

# رأي

## المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

### الخدمات الصحية الأساسية

نحو ولوج منصف ومعّم

الإحالة رقم 4 / 2013



# رأي

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

## الخدمات الصحية الأساسية

نحو ولوج منصف ومعمّم



تلقى المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي إحالة من قبل رئيس الحكومة بتاريخ 28 نونبر 2012، من أجل أن يتولى 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."

وطبقا للمادتين 2 و7 من القانون التنظيمي الخاص باشتغال المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي وتنظيمه، أناط المجلس هذه المهمة باللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن.

وأثناء الدورة العادية الحادية والثلاثين للمجلس، المنعقدة في 26 شتنبر 2013، تبنت الجمعية العامة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالإجماع التقرير المستخلص منه هذا الرأي.



## يذكر المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، وهو يشتغل في إطار الإحالة، بما يلي:

- الحق في الصحة حق إنساني أساسي تعترف به العديد من المواثيق الدولية؛
- اعترف المغرب صراحة بالحق في الصحة في دستور يوليوز 2011. فهذا الدستور يعترف بسبعة حقوق مرتبطة بالصحة: (1) الحق في الحياة (الفصل 20)، الذي يشمل أيضا محاربة حالات الوفيات الممكن تفاديها؛ (2) الحق في السلامة وحماية الصحة (الفصل 21)؛ (3) الحق في العلاجات، وفي بيئة نظيفة، وفي التغطية الصحية (الفصل 31)؛ (4) الحق في الصحة للأشخاص والفئات ذات الاحتياجات الخاصة (الفصل 34)؛ (5) الحق في الولوج إلى علاجات ذات جودة وفي استدامة الخدمات (الفصل 154)؛
- عبر صاحب الجلالة الملك محمد السادس، في عدد من الخطابات الملكية السامية، عن ضرورة تمكين المغاربة، وخصوصا منهم الأشد عوزا، من الولوج إلى علاجات صحية ذات جودة، ومن تغطية صحية أساسية؛
- التزمت المملكة، بانضمامها إلى إعلان الألفية للأمم المتحدة، بتبني استراتيجيات من شأنها أن تتيح لها، في أفق 2015، بلوغ الأهداف الثمانية المرسومة ضمن "أهداف الألفية للتنمية"، والتي تتعلق ثلاثة منها بالصحة: التقليل من وفيات الأطفال، وتحسين صحة الأم، ومحاربة فيروس فقدان المناعة المكتسب، وحمى المستنقعات، وغيرها من الأمراض؛
- يحيل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، في تقريره المعنون "من أجل ميثاق اجتماعي جديد: معايير يتعين احترامها، وأهداف يتعين التعاقد بشأنها"، المتبنى في 26 نونبر 2011، على الحق في الصحة البدنية والعقلية، ويحدد تسعة أهداف تتعلق أربعة منها بموضوع هذا الرأي: (1) تحسين الإنصاف في الولوج وفي نوعية البنيات والخدمات العلاجية؛ (2) تحسين صحة الأم والطفل؛ (3) تحسين الإطار الطبي القانوني للإجهاض؛ (4) التقييم والتحسين المستمر للسياسات الوطنية والجهوية للوقاية من الأمراض الوبائية والمستوطنة وعلاجها والقضاء عليها؛
- الخدمات الصحية الأساسية تتمثل في العلاجات التطبيقية والوقائية الأساسية، وفي التوعية الصحية، وهي تمثل جزءا لا يتجزأ سواء من المنظومة الصحية الوطنية، التي تمثل تلك الخدمات ركيزتها الأساسية، أم من التنمية الاقتصادية والاجتماعية العامة للجماعة. ويتمثل هدفها في تقديم علاجات وخدمات منصفة وذات جودة، للاستجابة للحاجيات الأساسية في مجال الصحة لسكان محددة على أساس جغرافي.

