

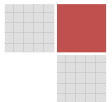
المملكة المغربية  
البرلمان  
مجلس المستشارين  
**مجموعة العمل التقدمي**



## اجتماع المجموعة الموضوعاتية مع وزير الصحة

الثلاثاء 10 يوليوز 2018  
تقديم عرض السيد وزير الصحة

الاثنين 16 يوليوز 2018  
مناقشة عرض السيد وزير الصحة



“ فإذا كنا قد نجحنا في العديد من المخططات القطاعية، كالزراعة والصناعة والطاقة المتجددة، فإن برامج التنمية البشرية والترايبية التي لها تأثير مباشر على تحسين ظروف عيش المواطنين، لا تشرفنا، وتبقى دون طموحنا.”

خطاب ملكي بمناسبة عيد العرش في 29 يوليوز 2017

## الحق في الصحة، حق دستوري:

◀ يشير العهد الدولي لحقوق الاقتصادية والاجتماعية إلى أن الحق في الصحة يعني: “التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه”،

◀ وينص الدستور المغربي في فصله 31 على أنه: “تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في:

- العلاج والعناية الصحية؛
- الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة؛
- الحصول على تعليم عصري ميسر الولوج وذي جودة؛
- التنشئة على التشبث بالهوية المغربية، والثوابت الوطنية الراسخة؛
- التكوين المهني والاستفادة من التربية البدنية والفنية؛
- السكن اللائق؛
- الشغل والدعم من طرف السلطات العمومية في البحث عن منصب شغل، أو في التشغيل الذاتي؛
- ولوج الوظائف العمومية حسب الاستحقاق؛
- الحصول على الماء والعيش في بيئة سليمة؛
- التنمية المستدامة.”

لذلك، وجب العمل على تبني نظام صحي عادل ومنصف في ولوج العلاج والدواء والرعاية الصحية، والعمل على تفعيل مضامين الدستور على أرض الواقع حتى تتمكن من معالجة الإشكالات الكثيرة التي تعاني منها المنظومة الصحية ببلادنا.



## ميزانية قطاع الصحة في قانون المالية:

تم إعداد مشروع قانون المالية لسنة 2018 رقم 68.17 في ظل وضع اقتصادي وظرفية لها خصوصياتها وتحدياتها الداخلية والخارجية، وفي ظل انتظارات وطموحات شريحة كبيرة من المجتمع المغربي، وكذا من خلال سيرورة متقلبة من الأوضاع التي عاشها المغرب خلال سنة 2017، سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية وحتى السياسية.

◀ في قانون المالية 2018 ارتفعت الإعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة إلى 14.79 مليار درهم. فهل هذا كافي لتجاوز الخصاص؟

◀ في ظل قانون المالية لسنة 2018، خصت الحكومة قطاع الصحة بإجراءات لسد الخصاص الذي يعرفه هذا القطاع على مستوى الأطر الطبية وشبه الطبية،

◀ على مستوى الموارد البشرية، خصص قانون المالية حوالي 4 آلاف منصب مالي، وبلغت الإعتمادات المخصصة للقطاع 14,8 مليار درهم، أي بزيادة 500 مليون درهم مقارنة مع سنة 2017، زيادة على هبات من طرف دول مجلس التعاون الخليجي من أجل بناء مركزين استشفائيين بكل من مدينة الرباط وأكادير، وإعادة بناء المركز الاستشفائي ابن سينا بالرباط (حوالي 2,4 مليار درهم)، وستخصص هذه الاعتمادات بالأساس لتحسين ظروف استقبال المواطنين، وتحسين جودة الخدمات الاستشفائية المقدمة لهم.

◀ إن ما يجب التنصيص عليه في هذا الإطار هو ضرورة تعميم النظام المعلوماتي داخل المستشفيات من أجل أخذ المواعيد، والأخذ بعين الاعتبار الحالة الصحية للمريض، ووضع خط هاتفي من أجل ذلك، ومراقبة عمل الكوادر الطبية، وتحسين تعاملهم مع المرضى، إلى جانب تحسين ولوجية المواطنين للمستشفيات، فالتعامل الحالي على أرض الواقع مع المواطنين الراغبين في



الاستشفاء يوحى بالتخبط والعشوائية في التدبير التي تعرفها العديد من المستشفيات العمومية ببلادنا.

إضافة إلى ذلك، تواصل الحكومة تعميم التغطية الصحية الخاصة بالنسبة للمستقلين وأصحاب المهن الحرة والطلبة، وآباء وأمهات المؤمنين، ووضع قاعدة بيانات ومعطيات موحدة خاصة بالفئات الفقيرة والهشة من أجل ضمان العدالة والفعالية سواء عن طريق المساعدة الطبية (RAMED) ، أو برنامج تيسير أو دعم الأرمال والمطلقات.

فقد مكن تعميم نظام (RAMED) (حسب تصريحات وزير الاقتصاد والمالية) من تسجيل ما يناهز 11.46 مليون مستفيد منهم 52% من النساء، لكن هذا لا يمنع من القول بأن العبرة ليست بالكم، ولكن بكيفية التعامل الفعلي مع أصحاب هذه البطائق، أي النسبة التي استفادت بالفعل من هذه الخدمة، فالواقع يشير إلى عكس ذلك تماما، فالعديد من المستفيدين من هذا النظام يواجهون مشاكل في استعمال بطاقة (RAMED) ، خصوصا عند عرضها أمام أنظار المستشفيات العمومية من أجل الاستشفاء.

