويض الخارجي) للخدمات العامة والولوجية، التي لا تمس قلب المهنة، (خصوصا ما يتعلق بالأمن والتنظيف والتغذية). ففي مجال شراء الخدمات، يمكن ذكر مثال واحد، هو مثال تصفية الدم، الذي أتاح التكفل بما يزيد على ألف مريض⁴⁷. كما تم مؤخرا إبرام اتفاقات شراكة مع جمعية أطباء الرئة وداء السل للقطاع الحر، ومع النقابة الوطنية للطب العام.

أما الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016 فلقد خصصت عملين اثنين للشراكة بين القطاعين العمومي والخاص:

- التدخل 167: تعزيز الشراكة مع القطاع الخاص في مجال الخدمات الصحية؛ تحديد إطار للتعاون بين وزارة الصحة والجمعيات العاملة في مجال الصحة؛ إعداد نص تنظيمي لتأطير الممارسة الطبية في المؤسسات العمومية، وذلك من أجل سد النقص الكبير في الموارد البشرية؛
- التدخل 168: تطوير أشكال جديدة من الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص، وخصوصا في مجال الاستثمارات الصحية (تطوير مبادرات تمويلية من القطاع الخاص لفائدة المستشفيات العمومية، ومواصلة التفاوض حول القانون 94-10، في أفق تعزيز الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص).
- ليس التعاقد والشراكة بين القطاعين العام والخاص بالعلاج الشافي ولا هما بالهدف في حد ذاته، غير أن من شأنهما المساهمة بقدر هام في تحسين العرض في مجال العلاجات الأساسية.

46. Plan d'action 2008-2012. Ministère de la Santé, 2008.

47. Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas. ONDH, 2010.

5.3. الرشوة وقد أصبحت "شيئا عاديا"

يعد قطاع الصحة من بين القطاعات التي تشهد أكبر انتشار للظاهرة، حسب البارومتر العالمي للرشوة. ففي مجال الشكايات المتعلقة بالرشوة، يحتل هذا القطاع، بما مجموعه 17 بالمائة من الشكايات والمرتبة الثانية بعد السلطات المحلية والجهوية⁴⁸. وقد بينت دراسة قام بها المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في غشت وشتبر 2012 أن الصحة لم تحصل إلا على 37 بالمائة من الآراء "الإيجابية أو الإيجابية جدا"، مما يجعلها تحتل مكانا بعيدا خلف الإدارات الأخرى، باستثناء التعمير والسكنى والعدالة⁴⁹.

وتتفق كل هذه الدراسات والتقارير على القول بأن الظاهرة منتشرة، وأنها تلاحظ في المستشفيات والمراكز الصحية العمومية أكثر بكثير مما تلاحظ في المصحات الخاصة، وأن الرشوة قد أصبحت سلوكا عاديا ومعمما، بل وطبيعيا.

ويتبين من دراسة الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة أن الرشوة في مجال الصحة تكتسي شكل "قهوة"، أو زبونية، أو امتيازات عينية. وتمثل ظاهرة "القهوة" والرشوة الصغيرة أكثر أشكال الرشوة انتشارا في المؤسسات العلاجية. أما في المراكز الصحية بالعالم القروي، فإن الهدايا العينية تمثل شكلا منتشرا نسبيا من أشكال الرشوة.

ويقول في هذا الصدد أحد أطباء الطب العام: "في العالم القروي، يتعين على مهنيي الصحة أن يكون جاهزا على مدار الساعة لخدمة ساكنة الدوار. والهدايا العينية التي تقدمها هذه الساكنة للمهني تعتبر في نظرها بمثابة تعويض عن الجهد المبذول. وبحكم الاعتقاد السائد بالوضعية "المثيرة للشفقة" للمهنيين الصحيين، فإن الهدايا تعتبر أيضا بمثابة محفزات لضمان وفاء هؤلاء المهنيين واستدامة إخلاصهم وتفانيهم في العمل".

وتمثل الرشوة ظاهرة تمس مجموع أجهزة التكفل بالمرضى، وذلك على مستويات مختلفة: القبول في المستشفى بنسبة 53 بالمائة، والأدوية بنسبة 42 بالمائة، والشهادات بنسبة 41 بالمائة، والاستشارات والفحوص بنسبة 35 بالمائة، وفي مراكز تحاقن الدم بنسبة 37 بالمائة. وهي أكثر تركيزا في المدن الكبرى، وفي المستشفيات. وعلى سبيل المثال، فهي تسجل في ما يتعلق بالأدوية 35 بالمائة في مركز صحي، و46 بالمائة في المستشفى، كما تسجل بالنسبة إلى الاستشارات والفحوص 29 بالمائة في المركز الصحي و41 بالمائة في المستشفى.

48 Rapport annuel des activités du centre d'appui juridique contre la corruption, Transparency, 2012.

49 La gouvernance des services publics. CESE, 2013.

ومن وجهة نظر المرضى، فإن تجارب الرشوة التي يعيشونها تهم الممرضين بالدرجة الأولى، بما قدره 63 بالمائة، يليهم الأطباء (16 بالمائة) ثم أعوان الأمن (8 بالمائة). ويؤكد مهنيو الصحة، من أطباء وممرضين، أن الأشخاص المعنيين بتلك الممارسة لا يمثلون إلا أقلية بالنسبة إلى مجموع أعداد المهنيين. وينبغي الإشارة كذلك إلى أنه "أمام النقص في الموارد البشرية، لا يتردد المرضى في اتهامنا بالتهاون والإهمال. كما أن عدم جاهزية المهنيين للخدمة يعد في بعض الأحيان بمثابة تحفيز على الرشوة"⁵⁰.

إجراءات محاربة الرشوة التي أرستها وزارة الصحة، وتقدير آثار تلك الإجراءات

أخذت وزارة الصحة على نفسها، وعيا منها بحجم الظاهرة، التزاما قويا في مجال الوقاية من الرشوة ومحاربتها داخل المؤسسات الصحية، وذلك من خلال خطة عملها لسنة 2008، التي كانت محاورها الرئيسية هي دعم أعمال الإعلام والشفافية، وكذا تعميم الولوج إلى المعلومة (انظر الإطار أدناه). وقد تم إسناد أمر تتبع الأعمال وتقييمها إلى لجنة "التخليق والشفافية والحكامة في قطاع الصحة"، التي أنشئت لهذا الغرض. غير أن نقابات مهنيي الصحة لم يتم إشراكها في إعداد هذه الاتفاقية، كما أن التدابير التي تم وضعها لم تخضع للتقييم.

وقد اعتبر رئيس الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة، أثناء الاستماع إليه بمقر المجلس، أن خطة العمل هذه تشكو من ضعف على مستوى التخطيط الاستراتيجي الشامل وتستدعي إلى الأخذ بعين الاعتبار عددا من الملاحظات:

- ضعف آليات وأدوات المراقبة لتتبع الأنشطة الإجرائية لتدبير الصيدليات على مستوى المؤسسات العلاجية ومندوبيات وزارة الصحة، وتدبير المختبرات العمومية، وتتبع عمليات نقل الدم؛
- غياب التكامل والتعاون بين المؤسسات العلاجية وأجهزة التنسيق والتأطير التابعة لوزارة الصحة؛
- عدم كفاية الوسائل البشرية والمالية لتأمين تتبع وحسن استعمال التجهيزات والمواد المستهلكة والعناصر الكيميائية الكاشفة، وكذا ما يؤول إليه أمر الأدوية الموزعة على مستوى المؤسسات العلاجية؛
- غياب تقييم لأداء الموارد البشرية والمرافق التي يمكنها الاضطلاع بدور أساسي في محاربة الرشوة في القطاع. فلجنة "التخليق والشفافية والحكامة في قطاع الصحة" لا تجتمع ولا تؤدي دورها كما ينبغي.

ولقد تم توقيع اتفاقية للشراكة بين وزارة الصحة والهيئة المركزية للوقاية من الرشوة، في 27 يوليوز 2011، تلتزم وزارة الصحة بموجبها بأخذ نتائج الدراسة بعين الاعتبار، وإدماج المبادرات التي يتبين صوابها في استراتيجيتها الشاملة، وتبني الاستراتيجية المقترحة بعد تكييفها، بصفتها الاستراتيجية الرسمية للقطاع

من اجل الوقاية من الرشوة ومحاربتها. وهناك خطة عمل مفصلة تتضمن الطرائق العملية لتطبيق هذه الاستراتيجية. كما أن المشاريع المقترحة والمبرمجة على مدى خمس سنوات، وعددها 55 مشروعاً، موضوعة في بطاقات مشاريع مفصلة، مع أهداف خاصة وقابلة للقياس.

الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة وضعت خارطة طريق للوقاية من الرشوة ومحاربتها في قطاع الصحة:

- ترسيخ قيم المواطنة؛
- استعادة الثقة في المصالح الصحية؛
- تطوير تدبير الموارد البشرية داخل المؤسسات؛
- تكييف محيط العمل؛
- الاستفادة المثلى من تدبير التجهيزات والمواد التموينية؛
- تدبير وقيادة الأنشطة (الإنجاز من خلال الأهداف، ومؤشرات الإنجاز)؛
- إرساء قواعد أساسية (المراقبة والتنظيم والتتبع والتقييم وما إليها).

القسم الثالث: تقدير الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية

يتحدد الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية حسب عوامل عديدة ذات طبيعة مختلفة، كالمسافة، والجغرافيا، والتربية، والمستوى الاقتصادي-الاجتماعي والثقافي، والنوع، ومكان الإقامة. وهو مشروط على الخصوص بالتغطية الصحية.

ويعد دور شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية حاسما في الاستراتيجية القطاعية لوزارة الصحة، إذ تمثل تلك الشبكة مدخلا للمنظومة العلاجية، كما تمثل آلية للوقاية والمرجعية والمراقبة الوبائية.

1 الولوج إلى شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية

1.1 تفاوت كبير وغياب الملاءمة والتكيف

يبين تحليل نسبة تغطية أعداد مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية لأعداد الساكنة وجود فوارق جهوية كبيرة، بنسب يبلغ بعضها خمسة أضعاف بعض. وهناك تسع جهات من أصل ست عشرة جهة، تسجل في هذا المجال نسبة أدنى من المعدل الوطني⁵¹.

هذه الفوارق القائمة في وجود مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية ما بين الجهات وداخل الجهة الواحدة وبين الوسطين الحضري والقرروي، تجد تفسيرها في ستة عوامل:

- تخطيط ممرز لهذه البنيات الأساسية، في انفصال تام عن التنمية الترابية الشاملة؛
- غياب نصوص تطبيقية، وغياب لتفعيل خريطة صحية ومخططات جهوية للعروض العلاجية، وهي كلها تمثل الأدوات الرئيسية في كل تخطيط صحي، على حين ينص عليها القانون-الإطار 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض العلاجي، الصادر في 2011؛
- نمط السكن القرروي، الذي يتميز بمساكن شديدة التشتت والتنوع حسب الموقع الجغرافي (جبالا أم سهلا أم صحراء)؛
- بناء مؤسسات علاجات صحية أساسية من قبل المنتخبيين والمحسنيين والجمعيات، دون أدنى استشارة مع وزارة الصحة، والنتيجة أن بعض تلك الوحدات لم يشتغل قط منذ إنشائه.

ومن جهة أخرى، فإن "تكييف المرافق" مع نمط العيش المحلي يعد أيضا من بين جوانب جاهزية تلك المرافق والخدمات. فساعات العمل المعتمدة في المراكز الصحية ليست متلائمة مع ظروف عيش الساكنة في الوسط القروي، حيث يستيقظ الناس باكرا ويريدون إجراء الفحص قبل الذهاب إلى الحقول. وفي كثير من الجماعات القروية لا تتراد الساكنة مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية إلا أيام السوق. وقد صرح طبيب يعمل في جماعة قروية في جهة سوس-ماسة-درعة لمجموعة العمل بأنه قرر العمل أيام السبت ليتكيف مع عادات الساكنة ويشجعها على ارتياد المركز الصحي.

2.1. الولوجية الجغرافية: معاناة ساكنة المناطق المعزولة في العالم القروي

يتعلق الأمر بإشكالية من إشكاليات العالم القروي على الخصوص، وتهم المناطق المعزولة (الجبلية والصحراوية) المرتبطة بمحددات أخرى من قبيل البنيات التحتية الطرقية والظروف المناخية. ويبقى الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية شديد الصعوبة بالنسبة إلى ما يقارب 24 بالمائة من الساكنة، بسبب إقامتها على بعد أكثر من 10 كيلومترات عن أقرب مؤسسة علاجية أساسية، حيث يتعين المشي لساعات طوال أو تحمّل ركوب بهيمة للولوج إلى بنية علاجية (جلسة الاستماع مع وزير الصحة). وهذه العوائق جميعها تجعل الساكنة لا تلجأ إلى العلاجات إلا في الحالات القصوى والمستعجلة.

وفي غياب منظور شامل لإعداد التراب في الوسط القروي، وفي غياب تنظيم لعملية التعمير الفوضوية لبعض القرى، فإن المدرسة، ومثلها المركز الصحي، قد يبقيان بعيدا عن متناول قسم هام من الساكنة القروية.

أما تغطية وإنتاجية الاستراتيجية الاستراتيجية المتنقلة عبر تنقل الممرضين والوحدات المتنقلة، التي تم تبنيها كوسيلة لتعويض العجز الناتج عن صعوبة الولوج الجغرافي إلى المؤسسات العلاجية، فإنها تتآكل مع مرور الزمن. وقد أبدى تقرير الخمسينية عن تحفظات إزاء فعالية هذه الاستراتيجية: "... إن إنجازات هذا النمط المتحرك في مجال التغطية والمساهمة في العرض العلاجي ضعيفة، بحيث يمكن القول إن قسما من الساكنة القروية لا يتوفر إلا على ولوج ضعيف جدا إلى العلاجات. وترجع هذه الوضعية بالخصوص إلى تناقص أعداد الممرضين (...) وعدم كفاية وسائل النقل، ظروف العمل في الدواوير، وأوجه اختلال في التنظيم والتدبير."

وإلى بعد المسافة تضاف مشاكل النقل. فبالنسبة إلى النساء الحوامل على وشك الوضع على سبيل المثال، فإن هناك سيارات إسعاف مفروض فيها أن تكون متوفرة، وهي متوفرة نظريا، ولكن أثناء الزيارات الميدانية والاجتماعات التي عقدتها مجموعة العمل مع مهنيي الصحة الذين يشتغلون في الوسط القروي، استتعنا الوقوف على أن هاته السيارات قد تطول مدة بقائها متوقفة مركونة لأشهر متتالية، بسبب مشاكل وأعطاب تقنية أو لعدم توفر الوقود.

وقد صرح الممرض الرئيسي في أحد المراكز الصحية التي تحتوي على وحدة توليد قاتلا لمجموعة العمل: "بقيت سيارة الإسعاف التابعة للصحة ذات مرة متوقفة لمدة شهرين بعد تعرضها لحادثة. أما بالنسبة إلى الأعطاب الصغيرة فإننا نعمل ما بوسعنا لإصلاحها، ولكن حين يتعلق الأمر بإصلاح هام، فإن ذلك يكون من مسؤولية المندوبية الإقليمية للصحة. كما أن هناك نقصا في المحروق، إذ عندما تتأخر الإدارة في أداء مستحقات صاحب محطة البنزين، يرفض الأخير تزويدنا بالوقود الذي نحتاجه."

واللجوء إلى سيارات الإسعاف التابعة للجماعات لا يمثل حلا مقبولا، لما ينتج عن ذلك من تأخر قد يكون خطيرا على حياة الأم والطفل، حين يتعين انتظار الحصول على الإذن بمهمة، أو عندما يكون السائق غير جاهز. من جهة أخرى، يشتكي رؤساء الجماعات من كونهم متى وضعوا سيارة الإسعاف رهن إشارة المركز الصحي على سبيل الاستثناء، سرعان ما يصبح الاستثناء هو القاعدة. وقد يكمن حل هذا المشكل في تفويض نقل النساء الحوامل والمرضى على وجه العموم إلى مقاولات صغيرة خاصة. وقد تم ذلك بالفعل من قبل، وهو أمر يستحق التقييم والتعميم إذا اتضحت فعاليته.

أما دور الأمومة، وهي بنيات استقبال تتيح للنساء الحوامل اللواتي هن على وشك الوضع الحصول على مأوى لبضعة أيام قبل وبعد الوضع، على مقربة من المراكز الصحية المتوفرة على جناح للتوليد، فلم تحل مشكلة البعد الجغرافي، وغالبية النساء اللواتي يلجأن إلى تلك الدور هن من المقيمات على مقربة منها⁵².

3.1. الولوجيات الجسمانية: قانون لم يتم تفعيله

الغالبية العظمى من مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية ليست سهلة الولوج بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الحركة المحدودة، والمكفوفين، والأشخاص الذين يعانون من عجز عقلي. وقد بقيت القوانين المتعلقة بالولوجية حبرا على ورق، مما يتعين معه إصلاحها وتطبيقها.

4.1. الولوجية الاجتماعية والثقافية: الأمية تمثل عائقا

ترتبط الإكراهات الاجتماعية والثقافية في مجال الولوج إلى العلاجات، وخصوصا في العالم القروي، بوضعية المرأة (فهناك أزواج لا يقبلون مثلا أن يفحص زوجته رجل)، وبعرض الممارسات التقليدية وكذا بالأمية.

والساكنة التي تعيش في الوسط القروي معنية أكثر من غيرها بالأمية، ومعلوم أن هناك علاقة وثيقة بين الأمية والصحة، كما يتبين ذلك من أثر المستوى التعليمي في نسبة وفيات الأمهات والرضع والأطفال في الوسط القروي بالمقارنة مع الوسط الحضري.

في الوسط القروي، قد تكون النساء محرومات من كل استقلالية في القرار في ما يتعلق بصحتهن. فخلال زيارة لدار الأمومة بتجمع سكني صغير بجهة سوس-ماسة-درعة، سألنا امرأة شابة جرى للتو قبولها بالدار عما جعلها تقرر المجيء، فأجابتنا بان السؤال ينبغي أن يطرح على حماتها، لأن الحماية هي من قرر ذلك. وتبين نتائج دراسة أجريت في المغرب سنة 2006 (على الأشخاص الذين يتجاوز عمرهم 60 عاما) أن هناك تلازما وثيقا بين الحالة الصحية (كما يراها الشخص الذي استجوب خلال الدراسة) والمستوى الدراسي. فعلى حين اعتبر ثلث الأشخاص المستجوبين غير المتوفرين على أي مستوى دراسي أن صحتهم أسوأ حالا من صحة من هم في سنهم، انخفضت تلك النسبة إلى 11.4 بالمائة بين صفوف أمثالهم ممن لهم مستوى دراسي من الثانوي إلى ما فوق⁵³.

5.1. علاجات غير مرضية

لا يكفي أن تكون العلاجات الصحية الأساسية متوفرة وسهلة الولوج، بل يجب أيضا أن تكون مقبولة من فئات الساكنة التي تكون تلك العلاجات موجهة إليها⁵⁴. ويجب من أجل ذلك أن تقدم المرافق الصحية الأساسية خدمات تكون نوعيتها متلائمة مع انتظارات المرضى وحاجياتهم.

ومفهوم النوعية مفهوم نسبي في الزمن وقابل للتطور، وتعريفه رهين بعدد من العوامل، مثل مستوى التطلب عند المرضى، ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي والثقافي. والتقييم الصارم للنوعية يقتضي إرساء "مسعى للنوعية" مهيكّل، يتيح التتبع والتقييم للمكتسبات ووضع إجراءات تصحيحية من أجل التحسين المستمر والدائم لنوعية كل المسارات، لكي يقوم مقدم الخدمة بتقديم خدمة تستجيب لحاجة معينة، مع التحكم في المخاطر والتكاليف والأجال.