## يشير المجلس إلى أن:

- الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للأفراد تمثل محددات أساسية من محددات حالتهم الصحية. فتحسين الحالة الصحية للمعوزين في كل أنحاء العالم ليس فحسب هدفا ذا أهمية، ولكنه أيضا 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.
- أوجه التفاوت الاقتصادية والاجتماعية في توزيع الموارد الوطنية تفضي إلى أوجه تفاوت مماثلة تتبدى آثارها في مجال الصحة والوفيات.
- يشهد المغرب تحولا ديموغرافيا مرتبطا بشيخوخة الساكنة، وانتقالا وبائيا مع هيمنة الأمراض غير المنقولة، لذا يتوجب على كل سياسة صحية أن تأخذ هذين المعطين بعين الاعتبار.

## من جانب آخر، يلاحظ المجلس أنه:

في مدى أربعة عقود من الزمن، انتقل معدل العمر عند الولادة من 47 سنة في 1962 إلى 75 سنة في 2010، وتم التخفيض من حالات وفيات الأمهات (من 359 لكل 100.000 ولادة حية في 1980، مقابل 112 في 2010)، ومن حالات الوفيات بين الأطفال والفتيان (من 138 في الألف في 1980 إلى 36.2 في الألف في 2010).

غير أن هذه النتائج تبقى غير كافية. فنسب وفيات الأمهات والأطفال تبقى من بين الأكثر ارتفاعا في منطقة شمال أفريقيا والشرق الأوسط. فأن يكون المرء فقيرا وأن يعيش في منطقة قروية، معطيان يعدان من بين الأمور المنذرة بخطر الوفيات بين الأمهات والأطفال. فوفيات الأمهات في الوسط القروي أكثر عددا بما نسبته 75 بالمائة، والأطفال من أقل من خمس سنوات، من أبناء الفئات الأكثر عوزا بين الساكنة، يتهددهم ثلاثة أضعاف الخطر بأن يموتوا صغارا من أثر مرض من أمراض الأطفال الممكن علاجها بسهولة، أو من أثر جروح كان يمكن تفاديها. والأشخاص الذين يقطنون المدن يعيشون في المعدل خمس سنوات أطول من الذين يعيشون في الوسط القروي.

انخرطت المملكة المغربية، منذ 2002، في إصلاح يرمي إلى التزود بنظام للتغطية الصحية الأساسية يمثل خطوة هامة نحو الولوج المعمم والمنصف إلى العلاجات.

## خصوصيات العرض في مجال العلاجات الصحية الأساسية

### تنظيم شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية

#### قطاع عمومي مهيم وتراثي ومغلق على نفسه

- تقع الدولة في قلب المنظومة الصحية، إذ تجمع بين وظائف التمويل وتوفير الموارد وتقديم الخدمات والتدبير الإداري.
- تغطي شبكة العلاجات الصحية الأساسية مجموع التراب الوطني، وتمثل القاعدة الإجرائية للعمل الصحي في مجموعته. وتشكو هذه الشبكة من غياب التنسيق والتواصل مع القطاع الاستشفائي، ومن غياب خريطة صحية، ومن نقص في الوسائل البشرية والمالية، ومن تدبير مغرق في المركزة وغير فعال، ومن أوجه خلل في منظومة النقل الطبي.
- التخطيط الحالي لتنظيم شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية بلغ الطريق المسدود، كما أن منطق التدخل في مجال التغطية الصحية، الذي قاد إلى بناء مؤسسات علاجات صحية في كل الجماعات القروية تقريبا، دون اعتبار لنقص الموارد البشرية والمادية والمالية، وفي غياب تفعيل القانون الإطار رقم 34609، المتعلق بالمنظومة العلاجية والعرض الصحي، والذي يحدد الإطار التنظيمي لخريطة صحية، كل هذا أفضى إلى وضعية نجد فيها 143 مركزا صحيا مغلقا في الوقت الحالي، في حين لا يشهد غيرها إلا ارتيادا ضعيفا جدا.
- التنظيم الحالي لشبكة الخدمات الصحية الأساسية لم يعد يستجيب للحاجيات، لأن منطق التدخل الحالي في مجال التغطية الصحية أفضى إلى إنشاء مؤسسات للعلاجات الصحية الأساسية في كل الجماعات القروية تقريبا، دون أي اعتبار للنقص في مجال الموارد البشرية والمالية وفي غياب تفعيل القانون الإطار رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض العلاجي، الذي يحدد الإطار القانوني لخريطة صحية وطنية. الشيء الذي أدى إلى عدم قدرة وزارة الصحة على تشغيل 143 منشأة صحية أساسية قائمة، لكنها مغلقة لعدم توفر الموارد البشرية الكافية، بينما تشغل بعضها بصفة موسمية.