لقد حاول مشروع قانون المالية لسنة 2018 رقم 68.17 الإجابة على مجموعة من التساؤلات المحورية التي تهم المواطن المغربي على وجه الخصوص، لاسيما فيما يتعلق بالقطاعات الاجتماعية التي تمسه بشكل أساسي كالصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية، إلا أن مجمل هذه الإجراءات لازالت غير فعالة ويمكن التعبير عنها بأنها ترقيعية، وغير مجدية من أجل إصلاح الخلل الموجود في هذه القطاعات الثلاث الحساسة،

لذلك وجب العمل على رفع التحديات ومحاولة الإجابة على طموحات المواطن المغربي ببلاد يشوبها الأمن والأمان، وأيضا دولة تسعى إلى خلق جو من الاستقرار والثقة بين مؤسساتها وبين مواطنيها.



## واقع الحال، معطيات مقارنة:

المغرب يتوفر على:

- 5 مستشفيات جامعية
- عشرات المستشفيات الإقليمية (39 مستشفى متخصص و102 مستشفى عام)
- المراكز الصحية (2.689 مؤسسة، بمعدل 12.000 نسمة لكل مؤسسة في الوسط القروي و 43.000 في الوسط الحضري)

- الأسر المغربية تساهم ب 57٪ من نفقات العلاج،
- لا يتوفر المغرب إلا على سرير واحد لكل 1.000 نسمة مقابل 2.2 سرير لكل ألف نسمة في تونس و 7 أسرة لكل ألف نسمة في أوروبا،
- لا تبلغ نسبة الاستشفاء سوى 4.7٪ بالمغرب مقابل 14٪ في تونس
- غلاء الأدوية، تبلغ نسبة الولوج إليها 400 درهم لكل مواطن.

تشير معطيات تقارير المنظمات الدولية، المهتمة بمجال الصحة، إلى تأخر كبير للمغرب على مستوى الخدمات الصحية، التي يقدمها لمواطنيه.

تصنف منظمة الصحة العالمية المغرب ضمن 57 دولة تعاني نقصا حادا في الموارد البشرية، إذ يعاني المغرب من خصاص في الميدان الصحي لا يقل عن 6000 طبيب و9000 ممرض (علما أن مؤسسات التكوين الموجودة غير قادرة على استدراك هذا الخصاص، فمثلا لا توجد في المغرب سوى 23 مؤسسة لتكوين الممرضين، ويزيد من عمق هذه المشكلة سوء التوزيع الأطر الصحية سواء كان هذا الخلل في التوزيع يتعلق بالكم أو بالكيف، فمن حيث العدد تبقى سمة التفاوت والفارق بين المؤسسات هي الطاغية (مراكز صحية تشتغل بأكثر من 20 إطار صحي بينما تشتغل مراكز أخرى ب أقل من ستة أطر).

يحتل المغرب، الرتبة 78 من أصل 115 دولة، في ما يخص عدد المرضى لكل طبيب، وفق موقع «بيج ثينك» العلمي، حيث المعدل الوطني 2.000 مواطن لكل طبيب، في حين توفر تونس طبيبا لكل ألف نسمة، وتملك إسبانيا طبيبا لكل 40 مواطن.



كما كشف تقرير لمختبر «ساير ماتريكس»، سنة 2015، عن غياب المستشفيات المغربية في قائمة المستشفيات العربية الجيدة، بسبب نقص شديد في الأجهزة الطبية والكوادر الصحية.

مع وجود مركز صحي واحد فقط لكل 42 ألف مغربي وأقل من سرير لألف مواطن.

في ذات السياق، يظهر تقرير لمنظمة رعاية الطفولة (اليونيسيف)، التابعة للأمم المتحدة، عن نقص شديد في الخدمات الصحية، خاصة في المناطق القروية، إذ حيث أن 75٪ من وفيات الأطفال الرضع بالمغرب، يموتون بالمناطق النائية.

و يسجل المغرب كذلك نسبة مرتفعة في وفيات الحوامل في المناطق القروية، تصل إلى وفاة أم حامل كل عشر ساعات، ما يثير بين الفينة والأخرى احتجاجات شعبية أمام غياب دور الدولة الصحي في تلك المناطق.

فيما كشف تقرير لمنظمة هيومن رايتس ووتش لعام 2015، عن معاناة 62.000 من المغاربة المصابين بأمراض خطيرة، مثل السرطان، من آلام يمكن تجاوزها، من خلال «العلاج التلطيفي»، الذي تفتقر إليه المؤسسات الصحية بالمغرب. ويشير قسم الصحة في هيومن رايتس ووتش إن هناك حاجة ماسة لأن توسع الحكومة المغربية خدمات الرعاية التلطيفية. في الوقت الراهن، يعاني آلاف المصابين بالسرطان وأمراض خطيرة أخرى في المغرب من أعراض قابلة للعلاج.

ولا تتعدى نسبة ميزانية القطاع الصحي 6 ٪ من الناتج الإجمالي للمغرب، متأخرا عن النسبة 9 ٪ الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية، مع العلم أن بلدا مثل تونس يخصص 9.8 ٪ من ناتجه الإجمالي، للإنفاق على القطاع الصحي.