في غياب تعريف موحد للنوعية المنتظرة، وفي غياب لمنهجة التقييم النوعي للخدمات المقدمة على مستوى الخدمات العلاجية الأساسية، لا يمكن اليوم الحكم بموضوعية على نوعية هذه العلاجات. ما هناك هو بعض عناصر الجواب المتمثلة في كون اللجوء إلى القطاع العمومي يبقى جد محدود (0.6 اتصال لكل ساكن ولكل سنة في 2010)، وهو ما يبدو أنه نتيجة لعدم الرضا عن نوعية الخدمات⁵⁵، وكذا النسب المرتفعة لوفيات الأمهات والرضع، التي يكون سببها الرئيسي عدم كفاية العلاجات المقدمة عند الولادة⁵⁶.

53 M Sajoux. Démographie, vulnérabilité socioéconomique et santé, in Éléments de comparaison entre milieu rural et milieu urbain au Maroc. Santé et vulnérabilités au Maroc. IRD, 2010.

54 Droits de l'Homme et Santé. OMS, 2008.

55 Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etudes de cas. ONDH, 2010.

56 Plan d'action 200-2012 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale. Ministère de la Santé.

6.1. الولوجية الاقتصادية للعلاجات الصحية الأساسية تبقى محدودة جدا بالنسبة إلى الساكنة الفقيرة

إذا كانت الخدمات الوقائية (من مراقبة الحمل وفترة بعد الولادة، وتلقيح وغير ذلك) مجانية بالنسبة لكل مرتادي مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، فإن العلاجات التطبيقية الأساسية يقع عبئها في غالب الأحيان على الأسر، وذلك بسبب المشاكل المرتبطة بتوفر الأدوية الرئيسية، والتحليل البيولوجية، وفحوص الأشعة الأساسية.

ومن شأن سريان تفعيل نظام المساعدة الطبية أن يحسن الولوج إلى العلاجات الاستشفائية بالنسبة للساكنة الفقيرة، غير أن هذا لن يحل مشكلة ولوجها الاقتصادي إلى العلاجات الصحية الأساسية. فمؤسسات الخدمات الصحية الأساسية تمثل المستوى الأول من مسار "مسلك العلاجات" المفروض على المستفيدين من نظام المساعدة الطبية، في حين أن هذه المؤسسات لا تستفيد من تمويل هذا النظام.

2 استمرار أوجه التفاوت في مجال الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية

1.2. أوجه التفاوت المرتبطة بالنوع

ينص الفصل 19 من الدستور على ما يلي: "يتمتع الرجل والمرأة، على وجه المساواة، بالحقوق والحريات المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية". وهناك هدفان اثنان من بين الأهداف التي تم تحديدها في "مرجعية من أجل ميثاق اجتماعي جديد"، المتبنية من قبل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في نونبر 2011، يهتمان بتحسين صحة المرأة والطفل. ويتعلق الأمر بالهدف رقم 7: "تحسين صحة الأم والطفل"، والهدف رقم 8: "تحسين الإطار الطبي والقانوني للإجهاض"⁵⁷.

في إطار تقرير الإحالة الذاتية في موضوع إنعاش المساواة بين النساء والرجال في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسياسية، اختار المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي معالجة مسألة "النوع والصحة" في إطار القسم الثالث من هذا التقرير. غير أنه ليس من الممكن التطرق لموضوع الخدمات الصحية الأساسية دون الحديث عن مشاكل اللامساواة المرتبطة بالنوع في الولوج إلى العلاجات.

فالنساء لهن خصائص بيولوجية، لكنهن أيضا يعانين من أوجه هشاشة نوعية (مثل غياب المساواة في مجال التربية، والدخل، والشغل) من شأنها أن تجعل ولوجهن إلى العلاجات أصعب مما هو بالنسبة إلى الرجال. وإذا كان الحمل والوضع ليسا مما يمكن أن ندعوه مرضا، فإنهما قد يكونان مصدرا للعديد من المشاكل الصحية (مثل الوفاة والاكئاب وأوجه النقص الغذائي المتعددة) والمشاكل الاجتماعية (مثل التخلي عن الزوجة أو طليقها متى كان الوليد مصابا بتشوهات خلقية أو كان يعاني من عاهة تمثل إعاقة، وكذا ما تتعرض له الأمهات العازبات من رفض وانتقاد شديد من قبل المجتمع).

العلاجات الصحية الإنجابية

تغطي العلاجات الصحية الإنجابية مجموعة من الخدمات، كما هي محددة في برنامج عمل المؤتمر الدولي حول الساكنة والتنمية: الاستشارة، والإعلام، والتربية، والتواصل، وخدمات التخطيط العائلي، والفحوص قبل وبعد الولادة، والولادة الآمنة، والعلاجات المقدمة للأم وللطفل، والوقاية من العقم والعلاج الملائم له، والوقاية من الإجهاض، والتكفل بالمضاعفات الصحية المرتبطة به، ومعالجة إصابات الأعضاء التناسلية، والأمراض المنقولة جنسيا بما فيها مرض فقدان المناعة المكتسب، وسرطان الثدي، وسرطان الأعضاء التناسلية، وكذا كل أشكال المرض المرتبطة بالصحة الإنجابية.⁵⁸

التخطيط العائلي

تم منذ 1996 إطلاق العديد من برامج التخطيط العائلي القائمة على المبادعة بين الولادات، وذلك من خلال كل بنيات وزارة الصحة. وقد أتاحت هذه البرامج تحقيق خطوات ملموسة، حيث انتقل المؤشر التركيبي للخصوبة من 4.5 أطفال لكل امرأة في 1987 إلى 2.2 في 2011،⁵⁹ كما أن دراسة استعمال النساء المتزوجات لموانع الحمل تبين أن 67.4 بالمائة منهن استعملن في 2011 وسيلة من وسائل منع الحمل، مقابل 28.9 بالمائة في 1987. غير أن هناك فوارق هامة جدا تظل قائمة بين الوسطين الحضري والقروي، حيث إن 58 بالمائة من النساء المقيمات في الوسط الحضري يستفدن من علاجات الصحة الإنجابية، مقابل 48 بالمائة في الوسط القروي.⁶⁰

وفيات الأمهات والرضع والأطفال

انخفضت نسبة الوفيات بأكثر من 50 بالمائة في مدى خمس سنوات، لتستقر في 2010 عند 112 لكل 100.000 ولادة حية.⁶¹ غير أن هذه النسبة مازالت رغم ذلك غير كافية، كما أنها غير مقبولة، خصوصا وأن أغلب حالات الوفيات بين الأمهات يكون سببها نقص العلاجات المناسبة في وقت الوضع، وأن 92 بالمائة من تلك الوفيات كان بالإمكان تفاديها.⁶² وأكثر من ثلث حالات الوفاة يقع في البيت أو أثناء النقل إلى المستشفى، من أثر تأخر الأسرة في اتخاذ القرار بالتوجه بالحامل نحو مؤسسة خاصة بالتوليد، أو بسبب صعوبة الولوج إلى هذه المؤسسة. ومازالت نصف النساء القرويات يضعن اليوم حملهن في

Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994. 58

Tableau de bord social. Direction des Etudes et des Prévisions Financières du ministère des Finances. 2 août 2013. 59

Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale. Ministère de la Santé, 2011. 60

Tableau de bord social. Direction des Etudes et des Prévisions Financières du ministère des Finances. 2 août 2013. 61

Droits sexuels et reproductifs et genre. Où en sommes-nous ? Commission Femmes et développement. OMS, 2008. 62

البيت، علماً أن 50 بالمائة من المضاعفات الصحية التي تظهر أثناء الوضع لا يمكن التنبؤ بها حتى في حال مراقبة ناجعة لفترة الحمل، وأن من الثابت أنه في حال حدوث نزيف للأم أو اختناق للوليد، يكون الأجل المتاح لإنقاذهما محدوداً (ساعتان اثنتان بالنسبة إلى نزيف الخلاص، أهم أسباب وفاة الأمهات عند الوضع).

ورغم أنه تم تسجيل انخفاض هام خلال السنوات الخمس الأخيرة، إلا أن نسبة وفيات الرضع (أقل من سنة واحدة) مازالت مرتفعة كثيراً (28.8 لكل 1000 ولادة حية في 2011). والسبب الرئيسي لهذه الوفيات هو عدم كفاية العلاجات المناسبة عند الوضع. أما نسبة الوفيات لدى الأطفال (أقل من خمس سنوات)، فقد استقرت في 2011 عند 30.47 لكل 1000 ولادة حية (25.42 في الوسط الحضري، و35.07 في الوسط القروي)، مقابل 47 بالمائة في 2003-2004. وتعد هذه النسب من بين الأكثر ارتفاعاً في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا والمغرب العربي، باستثناء موريتانيا.⁶³

علاوة على ما تقدم ذكره من مشاكل في الولوجية إلى البنيات العلاجية، فإن أهم محددات الوفيات بين الأمهات والرضع والأطفال في المغرب هي:

- الفقر والعيش في منطقة قروية.

معنى ذلك أن الفقر يزيد من احتمال الوفاة في أوساط الأمهات والأطفال. ففي الوسط القروي ترتفع نسب وفيات الأمهات بما قدره 75 بالمائة، كما أن الأطفال أقل من خمس سنوات، من أبناء الفئات الأكثر عوزاً بين الساكنة، يتهددهم ثلاث أضعاف الخطر بأن يموتوا صغاراً من أثر مرض من أمراض الأطفال الممكن علاجها بسهولة، أو من أثر جروح كان يمكن تفاديها.

- عدم الاستفادة من تتبع طبي أثناء الحمل.

يمكن الحد إلى درجة كبيرة من المخاطر المرتبطة بالحمل إذا استفادت الحامل من أربعة فحوصات على الأقل على يد قابلة أو طبيب خلال فترة حملها، وكذلك إذا كان الوضع بمساعدة طبية، وإذا استفادت الحامل من مراقبة بعد الوضع. وللإشارة فإن 91.6 بالمائة من نساء الوسط الحضري تلجأ للفحص في فترة الحمل، بالمقارنة مع النساء القرويات اللواتي لا يلجأن لهذا الفحص إلا بنسبة 62.7 بالمائة.⁶⁴

Health policy note towards a more equitable and sustainable health care system. World Bank. MENA, 2008. 63

Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale. Ministère de la Santé, 2011. 64

وقد قامت وزارة الصحة من أجل محاربة وفيات الأمهات، مع تحسين نوعية طرق كشف وتتبع حالات الحمل المعرضة للخطر، في 2010 بتجهيز أكثر من 300 مركز صحي جماعي، مع توفير أجهزة للكشف بالتردد الصوتي (وهي أجهزة تشجع كثيرا على عملية تتبع الحمل)، مع محلات صغيرة⁶⁵. ومن أثر حركية المرضيين، وغياب الحافز المالي، وعبء العمل الزائد بالنسبة للبعض، ومشاكل التزود بالعناصر الكاشفة، فإن جزءا فقط من تلك الآلات يشتغل. كما أن وضع آلات الكشف الصوتي لم تصاحبه إجراءات مواكبة، وخصوصا تكوين الأطباء على استعمالها. ومن ثمة فإنها لا تعمل إلا في المراكز الصحية التي يعمل بها أطباء يتمتعون بقدر من الدينامية شجعهم على تكوين أنفسهم في مجال الكشف بالتردد الصوتي في مركز ولادة استشفائي.

حالات الحمل لدى المراهقات

تعد التعقيدات المرتبطة بالحمل والوضع من بين أهم أسباب الوفيات لدى الفتيات ما بين 15 و19 سنة في كثير من البلدان ذات الدخل الضعيف والمتوسط، مما ينجم عنه آلاف من حالات الوفاة كل سنة. فكلما كانت الفتاة أصغر سنا عند الحمل، سواء أكانت مزوجة أم لا، كان الخطر على صحتها أكبر. ومن المتفق عليه أن الفتيات من أقل من 15 سنة يواجهن عند الوضع مخاطر أكبر بكثير مما تواجهه النساء من ذوات العشرين سنة.⁶⁶ كما أن حمل المراهقات يعرض حياة الرضع حديثي الولادة للخطر كذلك. فخطر الوفاة يكون أكبر بما قدره 50 بالمائة لدى الرضيع حين تكون الأم مراهقة. وكلما كانت الأم صغيرة السن كان الخطر مرتفعا بالنسبة إلى الرضيع.⁶⁷ كما أن أطفال المراهقات مهددون بنقصان في الوزن عند الولادة، وهو ما من شأنه أن يفضي إلى آثار على المدى البعيد في صحتهم ونموهم.⁶⁸

وفي 2011، أنجبت 50.000 مغربية ما بين 15 و19 سنة طفلا. وبالنسبة إلى الكثير منهن، لم يكن الحمل البتة أمرا اختياريا، بل جاء نتيجة لجهلهن بحقوقهن، وخصوصا ما يتعلق بتزويج الطفلات والعلاقات الجنسية المفروضة بالعنف والإكراه والقوة.⁶⁹ وقد تمت في 2011 الموافقة من قبل قضاة على 46.927 حالة زواج قاصرين وقاصرات (99 بالمائة منهم من الإناث):⁷⁰ ومعلوم أن زواج المراهقات يعني بالضرورة مخاطر حدوث حمل مبكر.

Appareils pour la réalisation d'examens de laboratoire de base. 65

Assemblée générale des Nations Unies, "La fillette - Rapport du Secrétaire général", 2011. 66

Adolescent Pregnancy. OMS, 2012. 67

Interventions for Preventing Unintended Pregnancies Among Adolescents. OMS, 2012. 68

Les grossesses des adolescentes. FNUAP, Rabat, 5 juillet 2013. 69

Statistiques des activités des sections de la justice de la famille. Ministère de la Justice et des Libertés, 2011. 70

إن القضاء على حالات الزواج المبكر، وتوفير خدمات للصحة الجنسية وما قبل الإنجابية تكون موجهة خصيصا للمراهقات، والاستثمار في التربية وفي محاربة أوجه اللامساواة بين النساء والرجال، من شأنها جميعا أن تساهم في حماية المراهقات من الوقوع في حالات الحمل المبكر غير المرغوب فيها.

ولنذكر بهذا الصدد بان المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي يوصي، في تقريره عن "النهوض بالمساواة بين النساء والرجال"، بما يلي: "(1) إلغاء الفصل 20 من مدونة الأسرة، الذي يسمح للقاضي بأن يأذن، دون إمكانية للطعن، بزواج القاصرين الذين لم يبلغوا 18 سنة؛ (2) دعم الإطار القانوني الحالي الخاص بالاعتصاب".

الوقاية من الإجهاض والتكفل الطبي به

لا يمكن الحديث عن الصحة الإنجابية دون ذكر أحد المواضيع التي تعد من الطابوهات في مجتمعنا، ونعني الإجهاض والوقاية منه والتكفل به. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن 42 مليون حالة حمل تنتهي بإجهاض كل سنة، منها 22 مليون فقط يجري فيها الإجهاض في ظل شروط صحية جيدة، علما أن إمكانية الإجهاض في وسط طبي تمثل شرطا هاما من أجل الحد من وفيات الأمهات. وترى منظمة الصحة العالمية أن القوانين التي تحظر الإجهاض لا تخفف من عدد حالات حدوثه ولا من آثارها، على حين أن مصالحي التخطيط العائلي والإجهاض الطبي، الضرورية من جانب آخر لبلوغ أهداف الألفية للتنمية، من شأنها أن تحدد من عدد حالات الإجهاض.⁷¹

ولا يسمح في المغرب بإجهاض الحمل متى كان فيه خطر على حياة الأم (الفصل 453 من قانون المسطرة الجنائية). أما في كل الحالات الأخرى فإن الإجهاض يعتبر من الأفعال التي يعاقب عليها القانون من خلال الفصول 449 و454 و455 من قانون المسطرة الجنائية. وتقدر الجمعية المغربية لمحاربة الإجهاض السري، بناء على تحقيق قامت به مع مجموعة من الأطباء، أن ما بين 600 إلى 800 عملية إجهاض سري تجري يوميا في المغرب، يجري نحو ثلثها في ظروف صحية رديئة جدا. والنساء الأكثر فقرا هن اللواتي يلجأن أكثر من غيرهن إلى الإجهاض السري، الذي يجري في ظروف مأساوية، دون أي مراقبة طبية، معرضات بذلك أنفسهن لخطر الموت والإقصاء الاجتماعي. والنساء المعوزات هن كذلك من يلجأ، حين يتعذر الإجهاض، إلى التخلي عن الوليد بعد الوضع، وهن كذلك من يجدن أنفسهن في كثير من الأحيان مجبرات على ممارسة الدعارة.

وإن إقرار أعمال وقائية وتحسيسية لفائدة المراهقات والنساء، والتواصل حول حبة الغد لمنع الحمل (المسوقة في المغرب)، وتسهيل الولوج إلى وسائل منع الحمل بالنسبة إلى كل امرأة أو فتاة ترغب في ذلك، أمور من شأنها جميعا أن تتيح التخفيض إلى درجة كبيرة من عدد حالات الإجهاض.

وكما ينص عليه الهدف رقم 8 من أهداف الميثاق الاجتماعي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، فإن من الضروري الإسراع بفتح نقاش وطني بغاية بلورة إطار تنظيمي يتيح إجراء الإجهاض في وسط طبي. وقد صرح وزير الصحة، خلال ندوة نظمتها الجمعية المغربية لمحاربة الإجهاض السري في سنة 2012، بأن مسألة الإجهاض تطرح مشكلة سياسية يجب أن نبحث لها عن حل في احترامٍ لقيمنا.

العنف القائم على النوع

يمثل العنف القائم على النوع مشكلة من مشاكل الصحة العمومية التي تثير المزيد من المخاوف مع مرور الزمن، سواء على المستوى الدولي أم الوطني.⁷² و⁷³ إذا كان من المسلم به اليوم على نطاق واسع بأن العنف ضد النساء يمثل مسا خطيرا بحقوقهن الأساسية، فإن الوعي أخذ يشيع كذلك في الأونة الأخيرة بالآثار الوخيمة للعنف على الصحة الجسدية والعقلية للنساء. والعنف الممارس على النساء داخل الأسرة يزيد بدرجة ملموسة من المخاطر الصحية، كما تشهد بذلك بانتظام كل الدراسات التي أنجزت في الموضوع، والتي تشير إلى آثاره السلبية الخطيرة. ويقدر البنك الدولي على سبيل المثال أن الاغتصاب والعنف الأسري يضيعان على النساء اللواتي في سن الإنجاب ما بين 5 و16 بالمائة (حسب الجهات) من سنوات العيش في صحة جيدة.⁷⁴ كما تمثل أشكال العنف الجنسي عاملا هاما من العوامل الحاملة لخطر الإصابة بفيروس فقدان المناعة المكتسب. فمن بين النساء اللواتي لجأن إلى خدمات الكشف عن الفيروس في دار السلام بتنزانيا، تبين أن اللواتي اكتشفت إصابتهن بالفيروس قد صرحن بتعرضهن لما مقداره 2.6 مرات من العنف في علاقتهن مع شريكهن الدائم، أكثر من اللواتي لم يتم اكتشاف أثر للفيروس لديهن.⁷⁵

أما في المغرب، فإن استغلال معطيات الخط الأخضر المفتوح في وجه الفتيات والنساء ضحايا العنف (لسنة 2006)، على امتداد فترة قدرها 10 أشهر، يبين أن هناك 15.000 تصريح بالعنف، 30 بالمائة منها حالاتٌ عنف جسدي، و18 بالمائة حالات عنف نفسي. كما أن 5 بالمائة من النساء المتزوجات من ضحايا العنف الأسري قد قمن بمحاولة للانتحار، مقابل 0.2 بالمائة لدى نظيراتهن ممن لا يتعرضن للعنف في البيت (أي بما قدره 25 ضعفا). وأكثر من 50 بالمائة من النساء من ضحايا العنف الأسري يعانين من حالات اكتئاب. والعنف الأسري يفضي إلى نتائج خطيرة على الأسرة وعلى الأطفال: فثلثا الأطفال هم شهود و/أو ضحايا لذلك العنف الجسدي أو النفسي.⁷⁶

Résolution WHA 49.25 de l'OMS, 1996. 72

Appui à l'intégration de la Santé de la Reproduction dans la réforme de santé Cycle 2007-2011. 73

La violence à l'égard des femmes. Aide-mémoire, N 12, OMS, 1996. 74

Cited by Gupta G. Gender, sexuality and HIV. Conférence Internationale sur le Sida. Durban, 2000. 75

Enquête nationale de la prévalence de la violence à l'égard des femmes. HCP, 2009. 76

ويوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في تقريره المعنون " النهوض بالمساواة بين النساء والرجال " المشرعَ والحكومة بتبني قانون إطار ضد كل أشكال العنف حيال النساء، بما في ذلك العنف الأسري .