## قطاع خاص يشهد نموا قويا

- القطاع الخاص في نمو مستمر، وهو يضم ما يقارب نصف الأطباء، و90 بالمائة من الصيادلة وأطباء الأسنان، وما يقارب 10 بالمائة من المهنيين شبه الطبيين. لكنه يكاد ينحصر في المدن (30 بالمائة من العيادات الطبية توجد في الدار البيضاء، و66 بالمائة منها تتركز في خمس جهات). ويعتبر القطاع الخاص نفسه مقصيا من عمليات التفكير المتعلقة بتصوير وتفعيل التغطية الصحية الأساسية والبرامج التي تضعها وزارة الصحة.

## قطاع خاص بأهداف غير مادية، وقطاع تعاضدي غير محاطين بشكل جيد

- للقطاع الخاص ذي الهدف غير المادي، وكذا القطاع التعاضدي، مكاتهما الكاملة في العرض العلاجي، وهو ما يرسخ القناعة بضرورة العمل على تطوير وتنظيم كل هذه القطاعات من أجل تحسين الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية.
- الجمعيات العاملة في المجال الصحي عديدة، وتوزيعها الترابي غير متساو، وكفاءتها وكذا وسائلها البشرية والمالية ونوعية تدخلاتها تظل كلها متباينة شديد التباين.

## الموارد البشرية والعلاجات الصحية الأساسية

### نقص حاد في عدد المهنيين من أطباء وممرضين، وأوجه تفاوت كبيرة في توزيعهم

- يعاني المغرب من نقص خطير في عدد مهنيي الصحة، ومن أوجه تفاوت كبيرة في توزيعهم بين الجهات وحتى داخل الجهة الواحدة، وبين الوسطين الحضري والقروي. ونسبة الأطباء إلى أعداد الساكنة، التي تبلغ 6.2 أطباء لكل 10.000 مواطن، لا تستجيب لمعايير منظمة الصحة العالمية. أما كثافة المهنيين المكونين في مجال العلاجات المرتبطة بالولادة فتبلغ أقل من 2.28 لكل 1000 ساكن، وهي النسبة التي حددتها منظمة الصحة العالمية باعتبارها عتبة حرجة. وتقدر وزارة الصحة النقص في عدد الأطباء بما قدره 6000 طبيب، وفي عدد المهنيين شبه الطبيين بما قدره 9000 مهني. وهو نقص يزيد من حدته كون القطاع الخاص يشتغل أيضا بمهنيين من القطاع العمومي، كما أنه نقص سوف يتفاقم خلال العقد القادم، مع بلوغ 24 بالمائة من المهنيين شبه الطبيين سن التقاعد، وهو ما يمثل حوالي 7000 شخص.
- تكمن أهم أسباب هذا النقص في القدرة الضعيفة على تكوين الأطباء والممرضين، وضعف عدد المناصب المالية، وهجرة الأطباء والممرضين، وخاصة نحو أوروبا. ففي 2011، قدر عدد المغاربة العاملين في مجال الصحة في فرنسا بما يفوق 5.000 فرد. كما أن صعوبات التعيين، واستبقاء المهنيين في المناطق النائية والمعزولة، تعد كذلك من بين أسباب التفاوت الكبير في توزيع الأطباء والممرضين.

### تكوين مهنيي الصحة لم يعد ملائما للحاجيات الآتية

- في الوقت الذي تعاني فيه المنظومة الصحية بالمغرب من نقص كبير في عدد أطباء الطب العام، فإن فترة تكوين هؤلاء الأطباء طويلة جدا، ولا تتلاءم مع مهماتهم. كما أن الطب العام يعاني من ضعف التثمين، مما يجعل أعداد طلبة الطب الذين يجتذبهم هذا المجال في تناقص مستمر.