يعاني المغرب من نقص مهول في الأطر الصحية: فلا يتجاوز عدد الساهرين على الصحة العمومية 47 ألف موظف، حيث لا يتجاوز عدد الأطباء 46 طبيب لكل 100 ألف نسمة (مقابل 70 في تونس و 300 في فرنسا) 10 ممرضين لكل 10 ألف نسمة.



## مؤشرات إيجابية:

لا بد من الإشارة إلى التقدم الذي تم إحرازه والذي كان له، عموماً، أثر إيجابي على صحة الساكنة. حيث تظهر المكتسبات المحققة في هذا القطاع في التحكم في المؤشرات السوسيو-اقتصادية مثل معدل النمو السكاني (1,4) ومعدل الخصوبة الإجمالي (طفلين لكل امرأة) ومتوسط العمر المتوقع عند الولادة وهو 72 سنة.

وهذا راجع إلى الانخفاض المهم في معدل وفيات الأطفال كما يعزى هذا الأمر إلى تقلص انتشار العديد من الأمراض المعدية والقضاء على العديد من الأمراض الفتاكة واتساع عروض العلاج في القطاع العمومي والخاص بما في ذلك تطوير قدرات مهنيي قطاع الصحة.

## بعض نقائص القطاع:

لكن، بالرغم من المكتسبات التي حققتها قطاع الصحة إلا أنه مازال يشكو من العديد من النقائص (المجلس الوطني لحقوق الإنسان – الحق في الصحة) والتي زادت التفاوتات الجغرافية والاجتماعية من تفاقمها:

◀ تتعرض المجموعات الهشة مثل النساء والأطفال والأشخاص المسنين والأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة إلى عدم المساواة، ويتمظهر هذا في التباينات الحاصلة بين الجهات (المجال الحضري، شبه الحضري، القروي)، خاصة على مستوى توزيع الموارد البشرية، البنيات الصحية الأساسية والتمويل العمومي.

◀ يشوب العرض الكلي في شقيه العمومي والخصوصي ضعف على مستوى التكامل بين القطاعين حيث لم يستطع هذا العرض إقامة توازن بين مختلف الجهات والأقاليم فيما يخص الخدمات الصحية الأساسية.

◀ يعد معدل وفيات الأمهات والرضع في المغرب واحد من أعلى المعدلات في العالم. وتعرف هذه النسبة تفاوتات صارخة بين الجهات وبين المدارين الحضري والقروي، وتعزى هذه الوفيات إلى عدم توفر الشروط الصحية اللازمة للولادة حيث نجد عدد مهم من النساء لا زلن يلدن في بيوتهن بمعزل عن أي إشراف طبي.

◀ وتجدر الإشارة إلى أن هذا الإشراف الطبي لا يزال هزيلاً حتى في مستشفيات الولادة التابعة لوزارة الصحة.

◀ تعاني الفئات المعوزة، خاصة القاطنة في المدار القروي، من عدة صعوبات (اقتصادية وجغرافية وسوسيو ثقافية) تحول دون الوصول إلى الخدمات الصحية التي تعرف بنياتها توزيعاً غير متكافئ سواء على المستوى الطبي أو الطبي الموازي.



﴿ يختلف الولوج للخدمات الصحية باختلاف مستويات دخل الأفراد ومن تم فإن السكان الفقراء يستفيدون من الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العمومي أما ذوي الوضعية المادية المريحة فيختارون الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص.

﴿ إن سكان الوسط الحضري الأكثر غنى يستفيدون من المستشفيات العمومية سبع مرات أكبر من سكان الوسط الحضري الفقراء (مما يعني أن الفقراء لا يستفيدون من التغطية الصحية بالشكل المطلوب). أما في العالم القروي، فإن السكان ذوو الدخل المحدود والمتوسط يلجئون إلى المراكز الصحية حيث الخدمات مجانية. وتتفاقم هذه الوضعية بسبب عوامل خارجية أخرى كالأمية، العيش في سكن غير لائق، البطالة، ندرة فرص الشغل هذا بالإضافة إلى الميز على أساس الجنس.

## بعض الأسباب البنيوية التي تحتاج إلى معالجة:

### 1. على المستوى السياسي

الاهتمام بقطاع الصحة يعني تغيير السياسات المعتمدة وعدم النظر إلى القطاع الصحي باعتباره قطاعا غير منتج أو يشكل عبئا على ميزانية الدولة. إذ أن العناية بصحة المواطن حق لهذا الأخير من جهة، وتهم تحسين ظروف عيش الإنسان من أجل تحقيق التنمية البشرية، التي لا يمكنها أن تتحقق بمواطنين مرضى وغير نشيطين.

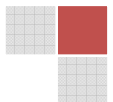
ويتعين أولا رصد ميزانية مهمة للقطاع الصحي، فقانون المالية لسنة 2012 مثلا خصص 2700 مليار سنتيم للدفاع و 1750 مليار سنتيم للأمن والداخلية، بينما لم يخصص لوزارة الصحة، التي شرعت حينها في تطبيق نظام المساعدة الطبية، إلا 1000 مليار سنتيم، وهذا الوضع لن يسهم إلا في إنتاج مواطن عليل غير قادر على النهوض بأعباء النهضة والتنمية. إذ لا يتجاوز التمويل العمومي لوزارة الصحة 5٪ من ميزانية الدولة، (1.43 من الناتج الداخلي الخام) أما النفقات الصحية لكل مواطن فهي 230 دولارا للفرد في المغرب (مقابل 500 في تونس، و400 دولار في الجزائر).





