المملكة المغربية
البرلمان
مجلس المستشارين
***
المجموعة الموضوعاتية المؤقتة
الخاصة بالأمن الصحي

تقرير موضوعاتي

***

الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية

السيد فؤاد القادري
رئيس المجموعة الموضوعاتية

السيد خليهن الكرش
مقرر المجموعة الموضوعاتية

يوليوز 2022

صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله

"...وقد أبانت الأزمة الوبائية عن عودة قضايا السيادة للواجهة، والتسابق من أجل تحصينها، في مختلف أبعادها، الصحية والطاقية، والصناعية والغذائية، وغيرها، مع ما يواكب ذلك من تعصب من طرف البعض.

وإذا كان المغرب قد تمكن من تدبير حاجياته، وتزويد الأسواق بالمواد الأساسية، بكميات كافية، وبطريقة عادية، فإن العديد من الدول سجلت اختلالات كبيرة، في توفير هذه المواد وتوزيعها.

لذا، نشدد على ضرورة إحداث منظومة وطنية متكاملة، تتعلق بالمخزون الاستراتيجي للمواد الأساسية، لاسيما الغذائية والصحية والطاقية، والعمل على التحيين المستمر للحاجيات الوطنية، بما يعزز الأمن الاستراتيجي للبلاد..."

جلالة الملك محمد السادس نصره الله وأيده

مقتطف من الخطاب الملكي السامي بتاريخ 8 أكتوبر 2021 بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الأولى من الولاية الحادية عشرة.

الفهرس العام

تـــــــــقـــــديـــــــــم 9

المحور التمهيدي: منطلقات عمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي 12
أولا: تأطير موضوع عمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي 13
ثانيا: تحديد الإطار المرجعي 17
1: المرجعيات المؤطرة لعمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي 17
1.1: الخطب الملكية السامية 17
2.1: الأحكام الدستورية 19
3.1: مقتضيات النظام الداخلي لمجلس المستشارين 20
4.1: قرار مكتب مجلس المستشارين الصادر بتاريخ 08 أبريل 2022 22
2: المرجعيات المؤطرة لموضوع الأمن الصحي 23
1.2: المواثيق الدولية 23
2.2: النموذج التنموي الجديد 27
3.2: البرنامج الحكومي: تدعيم ركائز الدولة الاجتماعية 28
ثالثا: مقاربة عمل المجموعة الموضوعاتية الخاصة بالأمن الصحي 28

المحور الأول: العرض الصحي الحالي 36
أولا– واقع السياسة الصحية ببلادنا 38
ثانيا– العرض الصحي الحالي: قراءة في أهم المؤشرات 41
ثالثا– محدودية العرض الصحي الحالي: تحديد الإكراهات 43
1–الخريطة الصحية 43
2–الموارد البشرية 47
3–السياسة الدوائية 56
4–ضعف مساهمة التغطية الصحية في تمويل العرض العلاجي 67

رابعا – الصحة النفسية والعقلية مكون أساسي ضمن مكونات المنظومة الصحية 75
سادساً: حكامة القطاع الصحي 79

المحور الثاني: دعم العرض الصحي لتلبية المتطلبات المتزايدة وضمان استدامته 91
أولا: وضع سياسة عمومية صحية مندمجة وواضحة 92
ثانيا: تأهيل البنية التحتية الصحية وتنظيم مسار العلاجات وسد الخصاص على مستوى التجهيزات الطبية 97
ثالثا: دعم القدرات البشرية 102
رابعا: تحيين السياسة الدوائية وفق المتطلبات الجديدة 108
خامسا: توسيع مجالات الشراكة بين القطاعين العام والخاص 112
سادسا: تعميم التغطية الصحية الشاملة كمدخل لتعزيز الولوج إلى العلاج 114
سابعا: وضع إطار للعمل يفصل بين تقديم العلاج وسلك المساطر الإدارية 118
ثامنا: إحداث هيئات حكامة جديدة بالمنظومة الصحية 121
تاسعا: تحرير ميزانية الصحة من إكراهات التوازنات المالية 124

المحور الثالث: تعزيز آليات اليقظة من المخاطر الصحية 129
أولا: الرصد والتحذير المبكر من المخاطر الصحية 130
1- آليات اليقظة الوطنية 132
1-1 الرصد والإنذار المبكر 136
1-2 إعداد خطة عمل للاستعداد للطوارئ 137
2- استجابة المغرب لجائحة كوفيد -19 137
ثانيا: اليقظة تجاه المواد المضرة بالصحة 140
1 – اليقظة تجاه المستلزمات الطبية والشبه الطبية 140
2 – اليقظة الدوائية والتجميلية 143
2-1: الاستخدام الآمن للأدوية 143
2-2: اليقظة تجاه مستحضرات التجميل 145
3 – اليقظة تجاه التسممات المرتبطة بالمنتجات الغذائية 146
ثالثا: أثار التغيرات المناخية على الصحة العامة 149

رابعا: آليات نشر الوعي بالمخاطر وتعزيز الثقافة الصحية 156
1- الآليات الوطنية لنشر الوعي والثقافة الصحية 158
1-1 الهياكل والمصالح الإدارية المكلفة بالتوعية والتحسيس 159
أ- مصلحة الإعلام والتربية الصحية 159
ب- الوحدات الجهوية للإعلام والتواصل 159
ج- البرامج الصحية للوزارة 160
1-2 التواصل الرقمي في مجال التوعية والتحسيس 160
أ- البوابة الوطنية للتوعية والتثقيف الصحي 160
ب- تطبيق (Sehati) 160
ج- صفحة صحتي على مواقع التواصل الاجتماعي 161
د- اللقاءات التفاعلية المباشرة (Live – streaming) 161
1-3 اتفاقيات الشراكة من أجل التوعية والتحسيس 161
أ- اتفاقية شراكة مع الرابطة المحمدية للعلماء 161
ب- اتفاقية شراكة مع القطب العمومي السمعي البصري 162
1-4 آليات أخرى للتوعية والتحسيس 162
أ- الحملات التواصلية للتوعية والتحسيس 162
ب- فضاءات التربية على الصحة 163
ج- استراتيجية الإعلام والتربية على الصحة 163
د- الدلائل المرجعية للتواصل حول الصحة العامة 163
سياسة تواصل المغرب خلال جائحة كوفيد19 164
2- محاربة التضليل الإعلامي ونشر الأخبار الزائفة 165

التوصيات 170

المراجع المعتمدة 178

فهرس الجداول

جدول رقم 1: عدد الأطباء حسب القطاع والإقليم (أو العمالة) برسم سنة 2020 50

جدول رقم 2: عدد الأطباء حسب القطاع والإقليم أو العمالة (تابع) برسم سنة 2020 52

جدول رقم 3: اختلاف في اثمنة الأدوية بين البيع والتعويض الأساسي 58

جدول رقم 4: اختلاف في ثمن الأدوية بين المغرب وفرنسا 59

جدول رقم 5: اختلاف في ثمن الأدوية بين المغرب وفرنسا 60

جدول رقم 6: تطور معدل استهلاك الأدوية الجنيسة 64

جدول رقم 7: اختلاف في ثمن التحاليل البيولوجية بين المغرب وفرنسا 65

جدول رقم 8: التفاوت بين التعريفة الوطنية المرجعية والمصرح بها لدى الجمارك بخصوص المستلزمات الطبية 66

جدول رقم 9: التأمين الاجباري عن المرض بالقطاعين العام والخاص 72

جدول رقم 10: توزيع المستشفيات المتعلقة بالأمراض النفسية 77

جدول رقم 11: توزيع الأطر الطبية المتخصصة في الصحة النفسية 78

جدول رقم 12: جدول يوضع زيادة المقاعد الدراسية بكليات الطب والصيدلة وطب الأسنان 104

فهرس المبيانات

رسم مبياني رقم 1: تطور المناصب المالية المخصصة لقطاع الصحة 2017 – 2022 54
رسم مبياني رقم 2: تطور النفقات الصحية في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية مقارنة مع الناتج الداخلي الخام 2005 – 2020 (التقديرات) 55
رسم مبياني رقم 3: توزيع النفقات الاعتيادية للصحة حسب نوع الخدمة الصحية برسم سنة 2018 63
رسم مبياني رقم 4: تطور نسبة تغطية الساكنة من قبل مختلف أنظمة التدبير بين 2018-2020 71
رسم مبياني رقم 5: تطور الاشتراكات والنفقات لنظام التغطية الصحية الأساسية 74

تـــقـــديـــم:

أعدت هذا التقرير الموضوعاتي، المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي، حول موضوع "**الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية**"، بتكليف من مكتب مجلس المستشارين بناء على القرار الصادر بتاريخ 08 أبريل 2022، والذي يسعى من خلاله المجلس إلى تعزيز مساهمته في تنزيل التوجيهات الملكية السامية، الرامية إلى ضرورة إحداث منظومة وطنية متكاملة، تتعلق بالمخزون الاستراتيجي للمواد الأساسية، لا سيما الغذائية والصحية والطاقية، والعمل على التحيين المستمر للحاجيات الوطنية بما يعزز الأمن الاستراتيجي للبلاد.

انطلقت المجموعة الموضوعاتية في عملها منذ اجتماعها الأول الذي خصص لانتخاب هياكلها برئاسة السيد النعم ميارة رئيس مجلس المستشارين، والذي أسفر عنه انتخاب السيد المستشار فؤاد القادري رئيسا للمجموعة، والسيدة المستشارة فاطمة الحساني نائبة للرئيس، والسيد المستشار خلهين الكرش مقررا لها.

اختارت المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي منذ البداية، العمل وفق منهجية تشاركية نابعة من وعي كافة أعضائها، بأن مسألة الأمن الصحي تهم مختلف الفاعلين المؤسساتيين والسياسيين والاجتماعيين وكل فئات المجتمع المغربي، حيث سعت وراء توظيف كافة الإمكانيات والسبل المتاحة لإشراك أكبر قدر ممكن من الفاعلين، وتبادل وجهات النظر من أجل القيام بتشخيص جماعي للمنظومة الصحية، وصياغة تصور يقدم المداخل الممكنة للنهوض بها، لجعلها قادرة على توفير الخدمات الصحية الضرورية بجودة عالية، سواء خلال الظروف العادية، أو عند انتشار الأمراض

والمخاطر الصحية، مع ضرورة التفكير في وضع خطة وطنية استباقية للرصد واليقظة، كفيلة بمواجهة الأمراض والأزمات الصحية السريعة الانتشار عبر الحدود، وتحيين الحاجيات الصحية الوطنية بشكل يضمن السيادة الصحية لبلادنا.