- أعداد أطباء النساء والتوليد غير كافية بتاتا، مع أن هؤلاء الأطباء يضطلعون بدور هام في التقليل من نسب وفيات الأمهات والرضع. ومن أجل إيجاد حل لهذه المشكلة، لجأت بعض دول أمريكا اللاتينية، وكذا اندونيسيا إلى إحداث تخصص "أطباء التوليد"، الذين يتلقون تكويننا أقصر مدة.

## الحكامة: منظومة صحية ممرضة إلى أبعد الحدود

- الإدارة المركزية لوزارة الصحة هي من يقرر ويوزع ويدبر الموارد المادية والبشرية والمالية. واللامركزية غير مفعلة، كما أن إحداث مديريات جهوية يسند إليها قانونيا دور التنسيق والتخطيط الاستراتيجي لم يواكبها نقل للوسائل والكفاءات.
- التعاون بين القطاعات، وهو الأمر الضروري للعمل على المحددات الاجتماعية للصحة، محدود ويعاني من غياب التنسيق، والتكامل، والتقاطع بين السياسات العمومية.
- الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص غير مطورة حاليا بما يكفي. وهناك مشروع قانون خاص بعقود الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص ينص على: (1) العمل، تحت مسؤولية السلطة العمومية، على دعم تقديم خدمات وبنيات تحتية اقتصادية واجتماعية ذات جودة وبكلفة منخفضة؛ (2) إقرار إجبارية مراقبة وافتحاص عقود الشراكة؛ (3) تحديد شروط إعداد وإسناد وتنفيذ هذه العقود.
- انخراط الجماعات والساكنة في وضع البرامج الصحية ضعيف.
- الرشوة في قطاع الصحة صارت شيئا "عاديا"، وهو من أكثر القطاعات تضررا من هذه الظاهرة.

## تقدير الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية

### ولوجية شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية

- في غياب النصوص القانونية، يشكو هذا القطاع من أوجه تفاوت كبيرة في مجال التوزيع بين الجهات وداخل الجهة الواحدة، وبين الوسطين الحضري والقروي، سببها عدم تفعيل خريطة صحية ومخططات جهوية للعروض العلاجية، كما هو منصوص عليه في القانون-الإطار رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض العلاجي، والصادر في 2011.
- الولوجية الجغرافية تظل صعبة جدا بالنسبة إلى 24 بالمائة من الساكنة، وهو أمر يزيد من تفاقمه مشاكل النقل وأوجه الاختلال في منظومة النقل الطبي. فسيارات الإسعاف قد تظل مركونة مكانها لزم من طويل بفعل أعطاب تقنية أو لعدم توفر الوقود.

## استمرار أوجه التفاوت

### أوجه التفاوت المرتبطة بالنوع

- نسب وفيات الأمهات والرضع مازالت مرتفعة، وخصوصا في العالم القروي، من أثر عوامل عدة، من بينها الأمية التي ترتفع نسبتها بين النساء القرويات، والعوائق الثقافية والاقتصادية، والبعد عن دور الولادة، مما يفضي إلى نقص أو غياب التتبع الطبي أثناء الحمل، ووضع نصف النساء القرويات حملهن في البيت. وهي وضعية غير مقبولة، خصوصا وأن 92 بالمائة من الوفيات يمكن تفاديها.
- حالات الحمل لدى المراهقات، التي تعد أهم أسباب الوفيات لدى الفتيات ما بين 15 و19 سنة، وكذا عمليات الإجهاض التي تتم في وسط غير طبي، كلها من أهم العوامل المسببة لوفيات الأمهات.
- العنف القائم على النوع، وهو مشكل من مشاكل الصحة العمومية يزيد مع الزمن إثارة للقلق، ويمثل مسا صارخا بالحقوق الأساسية للنساء. كما أن لهذا العنف انعكاسا سلبيا على صحتهم البدنية والنفسية، حيث إن الاغتصاب والعنف الأسري يضيعان على النساء اللواتي في سن الإنجاب ما بين 5 و16 بالمائة من سنوات العيش في صحة جيدة.