### ❖ غياب سياسة لتدبير الموارد والتجهيزات

- غياب سياسة لتدبير المواد البشرية، مما يترتب عنه التوزيع غير المتكافئ لمهنيي الصحة عبر تراب المملكة، وتمركز النسبة الأكبر من الموارد البشرية الصحية بين مدينتي الرباط والدار البيضاء.
- تفاوتات في توزيع مؤسسات تقديم العلاجات العمومية والخاصة من منطقة إلى أخرى
- عدم تخصيص الاعتمادات المالية الكافية لقطاع الصحة، إذ لا يزال مجموع النفقات في مجال الصحة دون الحاجيات، مما يشكل عائقاً أمام تطور القطاع
- غياب سياسة فعلية في مجال الأدوية
- نقائص في مجال تدبير المستشفيات العمومية: تركيز التدبير الإداري، نقص التنسيق مع المراكز الصحية على المستوى الإقليمي، غياب الكفاءات في مجال تدبير المستشفيات، اختلافات بين التقنيات المتوفرة والفرق التقنية القادرة على تشغيلها
- وجود ظواهر أخرى، من قبيل الغياب، الرشوة، سوء استقبال المرضى
- ضرورة اعتماد سياسة للتعقب والتقييم: وهو ما يشمل التقييم الدوري عبر وضع نظام وطني للمعلومة الصحية، من أجل تجميع المعطيات الضرورية لتتبع تدبير الشأن الصحي على المستوى المركزي والمحلي، على أن يتم تعزيز هذا التقييم بالدراسات والبحوث الميدانية، كما وكيفا.
- وتعزى النقائص المسجلة في المجال إلى غياب المراقبة، الضرورية خاصة في سياق يهيمن عليه امتهان الطب بطريقة غير قانونية، هدر الموارد، الغياب، الرشوة في مؤسسات الاستشفائية، ويعمق ذلك ضعف البرامج الاجتماعية ووسائل تحفيز العاملين في القطاع.



- ضرورة معالجة الغموض هي الذي تعم هياكل وزارة الصحة ومصالحها الداخلية والخارجية وطرق تنظيمها، فكثيرا ما تجد تداخلا بين الأقسام والوحدات التي تسيّر دواليب وزارة الصحة ومديرياتها ومندوبياتها.
- فبعض الوحدات أو الأقسام لا مبرر لوجودها وبعض الوحدات لا وجود لها رغم أهميتها، فضلا عن نهج سياسة مركزة في اتخاذ القرار والتدبير بوزارة الصحة بالرباط، في الوقت الذي كان من المنتظر أن تفوض الوزارة مجموعة من الصلاحيات لفائدة المديريات الجهوية المحدثثة مؤخرا،
- على المديريات الجهوية أن تتحول إلى وزارات صغيرة بالجهة، ويرافقها تحويل للموارد المالية والبشرية اللازمة لأداء مهامها، لكن الواقع اليوم يؤكد أن الإدارات الجهوية تتحول إلى مجرد مندوبيات كبيرة تكتفي بأمور بسيطة من قبيل الإشراف على الامتحانات وجمع تقارير المندوبيات قبل إرسالها إلى الوزارة، أو في أهم الأحوال تعتبر سلما إداريا يزيد الجهاز البيروقراطي في قطاع الصحة تعقيدا.
- سياسة الاستقلالية التي تتمتع بها المستشفيات الجامعية الكبرى في المغرب (5 مستشفيات)، جعلت منها قلاعا محصنة ضد أي رقابة محلية أو جهوية، وإنما أضافت إلى المسؤولين الإقليميين والجهويين مسؤولا ثالثا لا يسأل محليا وإنما وطنيا، وهو ما يسهم في المزيد من التمركز وهدر الجهد ويعد في نظر البعض انتقاصا من المؤسسات الجهوية والإقليمية التي ليس بمقدورها الإشراف الكامل على مستشفيات تقع في دائرة ترابها، وتعرض للنقد بسبب فشلها أو تقصيرها، فهل يمكن تحميل مندوب إقليمي أو جهوي مسؤولية تدهور الصحة العمومية بإقليم ما، دون أن تكون لهما سلطة الإشراف والمراقبة على أهم مؤسساته الصحية وهي المستشفيات الجامعية؟ (وما يعمق من هذه الأزمة أن هذه المستشفيات لا زالت تشرف على بعض المهام التي هي من اختصاص المندوبيات وخاصة المهام ذات المردود المالي من قبيل لجنة الفحص الطبي المخصص لتسليم رخص السياقة، في الوقت الذي نجد فيه مؤسسات من المفروض أن تكون تحت إشراف المراكز الاستشفائية الجامعية من قبيل مصالح المساعدة الطبية المستعجلة SAMU التي لا زالت تحت الإشراف المرتبك للمديريات الجهوية).
- تداخل الاختصاصات بين مجموعة من مؤسسات وزارة الصحة، إذ لا زالت بعض المؤسسات مشتركة بين المديريات الجهوية والمندوبيات الإقليمية (من قبيل مراكز الصيانة، ومراكز تحاقن الدم التي وعلى الرغم من أنها تحت



إشراف المديرية الجهوية إلا أن مداخلها المالية تتجه نحو المستشفيات الإقليمية)

• كما أن الحدود المرسومة لكل من المندوب الإقليمي والمدير الجهوي غير مرسمة بشكل محكم، وإنما في كثير من الأحيان تجتهد الأطراف لتحديد المسؤوليات (والدليل على ذلك ما يحصل بخصوص التعيينات الجديدة، إذ وقعت صراعات بين بعض المديرين الجهويين والمندوبين الإقليميين حول من الأحق بأن تمر عبره التعيينات، حيث أن الوزارة ترسل تعيينات مباشرة إلى المندوبيات بينما الصواب أن توجه التعيينات أولاً إلى المديرية لكي يعاد توزيعها وفق حاجيات الجهة).