وتجدر الإشارة هنا إلى الدور الذي تضطلع به الجمعيات المنخرطة في محاربة العنف القائم على النوع وفي التكفل بالنساء ضحاياها، وخصوصا من خلال إحداث مراكز الاستماع والإيواء .

وقد تم خلال السنوات الأخيرة تقديم جواب مؤسسي للعنف القائم على النوع، يقوم أساسا على برنامج متعدد القطاعات لمحاربة أشكال العنف القائم على النوع من خلال تحقيق استقلالية النساء والفتيات، وتوطين السياسات المبنية على النوع في ست جهات، وإحداث وحدات للتكفل بالنساء والأطفال ضحايا العنف داخل المستشفيات، وهو أمر يستحسن تعميمه على جميع المستشفيات والمراكز الصحية .

2.2. أوجه التفاوت في الولوج التي يعانيتها المهاجرون من بلدان جنوب الصحراء من غير المتوفرين على وضعية قانونية

تحول المغرب خلال السنوات العشر الأخيرة نتيجة تشديد أوربا عملية مراقبة حدودها من بلد عبور، بالنسبة إلى المهاجرين المتنقلين صوب أوربا، إلى بلد عبور وبلد استقرار أيضا في حال تعذر الانتقال إلى الضفة الأخرى . ومن بين هؤلاء المهاجرين تكثر النساء الوحيدات والحوامل واللواتي يصطحبن معهن أطفال في سن صغيرة، وهن يمثلن الفئة الأكثر هشاشة وتعرضا للمخاطر المرتبطة بالهجرة السرية .

وظروف العيش الصعبة التي يجد غالب المهاجرين من بلدان جنوب الصحراء أنفسهم مجبرين على عيشها، وكذا العنف الإجرامي (شبكات المتاجرة في البشر) والمؤسسي الذي يتعرضون له، تحدد كلها الحاجيات في مجال العلاج الطبي والنفسي التي لا يتم أخذها بعين الاعتبار . فحسب القانون رقم 02-03، المتعلق بمسألة " دخول وإقامة الأجانب في المملكة المغربية، والهجرة من البلاد والهجرة غير الشرعية إليها "، فإن كل أجنبي يوجد في المغرب دون التوفر على أوراق رسمية يعد مجرما . ورغم أن الكثير من المغاربة يحاولون تقديم الدعم والمساعدة للمهاجرين من بلدان جنوب الصحراء، إلا أن العنف الاجتماعي، والميز، والأفكار المسبقة، والتهميش، كلها أمور معهودة في الواقع اليومي .

وإضافة إلى الخوف من الاعتقال عند التقدم إلى مؤسسة طبية، يجد المهاجرون من بلدان جنوب الصحراء صعوبات جمة في الحصول على منفذ إلى المنظومة العلاجية، خصوصا وان الكثير منهم لا يتكلمون العربية ولا الفرنسية، مما تتبين معه أهمية دور المنظمات غير الحكومية الدولية والجمعيات الوطنية، التي تقوم بأعمال لصالح المهاجرين من بلدان جنوب الصحراء، بما في ذلك الدفاع عن حقوقهم وتقديم دعم صحي لهم .

ويبقى أن الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية يشهد تحسنا في المناطق التي تشتغل فيها المنظمات غير الحكومية: "يجب الاعتراف بالجهود التي بذلتها مصالح الشرطة في وجدة للانخراط مع منظمة أطباء بلا حدود وغيرها من الجمعيات والبحث عن النصح والدعم في مسألة تدبير حالة النساء والأطفال والمرضى والجرحى الذين يتم اعتقالهم. غير أن منظمة أطباء بلا حدود لم يُسمح لها في الناظور بالاشتغال مع المهاجرين من بلدان جنوب الصحراء المحتاجين لمساعدة طبية، والذين يتم اعتقالهم وطردهم."⁷⁷

وفي سنة 2003، أعلنت وزارة الصحة، من خلال دورية وزارية، أن العلاج الطبي والخدمات الصحية لفائدة "المهاجرين السريين"، مسموح به لأسباب تتعلق بالتحكم في الأمراض المعدية. ولقد تم اعتماد هذه الدورية، رغم أنها غير معروفة من قبل جميع مهنيي الصحة، في مرافعات أفضت إلى الحصول على تكفل طبي مجاني بمهاجري جنوب الصحراء المصابين بعدوى فيروس فقدان المناعة المكتسب.

وإلى عهد قريب، كان يتم تصنيف مهاجري بلدان جنوب الصحراء بصفتهم أشخاصا "دون محل إقامة ثابت"، وكان من حقهم بالتالي الحصول على خدمات صحية في المرافق الصحية العمومية، اعتمادا على نظام شهادة الاحتياج. لكن وانطلاقا من سنة 2012، تمت الاستعاضة عن نظام شهادة الاحتياج بنظام المساعدة الطبية، وهو النظام الذي يقضي الأجانب، بمن فيهم مهاجرو بلدان جنوب الصحراء. ويبدو أن من الممكن إدماج مهاجري بلدان جنوب الصحراء في فئة "دون محل إقامة ثابت"، بمقتضى الفصل 118 من القانون 00-65، لكن هذا غير مطبق.

ويوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، في تقريره المعنون "من أجل ميثاق اجتماعي جديد، ضوابط يجب احترامها، وأهداف يتعين التعاقد بشأنها"، بما يلي: "بصفة المملكة المغربية بلد استقبالي للعمال الأجانب ومن البلدان الموقعة على اتفاقية الأمم المتحدة المتعلقة بحماية العمال المهاجرين وأسرهم، فمن المهم أن تضمن المملكة عدم الميز، وأن تعمل على إنعاش المساواة حيال العمال المهاجرين. ومن المناسب، لتأمين تتبع هذا الهدف، تطوير مؤشرات حول التشريع ووضعيات المهاجرين (من وضعية قانونية وأعداد ومداخيل ومنازعات وغيرها)."

3 الولوج إلى الوقاية والتربية الصحية

كما تمت الإشارة إلى ذلك في القسم الأول من هذا التقرير، فإن الوقاية تمثل قسما من الخدمات الصحية الأساسية، مثلها في ذلك مثل العلاجات التطبيبية.

1.3. نجاح برامج الوقاية من أغلب الأمراض المنقولة

لقد كان من شأن، تفعيل البرامج الوطنية المهيكلية، منذ ستينات القرن الماضي، للوقاية من الأمراض المنقولة والمسؤولة عن نسب مرتفعة من الوفيات وكذا التغطية التلقيحية الجيدة (88 بالمائة من الأطفال ما بين 12 و24 شهرا)، أن أتاحت القضاء على العديد من الأمراض المعدية أو الحد إلى درجة كبيرة من انتشارها. والتحديات التي تبقى قائمة في هذا المجال هي بالأساس:

داء السل: رغم انخفاض هام في نسب الإصابة، فإن ما يقارب 28.000 حالة قد تم تسجيلها في 2012، مما يشهد بفشل نسبي لبرنامج محاربة هذا المرض.⁷⁸

داء التهاب الكبد الفيروسي من صنف س: وبعد داء ذا آثار خطيرة، وهو منتشر بنسبة كبيرة جدا (1 إلى 2.5 بالمائة من مجموع الساكنة، أي أن هناك ما بين 318.950 و797.375 من الأشخاص الذين تحتل إصابتهم بهذا الداء في المغرب⁷⁹)، وتبلغ نسبة الإصابة بهذا المرض ما قدره 80 بالمائة لدى المدمنين الذين يستعملون المخدرات عن طريق الحقن.⁸⁰ ويحكم عدم وجود لقاح يقي من داء التهاب الكبد هذا، فإن الوقاية منه أشد تعقيدا من الوقاية من غيره، لكنها تبقى رغم ذلك ضرورية ليس منها مناص.

فيروس داء فقدان المناعة المكتسب. ونسبة انتشاره ضعيفة على العموم (0.1 بالمائة). لكن ورغم وجود برنامج وطني فعال لمحاربة هذا الداء، ووجود مجتمع مدني نشيط جدا، إلا أن انتشار المرض بلغ مستويات مقلقة بين صفوف عاملات الجنس (5 بالمائة في منطقة سوس-ماسة-درعة)، والرجال الذين لهم علاقات جنسية مع أمثالهم من الرجال (5 بالمائة في منطقة سوس-ماسة-درعة، و4.5 بالمائة في جهة مراكش) وبين مدمني المخدرات التي تؤخذ عن طريق الحقن، الذين يبلغ انتشار هذا الداء بينهم 22 بالمائة في الناظور. وهذه الفئات الثلاث من الساكنة تتميز بهشاشتها الاجتماعية، وهي تطرح مشكل العلاقة بين حقوق الإنسان وفيروس داء فقدان المناعة المكتسب، كما يشير إلى ذلك البرنامج الوطني لمحاربة داء فقدان المناعة المكتسب والمجلس الوطني لحقوق الإنسان⁸¹: "إن فيروس داء فقدان المناعة المكتسب يطرح مشاكل عديدة بالنسبة إلى حقوق الإنسان. وفي الاتجاه الآخر فإن حماية حقوق الإنسان وإعاشها شرط أساس للوقاية من انتقال هذا الداء والحد من أثره في حياة الأفراد. وهناك العديد من حقوق الإنسان المعنية بهذا الداء، مثل الحق في عدم الميز، والحق في الحياة، والحق في المساواة أمام القانون، والحق في الحياة الخاصة، والحق في أفضل حالة صحية يمكن بلوغها."⁸²

78 Regard sur les indicateurs sanitaires. Ministère de la santé, 2013.

79 In, Estimation de l'impact sanitaire de l'hépatite c au Maroc. Thèse de doctorat en médecine, S Touzani, 2012.

80 Rapport de l'Etude bio-comportementale auprès des usagers de drogues injectables à Tanger et Nador 2010-2011, DELM/Ministère de la Santé avec l'appui du Fonds Mondial et de l'ONUSIDA.

81 Appui à la protection et à la défense des droits des personnes vivant avec le VIH ». CNDH et ONUSIDA, 2010.

82 D. El Yazami, président du CNDH. Le droit à la santé dans la nouvelle constitution.

2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.

2.3. ضرورة تعزيز الوقاية من الأمراض غير المنقولة

وبينما يسجل تراجع في انتشار الأمراض التعفنمية المعدية والأمراض المرتبطة بسوء التغذية، يلاحظ أن هناك تزييدا لانتشار الأمراض غير المنقولة، من مثل الأمراض المزمنة، وأمراض القلب والشرابين، وأمراض السرطان، والاكنتاب، والربو، والسكري، والبدانة.

وفي المغرب، يعود ما نسبته 75 بالمائة من أسباب الوفاة إلى الأمراض غير المنقولة، وهي واحدة من أعلى النسب في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.⁸³ وأمراض السرطان مسؤولة عن 12 بالمائة من حالات الوفاة بالأمراض غير المنقولة.

وتتميز الأمراض غير المنقولة بكلفتها الاقتصادية والاجتماعية الثقيلة. ففي 2012، تمثلت 50 بالمائة من مصاريف التأمين الإجباري على المرض في أداء كلفة التكفل بالمرضى المصابين بالأمراض المزمنة، على حين أن هؤلاء المرضى لا يمثلون إلا 3.3 بالمائة من مجموع أعداد المرضى (جلسات الاستماع مع مدير الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي ومدير الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي).

كما تتميز الأمراض غير المنقولة بارتباطها القوي بعوامل خطر سلوكية وبيئية لها علاقة بنمط العيش، وهي عوامل من الممكن الوقاية منها أو الحد من آثارها في إطار سياسة وقائية قائمة على التربية الصحية. "إن من شأن تفعيل التدخلات القائمة على أساس الكلفة-الفعالية، التي تحد من تعرض الساكنة للعوامل الحاملة لخطر الإصابة بالأمراض غير المنقولة، أن يساهم في الحد من الوفيات المبكرة حتى حدود الثلثين."⁸⁴

3.3. العمل من أجل الوقاية من الأمراض غير المنقولة يستدعي أنيا أخذ عدد من عوامل

الخطر بعين الاعتبار

العوامل السلوكية

- **التدخين:** الذي يهيم 15 بالمائة من الساكنة.⁸⁵ ويبلغ عدد الوفيات المرتبطة بالتدخين في المغرب 9.350 حالة سنويا، أي بمعدل يقارب وفاة واحدة كل ساعة. ويلاحظ أن المغرب مازال لم يصادق بعد على الاتفاقية الإطار لمنظمة الصحة العالمية، المتعلقة بمحاربة التدخين.
- **نسبة مستهلكي المواد المؤثرة نفسيا** تقدر بنحو 3 بالمائة من مجموع الساكنة، وتبلغ نسبة الإدمان 2.8 بالمائة.⁸⁶
- **إدمان الكحول:** وهو واقع لا تتناوله أي إحصائيات، نظرا لما يحيط بهذا الأمر من طابوهات اجتماعية.

D. Bettcher, OMS, 2ème conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013. 83

Réunion de haut niveau des Nations Unies sur les MNT, 2011. 84

Statut MPOWER du Maroc. 85

Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et Toxicomanies, réalisée en 2003. 86

العادات الغذائية، التي تدفع إلى استهلاك كميات كبيرة من السكر والملح والدهون، وإلى انخفاض في استهلاك الألياف والبروتينات، والتي أفضت، في ارتباط مع عوامل خطر أخرى، إلى انتشار متزايد لبعض الأمراض، وخصوصا منها البدانة، وارتفاع الضغط، وأمراض القلب والأوعية، ومرض السكري، وبعض أنواع السرطان. وعلى سبيل المثال، فما بين 2001 و2011، ارتفعت نسبة البدانة، بما في ذلك الأشكال الخطيرة والقاتلة منها، بما معدله 7.3 بالمائة سنويا. والنتيجة أن ما يناهز 10.3 مليون مغربي بالغ، 63.1 بالمائة منهم نساء، يوجدون في وضعية بدانة أو هم في طريقهم إلى أن يصبحوا كذلك.⁸⁷ أما مرض السكري من الصنف الثاني، وهو أكثر الأصناف انتشارا (90 بالمائة من مرضى السكري)، فيمثل وباء حقيقيا. وقد كان معروفا عنه تقليديا أنه يتطور بداية من الخمسينات من العمر، لكنه اليوم أصبح يتطور في كل سن. وأما انتشار مرض ارتفاع الضغط (33.6 بالمائة)⁸⁸، وخصوصا المضاعفات الصحية المرتبطة به، فيمكن الحد منها عبر اتباع بعض القواعد الوقائية-الغذائية.

تري منظمة الصحة العالمية أن سوء التغذية وقلة الحركة تعد من بين العوامل الحاملة لخطر الإصابة بأهم الأمراض غير المنقولة، مثل أمراض القلب والأوعية، والسرطان، والسكري. وقد تبنت الجمعية العامة للصحة، في 2013، خطة العمل العالمية لمحاربة الأمراض غير المنقولة 2013-2020، التي تشمل عددا من التدابير المتعين على الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية اتخاذها لإنعاش التغذية الصحية والرياضة البدنية.

أثر البيئة على الصحة لم يعد أمرا بحاجة إلى برهان

إن ما يقارب ربع الأمراض المسجلة عالميا يمكن إرجاعه إلى عوامل خطر بيئية من الممكن تغييرها.⁸⁹ فأشكال تلوث الهواء تعد مسؤولة عن أزيد من 30.000 حالة وفاة مبكرة سنويا في فرنسا. أما في ما يتعلق بأمراض أخرى (مثل الاختلالات الهرمونية وإصابات الجهاز العصبي وما إليها)، وحتى وإن لم يتحقق إلى الآن أي إجماع علمي حول أسبابها الجينية و/أو البيئية، فلم يعد أحد ينكر اليوم أثر بعض أشكال التلوث (من تلوث صوتي وأمواج راديو وغير ذلك) على الصحة. كما أن أثر ظروف العيش لا جدال فيه كذلك، والحديث هنا عن أمراض مثل التسمم الرصاصي والأمراض التنفسية والإصابات الجلدية الراجعة إلى مشاكل في التهوية والتدفئة، وهي كلها من الآثار الصحية للسكن غير الملائم.⁹⁰

ومن شأن إعداد "مخطط وطني للصحة والبيئة"، على غرار ما هو معمول به في فرنسا، أن يتيح العمل بصورة أفضل على العوامل البيئية.

Enquête Nationale sur l'Anthropométrie. HCP, 2011. 87

Enquête prospective 2000 du ministère de la Santé. 88

Rapport sur la santé dans le monde. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS, 2013. 89

Les enjeux de la prévention en matière de santé. Avis du CESE, France, 2011. 90

والوقاية في المجال الصحي ليست أمرا من شأن وزارة الصحة وحدها، بل ينبغي أن تنخرط فيه الجماعات المحلية وعدد من القطاعات الوزارية (من سكني، وتربية وطنية، وشغل)، ويمكن أن يعهد بها لهيئة تمثل فيها عدد من الوزارات. وهي تفترض كذلك إقرار مسؤولية الجماعات المحلية وتعزيز المعايير واحترامها من قبل الصناعيين، والقيام بحملات تحسيس وتوعية، ودعم مصالح الطب المدرسي والجامعي وطب الشغل. وتقوم عدة جمعيات بدورها في مجال الوقاية والتربية الصحية، نذكر منها الجمعية التي تتأسسها الأميرة للا سلمى، التي تنظم منذ بضع سنوات حملات للفحص المبكر والوقاية من سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم، وكذلك للوقاية من سرطان الرئة.

وقد تبنى المغرب في مجال الوقاية من أوجه العجز ومن الإعاقة استراتيجية وطنية للفترة 2009-2015، ترمي إلى خلق التآزر بين جهود جميع الفاعلين. غير أنه لا يمكن الجزم إن كانت هذه الاستراتيجية قد أدت دورها المنشود، إذ لم يجر تقييمها قط.⁹¹

4.3. ظروف عمل لا يؤخذ أثرها على الصحة بعين الاعتبار

يبلغ عدد حوادث الشغل في العالم 317 مليون حادثا سنويا، وفي كل يوم يموت 6.300 شخص من أثر حادث شغل أو مرض مرتبط بالشغل، أي ما يزيد على 2.3 مليون وفاة سنويا.⁹² وقد أعدت المنظمة الدولية للشغل عددا من الاتفاقيات الدولية التي تعنى بتنظيم الخدمات الصحية في العمل، والوقاية من المخاطر المهنية. وتجدر الإشارة هنا إلى أن المغرب قد صادق على أغلب هاته الإتفاقيات.

في 2007، تبنت منظمة الصحة العالمية خطة العمل الدولية من أجل صحة العاملين 2008-2017⁹³، وهي خطة تتناول كل جوانب صحة العاملين، بما في ذلك الوقاية الأولية من المخاطر المهنية، وحماية وإنعاش الصحة في العمل، وظروف العمل، والطريقة التي يمكن للمنظومات الصحية الاشتغال وفقها للعمل بشكل أكثر فعالية من أجل صحة العاملين.

في مجال الصحة والسلامة في العمل، وإضافة إلى حوادث الشغل، يجب إيلاء عناية خاصة لاكتشاف الأمراض المهنية (مثل داء الشحار والأمراض المرتبطة بالأميانت أو الحرير الصخري، والاضطرابات النفسية والعضلية-العظمية) والوقاية منها ومعالجتها.