من هذا المنطلق، عملت المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي على معالجة هذا الموضوع من خلال تقسيمه إلى أربعة محاور تقدمها على الشكل التالي:

المحور التمهيدي: منطلقات عمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي؛

المحور الأول: العرض الصحي الحالي؛

المحور الثاني: دعم العرض الصحي لتلبية المتطلبات المتزايدة وضمان استدامته؛

المحور الثالث: تعزيز آليات اليقظة من المخاطر الصحية.

المحور التمهيدي

منطلقات عمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي

المحور التمهيدي: منطلقات عمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي

استهلت المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي عملها بتحديد مجموعة من المنطلقات، سواء المتعلقة بإطار عملها المعياري والقانوني، أو المتعلقة بدارسة موضوع الأمن الصحي، كتحديد المفهوم، وإبراز العوامل التي ساهمت في ظهوره منذ بداية سنوات التسعينيات، والوقوف عند مختلف المحطات الأساسية التي أدت إلى تطوره، وجعله محط تداول واهتمام لدى مختلف المعنيين بالشأن الصحي إن على المستوى الدولي، أو الوطني.

بهذا الخصوص، عملت المجموعة الموضوعاتية، على مقاربة الموضوع بالنظر إليه من منطلقات المرجعيات الدولية والوطنية المؤطرة له، سعيا منها لجعل هذا التقرير يقدم صورة شاملة ومندمجة لمختلف عناصره، ويقدم المداخل الأساسية لمعالجته، والخروج بتوصيات وخلاصات مبنية على نتائج التحليل، وقابلة للتطبيق، وكفيلة للنهوض بالمنظومة الصحية ببلادنا.

بناء على ما سبق، ستعالج المجموعة الموضوعاتية هذا المحور التمهيدي من خلال ثلاثة أجزاء:

أولا: تأطير موضوع عمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي؛

ثانيا: تحديد الإطار المرجعي؛

ثالثا: الإعلان عن مقاربة عمل المجموعة الموضوعاتية.

أولا: تأطير موضوع عمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي

ظهر مفهوم الأمن الصحي لأول مرة بداية التسعينيات من القرن الماضي، إبان وقوع مأساة تلوث الدم بفيروس الإيدز، ومع ظهور الالتهاب الكبدي الفيروسي "س" في فرنسا، وتزايد الاهتمام به مع انتشار وباء الطاعون سنة 1994 في الهند، ووباء حمى الإيبولا النزفية سنة 1995 في الزاييز سابقا، ليتخذ بعدا آخر مع قضية تسرب غاز السارين في مترو أنفاق بطوكيو سنة 1995، وبروز أزمة إرسال جراثيم الأنتراكس عبر النظام البريدي الأمريكي سنة 2001، ليعود مرة أخرى للظهور مع فضيحة دواء "المدياتور" سنة 2010، الأمر الذي جعل مختلف دول العالم في حاجة ماسة إلى الأمن الصحي، وخصوصا في المجالات المتعلقة بالمنتجات الطبية والصحية والغذائية والبيئية والتهديدات البيولوجية[1].

وتماشيا مع هذه التحديات المطروحة، عملت منظمة الصحة العالمية بمناسبة اليوم العالمي للصحة والسكان سنة 2007، على إصدار تقريرها السنوي، الذي تشير فيه إلى ضرورة العمل على تقليص نسبة تعرض الأشخاص في جميع أنحاء العالم للمخاطر الصحية، والحد من انتشارها، والتأكيد على ضرورة التقيد باللوائح الصحية، التي تمت مراجعتها سنة 2005، باعتبارها تشكل اتفاقية ملزمة بين الدول، التي تسعى

[1] كلمة السيد عبد الكريم مزيان بلفقيه، الكاتب العام لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية في افتتاح القاء الدراسي حول: "الأمن الصحي بالمغرب وتحديات ما بعد جائحة كوفيد-19، الخميس 12 ماي 2022، بمقر مجلس المستشارين.

من ورائها إلى تعزيز الأمن الصحي العالمي، وذلك عن طريق الرفع التدريجي من قدرات الرصد والتنبيه والتأهب ومواجهة حالات الطوارئ الصحية.

مع مرور الزمن، عرف مفهوم الأمن الصحي تطورا تدريجيا، حتى أصبح يشمل مختلف الأنشطة الواجب القيام بها من طرف الدول، سواء بشكل استباقي أو كانت عبارة عن ردود أفعال، تسعى إلى التخفيف من حدة المخاطر، التي تتعرض لها الصحة العمومية، حيث أصبح هذا المفهوم في السنتين الأخيرتين متداولا بقوة، جراء تفشي جائحة "كوفيد_19"، التي خلفت آثارا سلبية عميقة بالمنظومة الصحية العالمية، مما دفع بالمدير العام لمنظمة الصحة العالمية إلى دعوة كافة الدول الأعضاء إلى صياغة صك دولي جديد أو اتفاقية دولية ملزمة قانونا، لتشكل الأساس لبناء منظومة الأمن الصحي العالمي، وقاعدة مرجعية لمساعدة الدول على الاستثمار في مجال تقديم المساعدة الصحية الأولية، وتحسين نظم ووسائل الوقاية من تفشي الأوبئة والجوائح المحتملة، وتعزيز آليات الرصد لاكتشاف الأمراض والمخاطر الصحية والتصدي لها بسرعة.

للإشارة فإن أغلب الفاعلين المؤسساتيين والسياسيين والاجتماعيين، لديهم قناعة بأن مغرب ما بعد جائحة "كوفيد_19" ليس هو نفسه ما قبلها، خصوصا على مستوى تزايد الاهتمام بالمنظومة الصحية، وإعطائها أولوية قصوى، تجعل منها نقطة إلتقائية مختلف السياسات والبرامج والمشاريع العمومية، وما يتطلب ذلك من القطع مع التدبير القطاعي في هذا المجال، والتوجه نحو وضع إطار عملي يضمن انسجام مختلف

أهداف التدخلات العمومية بمستوياتها المختلفة، وتنسيق جهود كافة الفاعلين وفق رؤية سياسية مندمجة واضحة.

إذا كان موضوع الصحة العمومية يحظى بكل هذا الاهتمام، وشكل في الآونة الأخيرة مادة خصبة لإصدار تقارير لمؤسسات وهيئات دستورية متعددة، ومجالا حيويا للمساءلة البرلمانية، وأرضية مناسبة للحوار والتقييم، وبناء مذكرات ترافعية من طرف الهيئات المهنية وجمعيات المجتمع المدني الجادة، كل حسب صلاحياته الدستورية والقانونية، وحسب منطلقاته المرجعية، فإن مجلس المستشارين، وفي إطار سعيه الحثيث في البحث عن إيجاد السبل المرنة لتفعيل آليات الرقابة، بشكل أكثر نجاعة وإنتاجية في ممارسة وظائفه الدستورية، تم تشكيل هذه المجموعة الموضوعاتية التي تعتبر من الآليات الأساسية لمساءلة العمل الحكومي بمختلف مستوياته وأبعاده، انطلاقا من رؤية تنبني على ضرورة تعزيز الحس التمثيلي، بنقل هموم وتطلعات المواطنين إلى مستوى النقاش العمومي، ومحاولة إشراكهم في تقديم حلول للمشاكل العمومية، من خلال إبداع آليات جديدة قادرة على تشخيصها في مجالات وجغرافية نشوئها، وجعل هذه الحلول كمخرجات تؤطر النقاش العمومي بشكل مسؤول، حول الاختيارات العمومية الممكنة.

من هذا المنطلق، ووعيا بالمسؤولية السياسية المشتركة، اختارت المجموعة الموضوعاتية الخاصة بالأمن الصحي، ألا تقتصر في مقاربتها لهذا الموضوع من جانب التفكير في آليات تعزيز منظومة للرصد واليقظة، وإيجاد السبل الممكنة لمواجهة المخاطر الصحية، والحد من انتشارها، بل عملت على جعل عملها يشمل التفكير في

إيجاد المداخل المناسبة لجعل المنظومة الصحية ببلادنا قادرة على توفير الخدمات الصحية الضرورية، وبجودة عالية، تراعي الظروف الإنسانية للمواطن، سواء في الظروف العادية، أو خلال انتشار الأمراض والمخاطر الصحية، ووضع خطة وطنية استباقية فعالة لمواجهة الأزمات الصحية السريعة الانتشار عبر الحدود، وتحيين الحاجيات الصحية الوطنية بشكل يضمن السيادة الصحية لبلادنا.

كما تؤكد المجموعة الموضوعاتية على أن النهوض بالمنظومة الصحية ببلادنا وتيسير ولوج مختلف الفئات الاجتماعية إليها، يقتضي توحيد إجراءات مختلف البرامج الاجتماعية، وجعلها أساسا لتنزيل منظومة متكاملة للحماية الاجتماعية، والحرص على ضمان فعاليتها ونجاعتها في الرفع من مستوى المحددات الاجتماعية للولوج إلى الحق في الصحة، كما أطرته منظمة الصحة العالمية، باعتباره "**حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، لا مجرد انعدام المرض أو العجز**".

بالإضافة إلى جعل المنظومة الصحية قادرة على مواجهة التحديات الجديدة، في مقدمتها التحول الديمغرافي وتزايد شيخوخة السكان، وتفاقم الأمراض المزمنة، وانتشار الأوبئة والمخاطر الصحية نتيجة التحولات المناخية، والتغير الحاصل على مستوى نمط الاستهلاك، وظهور بعض الأمراض ذات أصل حيواني.

ثانيا: تحديد الإطار المرجعي

تناولت المجموعة الموضوعاتية الإطار المرجعي، من خلال التطرق إلى المرجعيات المؤطرة لعمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي (1)، ومعالجة المرجعيات المؤطرة لموضوع الأمن الصحي ببلادنا (2).

1: المرجعيات المؤطرة لعمل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي:

1.1: الخطب الملكية السامية:

- **مقتطف من خطاب الملك محمد السادس نصره الله بمناسبة الذكرى 19 لعيد العرش المجيد، 29 يوليوز 2018.**

"...تصحيح الاختلالات التي يعرفها تنفيذ برنامج التغطية الصحية"RAMED" ، بموازاة مع إعادة النظر، بشكل جذري، في المنظومة الوطنية للصحة، التي تعرف تفاوتات صارخة، وضعفا في التدبير..."

- **مقتطف من خطاب الملك محمد السادس نصره الله بمناسبة الذكرى 21 لعيد العرش المجيد، 29 يوليوز 2020.**

"...فالعناية التي أعطيها لصحة المواطن المغربي، وسلامة عائلته، هي نفسها التي أخص بها أبنائي وأسرتي الصغيرة؛ لاسيما في هذا السياق الصعب، الذي يمر به المغرب والعالم، بسبب انتشار وباء كوفيد 19..."

- **مقتطف من خطاب الملك محمد السادس نصره الله بتاريخ 9 أكتوبر 2020، بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة.**

"...دعونا لتعميم التغطية الاجتماعية لجميع المغاربة.