• يعاني قطاع الصحة من خلل كبير في تحديد المسؤوليات والصلاحيات والترسيم القانوني للمهام، فالكثير من المسؤوليات خاصة على مستوى الوحدات والمصالح هي شبه تطوعية وبدون إطار قانوني ينظمها، مما يؤدي إلى عزوف جل الأطر الكفأة عن تحمل المسؤولية وبقاء الكثير من المستشفيات والمصالح بدون مدراء ومسؤولين (صرح وزير الصحة سابقاً بأن أكثر من 50 مستشفى بدون مدير).

• فالمسؤولية في قطاع الصحة هي، تقريبا، المسؤولية الوحيدة التي لا يحصل من يتحملها على تعويضات مرسومة وقانونية ومحددة القدر، وإنما تبقى مرتبهة للتحويلات السياسية وأمزجة الرؤساء... وينطبق الأمر نفسه على التعويضات السنوية لكل موظفي وزير الصحة حيث تسود العشوائية والانتقاء في التوزيع رغم ضآلة هذه التعويضات مما يحدو بالكثير منهم إلى الامتناع عن تلقيها (تصل أحيانا إلى 300 درهم في العام لموظف في السلم 11).

• إن مهمة المسؤولين الجهويين والإقليميين تتجلى بشكل أساس في الحرص على صحة المواطنين ومراقبة الشؤون الصحية للمستشفيات والمراكز الصحية، وهذا من صميم تخصصهم الدراسي والتكويني. ولكن أن يتم تكليفهم بأمور خارج تخصصهم من قبيل عقد الصفقات والبحث عن الممولين من أجل تجهيز المستشفيات أو ترميمها، فإن ذلك يتعارض و مبدأ الرجل المناسب في المكان المناسب، ومن تم وجب التفكير في صيغ حديثة لإعفاء المندوبين والمدراء الجهويين من الانشغال عن صحة المواطنين بأمور لم ينالوا تكوينهم للقيام بها ولا وقت لديهم للقيام بها، فيتحول المندوب من طبيب يفهم في الشؤون الطبية وإداري يدرك حاجيات الأطر الصحية التي تشتغل تحت مسؤوليته، إلى مقاول منشغل بأمور الصفقات.



- لقد أثرت هذه الاختلالات التنظيمية بشكل واضح على قطاع الصحة من حيث بطء سرعة اتخاذ القرار وتعقيد الإجراءات البيروقراطية وهدر المال العام في أمور غير ذات أولوية وفي خلق مؤسسات بدون صلاحيات، وتوزيع المسؤوليات على أكثر من طرف، مما لا يضمن القدرة على المحاسبة أو تحديد المسؤولية، كما تسببت هذه الاختلالات في تراخي المنظومة البشرية.

### 3 على مستوى البنيات

- ◀ نقص مهول في البنيات التحتية مع تكاثر طلبات الاستشفاء.
- ◀ آلاف المراكز الصحية المنتشرة بالوسطين الحضري والقروي تشكو من نقص مهول في وسائل التطبيب والأطر الطبية والإدارية (غياب طاقم إداري بجميع المراكز الصحية، حيث الاعتماد على المرضى والأطباء في التسيير والتطبيب) وفي كثير من الأحيان يغيب عنها الأمن والماء والكهرباء (تعدد حالات الاعتداء على الأطر الصحية من طرف بعض المواطنين)، علاوة على أن مجموعة من المراكز لم تعرف طريقها إلى الاشتغال بسبب نقص في الأطر الصحية أو سوء في توزيعها.
- ◀ الكثير من المساكن الوظيفية تفوت بطريقة غير قانونية أو لمن لا يستحقها، وكثير من الصفقات يشته في محاباتها لبعض الشركات وخاصة شركات التموين وشركات النظافة والتموين والصيانة وهو ما يلزمه فتح أكثر من تحقيق.
- ◀ ضرورة تفعيل وزارة الصحة لقرار تحميل مصاريف الماء والكهرباء لمن يشغل السكن الوظيفي وترشيد الطاقة بالمستشفيات، إذ لا تزال الكثير من المندوبيات تتحمل مصاريف الماء والكهرباء التي يستهلكها من يشغل السكن الوظيفي، كما تتحمل المندوبيات والمديريات مصاريف خيالية للماء والكهرباء نتيجة عدم الترشيح أو أعطاب في الأجهزة وهو ما راكم مجموعة من الديون على مختلف الإدارات الصحية قد تصل أحيانا إلى نصف مليار الشيء الذي كان يمكن تجاوزه لو تم ترشيح النفقات ومن ضمنها ترشيح استهلاك الماء والكهرباء من قبيل إطفاء الآلات والمكيفات والحواشيب التي لا حاجة إليها وخاصة بالليل، وعدم الاعتماد على الماء الصالح للشرب في سقي الحدائق وغيرها من إجراءات ترشيح النفقات.
- ◀ أسطول السيارات ومنها سيارات الإسعاف، يعاني من التآكل والتقدم من جهة، ومن جهة ثانية يعاني من عدم استغلاله في المخصص له،