ومسألة صحة العاملين حاضرة في أجندة الحكومة المغربية، وهي من بين العناصر المذكورة في التصريح الحكومي وفي خطة العمل 2012-2016 لوزارة الصحة، غير أن النظر في الوضعية الحالية لصحة الشغل يكشف عن عدد من أوجه النقص:

⁹¹ Rapport sur le respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap du Conseil Economique, Social et Environnemental, 19 juillet 2012.

⁹² Rapport de l'OIT, 2013.

⁹³ Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs. 60ème assemblée mondiale de la santé. OMS, 2007.

- إقصاء العديد من الفئات المهنية من التغطية الصحية في الشغل : الوظيفة العمومية، والمؤسسات العلاجية، والمقاولات الصغرى، والفلاحة، والقطاع غير المهيكّل . وهناك مشروع قانون إطار حول الصحة والسلامة في العمل ينص على توسيع صحة الشغل لتشمل الوظيفة العمومية، هو في طور الإعداد حاليا؛
 - النقص الحاد في تكوين المهنيين الطبيين وشبه الطبيين في مجال الصحة والسلامة في العمل . فالحاجيات النظرية تناهز 2.500 طبيب شغل، على حين لا يتجاوز تعداد هؤلاء الأطباء حاليا 900 طبيب، يمارس أغلبهم في القطاع العمومي، ولا يعملون دائما في نطاق تخصصهم؛
 - التغطية الصحية للعاملين لا تزال غير كافية. فالأعداد التي يغطيها طب الشغل لا تتجاوز 350.000 عامل، أي ما نسبته 3.5 بالمائة تقريبا من الساكنة النشطة في الوسط الحضري؛
 - الوقاية والسلامة في الشغل غير كافية بالنسبة لمهنيي الصحة، وذلك رغم ارتفاع المخاطر المهنية التي يتعرضون لها؛
 - نقص في تطبيق تشريع الشغل، وضرورة تحيين هذا التشريع؛
 - غياب معطيات موثوقة حول المشاكل الصحية لدى العاملين؛
 - انعدام التعاون الكافي بين القطاعات في مجال إنعاش الصحة والسلامة في العمل .
- ويتعرض مهنيو الصحة لمخاطر متعددة، وخصوصا الأمراض التي تصيبهم اثناء تأدية عملهم. ومن ثمة فإن صحة وسلامة المهنيين من أطباء وممرضين تعد بمثابة مؤهل وعنصر إيجابي إضافي لضمان جودة الخدمات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية. ووعيا من وزارة الصحة بهذه الإشكالية، ومن أجل تحسين صحة العمل لمستخدميها، أحدثت الوزارة وحدات للصحة في الشغل على مستوى المندوبيات. وضرورة وضع مثل هذه الوحدات في مجموع المؤسسات الصحية مسألة تفرض نفسها لتأمين الوقاية والتتبع الطبي لفائدة مهنيي الصحة.

4 ولوجية الأدوية

تحتل الأدوية مكانة مركزية في اقتصاد المنظومات الصحية وفي عمليات التفكير حول تنظيم المنظومات الصحية، وهي تمثل ما بين 20 و30 بالمائة من مصاريف الصحة في العالم.⁹⁴

وسنعالج الولوج إلى الأدوية من وجهة نظر عامة، قبل التطرق إلى ولوجيتها في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية. في المغرب، تمثل الأدوية والمعدات الطبية ما نسبته 31.7 بالمائة من مجموع

مصاريف الصحة.⁹⁵ إلا أن مستوى استهلاك الأدوية مازال ضعيفا جدا (524 درهم لكل ساكن في السنة) بالمقارنة مع بلدان أخرى.⁹⁶

1.4. أدوية بأسعار بالغة الارتفاع

نشرت لجنة المالية والتنمية الاقتصادية بمجلس النواب، في 2009، تقريرا حول وضعية أسعار الأدوية بالمغرب، منددة بأسعارها المرتفعة بطريقة غير معقولة.⁹⁷ ويرى معدو التقرير أن المسؤولية الرئيسية في ذلك تقع على قسم من الصناعة الصيدلانية، وكذا على المساطر الإدارية التي تحدد الأسعار، وأن من الممكن تخفيض تلك الأسعار سريعا وبنسبة كبيرة من خلال تطبيق مجموعة من التدابير التي تعود بالأساس إلى وزارة الصحة. هذا التقرير، الذي توجه إليه الجمعية المغربية للصناعة الصيدلانية انتقادات بخصوص أخطاء منهجية، يمثل سابقة في بلادنا، وقد كان له الفضل في طرح موضوع هام على ساحة النقاش العمومي.

ولقد اتخذت وزارة الصحة مؤخرا قرارا بتخفيض أسعار 320 دواء حتى حدود 60 بالمائة بالنسبة إلى بعض تلك الأدوية (جلسة الاستماع مع وزير الصحة). وهناك تدابير أخرى مبرمجة، غير أن تخفيض سعر الأدوية، وهو الأمر الذي يتطلبه نجاح التغطية الصحية الأساسية، يفترض إصلاحا شاملا للمنظومة الحالية، بدءا من إعادة الصياغة الشاملة للقوانين المنظمة لأسعار الأدوية، لأنها أصبحت متجاوزة، ولا تطبق إلا جزئيا، وتصب في عكس اتجاه سياسة النهوض بالأدوية الجينية.

القوانين المنظمة لأسعار الأدوية بالمغرب

تحديد الأسعار

لم يتم قط تحيين ولا مراجعة القرار رقم 69-465، الصادر بتاريخ 18 شتنبر 1969، الذي يحدد طرق تحديد أسعار الأدوية المصنعة محليا. وهو قرار أصبح اليوم متجاوزا تماما، حتى برأي وزير الصحة نفسه (جلسة الاستماع مع وزير الصحة). وقد تمثل أهم تجديد في القيام في 1998 بتبني مسطرة خاصة لتحديد أسعار الأدوية الجينية، مما أتاح تحقيق تخفيض تجاوز 80 بالمائة. فحسب هذه المسطرة، يتم تخفيض الدواء الجينيس الذي ينزل إلى السوق بما مقداره 30 بالمائة بالنسبة إلى سعر الدواء الأصلي، ثم بنسبة 5 بالمائة للأدوية الجينية التي تليه في ما بعد. وتشكو هذه المسطرة من نواقص. فالتخفيض الأولي البالغ 30 بالمائة غير كاف، ويمكن أن يكون على الأقل بخمسين بالمائة. من جهة أخرى، يفضي التخفيض بنسبة 5 بالمائة من أسعار الأدوية الجينية التالية إلى إعطاء الامتياز للمختبرات التي تبيع بأسعار أعلى، مما يسمح لها بإطلاق حملات دعائية لصالح منتجاتها، وهو ما يعني زيادة في كميات المبيعات من الأدوية الأعلى ثمنا.

Comptes Nationaux de la Santé 2010. Ministère de la Santé/OMS, Edition 2013. 95

Source : ANAM 96

Chambre des Représentants. Commission des Finances et du Développement Economique: "Rapport de la Mission. 97

والشبيء نفسه يقال عن القرار رقم 93-2365، المتعلق بتحديد أسعار الأدوية المستوردة، والذي أصبح بدوره غير ملائم، وأفضى إلى أن صارت بعض الأدوية المستوردة تباع في المغرب بأسعار أعلى من أسعارها في البلدان الأوروبية، وأفضى كذلك إلى جعل حصة الأدوية المستوردة لا تفتأ ترتفع قياسا إلى حصة الأدوية المصنعة بالمغرب.⁹⁸

يشكو قطاع الدواء في المغرب من ضعف أداء وزارة الصحة في إعداد نصوص تشريعية وتنظيمية وفي تطبيقها. ففي فرنسا على سبيل المثال، فإن قانون الصحة العمومية يتطور باطراد.

هوامش التوزيع

تستقر الهوامش عند حدود 30 بالمائة من السعر العمومي بالمغرب للصيدلي، و7 بالمائة لموزع الجملة. وبالتالي فإن هامش التوزيع يمثل 37 بالمائة من السعر العمومي بالمغرب، أي 58.7 بالمائة من سعر الدواء عند خروجه من المختبر.

وبينما يعتبر هذا الهامش في المغرب ثابتا، فإننا نجد أن بلدانا مثل فرنسا وتونس تبنت نظاما تراجعيا للهوامش، حيث يتراجع الهامش كلما ازداد ثمن الدواء ارتفاعا، حتى قد يبلغ الهامش 5 بالمائة فقط بالنسبة إلى أكثر الأدوية غلاء. فالهوامش الثابتة تحفز على بيع الأدوية الغالية، ولا تشجع الصيدلي على بيع الأدوية الأدنى سعرا. ثم إن هناك قسما كبيرا من الأدوية غالية السعر، التي يتم وصفها في العلاجات غير الإستشفائية، لا تحمل إشارة إلى السعر العمومي بالمغرب، لكي لا ينتقص منه سعر التوزيع، مما يرغم العديد من المرضى على التزود بتلك الأدوية مباشرة من المختبرات، وهو ما يخلق مسار توزيع موازيا. ولعل حل هذا المشكل يتمثل في تعيين هوامش توزيع دنيا لهذه الأدوية حتى يمكن توزيعها في الصيدليات.

تأثير الأدوية الجنيسة على أسعار الأدوية

اضطلعت الأدوية الجنيسة، خلال العقود الثلاثة المنصرمة، بدور رئيسي في الولوج إلى العلاجات في المغرب. فقد سهلت هذه الأدوية الولوج إلى العلاجات، وأتاحت الرفع بنسب هامة جدا من أعداد المرضى الخاضعين للعلاج. كما أنها أتاحت كذلك توفير أموال هامة على المرضى ووزارة الصحة ومؤسسات التأمين على المرض.⁹⁹

يمكن خفض من أسعار الأدوية بالنسبة إلى المرضى بما معدله 60 بالمائة، عبر الانتقال من الأدوية الأصلية إلى نظيرتها الجنيسة ذات الأسعار الأقرب إلى المتناول،¹⁰⁰ بحكم أنه من الثابت اليوم أن نوعية

Aspects concernant les prix des médicaments au Maroc. A Mahly, DMP, ministère de la Santé, 2004. 98

Secteur pharmaceutique Marocain: Réalités sur le prix des médicaments et intérêts du secteur. AMIP, 2010. 99

Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle. OMS, 2010 100

الدواء الجينيس متكافئة مع نوعية الدواء الأصلي . والحال أن نسبة انتشار الدواء الجينيس في المغرب لا تتجاوز 34 بالمائة في الصيدليات، ولا تتجاوز 42 بالمائة باعتبار كل أنواع الاستهلاك، وهو ما يمثل نسبة ضعيفة جدا، مقارنة بالولايات المتحدة على سبيل المثال، حيث تبلغ تلك النسبة 70 بالمائة.¹⁰¹

إضافة إلى الأثر في أسعار الأدوية، فإن نسبة أعلى لانتشار الدواء الجينيس من شأنها أن تفضي كذلك إلى إنعاش الصناعة الصيدلانية المغربية، المعروف عنها أنها تستجيب للمعايير الدولية، مما يفتح أمامها باب التصدير نحو عدد من البلدان ومنها البلدان الأوربية، فتساهم بذلك في خلق مناصب للشغل . وإن من شأن الترخيص الأخير الذي أعطته المديرية الأوربية لجودة الدواء بالمجلس الأوربي للمختبر الوطني لمراقبة الأدوية، أن يدعم سياسة الأدوية الجينية في بلادنا.

وتجدر الإشارة إلى أن نسبة انتشار الأدوية الجينية في القطاع الخاص ضعيفة جدا. "المنافسة بالسعر، في مجال استهلاك الدواء، محدودة حيال المستهلك، بمعنى أن المريض لا يتردد في شراء الدواء نفسه بثمن أعلى إذا كان طبيبه هو من وصفه له أو كان صيدليه هو من نصحه به . وبالتالي، ولكي يستطيع الدواء الجينيس الاضطلاع بدوره في تخفيض أسعار الأدوية عند الاستهلاك في القطاع الخاص، ينبغي العمل على دعمه من خلال عدد من التدابير. ومن أكثر هذه التدابير فعالية أن تتم فهرسة تعويضات مصاريف الدواء على أساس سعر الدواء الجينيس متى كان متوفرا في السوق."¹⁰²

أما التدابير الأخرى التي أبانت عن فعاليتها في مجال إنعاش الأدوية الجينية في عدد من البلدان، فمن بينها فهرسة تعويض مصاريف الأدوية من قبل مؤسسات التأمين عن المرض على أساس سعر الدواء الجينيس (وهذا معمول به في المغرب)، وإعطاء الصيدلي الحق في استبدال الدواء الأصلي بدواء جينيس، كما هو الحال في فرنسا. وتطبيق هذا التدبير الأخير يقتضي بعض الشروط المسبقة، التي منها على الخصوص نظام معلوماتي معمم، لمتابعة أعمال الاستبدال وتفادي عمليات الغش (المعالجة المعلوماتية للوصفات الطبية، وبطاقة إلكترونية للمرضى)، وألية لتعويض عن الخسارة للصيدلي الذي يطبق الاستبدال (وهذا يتطلب الإجابة على عدد من الأسئلة: بأي شكل؟ ومن سيمول؟ ومن سيتكفل بالتدبير؟)

كما أن النهوض بالأدوية الجينية يقتضي كذلك إعلام وتحسيس مهنيي الصحة والمواطنين. ويمثل عمل الدولة على التواصل حول الأدوية الجينية، عبر وسائل الإعلام ذات الجمهور الواسع، وسيلة فعالة للنهوض بتلك الأدوية. والحملة المؤسسية الوحيدة التي تم القيام بها في هذا الاتجاه هي تلك التي قادتها الوكالة الوطنية للتأمين على المرض في 2008 و2009. وقد كانت هذه الحملة موضوعا لتقييم تبين منه أن الناس رأوا فيها دعوة للمريض إلى أن يطلب من الطبيب ومن الصيدلي أدوية جينية. غير أن المرضى الذين تم استجوابهم أثناء التحقيق التقييمي صرحوا بكل وضوح بأنهم لن يشتروا هذا النوع

من الأدوية إلا إذا أكد لهم الطبيب أو الصيدلي فعاليتها.¹⁰³ ويزيد من أهمية هذه الحملات الموجهة إلى جمهور عريض، كونُ الناس تلجأ إلى التداوي الذاتي بما يمثل أكثر من 40 بالمائة من استهلاك الأدوية. أما في القطاع العمومي، فالوضعية تختلف اختلافا كبيرا، والمنافسة تؤدي دورها جيدا. فالأدوية الجينية تمثل ما بين 70 و80 بالمائة من الأدوية التي تقتنيها وزارة الصحة عن طريق طلبات عروض. ونسجل انخفاضا في أسعار الأدوية التي تقتنيها الوزارة سنة بعد أخرى بفضل تأثير الأدوية الجينية. وعلى سبيل المثال فإن الوزارة تدفع 5 دراهم مقابل علبة أموكسيسيلين، بينما لا يقل أدنى أسعار هذا الدواء في الصيدلية عن 37 درهما، علما أن شكل الدواء وتقديمه لا يختلفان بين هذا وذاك.

الملكية الفكرية

صار المغرب منذ 2005، بصفته عضوا في منظمة التجارة العالمية، ملزما بتطبيق الاتفاقية حول حقوق الملكية الفكرية المطبقة على التجارة. وإذا كانت هذه الاتفاقية قد أضحت تحمي الأدوية عبر براءات اختراع لمدة تبلغ عشرين سنة، فإنها تبقي على بعض المرونة، بما يتيح تجاوز الحماية التي توفرها البراءة، وذلك في بعض الحالات الخاصة (مثل حماية الصحة العمومية، والولوج إلى الأدوية وغير ذلك). وقد تم التأكيد على جوانب المرونة تلك في إعلان الدوحة لمنظمة التجارة العالمية (2001)، الموقع عليه من قبل كل الدول الأعضاء، ومن ضمنها المغرب.¹⁰⁴ غير أن المغرب لم يعمل بعد هذه الحقوق حتى اليوم.

ومن جهة أخرى، يتعرض الولوج إلى الأدوية الجينية لتهديد متزايد يتمثل في ممارسات تسعى إلى استمرارية الاحتكار التجاري للدواء الأصلي. وهذا ما يقع مثلا حين يتم إحداث بعض التغييرات في تركيبة العناصر النشطة في الدواء الأصلي عند انتهاء مدة حماية البراءة، مما يعطي للدواء الأصلي من جديد صفة الجودة التي تؤخر إمكانية إنتاج نظيره الجينيس. وقُل الشيء نفسه في الاتفاقية التجارية المناهضة للتزوير، التي تمنع، بذريعة محاربة التزوير، كل استعمال للمادة الخام من قبل أي كان قبل انتهاء مدة حماية البراءة، وهو ما يؤخر إنتاج الأدوية الجينية.

وقد وقع المغرب مع الولايات المتحدة الأمريكية اتفاقيات تبادل حر تفرض معايير حمائية تذهب إلى أبعد من متطلبات منظمة التجارة العالمية (الاتفاقيات المعروفة باسم ADPIC¹⁰⁵). هذه الاتفاقيات، التي تمثل حاجزا كبيرا يقف دون الولوج إلى الأدوية بثمن في المتناول، كانت موضوعا لانتقادات شديدة من قبل المؤسسات الدولية والأممية العاملة في مجال الصحة والتنمية،¹⁰⁶ ومن قبل صانعي الأدوية الجينية والمجتمع المدني. ويرى جوزيف ستيكليتز، الحائز على جائزة نوبل للسلام، أن "الصناعة الصيدلانية

Etude d'impact de la campagne sur les médicaments génériques. ANAM, 2006. 103

Implications de la déclaration sur les ADPIC et la santé publique, Doha, OMS, N°12, 2002. 104

G Krikorian : Evolutions récentes de la législation sur la propriété intellectuelle au Maroc et accès aux médicaments. KESStudies vol 1, 2007. 105

The potential impact of free trade agreements on public health. ONUSIDA, PNUD, 2012. 106

الأمريكية قد توصلت إلى جعل دول أخرى تعمل بنظام للملكية الفكرية يفتقر إلى التوازن، وهو نظام تم وضعه من أجل محاربة الأدوية الجنيسة، ولذلك فهو يُولي الأهمية للربح أكثر مما يوليها لحياة الناس الذين ينتظرون أن ينقذهم الدواء.¹⁰⁷

ووقع المغرب كذلك على الاتفاقية المناهضة للتزوير، وهي بانتظار المصادقة عليها من قبل البرلمان. وهناك مخاطر أخرى، أحدثت منها عهداً، تتهدد الولوج إلى الأدوية الجنيسة في المغرب، ويتعلق الأمر باتفاقية ALECA، التي يجري التفاوض حولها مع الاتحاد الأوروبي.

والقانون المغربي المتعلق بحماية الملكية الصناعية (القانون رقم 97-17، المعدل بالقانون 05-31) يعد من بين القوانين الأكثر تضييقاً والأكثر وقوفاً في وجه الولوج إلى الأدوية الجنيسة في البلدان السائرة في طريق النمو¹⁰⁸. فهذا القانون يتخلى عن العديد من الحقوق التي تمنحها منظمة التجارة العالمية للدول من أجل حماية الصحة العمومية. وهو قانون منسوخ عن قوانين الدول المتقدمة، وليس بالتالي متلائماً البتة مع مستوى النمو الاقتصادي للمغرب ولا مع الموارد التي تتوفر عليها البلاد لمواجهة المشاكل الصحية.¹⁰⁹ كما أنه يصب في عكس اتجاه مصالح الصناعة الصيدلانية الوطنية، التي صار محكوماً عليها بأن تنتج نسخاً جنيسة من جزيئات جرى تجنيسها من قبل، مع قيمة مضافة أدنى.