وهو مشروع وطني كبير وغير مسبوق، يرتكز على أربعة مكونات أساسية:

– أولا: تعميم التغطية الصحية الاجبارية، في أجل أقصاه نهاية 2022، لصالح 22 مليون مستفيد إضافي، من التأمين الأساسي على المرض، سواء ما يتعلق بمصاريف التطبيب والدواء، أو الاستشفاء والعلاج...".

- **مقتطف من خطاب الملك محمد السادس نصره الله بمناسبة الذكر 22 لعيد العرش المجيد، 31 يوليوز 2021.**

"... من حقنا اليوم، أن نعتز بنجاح المغرب في" معركة الحصول على اللقاح "، التي ليست سهلة على الإطلاق وكذا بحسن سير الحملة الوطنية للتلقيح، والانخراط الواسع للمواطنين فيها.

وإيمانا منا بأن السيادة الصحية عنصر أساسي في تحقيق الأمن الاستراتيجي للبلاد، فقد أطلقنا مشروعا رائدا، في مجال صناعة اللقاحات والأدوية والمواد الطبية الضرورية بالمغرب..."

- **مقتطف من خطاب الملك محمد السادس نصره الله بتاريخ 8 أكتوبر 2021 بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الأولى من الولاية الحادية عشرة.**

"...وقد أبانت الأزمة الوبائية عن عودة قضايا السيادة للواجهة، والتسابق من أجل تحصينها، في مختلف أبعادها، الصحية والطاقية، والصناعية والغذائية، وغيرها، مع ما يواكب ذلك من تعصب من طرف البعض.

وإذا كان المغرب قد تمكن من تدبير حاجياته، وتزويد الأسواق بالمواد الأساسية، بكميات كافية، وبطريقة عادية، فإن العديد من الدول سجلت اختلالات كبيرة، في توفير هذه المواد وتوزيعها.

لذا، نشدد على ضرورة إحداث منظومة وطنية متكاملة، تتعلق بالمخزون الاستراتيجي للمواد الأساسية، لاسيما الغذائية والصحية والطاقية، والعمل على التحيين المستمر للحاجيات الوطنية، بما يعزز الأمن الاستراتيجي للبلاد...".

2.1: الأحكام الدستورية:

- **مقتضيات الفصل 31 من دستور 2011.**

"عمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنات والمواطنين، على قدم المساواة، من الحق في:

-العلاج والعناية الصحية؛

–الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة...".

3.1: مقتضيات النظام الداخلي لمجلس المستشارين:

الباب العاشر: مجموعات العمل الموضوعاتية المؤقتة

المادة 144:

مع مراعاة اختصاصات اللجان الدائمة، تحدث مجموعات عمل موضوعاتية مؤقتة، كل في مجال اختصاصها، تعنى بتقديم الاستشارة في القضايا التالية:

–القضية الوطنية الأولى للمغرب: قضية الوحدة الترابية للمملكة؛

–القضية الفلسطينية العادلة.

كما تحدث مجموعات عمل موضوعاتية أخرى، بقرار من مكتب المجلس، بناء على طلب من رئيس المجلس أو من رئيس فريق أو منسق مجموعة برلمانية أو من رئيس لجنة دائمة.

تعتبر مجموعات العمل الموضوعاتية مؤقتة بطبيعتها، وتنتهي بانتهاء المهمة التي أحدثت من أجلها أو بقرار لمكتب المجلس.

المادة 145:

يشترط لإحداث مجموعات العمل الموضوعاتية المؤقتة، أن تكون المهمة المسندة إليها تتعلق إما باختصاص لجنتين أو أكثر من اللجان الدائمة، أو القيام بدراسات وأبحاث وإعداد تقارير لا تدخل في الاختصاص التشريعي والرقابي للجان الدائمة.

المادة 146:

تتألف مجموعة العمل الموضوعاتية المؤقتة من ممثل عن كل فريق ومجموعة برلمانية، ويراعى في تشكيلها مبدأ السعي إلى المناصفة والتخصص.

تنتخب مجموعات العمل الموضوعاتية المؤقتة من بين أعضائها رئيسا ومقرّرا أحدهما من المعارضة.

تقوم مجموعات العمل الموضوعاتية المؤقتة بالمهمة المسندة إليها وفق الشروط وطبقا للقواعد والتوجيهات التي يحددها مكتب المجلس في قرار إحداثها.

المادة 147:

يجب على مجموعة العمل الموضوعاتية المؤقتة أن تقدم تقريرها في أجل لا يتعدى ثلاثة أشهر من تاريخ تشكيلها، وإذا تعذر عليها ذلك، وجب أن تقدم تقريرا مرحليا، يقرر مكتب المجلس على أساسه ما إذا كان ينبغي عليها أن تستمر في القيام بالمهمة المسندة إليها إلى حين الانتهاء منها، أو أن ينهي هذه المهمة.

المادة 148:

تحال التقارير التي أعدتها مجموعات العمل الموضوعاتية المؤقتة إلى مكتب المجلس الذي يقرر في مآلها.

وإذا قرر عرضها على الجلسة العامة يقوم بتعميمها على جميع أعضاء المجلس 48 ساعة على الأقل قبل تاريخ مناقشتها.

المادة 149:

يضع مكتب المجلس الوسائل المادية والبشرية اللازمة، بما في ذلك الخبرات والاستشارات المطلوبة، رهن إشارة مجموعات العمل الموضوعاتية المؤقتة التي يحدثها، من أجل مساعدتها على إنجاز المهمة المسندة إليها في أحسن الظروف.

4.1: قرار مكتب مجلس المستشارين الصادر بتاريخ 08 أبريل 2022

قرر مكتب المجلس إحداث المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي وفق مقتضيات الباب العاشر من النظام الداخلي، وذلك من أجل تنزيل التوجيهات الملكية السامية الرامية إلى ضرورة تحصين قضايا السيادة الوطنية في مختلف أبعادها.

ويندرج إحداث هذه المجموعة في إطار تنزيل استراتيجية عمل المجلس، التي تطمح إلى جعله مركزا للخبرة والبحث وتقديم الحلول الناجعة والتوصيات القابلة للتنفيذ، من أجل المساهمة في رسم وتنزيل السياسة العامة للدولة، انطلاقا من تركيبته التي

تجعله قادرا على صياغة تصورات للعمل تدمج وجهات نظر مجتمعية متعددة، وتعكس توجهات مختلف مكوناته الدستورية.

2: المرجعيات المؤطرة لموضوع الأمن الصحي:

1.2: المواثيق الدولية

- **الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948**

المادة 25:

1: لكلِّ شخص حقٌّ في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصَّةً على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحقُّ فيما يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمُّل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه.

2: للأمومة والطفولة حقٌّ في رعاية ومساعدة خاصَّتين. ولجميع الأطفال حقُّ التمتُّع بذات الحماية الاجتماعية سواء وُلِدوا في إطار الزواج أو خارج هذا الإطار.

- **العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966**

المادة 12:

1: تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.

2: تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل:

أ: العمل على خفض معدل موتى المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا،

ب: تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية،

ج: الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها،

د: تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض.

- **دستور منظمة الصحة العالمية**

تعلن الدول الأطراف في هذا الدستور، طبقا لميثاق الأمم المتحدة، أن المبادئ التالية أساسية لسعادة جميع الشعوب ولانسجام علاقاتها ولأمنها:

- الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز.
- التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الاجتماعية.

- صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول.
- ما تحققه أية دولة في مجال تحسين الصحة وحمايتها أمر له أهميته للجميع.
- تفاوت التنمية في البلدان المختلفة في تحسين الصحة ومكافحة الأمراض، ولا سيما الأمراض السارية، خطر على الجميع.
- النشأة الصحية للطفل أمر بالغ الأهمية؛ والقدرة على العيش بانسجام في بيئة كلية متغيرة أمر جوهري لهذه النشأة.
- إتاحة فوائد العلوم الطبية والنفسية وما يتصل بها من معارف لجميع الشعوب أمر جوهري لبلوغ أعلى المستويات الصحية.
- الرأي العام المستنير والتعاون الإيجابي من الجمهور لهما أهمية قصوى في تحسين صحة البشر.
- الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية.
- وإذ تقبل الأطراف المتعاقدة هذه المبادئ، وبغية تحقيق التعاون فيما بينها ومع غيرها، لتحسين وحماية صحة جميع الشعوب، توافق على هذا الدستور، وتنشئ بمقتضاه منظمة الصحة العالمية، وكالة متخصصة، وفقا لأحكام المادة 57 من ميثاق الأمم المتحدة.

- **الاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي المعتمدة بجنيف في 28 يونيو 1952 خلال الدورة الخامسة والثلاثين (35) للمؤتمر العام لمنظمة العمل الدولية.**

تحدد هذه الاتفاقية المعايير الدنيا، التي يجب أن يغطيها الضمان الاجتماعي، وهي على الشكل التالي:

- الرعاية الطبية، المرض، البطالة، الشيخوخة، حوادث الشغل، الأمراض المهنية، استحقاقات العجز والأمومة، الإعانة العائلية، معاش المتوفى عنهم.

وتؤكد هذه الاتفاقية على إلزام الأطراف الموقعة عليها، بتطبيق ثلاثة أجزاء على الأقل من بين أجزائها الثاني والثالث والرابع والخامس والسادس والسابع والثامن والتاسع والعاشر، مع إخبار المدير العام بمجرد توفر إمكانية تنفيذ إحدى الأجزاء الأخرى.

وتتعلق هذه الأجزاء، بفروع التغطية الاجتماعية، كالعلاجات الطبية والتعويضات عن المرض والبطالة وحوادث الشغل.

كما تتعامل مع الدول المصادقة عيلها، بالمرونة اللازمة لتحقيق أهداف المتمثلة في:

- التأمين الاجتماعي؛
- المساعدة الاجتماعية؛

- **اللوائح الصحية الدولية كما تمت مراجعتها سنة 2005**

عبارة عن اتفاقية دولية لا يتم الالتزام بها حتى الأن، ويبقى هدفها مساعدة الدول للتعاون من أجل إنقاذ حياة السكان من خطر انتشار الأمراض على الصعيد الدولي، وغيرها من الأمراض الصحية الأخرى، واتخاذ التدابير في مجال الصحة العمومية، بشكل يتناسب مع المخاطر المحتملة مع تجنب التدخل غير الضروري في حركة المرور والتجارة الدوليين.