## 4. على مستوى الموارد البشرية

مستوى تدبير العامل البشري يبقى أهم عنصر في فشل وزارة الصحة ، حيث تنقسم أسباب الفشل إلى موضوعية وذاتية،

### أ: الأسباب الموضوعية:

- ◀ عدم الحرص بما فيه الكفاية على ضمان حقوق العاملين بقطاع الصحة،
- ◀ ضمان التامين على المخاطر الذي يتقاضونه لا يتناسب وحجم المخاطر التي تحيق بهم (تعاني الأطر العاملة بمراكز تحاقن الدم، مثلا، من غياب أي إجراءات وقائية تحميهم من التعرض للعدوى)،
- ◀ تحسين مستوى أجور الأطر الصحية، فهي متدنية مقارنة مع المستوى المعيشي المرتفع، ومقارنة بالعاملين بقطاعات أخرى كقطاعي العدل والمالية،
- ◀ مراعاة الظروف الصعبة التي يعيش فيها العاملون بالوسط القروي، في ظل غياب مكافآت مجزية ( يصل الفرق أحيانا بين الوسط الحضري والقروي إلى 150 درهما) مما يضطر الكثير منهم إما إلى التغيب عن العمل وإما إلى العمل خارج المؤسسات العمومية وإما الارتقاء بين أحضان الارتشاء وما يصاحب ذلك من تأثير على صحة المواطنين.
- ◀ القوانين المعمول بها في القطاع الصحي لا تواكب التطور الذي من المفروض أن تعرفه المنظومة الصحية، إذ لا تزال الكثير من الفئات العاملة بقطاع الصحة في نضال متواصل من أجل تغيير القوانين التي توطرها، فالموظفون الحاصلون على الدكتوراه العلمية محرومون من إطار قانوني ينظم عملهم ويحدد اختصاصاتهم، مما يجعلهم عرضة للضياع والتهيه داخل دواليب الإدارة ويحرم القطاع من الاستفادة من خبراتهم.
- ◀ نفس الأمر ينطبق على العاملين تحت تسمية "مساعدون طبيون" فهم منذ سنوات يطالبون الوزارة الوصية بتغيير تسميتهم وتحديد مهامهم، وهو الأمر الذي لن يكلف ميزانية الدولة أي عجز، ولكن عدم الامتثال له يؤثر على العمل نتيجة الإضرابات المتتالية التي تخوضها هذه الفئة من أجل أمر بسيط.
- ◀ مراعاة أوضاع فئة الأعوان وحراس الأمن والمنظفات، فرغم أن الأعوان يتحملون مسؤوليات مهمة وتناط بهم أدوار أساسية إلا أن أجورهم زهيدة تكاد لا تتجاوز الحد الأدنى للأجور إلى بدراهم.
- ◀ ورغم أن قطاع الصحة يعتمد على الشركات الخاصة للنظافة والأمن، إلا أن عدم إلزام تلك الشركات باحترام دفتر التحملات الذي يضمن الحد الأدنى للأجور يجعل فئة الحراس والمنظفات عرضة لجشع الشركات التي توظفهم



قد لا يتجاوز أجر عاملات النظافة 600 درهم في الشهر وحراس الأمن 1200 درهم، إذ في ظل هذا الوضع تتدهور نظافة المصحات ويغيب الأمن ويتحول الحراس إلى سماسرة أو يزاولون مهام غير مهامهم داخل المستشفيات مقابل دراهم من المواطنين ومنهم من يقوم بأعمال السخرة لفائدة رؤسائهم.

◀ والسبب الحقيقي وراء هذه المشاكل هو عدم نزاهة الكثير من صفقات التي تعقد مع الشركات أو عدم كفاية الأموال التي تخصصها الوزارة لفائدة هذه الأعمال، مما يضطر المسؤولين إلى القبول بالشركات التي تتقدم بأقل مقابل وأسوأ خدمة.

◀ عموماً، فالنقص المهول في الأطر الصحية، هو الغالب.

### ب: على المستوى النوعي:

◀ من حيث نوعية الأطر، فإن المعايير المعتمدة في الحركة الانتقالية تبقى عاجزة عن تحقيق الجودة، فعنصر الأقدمية يفرق المستشفيات، ذات الأهمية والموجودة تحديداً بالمدن، بالكثير من الأطر ذات الأقدمية وما يصاحب ذلك من تعب سببته السنون أو أمراض أو تقدم في العمر، بينما يدفع بالفئات الشابة إلى المناطق النائية التي لا تضم إلا مراكز صحية صغيرة.

◀ ولذلك وجب التفكير في مراجعة معيار الأقدمية وتشجيع الأطر الصحية على البقاء في المناطق النائية (هذا التشجيع لن يكون بمبلغ 700 درهم التي اقترحتها وزارة الصحة على الممرضين مثلاً، أو بسكن وظيفي يتكون من بيت ومطبخ، وإنما ينبغي أن يكون بإجراءات شجاعة تتمثل في مضاعفة الأجر وبسكن وظيفي يليق بإخار صحي يشتغل في ظروف صعبة، وبتطوير البنيات التحتية كالمدارس الجيدة والأسواق والمدارس والطرق وتوفير وسائل النقل وتحسينها، وهذه مهمة الحكومة بجميع قطاعاتها وليست مهمة وزارة الصحة وحدها).