من ثمة تتضح ضرورة العمل على تحقيق الانسجام بين سياسة وزارة الصحة، المشجعة للأدوية الجنيسة، وبين سياسات وزارات الشؤون الخارجية والصناعة والتجارة والتكنولوجيات الحديثة، وكذا إقرار إصلاح للمكتب الوطني للملكية الصناعية والتجارية.

2.4. نظام لتخزين وتوزيع الأدوية غير فعال

على المستوى الوطني

إن نجاعة وفعالية نظام التموين تعد بمثابة عوامل حاسمة لنجاح كل سياسة صيدلانية وطنية. في القطاع الخاص، تمتاز شبكة الصيدليات (حوالي 11.000 صيدلية)، وشبكة الموزعين بالجملة، بتنظيمهما المحكم وانتشارهما على امتداد التراب الوطني.

أما في القطاع العمومي، فإن تخزين وتوزيع الأدوية يطرحان مشاكل كبرى، كما تشهد بذلك الكميات المهولة من الأدوية المنتهية الصلاحية، وحالات التأخر في التسليم، وحالات نفاذ المخزون. فالأماكن المعدة للتخزين مكنتة وغير ملائمة لهذه الوظيفة، والوسائل اللوجستية غير كافية، سواء على المستوى

107 JE Stiglitz, article traduit et publié par L'Economiste du 10 juillet 2013.

108 G Krikorian, K Marhoum El Filali, H Himmich. L'accès aux médicaments sous le nouveau régime de protection des brevets : cas du sida au Maroc. KESStudies Vol 2, 2008.

109 L. Birkes. "Lessons from Morocco", Middle East Times. Monterey Institute of International Studies, 2007.

المركزي أم على المستوى المحلي.¹¹⁰ وتوزيع الدواء يشكو من نقص في التنسيق والتدبير في شبكة التوزيع، ومن غياب نظام إعلامي مندمج يتيح قيادة عملية التموين بالمواد الصيدلانية. كما أن الوسائل اللوجستية المستعملة في التوزيع غير كافية لسد حاجيات نظام شديد المركزة، عليه التكفل بتزويد مؤسسات مشتتة جغرافيا كأشد ما يكون التشتت.

وهو نظام له كلفته التي يجب أخذها بعين الاعتبار في بلورة الإصلاحات القادمة. وبالتالي فمن الضروري الإسراع بإصلاحه والتفكير في تفويض تدبيره للقطاع الخاص.

آثار نظام التوزيع على ولوجية الأدوية بمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية

لم تكن الكميات التي يتم تزويد الأقاليم بها تغطي في 2007 إلا ما يقارب 30 بالمائة من حاجيات مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية من المنتجات الصيدلانية¹¹¹. أما خلال السنوات الأخيرة فقد ارتفعت تلك الكميات، لكن دون الاستجابة مع ذلك للحاجيات.

في النظام التدبيري الحالي، تعبر كل مؤسسة من مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية عن حاجتها من الأدوية (طبقا للتصنيف الوطني) للسنة الموالية لسنة معينة، بناء على معدل الاستهلاك للسنوات الماضية وليس بناء على الحاجيات الحقيقية للوصفات الطبية. بعد ذلك يجري تجميع الطلبات على المستوى الإقليمي، قبل أن يجري توجيهها إلى قسم التموين، الذي يتكفل باقتناء المشتريات المجمعة وتموين الصيدليات الإقليمية، التي تقوم بدورها بتموين مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية. من جانب آخر، فإن مديريات أخرى، مثل مديرية السكان ومديرية الأوبئة ومحاربة الأمراض، تلجأ كذلك إلى شراء أدوية، بكميات تزيد أو تنقص، لتلبية حاجيات برامج الصحة العمومية.

التدبير اليدوي لهذا المسلسل، الذي يتميز بطول المسار والعدد الكبير من المتدخلين والإمكانيات المحدودة لتتبع آثار المنتجات الصيدلانية الموزعة، يفرض بالضرورة إلى عدد من حالات الاختلال على مستوى مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، كما وقف على ذلك أعضاء مجموعة العمل أثناء الزيارات الميدانية: "نحن نعيد تقديم الطلبات نفسها التي قدمناها في السنوات الماضية. وعلى كل حال فنحن لا نتلقى دائما كل ما نطلبه... نتلقى أحيانا منتجات اقرب تاريخ نهاية صلاحيتها... نعاني من نفاذ مخزون الكثير من المواد، مثل أدوية ارتفاع الضغط الدموي، والأوسيتوسين، والمضادات الحيوية الخاصة بالأطفال... كثيرا ما نضطر إلى تسليم المرضى وصفة دواء ليقتنوه من الصيدليات الخاصة." (طبيب رئيسي بمركز صحي).

Rapport de la Commission Consultative du Médicament et des Produits de Santé. 2012. 110

Santé Vision-2015. Ministère de la santé-OMS, 2007. 111

ويفضي هذا التدبير غير الفعال إلى كثير من حالات نفاذ المخزون، وسوء التوجيه، وسَخَطِ المرضى، الذين ينفرون من مراكز الخدمات الصحية، ناهيك عن إحباط المهنيين المعالجين، كما أن هذا التسيير يفضي أيضا إلى خسارة مالية ناجمة عن انتهاء مدة صلاحية كميات كبيرة من الأدوية، ووقوع عبء مالي هام على كاهل المرضى (الذين كثيرا ما يكونون معوزين).

3.4. توصيف الأدوية على مستوى مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية: عقلنة لا مناص منها

حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن أقل من نصف المرضى في البلدان ذات الدخل الضعيف والمتوسط يتلقون علاجات صحية أولية تستجيب للتوجيهات السريرية والبروتوكولات العلاجية في مجال الأمراض العادية، كما أن أكثر من نصف الأدوية يجري توصيفها أو تسليمها أو بيعها بطريقة غير ملائمة.¹¹² وقد أكدت هذه الملاحظة دراسة تم إجراؤها على شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية في ولاية الدار البيضاء الكبرى.¹¹³

ويمثل التسويق الذي تمارسه المختبرات الصيدلانية، والموجه صوب إشهار الأدوية الأحدث والأعلى سعرا، عقبة كبرى في سبيل عقلنة الوصفات الطبية.

كما أن من شأن نشر وتوزيع البروتوكولات العلاجية أن يساعد على عقلنة الوصفات الطبية، والبروتوكولات العلاجية التي أعدتها وزارة الصحة، وهي تهتم على الخصوص ببرامج الصحة العمومية. وقد تمت بلورة توصيات بالممارسات الطبية الجيدة، تهتم التكفل بالأمراض المزمنة، وذلك في إطار اتفاقية للشراكة تم إبرامها بمبادرة من الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، وتم التوقيع عليها من قبل وزير الصحة، والجمعية المغربية للعلوم الطبية، والوكالة الوطنية للتأمين عن المرض. وفي هذه الإطار تم نشر 9 بروتوكولات علاجية على الموقع الإلكتروني للوكالة، وهناك 25 بروتوكولا آخر في طور الإعداد.

112 Rapport sur la santé dans le monde. Le financement des systèmes de santé. Le chemin vers une couverture universelle. OMS, 2010

113 A. Khalid. Rationalisation des prescriptions des médicaments au niveau du réseau de soins de santé de base. INAS, 2004.

القسم الرابع : المصاريف الصحية وتمويلها

1 مصاريف الصحة

لا تمثل مصاريف الصحة الإجمالية إلا ما نسبته 6.2 بالمائة من الناتج الداخلي الخام¹¹⁴، أي أدنى من المعدل المسجل لدى الدول الـ 194 الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، والذي يبلغ 6.5 بالمائة، وأعلى من نسبة 6 بالمائة التي تعتبرها المنظمة بمثابة الحد الأدنى الضروري لضمان علاجات صحية أساسية. إلا أن هذه المصاريف لا تبلغ إلا نصف مثيلتها بتونس، وسدس نفس المصاريف بالأردن¹¹⁵.

والشيء نفسه يصح في حق مجموع المصاريف السنوية عن كل ساكن، حيث بلغت هذه المصاريف حوالي 153 دولاراً أمريكياً في 2012، في حين يبلغ المعدل المسجل لدى الدول الأعضاء 302 دولاراً¹¹⁶. أما مصاريف وزارة الصحة فتمثلت 4.1 بالمائة من نفقات الميزانية العامة للدولة في 2012، في حين توصي منظمة الصحة العالمية بأن تبلغ تلك المصاريف 9 بالمائة¹¹⁷: وعلى سبيل المقارنة فإن هذه المصاريف تمثل 10.4 بالمائة من المصاريف العامة للدولة في تونس، و10.6 بالمائة في الجزائر، و11.6 بالمائة في السنغال، و12.8 بالمائة في تركيا، و16.3 بالمائة في الأردن¹¹⁸.

1.1. الأسر هي التي تتحمل بصفة رئيسية مصاريف الصحة

ما زال تمويل العلاجات يعتمد بالدرجة الأولى على الأداء المباشر من قبل الأسر. فحصة المصاريف الصحية التي تتحملها الأسر بطريقة مباشرة تبلغ 53.6 بالمائة، أي ما معدله 802 دراهم للفرد سنوياً¹¹⁹. والتكاليف على حقيقتها هي بلا شك أكبر من ذلك، إذا أضفنا إليها المصاريف الخفية، المرتبطة بالنقل والإيواء (الكلفة الاجتماعية). كما تجدر الإشارة إلى أن المساهمة التي تضطر مؤسسات العلاجات الصحية الأصلية أن تطالب بها أسر المرضى، في الوسط القروي على الخصوص، لشراء الأدوية والمعدات الصغيرة من الصيدليات الخاصة، زيادة على مصاريف النقل، تمثل في بعض الأحيان عوائق أمام الولوج إلى العلاجات.

114 N Benali. Financement public de santé au Maroc entre les contraintes et les opportunités. 2^{ème} Conférence Nationale de la Santé. Marrakech, juillet 2013.

115 Etude sur l'équité en santé (INISAN 2012).

116 Statistiques mondiales de l'OMS 2013.

117 <http://www.em-consulte.com/rmr/article/144443>

118 NHA_ratios_and_pc_levels_fr_1995-2009. OMS.

119 Comptes Nationaux de la Santé 2010, ministère de la Santé, OMS, Edition 2013.

ويمثل تمويل المصاريف الصحية من قبل الأسر نفسها النمط السائد على العموم في البلدان الفقيرة أو ذات الدخل المتوسط. والحال أن الأداء المباشر كثيرا ما يضع الأسر أمام خيار صعب: هل تدفع مصاريف الخدمات الصحية أم هل تهتم بمصاريف تغذية الأطفال وتربيتهم؟ و"مهما كان مبلغ الأداء المباشر المفروض على الأسر ضئيلا، فإن من شأنه أن يصرفها عن استعمال الخدمات الصحية، أو أن يدفع إلى هاوية الفقر أشخاصا كانوا قريبين من عتبهته"¹²⁰. ويجب أن ينخفض اللجوء إلى الأداء المباشر إلى 15-20 بالمائة من مجموع مصاريف الصحة، لكي يكون أثر ذلك على الأسر غير ذي بال، ولكي ترسو نسبة الافتقار عند حدود غير مؤثرة.

ويبين تحليل المصاريف المباشرة للأسر أن ما يقارب 48.6 من تلك المصاريف يذهب إلى شراء الأدوية، تليها المصاريف التي تذهب إلى العيادات والمصحات الخاصة، بما نسبته 38.7 بالمائة. ويتم دفع هذه المصاريف على وجه الخصوص إلى العيادات الخاصة، في حين لا تجتذب المستشفيات العمومية إلا 4.4 بالمائة من المصاريف المباشرة للأسر. وتبين هذه الأرقام أن أغلب الساكنة القادرة على الأداء تلجأ إلى المؤسسات العلاجية الخاصة التي تعتبر الأسر أنها تقدم خدمة علاجية أجود (ظروف الاستقبال والإيواء، وتوفر التجهيزات وغير ذلك). فاللجوء إلى القطاع الخاص قد يجد تفسيره في الصعوبات التي تواجهها المؤسسات العمومية، سواء أعلق الأمر بجودة الاستقبال والإيواء أم حتى بنوعية العلاجات.

2.1. مصاريف التأمين الصحي الإجباري

يخصص نظام التأمين الصحي الإجباري مكانة هامة للأمراض المزمنة، المعرفة بصفاتها أمراضا تصيب الأفراد فتلازمهم طيلة الحياة، وتكون تكلفتها على وجه العموم كبيرة. وبهذا الصدد فإن هناك أكثر من 300 مرض هي موضوع تدابير تنظيمية خاصة ترمي إلى تكفل أمثل في إطار التأمين الصحي الإجباري، مع نسبة تغطية قد تبلغ 98 بالمائة، علما أن باقي المصاريف (المدفوعات المشتركة) تبقى على حساب المؤمن.

وحسب معطيات الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، همت الأمراض المزمنة في 2012 قرابة 3.3 بالمائة من المنخرطين في التأمين، ومثلت 51 بالمائة من مجمل المصاريف. والأمراض المزمنة تمثل أكبر تحد يواجهه نظام التغطية الصحية الأساسية. وهذا يقتضي سياسة إرادية ترمي إلى محاربة التدخين وقلة الحركة والعادات الغذائية السيئة، ويسجل ضعف نسب التعويض عن العلاجات الوقائية، وهو ما يصب في نقيض كل سياسة صحية من المفروض فيها أن تولي أهمية كبرى للوقاية من الأمراض المزمنة، وأن تهدف إلى تحسين الحال الصحية للساكنة، والتحكم بالتالي في مصاريف الصحة. ومن شأن هذا الوضع

أن يفضي بعد حين إلى الزيادة في المخاطر الثقيلة. كما أن الارتفاع الكبير لأسعار الأدوية الخاصة بالأمراض المزمنة يعد أيضا من أسباب ارتفاع تلك النفقات.

3.1. مصاريف وزارة الصحة في مجال العلاجات الصحية الأساسية

حسب الحسابات الوطنية للصحة، تستفيد المستشفيات (بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية) من أكبر قسم من الأموال التي تخصصها وزارة الصحة للمؤسسات التابعة لها (46.9 بالمائة)، في حين لا تستفيد مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية إلا من 34 بالمائة من تلك المخصصات، علما أن هذه المؤسسات، على عكس المستشفيات، لا تتوفر على أي موارد أخرى للتمويل. أما الميزانية المخصصة للأدوية فانتقلت من 1.6 مليار درهم في 2012 إلى 2.2 مليار في 2013، وهو ارتفاع كان الهدف منه الرفع من كمية الأدوية المخصصة لمؤسسات الخدمات الصحية الأساسية، من أجل تغطية حاجيات المستفيدين من نظام المساعدة الطبية في مجال الأدوية (جلسة الإستماع مع وزير الصحة).

غير أن مجانية العلاجات والأدوية على مستوى مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية بالنسبة للمرضى جميعا، حتى المتوفرين منهم على تغطية صحية والموسرين، تجعل الدولة تتحمل وحدها عبء التمويل في هذا المجال. والأنماط المتبعة حاليا في أداء ثمن الخدمات المقدمة إلى المستفيدين من نظام المساعدة الطبية تجعل تلك الأداءات لا تتبع الخدمة المقدمة إلى المستفيد.

وقد تم إحداث صندوق مشترك بمساهمة من الدولة والجماعات المحلية والمنخرطين، بما يمكن من أداء مستحقات المستشفيات حسب فواتيرها. فمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، رغم أنها تعتبر المدخل الإجباري للمستفيدين من نظام المساعدة الطبية إلى المنظومة العلاجية، إلا أنها لن تستفيد بصفة مباشرة من تمويل نظام المساعدة الطبية، مما يشكل مفارقة.

2 تمويل الصحة

1.2 مبادئ تمويل الصحة

تعد مسألة تمويل الصحة مسألة بالغة الأهمية لكل البلدان، بسبب رهاناتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ولا يمكن الفصل بين تمويل الخدمات الصحية الأساسية وتمويل الصحة. وتعتبر التغطية الصحية الشاملة الآلية الرئيسية لتمويل منظومة صحية تطمح إلى الإنصاف. وقد حددت منظمة الصحة العالمية ثلاث مشاكل رئيسية يتعين حلها من أجل التقدم نحو تغطية صحية شاملة، هي قضية جاهزية الموارد، والاعتماد المفرط على الأداء المباشر من قبل الأسر، والاستعمال غير الفعال وغير المنصف للموارد.

ويرتبط التمويل الملائم للصحة بعدة عوامل :

- بنية الاقتصاد: فالبلدان، من مثل المغرب، التي تعرف مستوى مرتفعا لمناصب الشغل غير المهيكلة، تواجه صعوبة مزدوجة: صعوبة في إقرار الضريبة على الدخل، وصعوبة في اقتطاع المساهمات (أجور غير مصرح بها، وامتدنية في نفس الوقت). ومن جانب آخر، يجب أن يؤخذ في الحسبان، عند اقتطاع المساهمات من الأجور (نسبة المساهمة) أثر تلك الاقتطاعات على القدرة الشرائية؛
- المكانة المخصصة للتضامن: التضامن بين الأغنياء والفقراء، والتضامن بين الأجيال؛
- مدى تقاسم المخاطر بين الساكنة المعرضة لمخاطر كبيرة والساكنة المعرضة لمخاطر دنيا؛
- مدى إقرار مسؤولية الأمرين بالعلاجات، من مومنين ومقدمي الخدمات العلاجية؛
- القدرة على التدبير الناجع والمستدام للتأمين الإجباري عن المرض؛
- نجاعة المؤسسات والمنظومة الصحية.

ويمكن تأمين تمويل منظومة صحية معينة عبر ثلاثة أنماط يجري في الغالب العمل بها جميعا في آن واحد، ولكن بنسب تختلف باختلاف البلدان:

- التمويل المباشر من قبل الأسر، بناء على مبدأ المسؤولية الفردية؛
- التمويل التعاضدي، المبني على مبدأ التضامن؛
- التمويل من خلال النظام الضريبي، القائم على مبدأ الحق في الصحة باعتبار هذا الحق دينا للمواطنين في ذمة الدولة.

وتعتبر منظمة الصحة العالمية أن باستطاعة البلدان تسريع تقدمها نحو تغطية شاملة عبر اللجوء إلى الحد من الأداءات المباشرة. وهذا يقتضي إدخال أو تعزيز مبدأ تجميع الموارد. والبلدان التي اقتربت أكثر من غيرها من التغطية الصحية الشاملة تعتمد التمويل من خلال فرض الضرائب ومن خلال مساهمات التأمين.¹²¹ لكن من المهم ملاحظة أنه، ما بين القرنين التاسع عشر والعشرين، فإن الزمن الذي انقضى ما بين التصويت على أول قانون للتأمين الإجباري على المرض وبين التصويت على تفعيل التغطية الشاملة يُعدُّ عشرات السنين بالنسبة إلى العديد من الدول. وعلى عكس ذلك حال الأمر في المكسيك، حيث إن تفعيل آلية عمومية للتأمين عن المرض أتاح للبلاد التوصل إلى تغطية صحية شاملة في أقل من عشر سنوات بعد إدخال هذا البرنامج¹²².

121 Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture médicale universelle. OMS, 2010.

122 Rapport sur la santé dans le monde. La recherche pour la couverture sanitaire universelle. OMS, 201

2.2. تمويل الصحة في المغرب

مصادر تمويل الصحة

رغم إرساء نظام التغطية الصحية الأساسية، ما زالت الأسر هي التي تتكفل بتمويل الجزء الأكبر من مجمل مصاريف الصحة، بما نسبته 53.6 بالمائة. ويعطي الجدول أسفله فكرة عن مختلف مصادر التمويل المنشورة في الحسابات الوطنية للصحة لسنة 2010.