- **أهداف التنمية المستدامة لعام 2030**

الهدف الثالث: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

2.2: النموذج التنموي الجديد:

- **الاختيار الاستراتيجي الثالث:** ضمان الولوج لخدمات صحية ذات جودة وللحماية الصحية باعتبارها حقوقا أساسية للمواطنين؛
- دعم طلب العلاجات من خلال تفعيل تعميم التغطية الصحية وفقا للتوجيهات الملكية السامية؛
- تعزيز العرض الشامل للعلاجات أمرا مستعجلا وأولوية قصد الاستجابة لإنتظارات المواطنين بشكل يواكب تعميم التغطية الصحية؛
- تشجيع ودعم الابتكار وريادة الأعمال المنتجة في مجال الصحة ورفاه المواطنين، لا سيما من خلال الوقاية والتربية الصحية والصحة العقلية والخدمات الشخصية. يستلزم تحسين العرض الصحي من حيث الولوجية والجودة، وإعادة تنظيم مسار العلاجات وتسريع رقمنة النظام الصحي؛

- دعم المستشفى العمومي وتشجيع التعاون بين القطاعين العام والخاص؛
- ضمان سير جيد للنظام الصحي على المدى البعيد والرفع من أثاره الإيجابي على المواطنين؛
- تطوير وتنفيذ سياسة مندمجة للوقاية والحماية الصحية؛
- ضرورة تعزيز قدرات النظام الصحي على الصمود أمام مخاطر الأزمات الصحية في المستقبل.

3.2: البرنامج الحكومي: تدعيم ركائز الدولة الاجتماعية

يتطرق الجزء الأول من هذا المحور لمجموعة من الإجراءات الاجتماعية، التي تسعى الحكومة إلى القيام بها من أجل تنزيل ورش الحماية الاجتماعية، وتعميم التغطية الصحية، وتعزيز خدمات الرعاية الصحية لصون كرامة المواطن.

ثالثا: مقاربة عمل المجموعة الموضوعاتية الخاصة بالأمن الصحي.

بعد هيكلة المجموعة الموضوعاتية الخاصة بالأمن الصحي في اجتماعها المنعقد بتاريخ 13 أبريل 2022 برئاسة السيد رئيس مجلس المستشارين، تم الشروع في وضع تصور لبرنامج ومقاربة عملها، الذين كان موضوع اجتماعها الثاني المنعقد بتاريخ 19 أبريل 2022، بعد ذلك، انطلقت المجموعة في تنزيل برنامجها عن طريق القيام بمجموعة من الأنشطة والأشغال، سنقدمها على الشكل التالي:

أولا: قيام المجموعة الموضوعاتية بالاطلاع على المادة الأولية المتوفرة من أجل استيعاب الموضوع وتحديد المفاهيم وحصر المحاور وصياغة الأسئلة والمشاكل الواجب مساءلة الحكومة حولها؛

ثانيا: مراسلة مختلف القطاعات الحكومية والمؤسسات والهيئات الدستورية التي لها علاقة بالموضوع، من أجل تزويدها بالوثائق والتقارير التي لها علاقة بالمحاور المقترحة، حيث تمت مراسلة 13 قطاعا حكوميا، وثلاث مؤسسات وهيئات دستورية، المحددة على الشكل التالية:

- **وزارة الصحة والحماية الاجتماعية:** القطاع الحكومي المسؤول عن تدبير وتطوير المنظومة الصحية الوطنية في إطار التضامن الحكومي من أجل ضمان السيادة الصحية الوطنية؛
- **وزارة الداخلية:** تعزيز المقاربة الأمنية لمواجهة الأوبئة والمخاطر الصحية، وتنسيق عملية مراقبة انتشار وبيع المواد المهددة للصحة العمومية؛
- **وزارة الانتقال الطاقي والتنمية المستدامة:** رصد التحولات المناخية وتأثيرها على البيئة والتلوث الهوائي والمائي والغذائي؛
- **وزارة الفلاحة والصيد البحري والتنمية القروية والمياه والغابات:** مراقبة السلامة الغذائية ومجاري المياه والبركات التي تحتوي على المياه العادمة والملوثة؛
- **وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الأفريقي والمغاربة المقيمين بالخارج:** نهج ديبلوماسية صحية تسعى إلى توفير الحاجيات والتجهيزات الطبية الضرورية من أجل ضمان السيادة الصحية الوطنية؛
- **وزارة الاقتصاد والمالية:** توفير التمويلات والاعتمادات المالية الكافية ومراقبة جودة السلع عند عبور الحدود عن طريق إدارة الجمارك؛
- **وزارة الصناعة والتجارة:** مراقبة تصنيع وتسويق المواد الصناعية؛ والمساهمة في تعزيز التصنيع الوطني للمنتجات والتجهيزات الطبية؛

- **وزارة الإدماج الاقتصادي والمقاولة الصغرى والشغل والكفاءات:** التكوين المهني ومراقبة ظروف العمل وتوفير طب الشغل؛
- **وزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة:** المساهمة في وضع سياسات عمومية دامجة تجعل قضايا حماية المرأة والأسرة والطفولة ضمن الأولويات الصحية الوطنية وتفعيل وإعمال أدوات الوقاية من الآفات الاجتماعية؛
- **وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والابتكار:** تشجيع ودعم البحث العلمي والابتكار فيما يتعلق بتعزيز القدرات الصحية الوطنية ومواكبات التحولات المناخية والتكنولوجية الجديدة؛
- **وزارة التربية الوطنية والتعليم الأولي والرياضة:** إدماج مواضيع التوعية والتحسيس والوقاية والنظافة ضمن مناهج التعليم، والتشجيع على جعل الرياضة نمط حياة جديدة؛
- **وزارة التجهيز والماء :** التدخل في توفير وتجهيز البنايات التحتية وربط المراكز الصحية بشبكات ومسالك الطرقية، ومراقبة جودة المياه؛
- **وزارة العدل:** التدخل في الأخطاء الطبية وتفعيل المنظومة القانونية المتعلقة بها.
- **المجلس الوطني لحقوق الإنسان؛**
- **المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي؛**
- **المندوبية السامية للتخطيط.**

وجدير بالذكر أنه، كان بود المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي، أن تحصل على كافة الوثائق والمعطيات من القطاعات الحكومية والمؤسسات والهيئات الدستورية المعنية، ودراستها بشكل كافي، وبرمجة جلسات الاستماع لهذه القطاعات، غير أن الإكراه الزمني لعملها وفقا لمقتضيات النظام الداخلي والمحدد في

ثلاثة أشهر حال دون ذلك، الأمر الذي جعلها تكتفي بدراسة الوثائق التي توصلت بها، وعقد لقاءات دراسية تهم مواضيع لها علاقة بمجال اشتغالها، وتسمح بتكثيف جهود عملها للاستماع إلى مختلف المتدخلين وإشراك مختلف الفاعلين في المجال، والانفتاح على خبراء وأكاديميين والمهنيين والمجتمع المدني، لبلورة تشخيص يعكس وجهات نظر متعددة حول حقيقة الواقع كما هو، وتقديم الأجوبة الضرورية لتطوير المنظومة الصحية.

في هذا الإطار، قامت المجموعة الموضوعاتية بعقد لقاءين دراسيين بشراكة مع منظمة الصحة العالمية وكلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بالسويسي، والمركز متعدد التخصصات للبحث في حسن الأداء والتنافسية:

انعقد اللقاء الأول بتاريخ 12 ماي 2022 حول موضوع "**الأمن الصحي بالمغرب، تحديات ما بعد جائحة كوفيد 19**"، شارك فيه كل من:

- **الدكتور عبد الكريم مزيان بلفقيه**، الكاتب العام لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية؛
- **السيدة مريم بكدلي** ممثلة منظمة الصحة العالمية بالمغرب؛
- **الدكتور الطيب الحمضي** حول موضوع: "**الأمن الصحي والسيادة الصحية، المحددات والامكانيات والمتطلبات**"؛
- **البروفيسور محمد العروسي** حول موضوع: "**حكامة الأمن الصحي بالمغرب بين الأزمات الدولية ومقتضيات الإصلاح**"؛
- **الأستاذ محمد الهاشمي** حول موضوع: "**الحق في الصحة في المغرب: محاولات تقييم النظام الصحي على ضوء مبادئ حقوق الإنسان**"؛

- **البروفيسور عز الدين الإبراهيمي** حول موضوع: "**أي منظومة صحية لما بعد الجائحة**"؛
- **الدكتور بدر الدين شكري** حول موضوع: "**إشكالية تمويل الصحة وتقييم التكثفات التحليلية في خدمة إصلاح التغطية الصحية بالمغرب**"؛
- **الدكتور عبد المنعم الأنصاري** حول موضوع: "**الفرص القانونية والمؤسساتية التي يقدمها القانون الإطار لمواجهة المخاطر والتهديدات المرتبطة بالصحة**".

بينما انعقد اللقاء الدراسي الثاني بتاريخ 22 يوليوز 2022 حول موضوع "**التمويل الصحي بالمغرب بين عرض العلاجات وميكانيزمات الأداء**" شارك فيه كل من:

- السيد **عبد الكريم مزيان بلفقيه بالنيابة عن السيد خالد آيت الطالب**، وزير الصحة والحماية الاجتماعية حول موضوع: "**مداخل إصلاح المنظومة الصحية**"؛
- السيد **عزيز الخياطي بالنيابة عن السيد فوزي لقجع**، الوزير المنتدب لدى وزيرة الاقتصاد والمالية، المكلف بالميزانية حول موضوع: "**استراتيجية تمويل إصلاح المنظومة الصحية**"؛
- السيدة **مريم بكدلي**، مديرة مكتب المنظمة العالمية للصحة بالمغرب حول موضوع: "**الحوار السياسي حول التمويل الصحي: من أجل حكامة جيدة**"؛
- السيد **عوض مطرية**، مدير التغطية الشاملة/ النظام الصحي – المكتب الإقليمي للمنظمة العالمية للصحة للشرق الأوسط وشمال إفريقيا حول موضوع: "**التمويل الصحي وسلة العلاجات لتحقيق تغطية صحية شاملة**"؛

- السيد **خالد لحلو**، المدير العام للوكالة الوطنية للتأمين الصحي حول موضوع: "**تعميم التأمين الاجباري على المرض في ظل ورش الحماية الاجتماعية**"؛
- السيد **بدر الدين شكري**، نائب عميد كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية – السويسي والسيد **عبد الحفيظ ادمينو**، رئيس شعبة القانون العام بكلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية–السويسي حول موضوع: "**دور البحث العلمي في دعم حوار السياسات حول التمويل الصحي** ".