### تد الأسباب الذاتية:

نظراً لكل تلك الأسباب الموضوعية التي تطرقنا إليها سابقاً، نورد الملاحظات التالية:

❖ إصابة بعض الأخر الصحية بنوع من الترهل في الأداء وغموض في الأهداف والرؤى في ظل غياب ربط المسؤولية بالحاسبة وتشجيع الرقابة، وفي ظل انعدام



الحوافز المادية خاصة في العالم القروي وفي المراكز الصحية، وفي ظل غياب قوانين تنظم العلاقات بين القطاع العام والخاص...

❖ التأخر في إصدار قانون ينظم الحق في الإضراب جعل القطاع الصحي بشكل خاص عرضة للكثير من الإضرابات العشوائية وغير المنضبطة لا لمصلحة الموظف ولا لمصلحة الموانع، خاصة مع التشرذم النقابي الذي يطبع العمل النقابي بالقطاع، فإلى جانب تعدد النقابات تحتشد الكثير من الفئات المهنية ضمن هيئات خاصة بها، وكل هيئة تحدد أيام إضرابها بمعزل عن أي تنسيق، فمثلا تجد في قطاع الصحة، هيئة للتقنيين وأخرى للمتصرفين وثالثة للمهندسين ورابعة للمساعدين الطبيين وخامسة للأخباء وسادسة للمرضين وسابعة للأعوان وثامنة للحاصلين على الدكتوراة العلمية. وهو ما يضرب في العمق فلسفة العمل النقابي وأهدافه وأسسها (هذه الأزمات مشتركة بين جميع القطاعات).

❖ بجانب المشاكل الذاتية والموضوعية، نلاحظ غياب رؤية مبنية على مقاييس علمية من شأنها الرفع من مستوى مردودية الموارد البشرية، من خلال توزيعها بشكل جيد بين الجهات والأقاليم والمستشفيات، وعبر إعادة النظر في قياس العمل المنضبط.

❖ فالاستمرار في اعتبار الموظف المثالي هو الذي يدخل في الوقت ويخرج في الوقت لا يخدم قطاع الصحة في أي شيء، في غياب الحوافز المعنوية والمادية وفي غياب سياسة الجودة والمردودية، فما معنى أن يحضر الموظف إلى مكان عمله من غير أداء مهامه بشكل جيد، وما الذي يجنيه المواطن من تواجد خبيب في علمه من دون كفاءة وتكوين مستمر (في تركيا، مثلا، يتم اعتماد عدد المرضى الذين يعالجون من طرف الطبيب هو المقياس لأداء رابته أو تعويضاته، فضلا عن تعويضات مجزية للأطباء المبدعين، كما نتذكر هنا ما قاله المدير العام لشركة الطيران الفرنسية من أنه لا يرى موظفيه إلا مرتين في السنة، الأولى عندما يعرضون عليه تصورهم للعمل والثانية عندما يتقدمون إليه بالنتائج)

## 6. على مستوى السياسة الدوائية

تهدف الحكومة من خلال السياسة الدوائية إلى جعل الدواء الطبي الصحي العلمي في متناول المواطن العادي، وأن تقدم له الدولة الخدمات الصحية الضرورية إذا لم تكن له القدرة على اقتناء الدواء. والهدف من السياسة الدوائية الوخنية هو المساهمة في التطبيق الفعلي لحق كل المواطنين المغاربة في الولوج إلى العلاج، كما





هو منصوص عليه في الدستور الجديد، بتأمين ولوجهم العادل والشامل للأدوية الأساسية ذات الجودة العالية وبأثمنة مناسبة وبضمان الاستعمال العقلاني لها. كما أن السياسة الدوائية حددت 10 أهداف محورية، تتعلق بأثمنة الأدوية والاستعمال العقلاني لها، وأن هذه الأهداف ترجمت إلى 35 التزاما سياسيا تحرص الوزارة على تحقيقها بالتدريج.

كما تم الشروع في خفض ثمن ألفي دواء بنسبة تتراوح بين 20 و80 في المائة، وخفض التكلفة السنوية لأدوية علاج السيدا بمؤسسات الخط الأول من 24 ألف درهم للمريض إلى 960 درهما، فضلا عن تصنيع دواء جنيس لعلاج التهاب الكبد الفيروسي، بثمن 3 آلاف درهم للعبوة بدل 800 ألف درهم بالنسبة للدواء الأصلي.

وتؤثر العديد من جوانب إصلاح النظام الصحي في المنظومة الدوائية، حيث يتوفر المغرب على ترسانة قانونية غنية تمكن من تقنين وهيكلت قطاع الأدوية بفعالية وعقلانية، بإنجاز ونشر 20 نفا قانونيا وتنظيميا خاصا بالدواء والصيدلة.

فيما يتوفر المغرب على 45 وحدة صناعية لإنتاج الأدوية والمستلزمات الطبية، تمكن من تغطية 65 في المائة من حاجيات النظام الصحي الوطني، بينما توجه 10 في المائة من هذا الإنتاج نحو التصدير. ويتوفر المغرب على 50 شركة لتخزين وتوزيع الأدوية، تمون 10 آلاف صيدلية خاصة بصفة منتظمة، كما تتوفر وزارة الصحة على مركزين للتموين خاصين بها.