مصادر تمويل الصحة في المغرب

| الحصة بالنسبة المئوية | مصدر التمويل |
|-----------------------|--|
| 53,6 | أداء مباشر من قبل الأسر |
| 25,2 | المداحيل الضريبية الوطنية والمحلية |
| 18,8 | التغطية الصحية الأساسية (التأمين الإجباري عن المرض، ونظام المساعدة الطبية) |
| 1,1 | التعاون الدولي |
| 0,9 | المشغلون (خارج النظامين المذكورين) |

نظام التغطية الصحية الأساسية

يمثل القانون 00-65، المتعلق بسن التغطية الصحية الأساسية، والصادر في أكتوبر 2002 (الظهير رقم 1-02-26-96، بتاريخ 25 رجب 1423)، أساس الحماية الاجتماعية في مجال الصحة، ويجسد التزام الدولة بضمان الحق في الصحة. ونظام التغطية الصحية الأساسية نظام لتمويل الخدمات العلاجية الصحية، يقوم على مبادئ التضامن والإنصاف والتدرج، ويرمي إلى تمكين مجموع ساكنة المملكة من اللجوء إلى العلاجات. وهو يتكون من نظامين: نظام التأمين الإجباري عن المرض، ونظام المساعدة الطبية.

نظام التأمين الإجباري عن المرض: الذي يقوم على أساس مبدأ تقاسم المخاطر ومبدأ المساهمة المالية للأشخاص المستفيدين، وكذا على أساس تطبيق نسبة تغطية تترك للشخص المؤمن أمر التكفل بجانب من المصاريف. وينطبق نظام التأمين الإجباري عن المرض على الموظفين وأعاون الدولة والجماعات المحلية والمؤسسات العمومية، والأشخاص المعنويين الخاضعين لقانون الحق العام، وأجراء القطاع الخاص، وأصحاب المعاشات من القطاعين العمومي والخاص، وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير. كما ينطبق هذا النظام كذلك على الطلبة والعاملين المستقلين والأشخاص الذين يمارسون

هنا حرية، وكل الأشخاص الآخرين الذين يمارسون نشاطا غير مؤدى عنه. هذه الفئات الأخيرة لا تزال حتى اليوم غير مستفيدة من التأمين الإجباري عن المرض. والنظام خاضع حاليا في تديره للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

إلى حدود 31 دجنبر 2012 قام الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بتغطية 2 940 071 موظفا بالقطاع العمومي وذوي الحقوق، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتغطية 4 692 348 مأجورا بالقطاع الخاص وذوي الحقوق، حسب مقتضيات القانون 00-65، أي ما يعادل 34 في المائة من مجموع الساكنة (جلسة الإستماع لمدير الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض)

نظام المساعدة الطبية: الذي يقوم على أساس مبدأ التضامن الوطني لفائدة الساكنة المعوزة التي ليست خاضعة لأي نظام للتأمين الإجباري عن المرض. ويتم تأمين تمويل هذا النظام في الجزء الأكبر منه من قبل الدولة والجماعات المحلية. وهو يهيم قرابة 8.5 مليون شخص معوز، وقد وضع حدا لاستعمال شهادة الاحتياج التي كان يجري بها العمل قبل ذلك في المستشفيات، وكانت هذه الساكنة تستفيد بواسطتها من الإعفاء من المصاريف المرتبطة بالعلاجات.

ومند أن أطلق صاحب الجلالة عملية تعميم هذا النظام في 13 مارس 2012، وإلى متم يوليوز 2013، تمكن نظام المساعدة الطبية من تغطية ما يزيد على 5 ملايين مستفيد، يضاف إليهم 1.5 مليون شخص ممن وضعوا ملفاتهم، ويمكنهم بالتالي اللوج إلى العلاجات في حال الاستعجال مقابل تقديم وصل وضع الملف، وهو ما يجعل النظام يغطي 77 بالمائة من الساكنة المستهدفة.

حسب القانون 00-65، وباستثناء عمليات نقل المرضى بين المستشفيات، التي يتكفل بها نظام المساعدة الطبية، فإن سلة العلاجات المتنقلة والعلاجات الاستشفائية لدى نظام التأمين الإجباري عن المرض لا تختلف في شيء عنها لدى نظام المساعدة الطبية. غير أن المرسوم التطبيقي لنظام المساعدة الطبية حدد هذه السلة في الخدمات المتوفرة في المستشفيات العمومية.

تقوم معايير تحديد الأهلية على أساس الدخل والأملاك وظروف عيش الطالبين، وهو ما يتم على أساسه حساب النقط. ويصدر قرار الأهلية عن اللجان الدائمة المحلية، التي تشتغل في 1770 ملحقة إدارية، من قيادات وباشويات.

وتعطي الأهلية كذلك بالصفة لنزلاء المؤسسات الخيرية ودور الإحسان والمياتم والملاجئ، وكذا نزلاء الإصلاحيات ونزلاء كل مؤسسة عمومية أو خاصة ذات مصلحة عامة ودون هدف ربحي تؤوي أطفالا متخلي عنهم أو بالغين دون أسرة، ونزلاء المؤسسات السجنية، والأشخاص الذين لا يتوفرون على محل إقامة قار. (الفصل 118 من القانون 00-65). غير أن أنماط تطبيق هذه المقتضيات لا يتم دائما نشرها، وبالتالي فإن الأشخاص الذين يتعذر عليهم الإدلاء بشهادة السكنى، وهم الأكثر هشاشة على المستوى الاجتماعي، يجدون أنفسهم اليوم خارج نظام المساعدة الطبية.

- ويخضع نظام المساعدة الطبية حالياً لتدبير وزارة الصحة، بينما ينص القانون 00-65، في فصله 60 و127، على أن تدبير هذا النظام، بما في ذلك موارده المالية، من شأن الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض.
- وقد قامت اللجنة التقنية الوزارية المختلطة، بعد اتخاذ الحكومة قرار تعميم نظام المساعدة الطبية، بدراسة خطة تعميم النظام على كل جهات المملكة، مما أسفر عن الوقوف على عدد من الملاحظات المقلقة:
- نظام يشتكي ضعف القيادة، وحاكمته بحاجة إلى مراجعة في اتجاه مزيد من توضيح الأدوار ومن الانسجام مع القانون؛
 - نمط تمويل منفصل تمام الانفصال عن الواقع الميداني، مما يجعل من الضروري إعادة صياغته؛ الموارد لا تتبع المرضى بل يتم إيلاؤها للمستشفيات؛ وولوج إلى العلاجات غير كاف؛
 - قواعد لتحديد الأهلية صعبة القراءة، وطريقة في التنقيط تحتاج إلى تبسيط متلائم مع التجارب المكتسبة خلال السنة الماضية.
 - نظام للولوج إلى العلاجات لا يستجيب إلا ببالغ الصعوبة لحاجيات المستفيدين، وذلك رغم ما تم تزويده به من وسائل إضافية.

وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلى الإشكالية النوعية المتعلقة بالولوج إلى العلاجات بالنسبة للمهاجرين من بلدان جنوب الصحراء، الذين يبقون حتى الساعة خارج نظام المساعدة الطبية. وبوجه عام فإن كل شخص لا يمكنه الإدلاء بشهادة للسكنى (أي الأشخاص دون محل سكن قار، وخصوصاً مدمنو المخدرات وأطفال الشوارع، والأشخاص الذين يقيم عدد منهم في غرفة واحدة يستأجرونها بطريقة غير مصرح بها) لا يمكنهم التسجيل في نظام المساعدة الطبية، على حين أن هذه الفئات هي بالذات الأكثر هشاشة من بين فئات الساكنة.

يتم تمويل نظام المساعدة الطبية من قبل :

- صندوق لدعم التماسك الاجتماعي تم إحداثه في 2012، وخصصت له ميزانية قدرها 2 مليار درهم.
- وهذا الصندوق مخصص لتمويل ثلاثة برامج: تفعيل نظام المساعدة الطبية، ومساعدة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، ومحاربة الانقطاع عن الدراسة. ويتبين من هذا أن الموارد المخصصة لهذا الصندوق ليست وبقا على نظام المساعدة الطبية، مما لا يتيح التمييز بين المصاريف المخصصة لأداء ثمن خدمات نظام المساعدة الطبية وبين تلك الموجهة إلى أوجه صرف أخرى؛
- مساهمة المستفيدين؛
- مساهمة الجماعات المحلية: 40 درهما عن كل شخص في وضعية فقر مطلق .

نظام عناية، الذي تم إحداثه بموجب القانون 07-03 "المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض لبعض فئات مهنيي القطاع الخاص، المعدل والمتمم للقانون 99-17 الخاص بسن قانون التأمينات"، بهم

المستقلين، والأشخاص الذين يمارسون مهنا حرة، والحرفيين. ونظام عناية يعتبر اليوم نظاما متجاوزا قد ثبت فشله. أما أهم أسباب هذا الفشل فهي كالتالي:

- تم نشر القانون بعد نظيره رقم 00-65، دون أي إحالة على هذا الأخير، مما جعله في تنافر تام مع مبادئه المؤسسة ومقتضياته الخاصة؛
- لا تنطبق إجبارية التأمين على الأشخاص الذين لا يتوفرون، بحكم مواردهم الضعيفة، على دخل سنوي يمكنهم من التوفر على مثل هذا التأمين؛
- يبلغ مستوى المساهمة بالنسبة إلى أسرة متوسطة تتألف من زوجين وثلاثة أطفال ما قدره 198 درهما في الشهر، مقابل 140 درهما في الشهر بالنسبة إلى موظف (المساهمة الأجرية ومساهمة المشغل) يستفيد من أنماط تغطية أوسع بكثير. والأسر ذات العدد الكبير من الأطفال، وهي في الغالب الأكثر عوزا، مطلوب منها دفع مساهمة أكبر، وهو ما يضرب في الصميم مبدأ التضامن.

الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض

بموجب القانون 00-65، تتمثل مهمة الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض في ضمان التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والحرص على وضع أدوات لتنظيم سير النظام، في احترام للمقتضيات التشريعية والتنظيمية المتعلقة به. وينص الفصل 60 من هذا القانون على أن الوكالة مكلفة "بتدبير الموارد المالية لنظام المساعدة الطبية، حسب الشروط المحددة في هذا القانون والنصوص التطبيقية المتعلقة به." أما في الواقع فإن القانون غير مطبق، ونظام المساعدة الطبية يخضع للتدبير المباشر لوزارة الصحة. وإلى اليوم فإن المقتضيات التنظيمية المتعلقة بأنماط التدبير المالي لنظام المساعدة الطبية، المسند بدوره إلى الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، مازالت لم تنشر بعد.

أعدت الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، واقتрحت على الإدارة، في 2010، خارطة طريق لبلوغ التغطية الصحية الشاملة في أفق 2020، تنتظم حول أربعة محاور:

- تعميم التغطية الصحية، من خلال تعزيز تضامن نظام الأجراء، وإحداث تغطية للطلبة والمستقلين، ودعم نظام المساعدة الطبية؛
- تحقيق الانسجام بين أنماط التغطية لعدد من الأنظمة، بهدف تقريبها من بعضها للإفضاء بها، بعد حين، إلى نظام موحد؛
- تنظيم نظام التأمين الإجباري عن المرض، عبر إقرار تتبع طبي منسق (مسار علاج منسق)، وتطوير برامج مواكبة للمصابين بالأمراض المزمنة، ودعم آلية التعاقد مع مقدمي الخدمات العلاجية، والتحكم في مصاريف الأدوية، والحرص على التحسين المستمر لنوعية العلاجات، من خلال بلورة وتفعيل توصيات تتعلق بالممارسات الطبية الجيدة؛
- تحقيق التلاؤم بين حكامه وقوانين التغطية الصحية الأساسية وبين الرهانات الجديدة.

غير أنه من الملاحظ أن هذه الخارطة بقيت دون جواب، علما أنها ورقة صائبة تستحق تمام الاستحقاق أن تؤخذ بعين الاعتبار.

يتبين من إحصاءات الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض أن عدد المؤمنين وذوي الحقوق الخاضعين لإجبارية التأمين على المرض والمتمتعين بالتغطية طبقا لمقتضيات القانون 00-65، قد بلغ في 31 دجنبر 2012 ما مقداره 10.901.541 من المستفيدين، منهم 3.269.000 من الذين يتمتعون بتغطية التعاضديات المهنية والصناديق الداخلية والتأمينات المساعدة من القطاع الخاص (الملحق 3). ويمثل المستفيدون الخاضعون لإجبارية التأمين الأساسي عن المرض ما نسبته 34 بالمائة تقريبا من مجموع الساكنة، والمستفيدون من نظام المساعدة الطبية ما نسبته 20 بالمائة. وهذا ما يجعل مجموع الساكنة المتمتعة بالتغطية يبلغ نسبة 54 بالمائة على وجه التقريب. وبتعبير آخر، فإن ما يقارب 46 بالمائة من ساكنة البلاد لا تتمتع إلى حد اليوم بتغطية صحية أساسية.

ويتضح في المحصلة أن تمويل الصحة في المغرب يعتمد على تغطية صحية أساسية سائرة في توسع مستمر منذ تفعيلها، رغم أنها لا تعود إلى أمد بعيد. لكنها لا تزال غير كافية بالنظر إلى المصاريف المرتفعة التي تتحملها الأسر. وتفعيل نظام المساعدة الطبية، الذي يمثل امتدادا هاما للتغطية الصحية الأساسية، يعتمد على تمويل يقوم أساسا على الضرائب (الدولة والجماعات المحلية). ويجب التأكيد على أنه بموجب القانون فإن الدولة ملزمة بتوفير الموارد المالية الضرورية لهذا النظام.

غير أنه يبدو من الواضح أن أنماط تدبير نظام المساعدة الطبية تعاني عجزا، وأن من الضروري اتخاذ تدابير عاجلة لضمان تدبير أمثل للموارد المخصصة لهذا النظام، وتفعيل استراتيجية تتيح تطوير التضامن الوطني حول تمويله. ومن الضروري كذلك، من جهة أخرى، العمل على التطوير الموازي لقدرات المنظومة الصحية، كي تستطيع الاستجابة للطلب على العلاج الذي سيتزايد مستقبلا، والذي من شأنه، إن لم تتم الاستجابة له بما يكفي، أن يخلق شعورا بالحرمان والظلم.

ومن المفروض أن يستهدف تمويل نظام المساعدة الطبية بالدرجة الأولى الخدمات الصحية الأساسية، مما من شأنه أن يساهم في الرفع من نسبة ارتياد المؤسسات الصحية الأساسية. كما أن من شأن تحسين نوعية خدمات هذه المؤسسات أن يساهم بدوره في اجتذاب تمويلات التأمين الإجباري عن المرض.

إن توسيع التغطية الصحية الأساسية لتشمل الأشخاص المستقلين وأصحاب المهن الحرة يبدو اليوم أمرا ضروريا لا مناص منه، تحقيقا للإنصاف، وكذلك من أجل تمويل المنظومة الصحية، بحكم أن فئات كبيرة من هذه الساكنة قادرة على الأداء. والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الذي يتولى حاليا تدبير القطاع الخاص، والذي ينخرط فيه المستقلون بصفتهم مشغلين، يبدو اليوم خير من يستطيع الاستجابة لهذه الضرورة.

على المدى المتوسط والبعيد، ينبغي التفكير في إحداث صندوق وحيد، يجمع بين المؤسسات المتدخلة في تدبير التأمين الإجباري عن المرض، ونظام المساعدة الطبية، من أجل الحد من مصاريف التدبير والاستفادة المثلى منها، وتحقيق الانسجام بين مساطر المراقبة وأنماط دفع التعويضات.

القسم الخامس : التوصيات

إن الولوج المنصف إلى علاجات صحية أساسية ذات جودة، سواء في الوسط الحضري أم القروي، يعد هدفا يصعب بلوغه، بسبب التعقيد الذي يطبع مجال الصحة، والإكراهات العديدة التي تعانيها المنظومة الصحية. ومن أجل التغلب التدريجي والفعال على هذه الصعوبات، يستوجب قيادة إصلاح جذري للمنظومة الصحية، مدعومة بإرادة سياسية حازمة، وتوسيعا تدريجيا للتغطية الصحية.

وما يتعين البدء به اليوم هو القطع مع النظام الحالي الذي في ظله " (...) تقدم الدولة الموارد الضرورية للخدمات الصحية (...) وتقرر طُرق صرف (تخصيص) تلك الموارد (...) وهي المقدم (الوحيد) للخدمات الصحية، (...) والوظائف الثلاث (...) تحت مسؤولية مؤسسة واحدة و (...) ليست منفصلة على المستوى التنظيمي (...) وهو ما يعد من بين أهم أسباب عدم نجاعة الخدمات الصحية العمومية." ¹²³ ويتعين كذلك، أن يوضع تمويل المنظومة الصحية، الذي لا يمكن أن يُفصل عنه تمويل الخدمات الصحية الأساسية، في قلب سياسة وطنية للتنمية البشرية.

والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي يتقدم بتوصيات ذات طبيعة عامة، ويقترح من جهة أخرى خمسة محاور استراتيجية لتحسين الولوج للخدمات الصحية الأساسية، تصب في اتجاه قيم الإنصاف، والتضامن، والعدالة الاجتماعية، التي من المناسب أن تعمل عليها الحكومة في آن واحد، بوتيرة سريعة، وبطريقة منسقة وتقاطعية من أجل الاقتراب من هدف الصحة للجميع.

توصيات ذات طبيعة عامة

- بلورة سياسة وطنية للصحة، تندمج في إطار سياسة وطنية للتنمية البشرية، وتستهدف في المقام الأول الجهات الفقيرة، والعالم القروي، والسكان المعوزة أو التي تعاني من الهشاشة؛ سياسة تعمل على محددات الصحة (من تربية صحية وولوج إلى الماء الصالح للشرب وغير ذلك) في إطار التقائية التدخلات القطاعية، وتدمج القطاع الخاص ذا الهدف المادي وغير ذي الهدف المادي، وتعتمد على المقاربات الجماعية؛

- تأكيد وتفعيل الجهوية بصفتها مبدأ أساسيا للتخطيط للمصالح الصحية وتنظيمها وتديرها، من خلال نقل الكفاءات البشرية والوسائل المالية الضرورية إلى المديرين الجهويين؛
- العمل على لتمرکز الوظائف المتعلقة بالتدبير الإجرائي لمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، بنقل ذلك التدبير إلى المستوى الإقليمي والمحلي، والمقصود تدبير الموارد البشرية، وتدبير الأدوية والمواد الطبية، وصيانة التجهيزات والحفاظ عليها، وإعداد الميزانيات وتنفيذها، والتتبع/التقييم، والتواصل والإعلام؛
- العمل، انطلاقا من السياسة الصحية الوطنية، على بلورة استراتيجية مفصلة للشراكة بين القطاعين العمومي والخاص، ووضع إطار تنظيمي وقانوني ملائم، وكذا آليات التنظيم وأدوات التتبع والتقييم؛
- تخصيص مديرية مركزية للقطاع الخاص، على مستوى وزارة الصحة، تكون مكلفة برسم استراتيجية قطاعية للشراكة بين القطاعين العمومي والخاص وتحديد إطارها التنظيمي والقانوني، وكذا إعداد أدوات التنظيم والتتبع/التقييم.