بالإضافة إلى ذلك، قامت المجموعة الموضوعاتية بعقد لقاءين مفتوحين مع النقابات المهنية، والفاعلين في المجال، وفعاليات المجتمع المدني، وذلك وفقا للبرمجة التالية:

- عقد لقاء مع النقابات الأكثر تمثيلية بقطاع الصحة، تم خلاله دراسة المذكرات التي تقدمت بها، بناء على طلب المجموعة الموضوعاتية حول المداخل الممكنة للنهوض بمنظومة الصحة، ومناقشة مختلف الإشكالات التي يعرفها تدبير القطاع، بالإضافة إلى الاستماع لاقتراحاتها فيما يخص تعزيز الموارد البشرية والرقي بأوضاعها المادية والاجتماعية والمعنوية؛
- عقد لقاء مع المهنيين وفعاليات المجتمع المدني التي تهتم بالشأن الصحي، حيث حضر هذا اللقاء أزيد من 20 هيئة تمثل فعاليات المجتمع المدني، ودام اللقاء لأزيد من سبع ساعات، تم خلالها الاستماع لمختلف وجهات النظر، وتبادل الأفكار حول تشخيص المنظومة الصحية والتفكير في مداخل النهوض بها.

وانطلاقا من وعي المجموعة الموضوعاتية بأهمية موضوع الأمن الصحي، وبأنه يعني مختلف الهيئات والمؤسساتية السياسية والاجتماعية، وسعيا منها لإشراك الجميع في تهيئ تقريرها، قامت بمراسلة مختلف الفرق والمجموعات البرلمانية من أجل مدها

بمذكرات حول المداخل الممكنة للنهوض بالمنظومة الصحية، وقد توصلت المجموعة الموضوعاتية بما يفوق 20 مذكرة من بينها مذكرات مختلف الفرق والمجموعات البرلمانية والهيئات النقابية والمهنية وجمعيات المجتمع المدني، حيث قامت باستثمارها في بناء تشخيص المنظومة الصحية، وتقديم المداخل الأساسية للنهوض بها.

ومن الواجب التأكيد، على أن المجموعة الموضوعاتية كانت تعتزم تنظيم خمسة زيارات ميدانية، يتم من خلالها الاطلاع على واقع الصحة ببلادنا، وجمع معلومات ميدانية إضافية، غير أن الإكراه الزمني أيضا، حال دون استكمال تنزيل البرنامج المسطر من طرف أعضائها.

المحور الأول

العرض الصحي الحالي

المحور الأول: العرض الصحي الحالي

تفيد مختلف الأدبيات والدراسات أن الصحة حق يجب أن يتمتع به كافة الأفراد داخل مجتمعاتهم، وقد عزز هذا التوجه دستور منظمة الصحة العالمية، الذي جاء فيه إن " التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة السياسية أو الحالة الاقتصادية والاجتماعية"[2].

بالرغم من تأطير هذا الحق من طرف مجموعة من المرجعيات الدولية والوطنية، فإنه لا يزال التمتع به هدفاً بعيد التحقق على الشكل الكامل في مختلف دول العالم، خاصة في ظل استمرار مجموعة من العوائق والتحديات الراهنة، التي يعاني منها ملايين سكان العالم، إذ تحتل من بينها إشكالية الفقر عاملاً أساسياً، إلى جانب التغيرات الجوهرية التي شابت منظومة الصحة، من انتشار الأوبئة والفيروسات المستجدة – التي لم تكن معروفة سابقاً – مثل نقص المناعة البشرية، السرطان، متلازمة نقص المناعة المكتسب، جائحة كوفيد 19، بالإضافة إلى التزايد السريع في الكثافة الديموغرافية في العالم، الأمر الذي حال دون التحقيق السوي والاعمال الكامل للحق في الصحة وضمان الأمن الصحي[3].

[2] دستور منظمة الصحة العالمية، أقره مؤتمر الصحة الدولي المنعقد بنيويورك من 19 يونيو الى 22 يوليو 1946. ص1.

[3] قضايا جوهرية ناشئة عن تنفيذ العهد الدولي الخاص للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم (14)، الامم المتحدة، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الدورة الثانية والعشرون، البند الثالث من جدول الأعمال. جنيف 25 أبريل/ 12ماي 2000. ص3.

ووعياً من المجموعة الموضوعاتية بأهمية هذا الموضوع، فإنها عملت على إخضاع منظومة الصحة لتشخيص دقيق، للوقوف على المشاكل والنقائص التي تعرفها، وتقديم مقترحات بشأنها تراها مناسبة لمعالجتها، كاتخاذ مجموعة من التدابير والاجراءات ذات الطابع تشريعي وتنظيمي، مالي وتدبيري، وكذا خدماتي ومعلوماتي.

انطلقت عملية التشخيص هذه من خلال رصد أهم المحطات الإصلاحية التي مر بها القطاع الصحي، بدية من المناظرة الأولى للصحة سنة 1959، مروراً بالإجراءات المتخذة لتطوير قطاع الصحة سنة 1994، وصولاً إلى مقتضيات دستور سنة 2011، التي دشنت هندستها لجيلاً جديداً من الاصلاحات مست قطاع الصحة، وما تبعها من تنظيم المناظرة الثانية للصحة سنة 2013.

كما وقفت المجموعة الموضوعاتية على واقع البنيات التحتية الصحية، والخصاص الحاد على مستوى الموارد البشرية، إضافة إلى ضعف التجهيزات الطبية والصيدلية، مع الإشارة إلى التراكم الإيجابي على مستوى تدبير المنظومة الصحية، من خلال ما قامت به مختلف السلطات العمومية من مجهودات خلال انتشار جائحة "كوفيد 19"، التي جعلت بلادنا محطة إشادة من مختلف المنظمات الدولية.

أولا – واقع السياسة الصحية ببلادنا

مرت السياسة الحكومية في مجال الصحة بمحطات تاريخية مهمة، كانت أولاها المناظرة الوطنية الأولى للصحة، التي أسست لمنظومة صحية بعد استقلال المغرب

سنة 1959، تلتها المناظرة الوطنية الثانية للصحة سنة 2013، التي أعطت حمولة تدبيرية حديثة لقطاع الصحة.

وعملاً بأحكام الفصل 31 من دستور 2011[4]، الذي ينص على "استفادة المواطنات والمواطنين على قدم المساواة من الحق في العلاج والعناية الصحية، الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية ".

وتفعيلا لمضامين البرنامج الحكومي للولاية التشريعية التاسعة 2012– 2016، تمت بلورة الاستراتيجية القطاعية للصحة برسم سنة 2012 – 2016، التي تضمنت محاور أساسية تتوزع بين جملة من التدابير والإجراءات، وهي كالآتي:

- المحور المتعلق بتنظيم وتطوير الخدمات الطبية الاستعجالية؛
- المحور المتعلق بتعزيز صحة الأم والطفل؛
- المحور المتعلق بالفئات الاجتماعية ذات الاحتياجات الخاصة؛
- الشق المرتبط بتعزيز الرصد الوبائي وتطوير اليقظة الصحية؛
- الشق المتعلق بتنمية مراقبة الأمراض غير السارية؛
- المحور المتعلق بالتطوير والسيطرة على الموارد الاستراتيجية للصحة؛
- المحور الأخير المرتبط بتحسين حكامة القطاع الصحي[5].

[4] ظهير شريف رقم1.11.91 صادر في 27 شعبان 1432 (29 يوليوز 2011) بتنفيذ نص الدستور، الجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر. 28 شعبان 1432 (30 يوليوز 2011).

[5] للمزيد من المعلومات يرجى الاطلاع على تفاصيل محاور الاستراتيجية القطاعية للصحة: الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012 –2016، وزارة الصحة، مارس 2012.

ووعي من حكومة "الدكتور سعد الدين العثماني" بأهمية التراكم الحاصل على مستوى الممارسة التدبيرية، أقرت خلال تقديمها لبرنامجها الحكومي، خلال الولاية التشريعية العاشرة، بمواصلة تنزيل التدابير والاجراءات المسطرة من قبل الحكومة التي سبقتها.

في هذا الصدد، ركزت الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي 2017-2021 على أربعة محاور أساسية تتمثل في: توطيد الاصلاح ودعم البرامج الصحية الأساسية، تعزيز الولوج للخدمات الصحية وتكريس التوجه "الخدماتي"، وجعل المرتفق في صلب المنظومة الصحية، وتجاوز اكراهات شح الموارد البشرية الصحية، والعمل على تحفيزها وتطوير أدائها، وتعزيز التأطير القانوني وتجويد حكامة القطاع[6].

إن التطور الحاصل في مجال الصحة على المستوى الدولي والإقليمي، يحتم على صانع القرار العمومي بلورة برنامج عمل للرصد والتتبع الوبائي واليقظة والأمن الصحيين والوقاية ومراقبة الأمراض، وتأتي الاستراتيجيتين القطاعيتين في مجال الصحة متضمنة محورا يتعلق بتعزيز الرصد الوبائي وتطوير اليقظة الصحية، ولتفعيل هذا المحور تم حصر مجموعة من المتدخلين في مجال القيادة من قبيل مديرية علم الأوبئة ومحاربة الأمراض كمسؤول على البرنامج، مديرية التخطيط والموارد المالية، مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة، مديرية السكان، معهد باستور المغرب، المركز

[6] لمزيد من الاضطلاع على تفاصيل محاور الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي 2017 – 2021 يراجع في ذلك: الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي 2017 – 2021، وزارة الصحة، 2017. وأيضاً تقرير نجاعة الأداء وزارة الصحة، 2018. ص6 – 7.

الوطني لتحاقن الدم[7]، وأضيف إلى هؤلاء المتدخلين قسم التموين والمديريات الجهوية للصحة[8].

وتجدر الاشارة إلى أن مديرية علم الأوبئة ومحاربة الأمراض[9] تقوم بمجموعة من المهام التي حددها مرسوم رقم 2.94.285 في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية، والتي تشمل: القيام بمراقبة انتشار الأوبئة بين السكان وإمساك مجذة مركزية للأوبئة « Un fichier épidémiologique central» ، تقييم خاصيات الأوبئة المنتشرة بين السكان، القيام بجميع الأعمال والبحث والدراسة في مجال علم الأوبئة، تخطيط وإنجاز برامج محاربة الأمراض، برمجة وإنجاز الأعمال الرامية إلى حماية الوسط البيئي ودعم إنجاز محاربة الأمراض بتدخلات وقائية، القيام بمراقبة جودة المختبرات البيولوجية التابعة لوزارة الصحة العمومية وتحديد المعايير التقنية لتسييرها، النهوض بمراقبة تطبيق الأنظمة في ميدان الوقاية من الأشعة والمشاركة في إجرائها، والمساهمة في حراسة وتتبع ومراقبة المنشأة التي تستخدم الاشعاعات الأيونية، ومراقبة النشاط الاشعاعي للبيئة، وكذا القيام بالمراقبة الصحية للمواد الغذائية[10].

---

[7] مشروع نجاعة الأداء لوزارة الصحة، 2018. ص69.

[8] مشروع نجاعة الأداء لوزارة الصحة، 2019، ص80.