لكن، تجدر الإشارة إلى ملاحظات عديدة، من ضمنها:

- رغم الجهود المبذولة، يسود الانطباع بأن سياسة فعلية في مجال الأدوية غائبة،
- أن العرض الطبي يوجد دون مستوى الحاجيات بالنسبة لبعض الأمراض مثل السكري والسرطان والقصور الكلوي، والأمراض النفسية، وأمراض القلب والشرايين، وهو الأمر الذي بدأ يظهر بحدة كبيرة لدى الأشخاص المسنين،
- عدد الأشخاص المتعاشين مع فيروس السيدا، رغم خضوعهم للعلاج، يعرف تزايدا قويا،





## بخصوص التشريع في مجال الصحة:

يتضمن القانون المغربي مجموعة من النصوص القانونية، تدمج، إذا نظر إليها في شموليتها، الحق في العلاج، إلا أن الترسانة التشريعية والتنظيمية تبقى غير كافية في بعض الأحيان وناقصة أو متجاوزة في أحيان أخرى، حيث إن هذه القوانين لا تعبر عن وجود سياسة وطنية في مجال الصحة كما أنها لا تعكس وجود نظام وطني لقطاع الصحة.

هذا بالإضافة إلى أن البنيات المعتمدة حاليا لا تشمل كل الهياكل والعمليات الصحية، وهي:

- المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة والتي تتميز ببطء تأقلمها مع تغيرات ومتطلبات تنمية قطاع الصحة.
- البرامج الصحية، تنظيم المستشفيات، تأكيد حقوق المرضى، خاصة الحفاظ على سرية الملف الطبي للمريض

كما أن التشريع في المجال الصحي محتكر من لدن السلطات العمومية، أما دور القطاع الخاص فهو شبه منعدم. وتأتي المركزية الإدارية في تدير النظام الصحي وتخطيط البرامج الصحية لتعميق هذا الاحتكار.

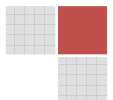
## الجهوية المتقدمة في قطاع الصحة:

سبق لوزير الصحة السابق أن عرض في سنة 2015 مجمل التدابير المتخذة لتنزيل مضامين الجهوية المتقدمة بقطاع الصحة.

من خلال تقديم الرؤية الجديدة للتنظيم الجهوي للقطاع وتحيدي الصلاحيات المفوضة للمسؤولين الجهويين.

وعرض الإجراءات المتخذة لتمكين مسؤولي الأقاليم والعمالات من ممارسة مهامهم التديرية للقطاع الصحي الجهوي:

كما أعلن السيد الوزير عن ثلاث تدابير مصاحبة لتنزيل مضامين الجهوية المتقدمة بقطاع الصحة، وهم:



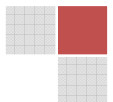
1. إحداث المفتشيات الجهوية للصحة،
2. إطلاق برنامج لتنمية القدرات لفائدة المديريات الجهوية للصحة،
3. تنظيم زيارات تفقدية ميدانية، والتي ستتمكن من الاطلاع مباشرة على جودة تقديم الخدمات واستقبال المواطنين،

ما هو تقييم البرنامج الخدماتي الذي يشمل 8 خدمات جديدة، من خلال استقبال استفسارات واستشارات وشكايات المواطنين عبر الهاتف والأترنت، بهدف تسهيل الولوج للخدمات الصحية:

- خدمة ألو 141- المساعدة الطبية المستعجلة لطلب النقل الطبي للحالات المستعجلة،
- خدمة "ألو موعدي" لأخذ مواعيد الفحص الطبي المتخصص بالمستشفيات العمومية،
- خدمة "ألو شكاية" للتبليغ عن شكاية بسبب حرمان من خدمة مستحقة.

وما هي معالم الخريطة الصحية الجهوية؟ من خلال :

- الهيكلية التنظيمية الجهوية للمصالح اللامركزية والصلاحيات الجديدة للمسؤولين الجهويين،
- دور المديريات الجهوية للصحة في اللجان التي أسسها قانون 14-111 والذي يحدد آليات الحكامة الجهوية،
- المهام المخولة للجماعات الترابية لتعزيز وحماية الصحة العامة،
- التخطيط الجهوي لعرض العلاجات: ويشمل المخطط الجهوي لعرض العلاجات (SROS) وقاعدة بيانات عرض العلاجات الصحية (BOSS) ،
- التنظيم المجالي لبرامج الاستثمار لوزارة الصحة.



يمكن القول بأن أسباب فشل القطاع الصحي بالمغرب قد سال حولها الكثير من المداد، وتطرقت لها العديد من التقارير، بل الأكيد أن هناك أسبابا أخرى يجب أن تسلط عليها الأضواء. ولكن ما نحرص على الإلحاح عليه هو :

◀ توفر إرادة سياسية قوية، فاعلة وحقيقية هي الكفيلة بتحقيق نهضة صحية للمغاربة تجعلهم مطمئنين على أبدانهم لكي يتفرغوا إلى تحقيق التنمية المستدامة المرجوة.

◀ إن أهم حلقة في مسلسل إصلاح الصحة هي حلقة العنصر البشري، فالذي ينزل السياسة الصحية التي تنهجها وزارة الصحة على أرض الواقع هو الموظف، الذي هو الوسيط بين الوزارة والمواطن، ولذلك وجب الاهتمام بالعنصر البشري وإيلائه الأهمية والتفكير في حاجياته المادية ومواكبته بالتكوين اللازم والمتطور والمبني على رؤية إستراتيجية وعلمية على أن يشمل كافة الأطر الصحية بما فيها الأطر الإدارية.