تحسين الولوج إلى العلاجات الصحية الأساسية

- تفعيل القانون الإطار 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض العلاجي، وتحديد الخريطة الصحية الوطنية والخرائط الجهوية للعرض العلاجي؛
- تعزيز التغطية الصحية، من خلال استراتيجية صحية متحركة، وتكييفها مع الخصوصيات الجغرافية ومع نمط عيش ساكنة المناطق القروية والمعزولة؛
- تجميع الموارد البشرية العاملة في المراكز الصحية التي لا تشهد إقبالا كبيرا، وتركيزها في التجمعات الحضرية والقروية الكبرى، من أجل خلق "مراكز صحية مندمجة" تتوفر على مزيد من المهنيين المعالجين، ومن وسائل التشخيص والعلاج، والاستشارات التخصصية الأسبوعية. فمن شأن مثل هذه المراكز أن تساهم في تحقيق الاستفادة المثلى من الوسائل، وتحسين ظروف العمل، وتخفيف الضغط عن المستشفيات، وخصوصا التكفل الملائم بحاجيات الساكنة؛
- إدراج شبكة العلاجات الصحية الأساسية في سياق التكامل مع شبكة المستشفيات، عبر تفعيل مسلك العلاجات، وتنظيم نقل المرضى ومسارات الفحوص البيولوجية، وإعطاء المنسوب الإقليمي إمكانية التكيف مع الخصوصيات المحلية؛
- وضع تدبير إجرائي ناجع لمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، عبر إقرار المسؤولية وعبر التكوين وتفويض سلطة القرار إلى الأطباء الرئيسيين بالمراكز الصحية؛

- وضع شبكة للنقل الطبي على المستوى الإقليمي، مع مركزية للتنظيم، في تعاون مع الجماعات المحلية والقطاع الخاص؛
- إدماج مصالح الترويض الطبي وإعادة التأهيل في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية.

محراربة أوجه اللامساواة في الولوج إلى العلاجات الصحية الأساسية

- التقليل بدرجة ملموسة من وفيات الأمهات والرضع، عبر تحسين الولوجية إلى تتبع الحمل والتكفل بالوضع، وعبر تزويد مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية بموارد بشرية مؤهلة وبأعداد كافية، وتحسين الإطار الطبي-القانوني للإجهاض، وإلغاء الفصل 20 من مدونة الأسرة، الذي يسمح للقاضي بأن يأذن بإبرام الزواج قبل السن القانونية؛
- تبني قانون-إطار ضد كل أشكال العنف حيال النساء، بما في ذلك العنف الزوجي؛
- تأمين ولوج الأشخاص في وضعية إعاقة إلى العلاجات الصحية الأساسية، طبقاً للاتفاقية المتعلقة بحقوق الأشخاص المعاقين، التي صادق عليها المغرب في 2009؛
- إتاحة ولوج المهاجرين في وضعية غير قانونية إلى الخدمات الصحية الأساسية، في احترام للالتزامات الدولية للمغرب في مجال حقوق الإنسان.

إقرار استراتيجيات قطاعية مندمجة للوقاية

- الأخذ بعين الاعتبار مسألة التقائية الوقاية من الأمراض غير المنقولة وأشكال العجز والإعاقة، من خلال بلورة استراتيجيات مندمجة ومنسقة للوقاية، تتدخل فيها وزارة الصحة وعدد من القطاعات الوزارية، والصناعة الغذائية، والمكاتب الصحية، ووسائل الإعلام، والجمعيات، ومن خلال إعداد "خطة وطنية للصحة والبيئة"؛
- تطبيق خطة العمل الدولية لمحاربة الأمراض غير المنقولة 2013-2020، التي تبنتها المملكة المغربية في الجمعية العامة للصحة في 2013، والتي تشمل مجموعة من التدابير الرامية إلى التربية على تغذية سليمة وعلى الرياضة البدنية؛
- تسريع مسلسل توسيع التغطية الصحية إلى مجموع العاملين، وتعزيز تدابير الوقاية والسلامة في العمل، وتشجيع تكوين أطباء الشغل، وتعيين قانون الشغل والحرص على تطبيقه.

تحسين الولوج إلى الأدوية

- تسريع إعداد وتفعيل السياسة الوطنية للدواء، مع إشراك كل الفاعلين؛
- تبني سياسة شاملة لخفض أسعار الدواء، من خلال تحيين الترسانة القانونية والتنظيمية المتعلقة بتحديد الأسعار، ووضع نظام تراجمي لهوامش التوزيع، وإعطاء التعريف بالدواء الجينيس وإشهاره

مكانة مركزية في السياسة الوطنية للدواء، وتنظيم إشهار الأدوية من قبل الصناعة الصيدلانية، ومراجعة القانون 97-17 (المعدل بالقانون 05-31) بهدف تضمينه كل أوجه المرونة في مجال الاتفاقية حول حقوق الملكية الفكرية المطبقة على التجارة؛

- إصلاح نظام توزيع وتوزيع الأدوية، من أجل محاربة حالات نفاذ المخزون وانتهاء مدة الصلاحية. ويمكن أن يتم هذا الإصلاح في إطار شراكة مع القطاع الخاص للتوزيع؛
- تطوير ونشر مرجعيات للممارسات الطبية الجيدة، وخصوصاً ما يتعلق بالأمراض المزمنة.

الحرص على تكثيف الاستثمار في الموارد البشرية

إضفاء الصبغة الجهوية على قدرات التكوين والتوظيف، والرفع من تلك القدرات

- نزع الصبغة المركزية عن تكوين مهنيي الصحة، عبر إحداث معاهد للتكوين في مهن الصحة في الجهات التي لا تتوفر على مثل تلك المعاهد، والرفع من القدرة التكوينية للمعاهد الموجودة، مع الحرص على ضمان جودة التكوين؛
- إحداث شهادة وطنية للمهنة شبيهة الطبية، مع اختبار موحد لتلاميذ معاهد التكوين في مهن الصحة وتلاميذ المدارس الحرة المرخص لها من قبل وزارة الصحة، وولوج كل الخريجين إلى مباراة التوظيف في الوظيفة العمومية؛
- الرفع من القدرة التكوينية لكليات الطب، حتى وإن اقتضى ذلك استدعاء المدرسين العاملين في القطاع الخاص بصفتهم أساتذة زائرين، وفتح المستشفيات الجهوية لتدريب طلبة الطب؛
- تثمين الطب العام، الذي يعد بمثابة المحور المركزي للعلاجات الصحية الأساسية، عبر ملاءمة التكوين في هذا الطب مع هذه العلاجات، وتحسين شروط العمل والأجر؛
- إحداث تخصص لأطباء التوليد المكونين في سنتين أو ثلاث، مما من شأنه أن يتيح التخفيف من تأثير النقص الكبير في أطباء الأمراض النسائية والولادة، وتسريع الحد من نسبة وفيات الأمهات والرضع؛
- الإحداث السنوي لمناصب مالية بعدد كاف للاستجابة للحاجيات في مجال مهنيي الصحة بالقطاع العمومي.

ملاءمة التكوينات مع حاجيات الخدمات الصحية الأساسية

- إدماج وحدات للتكوين حول محددات الصحة، واقتصاد الصحة، وتكنولوجيات الإعلام والاتصال الحديثة، والأخلاقيات، في المناهج الدراسية؛
- إقرار إجبارية إجراء تدريب من ستة أشهر في مراكز صحية لطلبة الطب في نهاية الدراسة؛

- مأسسة التكوين المستمر في المجال النوعي للعلاجات الصحية الأساسية لكل أطباء الطب العام الممارسين في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، تحت مسؤولية وزارة الصحة، ومع تطوير التعلم الإلكتروني والتكوين عن بعد؛
- وضع منهج دراسي تكويني للتخصصات الطبية وشبه الطبية في مجال الترويض الطبي وإعادة التأهيل.

تحفيز مهني الصحة وتشجيعهم على البقاء في مناصبهم

- إقرار تدابير تحفيزية لاستبقاء المهنيين المعالجين في المناطق الفقيرة، عبر تمكين المهني من محل سكن، والتكفل بمصاريف تنقله، وإعادة تمشين منح البعد ومنح المناطق، وضمان سلامته. وبإمكان الجماعات المحلية المساهمة في تطبيق هذه التدابير؛
- رفع أعباء المهام الإدارية عن الأطباء والممرضين، لتمكينهم من التفرغ للأنشطة العلاجية والوقائية والتربوية الصحية، وذلك عبر توظيف "أطر متوسطة" بين صفوف خريجي مختلف معاهد التكنولوجيا التطبيقية، يتم تعيينهم في مرحلة أولى في المراكز الصحية بالتجمعات الحضرية والقروية الكبرى.
- تعيين كل أطباء الطب العام حديثي التوظيف لدى وزارة الصحة، لمدة عام واحد، في مراكز صحية في المناطق الفقيرة والنائية؛
- بلورة استراتيجية وطنية لتدبير الموارد البشرية، مع مرجعية لمناصب الشغل والكفاءات، وإجراء مراجعة عميقة لوضعية أطباء القطاع العام، لجعل هذا القطاع قادرا على اجتذاب أطباء الطب العام واستبقائهم في مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية.

الوقاية من الرشوة ومحاربتها

- التطبيق الفعلي لاتفاقية الشراكة الموقعة بين وزارة الصحة والهيئة المركزية للوقاية من الرشوة، عبر إشراك الممثلين النقابيين لمهنيي الصحة وكذا الجمعيات؛
- تبني مقاربة استراتيجية شاملة للوقاية من الرشوة ومحاربتها، مع رؤية وأهداف وخطط عمل ونظام للتتبع والتقييم؛
- إقرار تدبير يقوم على النجاعة ومبادئ المحاسبة والشفافية وإمكانية التتبع؛
- تحسين إعلام المرضى حول طبيعة وكلفة الخدمات المتوفرة، وحول حقوقهم وواجباتهم، ووضع آليات رسمية للطعن داخل المؤسسات الصحية.

دعم آليات التمويل

- تطوير القدرة التمويلية للعلاجات الصحية الأساسية، مع تركيز الموارد المالية لنظام المساعدة الطبية بالدرجة الأولى على العلاجات الصحية الأساسية، وفوترة العلاجات لكل المؤمنين لضبط النفقات، مع الحفاظ على المجانية لفائدة المعوزين المستفيدين من نظام المساعدة الطبية؛
- إدماج تمويل الخدمات الصحية الأساسية في نظام التغطية الصحية الأساسية للرفع من قدرات تطويرها؛
- تطبيق القانون من خلال جعل الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض تحت الوصاية المباشرة لرئيس الحكومة، لتمكينها من الاضطلاع بطريقة كاملة ومستقلة بالدور الموكل إليها في مجال تنظيم وتأطير نظام التغطية الصحية الأساسية؛
- وضع مؤسسة لتدبير نظام المساعدة الطبية، مستقلة عن وزارة الصحة، وتحت إشراف الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، من أجل ضمان قيادة ناجعة، في انسجام مع نظام التأمين الإجباري عن المرض؛
- توسيع التأمين الإجباري عن المرض ليشمل الطلبة و"المستقلين"، عبر ربطهم بمؤسسة تديرية مستقلة، وليست تعاضدية مهنية؛
- إصدار النصوص التطبيقية الخاصة بمقتضيات المادة 118 للقانون رقم 00-65، والتي تمكن من الاستفادة من نظام المساعدة الطبية نزلاء المؤسسات الخيرية ودور الإحسان والمياتم والملاجئ، وكذا نزلاء الإصلاحات، ونزلاء كل مؤسسة عمومية أو خاصة ذات مصلحة عامة ودون هدف ربحي تؤوي أطفالاً متخلى عنهم أو بالغين دون أسرة، ونزلاء المؤسسات السجنية، والأشخاص الذين لا يتوفرون على محل إقامة قار. إضافة إلى كل الأشخاص اللذين لا يمكنهم الإدلاء بشهادة للسكنى، وهم الأكثر هشاشة على المستوى الإجتماعي؛
- التفكير، على المدى المتوسط، في إدماج المؤسسات المسؤولة حالياً عن تدبير نظام التأمين الإجباري عن المرض في صندوق وحيد، وعلى المدى البعيد، في إدماج نظام المساعدة الطبية في نفس الصندوق.

ملاحق

الملحق 1: منهجية العمل

الملحق 2: كشف بالمصطلحات

الملحق 3: التنظيم والأرقام الهامة المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية

الملحق 4: لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

الملحق 5: لائحة مجموعة العمل المتخصصة المنبثقة عن اللجنة

الملحق 6: لائحة المؤسسات والمنظمات والجمعيات والهيئات التي تم الإنصات إليها

الملحق 7: مراجع بيبليوغرافية

الملحق 1: منهجية العمل

الملحق 1: منهجية العمل

قام المسعى المنهجي، الذي تم اعتماده في إعداد هذا التقرير، على أساس المنهجية العامة المتبعة في أشغال المجلس. ويتمثل هذا المسعى في القيام بتشخيص للحال الراهنة، بالاعتماد على مراجعة وثائقية واسعة. وهكذا قامت اللجنة الدائمة المكلفة بالشؤون الاجتماعية والتضامن باستعراض الدراسات والتقارير الدولية الصادرة بشأن الخدمات الصحية الأولية (منظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي، وغيرها)، وكذا الدراسات والتقارير الدولية (وزارة الصحة، والمندوبية السامية للإحصاء، والمرصد الوطني للتنمية البشرية، والهيئة المركزية للوقاية من الرشوة، والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، وغيرها).

وقد نظمت اللجنة 17 جلسة استماع مع مختلف الفاعلين الوطنيين والأمميين، وأربع ورشات عمل، وثلاثة اجتماعات عمل مع خبراء مغاربة ودوليين.

وقد انتقل أعضاء فريق العمل المنبثق عن اللجنة إلى جهتين اثنتين تشكلان فضاءين مختلفين جغرافيا واقتصاديا واجتماعيا وثقافيا، هما جهة الحسيمة-تازة-تاونات، وجهة سوس-ماسة-درعة. وقد قام أعضاء فريق العمل في هذا الإطار بزيارة بعض المراكز الصحية، والتقوا بممثلين عن السلطات المحلية، ومسؤولي وزارة الصحة، ومهنيي الصحة، والمنتخبين المحليين، ومستشارين بالجماعات المحلية، والجمعيات المنخرطة في مجال الصحة والتنمية.

ومن جهة أخرى، قام فريق العمل المتخصص بزيارة للمركز الطبي الاجتماعي التعاضدي بالرباط.

الملحق 2: كشف بالمصطلحات

الملحق 2: كشف بالمصطلحات

- **العلاجات:** ينبغي للتجهيزات والمواد الطبية والخدمات المقدمة في مجال الصحة، لكي تحظى بقبول الساكنة، أن تحترم الأخلاقيات الطبية، وأن تكون مناسبة على المستوى الثقافي ومراعية للمتطلبات النوعية المتعلقة بالجنس وبالمرحلة العمرية؛
- **دراسة الأوبئة:** هي دراسة العلاقات القائمة بين الأمراض أو غيرها من الظواهر البيولوجية وبين مختلف العوامل (كنمط العيش، والمحيط الاجتماعي، والخصائص الشخصية) التي من شأنها التأثير في وتيرة تردها وفي توزيعها وتطورها؛
- **عدد الحالات:** هو عدد الحالات الجديدة لظهور مرض معين خلال سنة واحدة. ويُعبّر عن عدد الحالات بنسبة عددها إلى عدد الأفراد؛
- **المؤشر التركيبي للخصوبة:** معدل عدد الأطفال لكل امرأة في سن الإنجاب داخل ساكنة معينة، وهو يحيل على عدد الأطفال الذين كان بإمكان المرأة أن تنجبهم نظرياً خلال حياتها الإنجابية؛
- **الانتشار:** هو العدد الإجمالي للأمراض التي تتم ملاحظتها عند ساكنة معينة، في لحظة معينة، بغض النظر عن أقدمية المرض. ويتعبّر آخر فالانتشار هو عدد حالات المرض، مضروباً في معدل زمن الإصابة بالمرض؛
- **الحصة:** هي نسبة كمية معينة إلى عدد معين في لحظة معينة؛
- **نسبة الوفيات:** هي نسبة عدد الوفيات في سنة معينة إلى معدل تعداد الساكنة في السنة؛
- **نسبة وفيات الأمهات:** تعبر عن عدد وفيات النساء التي تقع أثناء الحمل أو داخل أجل 42 يوماً بعد نهايته، وذلك أياً كانت مدة الحمل، لسبب مرتبط به أو زادت من تفاقمه العلاجات المقدمة خلال الحمل أو الولادة. وتقيس هذه النسبة وتيرة تردد وفيات النساء خلال الحمل أو الولادة وفي خلال الاثني عشر والأربعين يوماً التي تليه. ويعبر عنها بنسبة عدد حالاتها إلى كل 100000 ولادة حية في سنة معينة؛
- **نسبة الوفيات بين الأطفال:** تعبر عن عدد وفيات الأطفال من أقل من سنة واحدة، مقسوماً على عدد الولادات الحية. وتقيس هذه النسبة وتيرة تردد وفيات الأطفال ممن تقل سنهم عن سنة واحدة في سنة معينة، ويعبر عنه بنسبة عدد الحالات إلى كل 1000 ولادة حية في سنة معينة؛

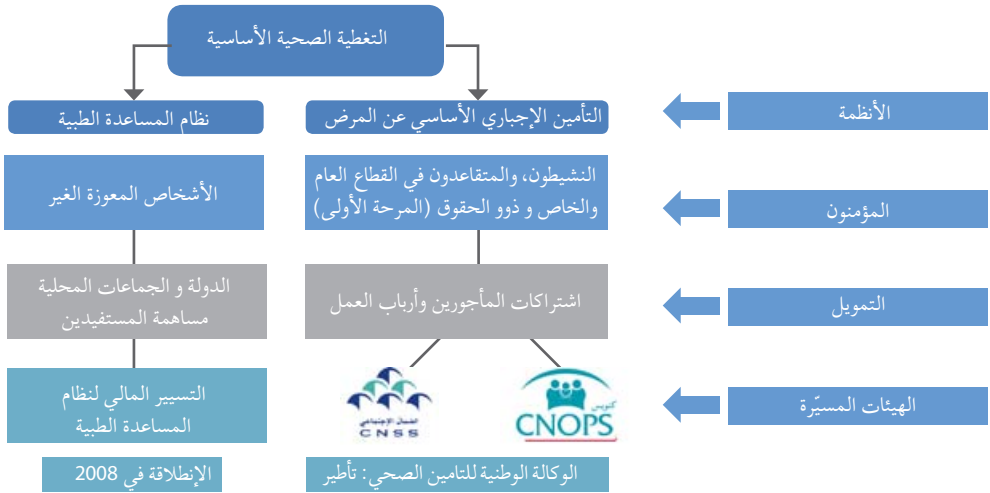
- **نسبة الوفيات بين الأطفال والرضع:** هو عدد وفيات الأطفال من أقل من 5 سنوات، مقسوما على عدد الولادات الحية. وتقاس هذه النسبة وتيرة تردد وفيات الأطفال ممن تقل سنهم عن 5 سنوات في سنة معينة، ويعبر عنها بنسبة عدد الحالات إلى كل 1000 ولادة حية في سنة معينة؛
- **نسبة وفيات الرضع:** هو عدد الأطفال الذين ولدوا أحياء لكنهم توفوا بين يوم الولادة واليوم 28 من حياتهم. وتقاس بحساب عدد الوفيات بين الأطفال من أقل من 28 يوما، التي يتم تسجيلها خلال سنة معينة بين كل 1000 ولادة حية. ويجب التمييز هنا بين هذه الوفيات وبين تلك التي تخص الأطفال الذين يولدون أمواتا؛
- **نسبة الأمراض:** هي النسبة القائمة بين عدد الأشخاص المصابين بمرض معين خلال فترة معينة، وبين مجموع الساكنة المعرضة لخطر العدوى؛
- **الانتقال الديمغرافي:** يُقصد به الانتقال من نظام ديمغرافي تقليدي، حيث الخصوبة والوفيات مرتفعتان، إلى نظام يتميز بنسب خصوبة ووفيات أدنى؛
- **الانتقال الوبائي أو الانتقال الصحي:** يعبر عن فترة انخفاض وتيرة الوفيات. ويصاحب هذه الفترة تحسن في الصحة الوقائية وفي التغذية، مع تغيير في أسباب الوفاة، حيث تختفي الأمراض التعفنفة رويدا لتحل محلها الأمراض المزمنة والانحلالية والحوادث.