[9] تشتمل **مديرية علم الأوبئة ومحاربة الأمراض** على ثلاث أقسام هما: قسم الأمراض غير المعدية، وقسم الأمراض المعدية، قسم المحافظة على البيئة، وكذلك مصلحة مراقبة انتشار الأوبئة، والمعهد الوطني الصحي، المركز الوطني للحماية من الأشعة، المصلحة الإدارية. لمزيد الاطلاع يراجع: مرسوم رقم 2.94.285 صادر في 17 من جمادى الأخرة 1415 الموافق ل21 نوفمبر 1994 في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية، الجريدة الرسمية عدد 4286، بتاريخ 21 دجنبر 1994، ص2110.

[10] الفصل 8 من مرسوم رقم 2.94.285 صادر في 17 من جمادى الأخرة 1415 الموافق ل21 نوفمبر 1994 في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية، الجريدة الرسمية عدد 4286، بتاريخ 21 دجنبر 1994، ص2110.

من خلال استقراء مضامين الاستراتيجية القطاعية للصحة في مجال الرصد الوبائي والوقاية من الأمراض، يتبين أن منظومة الترصد الوبائي هي جزء أساسي من أجزاء المنظومة الصحية، بحيث يرتكز عملها على " تتبع العوامل والمؤشرات التي تستهدف الأخطار الصحية العامة، وتشكل تهديداً لها، مما جعل الاستراتيجية القطاعية تضع إجراءات لتعزيز الترقب والاستعداد بشكل حقيقي لطوارئ الصحة العمومية "[11].

ثانيا –العرض الصحي الحالي: قراءة في أهم المؤشرات

بذلت الحكومات المتعاقبة عدة مجهودات في مجال الصحة، وقد أفضى ذلك إلى تحسن في عدة مؤشرات أبرزها، صحة الأم والطفل إذ انخفض معدل وفيات الأمهات من 112 حالة وفاة لكل 100000مولود حي سنة 2010 إلى 72% حالة وفاة سنة 2018، بانخفاض قدره 35%، يعزى هذا الانخفاض إلى تطور الخدمات الصحية المقدمة للمرأة، ولاسيما الولوج إلى الخدمات المتعلقة بالأم. وهكذا، ارتفعت نسبة الولادات التي تتم بمساعدة أطر صحية مؤهلة بين سنتي 2011 و2018 من 68.6 % إلى 73.6 % على المستوى الوطني[12].

أما ما يتعلق بمكافحة الأمراض المنقولة، لايزال عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية منخفضا بين عموم السكان، بمعدل 0.03 إصابة لكل 1000 شخص غير مصاب بفيروس نقص المناعة البشرية في سنة 2019،

[11] الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012 – 2016، وزارة الصحة، مارس 2012. ص45.

[12] التقرير الوطني حول أهداف التنمية المستدامة بالمغرب في سياق جائحة كوفيد–19 لسنة 2021 ص 44.

وانخفض معدل الإصابات الجديدة بداء السل، بجميع أشكاله، بين سنتي 2015 و2018، من 101 حالة إلى 99 حالة لكل 100000 نسمة.

كما تم وضع المخطط الاستراتيجي الوطني 2018-2021 لمكافحة داء السل لتقليص عدد وفيات السل بنسبة 40% في أفق سنة 2021، أما بالنسبة للملاريا، لم يرصد المغرب أية حالة محلية المصدر منذ سنة 2005، فيما تم تسجيل ما معدله 450 حالة مستوردة سنويا، في حين انخفض معدل الإصابة بالتهاب الكبد الفيروس(ب) من 12 حالة لكل 100000 نسمة سنة 2016 إلى11 حالة سنة 2019.

وبخصوص مكافحة الأمراض غير المعدية في سنة 2018، فقد بلغ معدل الوفيات الناجمة عنها 12.4%، بينما أظهر البحث الوطني لعوامل الخطر للأمراض غير المعدية لدى السكان الذين تبلغ أعمارهم 18 سنة أو أكثر، أن29.3% يعانون من ارتفاع ضغط الدم، و10.6 % مصابون بالسكري، و4,10% من مقدمات السكري[13].

وعلى الرغم من المجهودات المبذولة لفائدة قطاع الصحة، لازالت هناك عدة إكراهات هيكلية تحول دون تحقيق النجاعة المطلوبة في تدبير المنظومة الصحية الوطنية، أهمها تعاقب مجموعة من الإصلاحات دون إحداث تغير حقيقي في القطاع، خاصة على مستوى ضعف النتائج المحققة بخصوص المبادرة الوطنية لتكوين 3300

[13] نفس المرجع، صفحة 45.

طبيب سنويا في أفق سنة 2020، وبرامج تأهيل البنيات الصحية 2016-2021، بالإضافة إلى ضعف في تمويل نظام المساعدة الطبية "راميد"، دون التغاضي عن العجز البنيوي الكمي والنوعي في الموارد البشرية، وتوزيعها بشكل غير عادل بين الجهات وبين العالم القروي والحضري، وعدم تحفيزها بالشكل الكافي، مما جعلها تفضل الهجرة على البقاء في وطنها، إلى جانب وجود عرض صحي غير متكافئ، ولا يستجب لتطلعات مختلف الشرائح الاجتماعية[14].

ثالثا – محدودية العرض الصحي الحالي: تحديد الإكراهات

1- الخريطة الصحية

تمثل الخريطة الصحية جزءاً مهما من منظومة العرض الصحي الوطني، والمؤطرة بقانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، حيث يتم من خلالها العمل على "تحديد مكونات العرض سواء تعلق الأمر بأنواع البنيات التحتية والمنشأة الصحية، أو تعلق الأمر بمعايير وكيفيات توزيعها على المستوى المجالي"[15]، فيما حددت المادة 9 من نفس القانون مضمون هذا العرض، لما يحتويه من بنيات تحتية صحية أساسية.

[14] مذكرة تقديمية لمشروع قانون المالية لسنة 2022 صفحة 115.

[15] المادة 21 من القانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، مرجع سابق. ص3472.

في هذا السياق، تسجل المجموعة الموضوعاتية أن مؤسسات الرعاية الصحية الأولية تمثل 2126 مؤسسة، تتوزع بين 1279 مركز صحي قروي، و847 مركز صحي حضري[16].

وفيما يخص الشبكة الاستشفائية، يتوفر المغرب على 152 مستشفى، تحتوي على 25440 سرير، و10 مستشفيات للأمراض العقلية تحتوي على 1486 سرير، و120 مركز لتصفية الكلي تحتوي على 2376 جهاز لتصفية الكلي[17]، بالمقابل، يضم القطاع الخاص باعتباره مساهما مهما في منظومة عرض العلاجات، 375 مصحة خاصة بطاقة استيعابية تقارب بـ 10562 سرير، و 10125 عيادة طبية، وما يفوق 9189 صيدلية، و582 مختبرا للتحليلات الطبية[18].

وعلى مستوى التقطيع الصحي للمجال الترابي، نجد أن الخريطة الصحية تواكب التقطيع الترابي الذي يمثل 12 جهة صحية، 82 اقليم صحي، كما تضم 269 مركز صحي حضري، و717 مركز صحي قروي[19]. وبناء عليه، تضم الخريطة الصحية 583 مؤسسة للرعاية الصحية الأولية، وتتوزع على مستوى جهات المملكة وفق الشكل اللآتي: 69 مؤسسة بجهة طنجة تطوان الحسيمة، 39 بالجهة الشرقية، 78 بجهة فاس مكناس، 39 بجهة الرباط سلا القنيطرة، 38 بجهة الدار البيضاء سطات، 52 بجهة بني ملال خنيفرة، 57 بجهة درعة تافيلالت، 52 بجهة مراكش أسفي، 73 بجهة سوس

[16] http://cartesanitaire.sante.gov.ma

[17] http://cartesanitaire.sante.gov.ma

[18] http://cartesanitaire.sante.gov.ma

[19] http://cartesanitaire.sante.gov.ma

ماسة، 17 بجهة كلميم واد نون، 3 بجهة العيون الساقية الحمراء، ومؤسسة واحدة بجهة الداخلة واد الذهب[20].

وفيما يخص الخريطة الصحية الجهوية للقطاع الخاص، نسجل أن جهة الدار البيضاء- سطات تتبوأ الصدارة من حيث عدد المصحات الخاصة بما يقدر بـ 113 مصحة خاصة، وبطاقة استيعابية تقدر بـ 3328 سرير، تليها جهة الرباط -سلا - القنيطرة بعدد 57 مصحة خاصة، بطاقة سريرة تمثل 1911 سرير، ثم جهة مراكش - أسفي بـ 45 مصحة خاصة بطاقة استيعابية تمثل 1333 سرير، و37 مصحة خاصة بجهة فاس- مكناس بطاقة استيعابية تقدر بـ 918 سرير، و31 مصحة خاصة بجهة طنجة -تطوان -الحسيمة بطاقة استيعابية تمثل 784 سرير، و26 مصحة خاصة بجهة بني ملال -خنيفرة بطاقة استيعابية تقدر بـ 648 سرير، و23 مصحة خاصة بجهة سوس ماسة بطاقة استيعابية تضم 535 سرير، و22 مصحة خاصة بالجهة الشرقية بطاقة استيعابية تمثل 787 سرير، و 4 مصحات خاصة بجهة درعة- تافيلالت بقدرة استيعابية تقدر بـ 83 سرير، ومصحة خاصة واحدة بطاقة استيعابية تمثل 19 سرير بجهة كلميم -واد نون[21].

[20] Offre de soins de santé, Etablissement de santé, établissement SSP, nombre par région. Octobre 2019, Ministère de la Santé.

[21] Le nombre de cliniques par région, graphiques interactifs, secteur privés, carte sanitaire situation 2019, Ministère de la Santé ;

Le nombre de lits des cliniques par région, graphiques interactifs, secteur privés, carte sanitaire situation 2019, Ministère de la santé.

من خلال هذه المعطيات يتبين وجود تفاوت على مستوى التوزيع المجالي/ الترابي للمراكز الصحية خاصة في القطاع الخاص، الأمر الذي يخلق عدم التوازن من حيث تقديم العروض العلاجية والخدمات الصحية، إذ تتوزع المصحات الخاصة بالمدن الكبرى على حساب المدن الأخرى، فعلى سبيل الذكر لا الحصر نجد الدار البيضاء أنفا تضم 1540 سرير كطاقة استيعابية بالمصحات الخاصة، بينما الرحامنة لا تتوفر على أي مصحة خاصة بما يسجل 0 سرير[22].

من جانب أخر، ومن خلال استقراء أرقام الخريطة الصحية بالمغرب، نلاحظ وجود نقصاً على مستوى الأسرة الاستشفائية، رغم المجهودات المبذولة يبقى الخصاص موجودا، حيث لا يتجاوز عدد الأسرة الاستشفائية مقارنة بعدد الساكنة، معدل 9 أسرة لكل 10.000 مواطن، وهو معدل ضعيف جداً[23].