### أوجه التفاوت التي يعانها المهاجرون من بلدان جنوب الصحراء

- تحول المغرب من بلد عبور إلى بلد استقرار في حال تعذر الانتقال إلى الضفة الأخرى. وظروف العيش الصعبة التي يجد غالب المهاجرين من بلدان جنوب الصحراء أنفسهم مجبرين على عيشها، وكذا العنف الإجرامي والمؤسسي الذي يتعرضون له، تخلق كلها مجموعة من الحاجيات التي لا يتم أخذها بعين الاعتبار في مجال العلاج الطبي والنفسي.

## الولوج إلى الوقاية والتربية الصحية

- يعد الانتشار المتزايد للأمراض غير المنقولة مسؤولا عن 75 بالمائة من حالات الوفيات، وتنتجم عن هذه الأمراض تداعيات مكلفة جدا اقتصاديا واجتماعيا، في حين تكاد لا توجد أي جهود للوقاية منها، علما أن من الممكن العمل على عوامل الخطر المفضية إلى تلك الأمراض، وخصوصا منها العوامل السلوكية (كالتدخين، واستعمال المواد المخدرة، واستهلاك الكحول) والعادات الغذائية وأنماط العيش التي تساهم في الإصابة بالسمنة، والسكري، وارتفاع الضغط الدموي، وأمراض القلب والأوعية، وكذا العوامل البيئية المسؤولة على الخصوص عن حالات قصور التنفس وحالات السرطان.
- ومن جانب آخر، فإن الوقاية من حوادث الشغل والأمراض المهنية ليست معممة، وكذا الوقاية من العجز والإعاقة.

## ولوجية الأدوية

تمثل الأدوية والمواد الطبية ما نسبته 31.7 بالمائة من مجموع نفقات الصحة. وتخفيض أسعار الأدوية، الذي فرضه نجاح التغطية الصحية الأساسية، يفترض إصلاحا شاملا لسياسة الدواء.

## أدوية بأسعار بالغة الارتفاع

- المراسيم والقرارات التي تخص طرق تحديد أسعار الأدوية أصبحت متجاوزة، وهي تساهم في ارتفاع أسعار الأدوية وفي زيادة حصة الأدوية المستوردة على حساب تلك المصنعة في المغرب.
- هوامش التوزيع مرتفعة وليست متدرجة تدرجا تراجميا نسبة إلى سعر الدواء.
- تضطلع الأدوية الجنيسة بنفس جودة الأدوية الاصلية بالفعل بدور هام في خفض الأسعار، غير أن هذا الانخفاض يمكن أن يكون أكبر لو تم اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين نسبة انتشارها (42 بالمائة، مقابل 70 بالمائة في الولايات المتحدة).
- والقانون المغربي المتعلق بحماية الملكية الصناعية (القانون رقم 17-97، المعدل بالقانون 31-05) يعد من بين القوانين الأكثر تضييقا والأكثر وقوفا في وجه الولوج إلى الأدوية الجنيسة في البلدان السائرة في طريق النمو. ومن ثمة وجبت ضرورة ملاءمته مع سياسة وزارة الصحة التي تشجع الأدوية الجنيسة.

## نظام غير فعال لتخزين وتوزيع الأدوية

- بينما يتميز القطاع الخاص العامل في مجال توزيع الأدوية بتنظيم جيد وانتشار على امتداد التراب الوطني، مما يتيح له تأمين عمليات تسليم يومية، فإن القطاع العمومي عبارة عن منظومة ممرضة وغير ناجعة، كما تشهد بذلك مشاكل التخزين والحفظ، والكميات الكبيرة من الأدوية المنتهية الصلاحية، وحالات تأخير التسليم و نفاذ المخزون المتكررة.
- الأدوية متوفرة بكميات غير كافية في مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية، وتديرها يدوي وتقديري، وإمكانات التتبع غير كافية، وعمليات التسليم متباعدة، وحالات نفاذ المخزون كثيرة.