الملحق 3:

التنظيم والأرقام الهامة المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية

الملحق 3 : التنظيم والأرقام الهامة المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية

1. نظام التغطية الصحية الأساسية



2. أرقام التأمين الإجباري عن المرض¹²⁴

الجدول 1 : تطور الساكنة المغطاة بالتأمين الإجباري على المرض

| الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي | | | | الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي | | | | |
|---------------------------------|-----------|----------|-----------|---|-----------|----------|-----------|------|
| التطور | المجموع | المؤمنون | النشيطون | التطور | المجموع | المؤمنون | النشيطون | |
| - | 2 686 671 | 217 945 | 2 468 726 | - | 2 376 406 | 460 458 | 1 915 948 | 2006 |
| ↑ 50% | 4 037 452 | 651 849 | 3 385 603 | ↑ 14% | 2 719 722 | 625 831 | 2 093 891 | 2011 |

الجدول 2 : أعداد المؤمنون وذوي الحقوق في 31-12-2013، الخاضعين لإجبارية التأمين الصحي، والمتمتعین بالتغطية بمقتضى القانون 00-65

| عدد المؤمنین | المؤسسة المكلفة بالتدبير |
|--------------|--|
| 4 692 348 | الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي |
| 1 244 122 | الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - 114 مشغل من القطاع الخاص المغطى من قبل التعاضديات والصناديق الداخلية والمؤمنين الخواص |
| 2 940 071 | الصندوق الوطني لمنظمات الضمان الاجتماعي |
| 550 000 | التعاضديات والصناديق الداخلية العمومية (المكتب الشريف للفوسفات، الخطوط الملكية المغربية، المكتب الوطني للسكك الحديدية، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، المكتب الوطني للكهرباء، بنك المغرب وغيرها) |
| 1 200 000 | تعاضدية مستخدمي القوات المسلحة الملكية |
| 275 000 | فئات مختلفة من الساكنة (المقدمين، والشيوخ، والأئمة، وقدماء المقاومين، وغيرهم) |
| 10 901 541 | مجموع المؤمنین وذوي الحقوق في 31-12-2013، الخاضعين لإجبارية التأمين الصحي، والمتمتعین بالتغطية بمقتضى القانون 00-65 |

الجدول 3 : تطور حصة مصاريف الأمراض المزمنة

| 2011 | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | | |
|------|------|------|------|------|------|----------------------------|---|
| 1286 | 956 | 673 | 415 | 209 | 74 | مجموع المصاريف | الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي |
| 732 | 501 | 408 | 182 | 72 | 29 | مصاريف الأمراض المزمنة | |
| 57% | 52% | 61% | 44% | 34% | 39% | حصة مصاريف الأمراض المزمنة | |
| 3473 | 3245 | 2869 | 2431 | 2175 | 1651 | مجموع المصاريف | الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي |
| 1695 | 1521 | 1266 | 1060 | - | - | مصاريف الأمراض المزمنة | |
| 51% | 48% | 47% | 44% | - | - | حصة مصاريف الأمراض المزمنة | |
| 4759 | 4201 | 3542 | 2846 | 2384 | 1725 | مجموع المصاريف | |
| 2427 | 2022 | 1674 | 1242 | - | - | | |
| 51% | 48% | 47% | 44% | - | - | | |

الجدول 4 : تطور فائض الاستغلال بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (بآلاف الدراهم)

| الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------------|
| 2011* | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | |
| 4 334 766 | 3 181 681 | 2 827 450 | 2 588 545 | 2 315 545 | 1 783 492 | 505 920 | مجموع الإيرادات |
| 1 894 978 | 1 302 761 | 1 072 037 | 907 826 | 855 898 | 729 667 | 260 751 | مجموع المصاريف |
| 2 439 788 | 1 878 920 | 1 755 414 | 1680719 | 1 459 383 | 1 053 825 | 245 169 | الفائض |
| 10 513 217 | 8 073 429 | 6 194 509 | 4 439 096 | 2 758 377 | 1 298 994 | 245 169 | الفائض المتراكم |

الجدول 5 : تطور فائض الاستغلال بالنسبة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

(بآلاف الدراهم)

| الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي | | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|-----------------|
| 2011* | 2010 | 2009 | 2008 | 2007 | 2006 | 2005 | |
| 4 300 927 | 3 950 251 | 3 676 566 | 3 465 861 | 4 486 753 | 3 048 337 | 956 440 | مجموع الإيرادات |
| 3 898 706 | 3 502 753 | 3 100 288 | 3 046 212 | 3 509 544 | 2 041 446 | 555 947 | مجموع المصاريف |
| 402 221 | 447 498 | 576 278 | 419 649 | 977 209 | 1 006 891 | 400 493 | الفائض |
| 4 230 239 | 3 898 018 | 3 380 520 | 2 804 242 | 2 384 593 | 1 407 384 | 400 493 | الفائض المتراكم |

يبلغ معدل ارتفاع فائض الاستغلال حوالي 0.288 مليون درهم، مما يجعل الفائض المتراكم يبلغ 4.2 مليار درهم منذ بداية نظام التأمين الإجباري على المرض وإلى 2011.

رغم ارتفاع وتيرة العمل بنظام التأمين الإجباري على المرض الذي يديره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، إلا أن معدل الفائض السنوي لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أكبر بما قدره 3.4 أضعاف مما كان عليه معدل نظيره لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي خلال السنوات الثلاث المنصرمة.

- قد تبلغ المصاريف التوقعية لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ما بين 6.13 مليار درهم و7.4 مليار درهم؛

- أما لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، فستبلغ تلك المصاريف على التوالي 5.12 مليار درهم و5.6 مليار درهم في أفق 2017.

من المتوقع أن يظهر أول عجز مالي في 2016 بالنسبة لنظام التأمين الإجباري على المرض الذي يديره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وفي 2015 بالنسبة للنظام الذي يديره الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

الملحق 4:

لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

الملحق 4 : لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

فئة الخبراء

- فؤاد ابن الصديق
- احجوها الزبير
- حكيمة حميش
- أمينة العمراني
- عبد المقصود راشدي

فئة ممثلي النقابات

- أحمد بابا أعبان
- أحمد بهنيس
- علي بوزعشان
- نورالدين شهبوني
- مصطفى شناوي
- محمد دحماني
- لحسن حنصالي
- جامع المعتصم
- محمد عبد الصادق السعيدي
- مصطفى اخلافة

فئة الهيئات والجمعيات المهنية

- بوشعيب بن حميدة
- محمد حسن بنصالح
- عبد الحي بسة
- محمد بولحسن
- محمد فيكرات
- أحمد أعياش

فئة الهيئات والجمعيات النشيطة في مجالات الاقتصاد الاجتماعي والعمل الجماعي

- عبد المولى عبد المومني
- ليلي بربيش
- جواد شعيب
- محمد الخاديري
- وافية العنترتي
- الزهرة زاوي

فئة الشخصيات المعينة بالصحة

- رشيد بن المختار بن عبد الله
- خالد الشدادي
- شكيب تازي صدقي

الملحق 5:

لائحة مجموعة العمل المتخصصة المنبثقة عن اللجنة

الملحق 5 : لائحة أعضاء مجموعة العمل

- المقررة الرئيسية: الأستاذة حكيمة حميش
- المقرر المساعد: الدكتور جواد شعيب
- أحمد بهنيس
- رشيد بن المختار بن عبد الله
- محمد الدحماني
- محمد الخاديري
- وافية العنتري
- شكيب تازي صدقي
- الزهرة زاوي

الملحق 6:

لائحة المؤسسات والمنظمات والجمعيات والهيآت التي تم الإنصات إليها

الملحق 6: لائحة المؤسسات والمنظمات والجمعيات والهيئات التي تم الإنصات إليها

| العدد | الفاعلون المستمع إليهم | المنظمات والمؤسسات |
|-------|---|-----------------------------|
| 13 | <ul style="list-style-type: none"> • وزارة الصحة • وزارة الداخلية (المديرية العامة للجماعات المحلية) • وزارة الشؤون العامة والحكومة • وزارة الشغل والتكوين المهني • وزارة التجهيز والنقل • وزارة الاقتصاد والمالية • وزارة الشبيبة والرياضة • المكتب الوطني للماء والكهرباء • المرصد الوطني للتنمية البشرية • الوكالة الوطنية للتأمين على المرض • الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي • الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي • الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة. | القطاعات الوزارية والمؤسسات |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> • المجلس الوطني للهيئة الوطنية للأطباء • المجلس الوطني لهيئة الصيادلة • المجلس الوطني لهيئة أطباء الأسنان بالمغرب | المنظمات المهنية |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> • اليونيسيف • صندوق الأمم المتحدة للسكان | الوكالات الأممية |
| 14 | <ul style="list-style-type: none"> • الاتحاد العام للشغالين بالمغرب • الاتحاد المغربي للشغل • الفيدرالية الديمقراطية للشغل • الكونفدرالية الديمقراطية للشغل • الاتحاد الوطني للشغل بالمغرب | النقابات |

| العدد | الفاعلون المستمع إليهم | المنظمات والمؤسسات |
|-------|---|--------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • الهيئة النقابية الوطنية للأطباء الاختصاصيين بالقطاع الخاص • النقابة الوطنية لأطباء الطب العام • النقابة الوطنية لأطباء القطاع الخاص • النقابة الوطنية للمصحات الخاصة • الاتحاد الوطني للمهن الحرة • النقابة الوطنية للصيادلة بالمغرب • التجمع الوطني للصيادلة بالمغرب • الفيدرالية الوطنية لنقابات أطباء الأسنان بالقطاع الخاص في المغرب • النقابة المهنية الوطنية لباعة النظارات بالمغرب | |
| 9 | <ul style="list-style-type: none"> • ترانسبارنسي المغرب • جمعية محاربة السيدا • الجامعة الوطنية لحماية الطفولة • الجمعية المغربية للتخطيط العائلي • الجمعية الوطنية للقاءات بالمغرب • الجمعية الوطنية للقاءات بالمغرب - شبكة القطاع الخاص • الجمعية المغربية لعلوم التمريض والتقنيات الصحية • جمعية العمل الإستعجالي • الجامعة الوطنية لمحاربة داء السكري | الجمعيات |

اجتماعات فريق العمل المتخصص المنبثق عن اللجنة:

- منظمة الصحة العالمية - مكتب الرباط
- وكالة التنمية الاجتماعية
- مديرية المختبر الوطني لمراقبة الأدوية

الملحق 7:

مراجع بيبليوغرافية

الملحق 7 : مراجع بيبلوغرافية

Ministère de la santé

- Projet amélioration de l'offre de soins en milieu rural. UNICEF/ ministère de la santé, 1997.
- Audit technique de l'organisation du ministère de la Santé dans la perspective de la mise en place des structures régionales de la santé, 2002.
- Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux et Toxicomanies. Ministère de la Santé, 2003.
- Aspects concernant les prix des médicaments au Maroc. DMP, A. Mahly ministère de la Santé, 2004.
- La rationalisation des prescriptions des médicaments au niveau du réseau de soins de santé de base. A. Khalid. INAS, ministère de la Santé, 2004.
- Aspects concernant les prix des médicaments au Maroc. A Mahly, DMP, ministère de la Santé, 2004.
- L'Offre de soins au Maroc. Ministère de la Santé, 2007.
- Santé Vision-2015. Ministère de la santé, 2007.
- Santé-Vision 2020. Ministère de la Santé, 2007.
- L'approche des Besoins Essentiels de Développement : une approche communautaire pour mettre l'INDH au service de l'amélioration de la santé. Ministère de la Santé/OMS, 2007
- Plan d'action 2008-2012. Ministère de la Santé, 2008.
- Programme d'Appui à la Régionalisation, à la Déconcentration et au Renforcement des Soins de Santé de Base au Maroc. Ministère de la Santé/Conseil Santé, 2009.
- La démographie médicale et paramédicale. Ministère de la santé, 2010.
- La couverture par le RESSB : Evolution au rythme des changements. A.Zayyoun. INAS, ministère de la Santé, 2011.
- Proposition d'un modèle de santé communautaire au Maroc. Ministère de la Santé/ UNICEF, 2011.
- Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale. Ministère de la Santé, 2011.
- Stratégie sectorielle de santé 2012-2016. Ministère de la Santé, 2012.
- Santé en chiffres 2011. Ministère de la Santé, 2012.

- Rapport de la Commission Consultative du Médicament et des Produits de Santé. 2012.
- Etude sur l'équité en santé au Maroc. Ministère de la Santé/ INSAN, 2012.
- Comptes Nationaux de la Santé 2010. Ministère de la Santé/OMS, 2013.
- Regard sur les indicateurs sanitaires. Ministère de la santé, 2013.
- Rapport de l'Etude bio-comportementale auprès des usagers de drogues injectables à Tanger et Nador 2010-2011, DELM/Ministère de la Santé avec l'appui du Fonds Mondial et de l'ONUSIDA.
- Plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Ministère de la Santé.
- La valorisation de la médecine générale : nécessité d'une stratégie à plusieurs volets ! Forum National sur les Soins de Santé Primaires. B Millette. Ministère de la Santé, OMS. Rabat, 2009.
- Comptes Nationaux de la Santé 2010, ministère de la Santé/ OMS, 2013
- Livre blanc: pour une nouvelle gouvernance de la santé. 2^{ème} Conférence Nationale sur la santé. Ministère de la Santé, juillet, 2013.

Autres départements ministériels du Royaume du Maroc

- Etude sur les associations marocaines de développement : diagnostic, analyse et perspectives.
- Ministère du Développement social, de la Famille et de la Solidarité, 2005.
- Rapport de la Mission d'Information sur le Prix du Médicament au Maroc. Royaume du Maroc, Chambre des Représentants, Commission des Finances et du Développement Economique, Novembre 2009.
- Statistiques des activités des sections de la justice de la famille, 2011. Ministère de la Justice et des Libertés.
- Rapport des 1^{ères} assises de la gouvernance et de la synergie des stratégies et des programmes sectoriels. Ministère des Affaires Générales et de la Gouvernance, 12-13 février 2013.

Rapports du Conseil Economique, Social et Environnemental

- Pour une nouvelle charte sociale : des normes à respecter et des objectifs à contractualiser. CES, 2011.
- Promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la vie économique, sociale, culturelle et politique. CES, 2012.
- Respect des droits et inclusion des personnes en situation de handicap, CESE, 2012.
- Le système fiscal marocain : développement économique et cohésion sociale, CES, 2012
- La gouvernance des services publics. CESE, 2013.

- La gestion et le développement des compétences humaines : levier fondamental de réussite de la régionalisation avancée. CESE, 2013
- Initiative Nationale pour le développement humain : analyse et recommandations. CESE, 2013.

Organisation Mondiale de la Santé

- Disability prevention and rehabilitation: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. WHO, 1981.
- La violence à l'égard des femmes. Aide-mémoire, N 12, OMS, 1996.
- Rapport sur la santé dans le monde. Pour un système de santé plus performant. OMS, 2000.
- Implications de la déclaration sur les ADPIC et la santé publique, Doha, OMS, N°12, 2002.
- Les médecins et les prescriptions des génériques. OMS, 2002.
- Les systèmes de santé : des soins intégrés fondés sur des principes. OMS, 2003
- Investir dans la santé. Résumé des conclusions de la Commission Macroéconomie et Santé. OMS, 2004.
- Rapport de la commission Macroéconomie et Santé. OMS, 2002, mis à jour en 2004.
- Rapport sur la santé dans le monde. Travailler ensemble pour la santé. OMS, 2006.
- Revue du développement de la stratégie des soins de santé primaires et de l'objectif « Santé Pour Tous d'ici l'an 2000 » au Maroc. M Laaziri. OMS, 2007.
- Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs. 60^{ème} assemblée mondiale de la santé. OMS, 2007
- Rapport sur la santé dans le monde. Les Soins de Santé Primaires. Maintenant plus que jamais. OMS, 2008.
- Rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. OMS, 2008.
- Droits de l'Homme et Santé. OMS, 2008.
- Droits sexuels et reproductifs et genre. Où en sommes-nous ? Commission Femmes et développement. OMS, 2008.
- Rapport sur la santé dans le monde : le financement des systèmes de santé, le chemin vers une couverture médicale universelle. OMS, 2010.
- La grossesse chez les adolescentes. OMS, mai 2012.
- Interventions for Preventing Unintended Pregnancies Among Adolescents. OMS, 2012.
- Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion. OMS, 2013.

- Rapport sur la santé dans le monde : la recherche vers la couverture sanitaire universelle. OMS, 2013
- Statistiques mondiales. OMS, 2013.

Autres agences des Nations Unies

- Rapport sur le développement humain. PNUD, 2003.
- Dar Al Oumouma, projet sur l'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux en milieu rural. Programme de Coopération Maroc. UNICEF 2002-2006.
- Health policy note towards a more equitable and sustainable health care system - policy challenges and opportunities. World Bank. MENA. 2008.
- Appui à la protection et à la défense des Droits des Personnes vivant avec le VIH ». CNDH et ONUSIDA. 2010.
- The potential impact of free trade agreements on public health. ONUSIDA, PNUD, 2012.
- Rapport de l'OIT, 2013.

Enquêtes de l'Haut Commissariat au Plan

- Enquête nationale sur la violence à l'égard des femmes. HCP, 2009
- Table de mortalité au Maroc. HCP, 2010.
- Enquête Nationale sur l'Anthropométrie. HCP, 2011.

Enquêtes ICPC, ONDH, ANAM

- Etude d'impact de la campagne sur les médicaments génériques. ANAM, 2006.
- Les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc. Etude de cas. ONDH, 2010.
- Rapport de l'ICPC, 2010-2011
- Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la sante. ICPC, 2011.
- Deuxième rapport annuel de l'ONDH. 2011.
- Bilan de l'Assurance Maladie Obligatoire-2011. ANAM, octobre 2012.

Rapports d'ONG internationales

- Rapport annuel des activités du centre d'appui juridique contre la corruption, Transparency Maroc, 2012. Baromètre mondial de la corruption. Transparency International, 2013.

Rapport sur les Migrants Subsahariens en Situation Irrégulière au Maroc. MSF, mars 2013.

Communications

- D El Yazami. Le droit à la santé dans la nouvelle constitution. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.
- D Bettcher. Transition épidémiologique et nouvelle santé publique. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013
- G Dassault. Le développement des ressources humaines en santé, défis et expériences internationales. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.
- N Benali. Financement public de santé au Maroc entre les contraintes et les opportunités. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.
- R Mrabet. Réforme des études médicales et défi de la démographie. 2^{ème} conférence nationale sur la santé. Marrakech, juillet 2013.

Autres publications

- L Birkes. "Lessons from Morocco", Middle East Times. Monterey Institute of International Studies, 2007.
- G Krikorian : Evolutions récentes de la législation sur la propriété intellectuelle au Maroc et accès aux médicaments. KESTudies vol. 1, 2007.
- G Krikorian, K Marhoum El Filali, H Himmich. L'accès aux médicaments sous le nouveau régime de protection des brevets : cas du sida au Maroc. KESTudies Vol 2, 2008.
- L'éducation, un levier pour améliorer la santé et la cohésion sociale – © OCDE 2010.
- Association Marocaine de l'Industrie Pharmaceutique AMIP. "Secteur pharmaceutique Marocain: Réalités sur le prix des médicaments et intérêts du secteur", Mars 2010.
- M Sajoux. Démographie, vulnérabilité socioéconomique et santé, in Éléments de comparaison entre milieu rural et milieu urbain au Maroc. Santé et vulnérabilités au Maroc. IRD, 2010.
- Etat des lieux des environnements favorables à la pratique des professionnels de la Santé au Maroc. AMSITS, 2010.
- Les enjeux de la prévention en matière de santé. Avis du CESE, France, 2011.
- Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger. IRDES, 2012.
- S Touzani. Estimation de l'impact sanitaire de l'hépatite C au Maroc (modélisation prévisionnelle). Thèse de doctorat en médecine, 2012.
- JE Stiglitz, article traduit et publié par L'Economiste du 10 juillet 2013.
- Atlas national de la démographie médicale de France. Conseil national de l'Ordre des médecins, 2013.