كما تجدر الإشارة إلى أن المؤمنين يمكن لهم أن يستفيدوا من الخدمات العلاجية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، إلا أنها لا تستقطب سوى 6% من إجمالي أداءات الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، كما أن التعرفة المرجعية بالقطاع العام تختلف مقابل نظيرتها بالقطاع الخاص، بحيث أن "متوسط تكلفة ملف المرض بالقطاع الخاص تتجاوز نظيرتها بالقطاع العام بأكثر من (5) أضعاف، إذ ارتفع

[22] Le nombre de lits des cliniques par provinces, graphiques interactifs, secteur privés, carte sanitaire situation 2019, Ministère de la santé.

[23] محمد حركات؛ المسؤولية الاجتماعية للدولة في بناء مجتمع العمل ونجاعة الأداء: قراءة مقارنة في أبرز مؤشرات وأرقام القطاع الصحي"، دراسات الأثر والسياسات العمومية بالمغرب، المجلة المغربية للتدقيق والتنمية، عدد 48، 2019. ص37.

متوسط تكلفة ملف العلاج من 480 درهم سنة 2006 إلى 990 درهم سنة 2019، أي بزيادة تقدر بنسبة 106% "[24].

2- الموارد البشرية

لا يستقيم الحديث عن تكامل جسم المنظومة الصحية دون توفر موارد بشرية كافية ومؤهلة، بشكل يجعلها قادرة على تقديم الخدمات العلاجية المناسبة، وفي أحسن الظروف.

في هذا السياق، تشير الأرقام المتوفرة إلى وجود نقص مهول في الموارد البشرية، حيث يصل عدد الأطر الطبية والصحية العاملة في القطاع العام 12454، تتوزع بين 3616 أطباء عامون، و8337 أطباء مختصين، 33837 ممرضين، 2076 أطر إدارية، و4453 أطر تقنية[25]، بينما يتوفر القطاع الخاص على 5190 أطباء عامون، و8355 أطباء متخصصين[26].

بالموازاة مع ذلك، تبرز المعطيات وجود تفاوت في توزيع عدد الأطباء العاملين في القطاع العام على المستوى الجهوي، إذ نجد أن جهة الدار البيضاء سطات تضم 2382 طبيب لفائدة 7408213 نسمة، بينما جهة فاس مكناس تتوفر على 1726 طبيب لفائدة 4405862 نسمة، في حين جهة الرباط سلا القنيطرة يعمل بها 3100

[24] تقرير المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بإصلاح التغطية الاجتماعية، مجلس المستشارين، الولاية التشريعية 2016 – 2021، دورة أبريل 2021. ص50.

[25] Ressources Humaines, carte sanitaire, situation de l'offre de soins – Octobre 2019. Ministère de la Santé.

[26] http://cartesanitaire.sante.gov.ma

طبيب لفائدة 4867744 نسمة، كما نجد جهة مراكش أسفي تشمل 1321 طبيب لفائدة 4774413 نسمة، والجهة الشرقية تضم 1079 طبيب لفائدة 2453229 نسمة، أما جهة طنجة تطوان الحسيمة فتحتوي على 791 طبيب لفائدة 3813854 نسمة، أيضاً نجد جهة سوس ماسة تتوفر على 612 طبيب لفائدة 2896152 نسمة، وجهة بني ملال خنيفرة يعمل بها 484 طبيب لفائدة 2613137 نسمة، وجهة درعة تافيلالت لا تحتوي إلا على 409 طبيب لفائدة 1693786 نسمة، بالإضافة إلى وجود 229 طبيب بجهة كلميم واد نون لفائدة 446225 نسمة، و166 طبيب بجهة العيون الساقية الحمراء لفائدة 400442 نسمة، و57 طبيب بجهة الداخلة وادي الذهب لفائدة 1786000 نسمة[27].

من جانب أخر، يمثل توزيع نسبة الأطباء في القطاع الخاص على المستوى الجهوي ما يقدر بـ 4821 طبيب بجهة الدار البيضاء- سطات، و2906 طبيب بجهة الرباط -سلا -القنيطرة، و1378 طبيب بجهة مراكش -أسفي، بينما جهة فاس- مكناس تتوفر على 1309 طبيب، و1169 طبيب بجهة طنجة -تطوان -الحسيمة، وبجهة سوس -ماسة نجد 693، في حين الجهة الشرقية يعمل بها 645 طبيب، وبجهة بني ملال -خنيفرة 552 طبيب، و139 طبيب بجهة درعة- تافيلالت، و48 طبيب

[27] من المهم الإشارة، في هذا الصدد، الى أن نسبة عدد الأطباء المعتمدة لا تشمل العاملين بالمستشفيات الجامعية، لمزيد من الاطلاع، يراجع:

- Ressources humaines, les professionnels de santé médicaux du secteur public, professionnels de santé médicaux par région, octobre 2019. Ministère de la Santé

بجهة العيون الساقية الحمراء، و42 طبيب بجهة كلميم- واد نون، و12 طبيب بجهة الداخلة -وادي الذهب[28].

من خلال استقراء هذه المعطيات المتعلقة بتوزيع الموارد البشرية سواء العاملة بالقطاع العام أو القطاع الخاص على المستوى الجهوي، يتبين مدى الخصاص الذي يعرفه القطاع، وذلك على مستويين: أولهما ضعف في التأطير الطبي، قياسا بمعايير منظمة الصحة العالمية التي تحدد عدد الأطر الطبية لكل 10000 نسمة، بحيث أن التأطير الطبي بالمغرب يمثل نسبة 6.02 طبيب لكل 10.000، مقابل 12.2 طبيب لكل 10000 نسمة بتونس، و9.10 بالبحرين، و11.4 بمنطقة البحر الأبيض المتوسط الشرقية، ولابد من التذكير بأن هذه النسبة عرفت تغيراً بعد تطبيق معايير الخريطة الصحية في المغرب بنسبة 8.8 لكل 10.000 نسمة[29].

ثانيهما ضعف كثافة الممرضين، بحيث لا تتجاوز نسبة الممرضين بالمغرب 8.9 لكل 10.000 نسمة، مقابل 15.1 بالمملكة العربية السعودية، و24.1 بمنطقة البحر الأبيض المتوسط الشرقية، بهذا الحصوص لابد من توضيح أن كثافة الممرضين تزايدت بنسبة 16.1 لكل 10.000 مواطن مغربي، ويأت هذا التقدم في المؤشر بعد اعتماد المغرب لمعايير الخريطة الصحية[30].

---

[28] المغرب في أرقام سنة 2021، المندوبية السامية للتخطيط، سنة 2021.

[29] وزارة الصحة، سياسة قطاع الصحة في مجال تدبير الموارد البشرية، مديرية الموارد البشرية، 2014. ص4.

[30] يراجع في ذلك: تقرير مديرية الموارد البشرية، وزارة الصحة، مرجع سابق. ص3.

جدول رقم (1)[31]: عدد الأطباء حسب القطاع والإقليم (أو العمالة) برسم سنة 2020

الجهات	العمومي Public	الخاص Privé
طنجة – تطوان – الحسيمة	791	1169
الحسيمة	163	42
شفشاون	84	24
الفحص– انجرة	7	2
العرائش	83	93
المضيق –الفنيدق	39	23
وزان	35	25
طنجة– أصيلة	253	671
تطوان	127	289
الشرق	1079	645
بركان	85	87
الدريوش	53	23
فجيج	49	9
جرسيف	34	23
جرادة	58	7
الناظور	117	187
وجدة–أنجاد	622	280
تاوريرت	61	29
فاس–مكناس	1726	1309
بولمان	96	12
الحاجب	52	33
فاس	1002	675
إيفران	50	21

[31] لا يشمل العدد المحدد المراكز الاستشفائية الجامعية.

الجهات	العمومي Public	الخاص Privé
مكناس	249	402
مولاي يعقوب	20	1
صفرو	51	37
تاونات	91	37
تازة	115	91
الرباط– سلا– القنيطرة	3100	2906
القنيطرة	226	488
الخميسات	112	140
الرباط	2252	1348
سلا	259	419
سيدي قاسم	76	67
سيدي سليمان	30	59
الصخيرات –تمارة	145	385
بني ملال –خنيفرة	484	552
أزيلال	130	19
بني ملال	128	208
الفقيه بن صالح	37	86
خنيفرة	79	51
خريبكة	110	188

المصدر: المندوبية السامية للتخطيط 2020

جدول رقم (2)[32]: عدد الأطباء حسب القطاع والإقليم أو العمالة (تابع) برسم سنة 2020

الجهات	العمومي Public	الخاص Privé
الدار البيضاء – سطات	2382	4821
بنسليمان	60	50
برشيد	59	183
الدار البيضاء	1751	3748
الجديدة	142	330
مديونة	30	34
المحمدية	81	214
النواصر	65	82
سطات	158	127
سيدي بنور	36	53
مراكش– اسفي	1321	1378
الحوز	103	49
شيشاوة	109	28
قلعة السراغنة	100	79
الصويرة	106	41
مراكش	717	934
الرحامنة	51	43
أسفي	111	165
اليوسفية	24	39
درعة – تافيلالت	409	139
الرشيدية	118	43
ميدلت	58	18

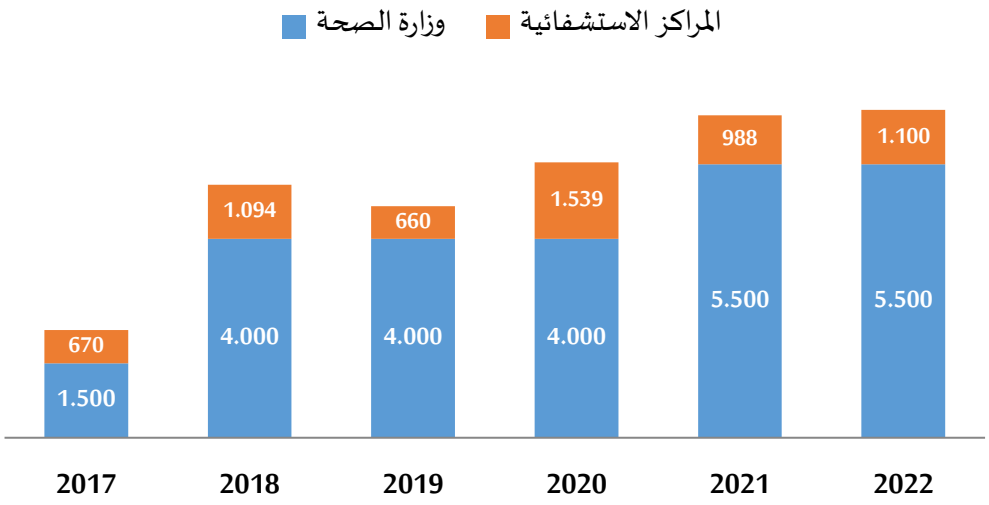
[32] لا يشمل المراكز الاستشفائية الجامعية.