## توصيف الأدوية في مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية تحتاج إلى الترشيح والعقلنة

- تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى أن أقل من نصف المرضى في البلدان ذات الدخل الضعيف أو المتوسط يتلقون علاجات صحية أولية متطابقة مع التوجيهات السريرية والبروتوكولات العلاجية في مجال الأمراض العادية، وأن أكثر من نصف مجموع الأدوية يتم توصيفها وتسليمها أو بيعها بطريقة غير ملائمة. وقد أجريت دراسة في المغرب على مستوى جهة الدار البيضاء الكبرى، لتؤكد بالملحوس هذا الأمر.
- يمثل التسويق الذي تمارسه المختبرات الصيدلانية، والموجه صوب إشهار الأدوية الأحدث والأعلى سعرا، عقبة كبرى في سبيل عقلنة الوصفات الطبية.

## مصاريف الصحة وتمويلها

### مصاريف الصحة

- يمثل مجموع نفقات الصحة ما نسبته 6.2 بالمائة من الناتج الداخلي الخام، وهو ما لا يتجاوز إلا بقليل نسبة 6 بالمائة المحددة باعتبارها بمثابة الحد الأدنى الضروري لتأمين علاجات صحية أساسية.

- بلغت نفقات الصحة الإجمالية السنوية لكل مواطن في 2012، ما يقارب 153 دولاراً، في حين أن معدل نفقات الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية هو 302 دولاراً. وقد مثلت مصاريف وزارة الصحة في 2012 ما قدره 4.1 بالمائة من مجموع مصاريف الميزانية العامة للدولة، في حين توصي منظمة الصحة العالمية بأن تبلغ تلك النفقات ما نسبته 9 بالمائة.

### الأسر هي التي تتحمل بصفة رئيسية مصاريف العلاج

- مازال تمويل العلاجات يعتمد بالدرجة الأولى على الأداء المباشر من قبل الأسر. فحصة النفقات الصحية التي تتحملها الأسر بطريقة مباشرة تبلغ 53.6 بالمائة، أي ما معدله 802 دراهم للفرد سنوياً. والتكاليف على حقيقتها هي بلا شك أكبر من ذلك، إذا أضفنا إليها المصاريف الخفية، المرتبطة بالنقل والإيواء (الكلفة الاجتماعية).
- ما يقارب 48.6 من تلك المصاريف ينفق لشراء الأدوية، تليها مصاريف العيادات والمصحات الخاصة، بما نسبته 38.7 بالمائة. فأغلب الساكنة القادرة على الأداء تلجأ إلى المؤسسات العلاجية الخاصة التي تعتبر الأسر أنها تقدم خدمة علاجية أجود.

### مصاريف وزارة الصحة في مجال العلاجات الصحية الأساسية

- 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 الخدمات الصحية الأساسية إلا من 34 بالمائة من تلك المنخصصات، علماً 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.
- غير أن مجانية العلاجات والأدوية في مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية بالنسبة للمرضى جميعاً، حتى المتوفرين منهم على تغطية صحية والموسرين منهم كذلك، تجعل الدولة تتحمل وحدها عبء التمويل في هذا المجال، مما يفضي إلى عجز عن الاستجابة للطلب. ثم إن هذه المؤسسات، رغم أنها تمثل المدخل الإجباري للمستفيدين من نظام المساعدة الطبية إلى منظومة العلاجات، إلا أنها لا تستفيد من تمويل نظام المساعدة الطبية، مما يشكل مفارقة صارخة.

### مصاريف التأمين الصحي الإجباري

- مثلت العلاجات المتنقلة غير الاستشفائية في القطاع الخاص ما نسبته 69 بالمائة من مجموع مصاريف نظام التأمين الإجباري عن المرض.
- مثلت الأمراض المزمنة في 2012 ما نسبته 51 بالمائة من مجموع المصاريف، في حين لم تهتم سوى 3.3 بالمائة من المنخرطين في نظام التأمين الإجباري عن المرض. وبالتالي فإن هذه الأمراض تمثل التحدي الأكبر الذي يواجهه نظام التغطية الصحية الأساسية، مما يتطلب وضع سياسة إرادية للوقاية ومحاربة أهم العوامل الحاملة لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة.

## التغطية الصحية الأساسية: مواطن ضعف بنيوية ومظاهر عجز إجرائية يتعين العمل على معالجتها

- يقوم تمويل الصحة في المغرب على قاعدة تغطية صحية أساسية تشهد منذ تفعيلها توسعا مطردا، وهو تفعيل يبقى في آخر المطاف حديث العهد وغير كاف بالنظر إلى المصاريف المرتفعة التي مازالت الأسر تتحملها.
- يبدو توسيع التغطية الصحية الأساسية لتشمل المستقلين أمرا ضروريا لا مناص منه، حرصا على الإنصاف ومن أجل تمويل المنظومة الصحية، بالنظر إلى أن فئات عريضة من هذه الساكنة قادرة على الأداء.
- يعتمد تفعيل نظام المساعدة الصحية، الذي يمثل امتدادا هاما للتغطية الصحية الأساسية، على تمويل يقوم بالأساس على الضرائب (الدولة والجماعات المحلية) وبموجب القانون فإن الدولة ملزمة بتوفير الموارد المالية الضرورية لهذا النظام.
- غير أن أنماط تدبير نظام المساعدة الطبية تبقى غير فعالة (من قيادة غير كافية، وولوج للعلاجات لا يرضي المستفيدين، وقواعد للاستفادة صعبة القراءة، وغير ذلك). ومن ثمة ضرورة اتخاذ تدابير مستعجلة لضمان تدبير أمثل للموارد المالية المرصودة له، وتفعيل استراتيجية تتيح تطوير التضامن الوطني حول مسألة تمويله.
- تبدو مجانية العلاجات وكأنها ملازمة لتكفل غير مرضى بالمرض، بينما المفروض فيها ألا تؤثر مطلقا على جودة التكفل.

### 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 تعانها 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 طرق صرف (تخصيص) تلك الموارد (...) وهي المقدم (الوحيد) للخدمات الصحية، (...) والوظائف الثلاث (...) تحت مسؤولية مؤسسة واحدة (...) ليست منفصلة على المستوى التنظيمي (...) وهو ما يعد من بين أهم أسباب عدم نجاعة الخدمات الصحية العمومية." <sup>1</sup>

ويتعين كذلك، أن يوضع تمويل المنظومة الصحية، الذي لا يمكن أن يُفصل عنه تمويل الخدمات الصحية الأساسية، في قلب سياسة وطنية للتنمية البشرية.

ويتقدم المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بتوصيات ذات طابع عام، 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 طابع عام

- بلورة سياسة وطنية للصحة، تندمج في إطار سياسة وطنية للتنمية البشرية، وتستهدف في المقام الأول الجهات الفقيرة، والعالم القروي، والساكنة المعوزة أو التي تعاني من الهشاشة؛ سياسة تعمل على محددات الصحة (من تربية صحية وولوج إلى الماء الصالح للشرب وغير ذلك) في إطار التقائية للتدخلات 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 وتدبيرها، من خلال نقل الكفاءات البشرية والوسائل المالية الضرورية إلى المديرين الجهويين؛
- العمل على لامتراكز 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 المندوب 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.

## مكافحة 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 لولوج الأشخاص في وضعية إعاقة إلى العلاجات الصحية الأساسية، طبقا للاتفاقية المتعلقة بحقوق الأشخاص المعاقين، التي صادق عليها المغرب في 2009؛
- إتاحة لولوج 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، وتحديد 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 الترسنة 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 31-05) 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 للمهن شبه 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؛
- تميمين 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 مهنيي 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 ترميم منح البعد ومنح المناطق، وضمان سلامته. وبإمكان الجماعات المحلية المساهمة في تطبيق هذه التدابير؛
- رفع أعباء المهام الإدارية عن الأطباء والمرضين، لتمكينهم من التفرغ للأنشطة العلاجية والوقائية والتربوية الصحية، وذلك عبر توظيف "أطر متوسطة" بين صفوف خريجي 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 للتعن 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 الإصلاحيات، 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 الاجتماعي؛
- 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.









## المجلس الاقتصادي و الاجتماعي والبيئي

تقاطع زنقة المشمش وزنقة الدلبوت، قطاع 10، مجموعة 5  
حي الرياض، 10 100 - الرباط  
الهاتف : +212 (0) 538 01 03 00 الفاكس : +212 (0) 538 01 03 50  
البريد الإلكتروني : contact@ces.ma