الجهات	العمومي Public	الخاص Privé
ورزازات	97	35
تنغير	75	25
زاكورة	61	18
سوس–ماسة	612	693
أكادير اداوتنان	203	402
اشتوكة ايت باها	50	34
انزكان ايت ملول	86	150
تارودانت	148	73
طاطا	42	2
تيزنيت	83	32
كلميم– واد نون	229	42
أسا–الزاك	29	1
كلميم	109	27
سيدي افني	46	6
طانطان	45	8
العيون– الساقية الحمراء	166	48
بوجدور	40	3
السمارة	25	3
العيون	96	42
طرفاية		5
الداخلة –واد الذهب	57	12
أوسر	2	
واد الذهب	55	12
المجموع	12104	13369

المصدر: المندوبية السامية للتخطيط 2020

يلاحظ أن ضعف كثافة الأطباء والممرضين بالمنظومة الصحية يعود إلى ضعف في المناصب المالية المخصصة لهذا القطاع، حيث تبرز الأرقام أن عدد المناصب المالية المفتوحة ظلت ثابتة في 4000 منصب، خلال السنوات المالية 2018، 2019، 2020[33]، بالإضافة إلى غياب إقبال الأطباء على الانخراط في أسلاك الوظيفة العمومية، مقابل ارتفاع عدد الاستقالات المقدمة من طرف العاملين بها.

رسم مبياني رقم (1): تطور المناصب المالية المخصصة لقطاع الصحة 2017 – 2022



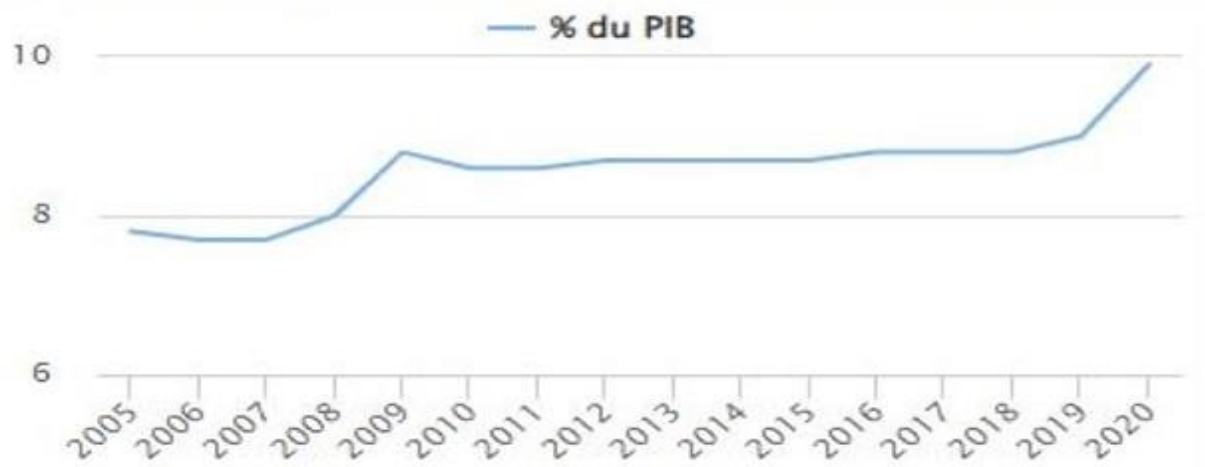
المصدر: عرض السيد عزيز الخياطي نائب مدير الميزانية ألقاه بالنيابة عن السيد الوزير المنتدب المكلف بالميزانية، حول استراتيجية تمويل اصلاح المنظومة الصحية.

يتضح من خلال ما سبق، أن المنظومة الصحية تعاني نزيفاً حاداً على مستوى الأطر الطبية والموارد البشرية بشكل عام، الأمر الذي يزيد من صعوبة الاستجابة لكل حاجيات المواطنين، فيما يخص تقديم العلاجات الضرورية، الأمر الذي يؤكده تقرير

[33] Loi de Finance n°68.17 année budgétaire 2018, loi de finance n° 80.18 année budgétaire 2019 Et loi de finance n°70.19 année budgétaire 2020, Bulletin officiel.

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، حيث يشير إلى النقص الحاصل على مستوى الموارد البشرية في قطاع الصحة[34]، ويرجع ذلك النقص حسب نفس التقرير إلى ضعف الميزانية المرصودة لقطاع الصحة، التي تتراوح بين 5.6 في المائة و6 في المائة من ميزانية الدولة، في حين توصي المنظمة العالمية للصحة بتخصيص ما بين 10 و12 % من الميزانية العامة للدولة لتمويل قطاع الصحة[35]، ويوضح الرسم البياني رقم (2) تطور النفقات الصحية مقارنة مع الناتج الداخلي الخام، خلال فترة الممتدة من 2005 إلى 2020 في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية[36].

رسم مبياني رقم (2): تطور النفقات الصحية في بلدان منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية مقارنة مع الناتج الداخلي الخام 2005 – 2020 (التقديرات)



المصدر: [37]معطيات إحصائية صادرة عن منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية حول الصحة سنة 2021

[34] Rapport annuel 2016, Conseil Economique Social et Environnemental, 2016. P15.

[35] Rapport annuel 2016, Ibid, P15 et S.

[36] Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021 – OCDE (oecd.org)

[37] Note : Sur la base de 16 pays fournissant des estimations préliminaires des dépenses de santé pour 2020.

ونظرا لأهمية العنصر البشري في تعزيز العرض الصحي، فإن تقرير النموذج التنموي الجديد يقترح زيادة تغطية العاملين في قطاع الصحة بنسبة 4،5 لكل 1.000 نسمة بحلول 2035، مقابل 2 لكل 1.000 نسمة حاليا، الأمر الذي يستدعي تكوين 3.600 طبيب و7.100 ممرض سنويا في المتوسط[38].

3 – السياسة الدوائية

تسهر وزارة الصحة والحماية الاجتماعية على وضع وتنفيذ السياسة الدوائية، وتتمتع بكافة الصلاحيات الرئيسية ذات الصلة بتقنين سوق الأدوية، إذ تتولى منح الأذون بالعرض في السوق، وتحديد أسعار الأدوية، وكذا القيام بعملية التفتيش للصيدليات والمؤسسات الصيدلية، ناهيك عن اقتناء بعض الأدوية اللازمة لتحمل الأمراض المسطرة في عدة برامج صحية.

من جانب أخر، تتولى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي مهمة تقنين وتوجيه سوق الأدوية، عبر التدخل المباشر أو غير المباشر في تنظيم أسعار الأدوية.

وفي سياق متصل، يساهم قطاع صناعة الأدوية بنسبة 1.5 في المائة من الناتج الداخلي الخام الوطني، وبنسبة 5.2 في المائة من الناتج الداخلي الخام الصناعي، كما يساهم في خلق قيمة مضافة سنوية تناهز 4.6 مليار درهم، ويعمل القطاع على سد الخصاص في مجال الأدوية على الصعيد الوطني، إذ يشمل تصنيع 60 في المائة من الأدوية، واستراد 40 في المائة منها.

[38] التقرير العام للنموذج التنموي الجديد ص 101.

في حين أن معدل الاستهلاك الفردي للأدوية لم يتجاوز 431 درهم سنويا، برسم سنة 2017، بالمقارنة مع العديد من الدول يتضح أن معدل استهلاك الأدوية بالمغرب يبقى ضعيفا، إذ يبلغ متوسط الاستهلاك السنوي بالولايات المتحدة الأمريكية حوالي 576 أورو للفرد الواحد، فيما يناهز 248 أورو للفرد الواحد في البلدان الأوربية[39].

وبغية تحسين هذه المؤشرات عملت الحكومة من خلال مخطط الصحة في أفق 2025، بتنفيذ المقتضيات المتعلقة بالسياسة الدوائية الوطنية، ومواصلة سياسة تخفيض أسعار الأدوية والمستلزمات الطبية، وتحسين معدل استهلاك الدواء الجنيس، ورغم هذه المجهودات، ظلت هناك مجموعة من المشاكل والإكراهات تحول دون تيسير الولوج إلى الأدوية، نذكر منها:

- ضعف القدرة الشرائية؛
- عدم تعميم التغطية الصحية الأساسية؛
- ارتفاع أثمنة الأدوية.

ومن المفيد، الإشارة في هذا الصدد، إلى الدراسة التي أنجزها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي حول 323 دواء، مقبول إرجاع مصاريفه، للتأكد من مطابقة أثمنتها العمومية للبيع، إلى جانب الكيفيات والشروط التي حددها المرسوم رقم 852-13-2 لتحديد أثمنة الأدوية، خاصة تلك الواردة في مادته الثالثة، حيث تنص

[39] رأي مجلس المنافسة حول وضعية المنافسة في سوق الأدوية بالمغرب رقم/20/4 الصفحة 97.

على أن ثمن المصِّنع دون احتساب الرسوم"PFHT" لكل دواء أصلي، هو أقل ثمن صادقت عليه الجهات المختصة، بكل من المملكة العربية السعودية وبلجيكا وفرنسا وإسبانيا وتركيا والبرتغال.

جدول رقم 3: اختلاف في اثمنة الأدوية بين البيع والتعويض الأساسي

الدواء	الثمن أساسي للبيع	الثمن أساسي التعويض	الثمن بفرنسا بالأورو	الثمن بفرنسا بالدرهم	الفارق بين الثمن أساسي التعويض والثمن بفرنسا	الفارق بعدد المرات
REVLIMID 25 MG	43847	43847	3064	33509	10338 ,12	1,3
REVLIMID 10 MG	37910	37910	2641	28880	9030 ,15	1,3
ACTEMERA 400MG/ ML	8016	8016	538	5879	2137 ,40	1,4
ANZATAX	2476	2476	44	477	1998 ,68	5,2
REMSIMA 100MG	4267	4267	208	2271	1996 ,44	1,9
VELCAD	3778	3778	183	2000	1777 ,53	1,9
RECORMON	9691	9691	748	8178	1512 ,86	1,2
SIMPONI 50MG	9706	9706	760	8308	1397,73	1,2
CARBOLATIN COOPER	1553	1553	19	212	1340,86	7,3
AVASTIN	3553	2908	145	1586	1321,86	1,8
XYLATIN 100	1869	1869	62	683	1185,67	2,7
EPOTIN 100	1951	1951	72	787	1166,84	2,5
OPAVIR 0 ;5 MG	2833	2833	156	1706	1126,69	1,7
ARANESP 150G	9407	9407	758	8284	1122,57	1,1
TEMODAL	1952	1678	53	578	1099,53	2,9
ZELVA 100MG	4209	4209	88	3154	1055,43	1,3
VECTIBIX	4680	4680	336	3673	1007,34	1,3
EPOTIN 4000	3432	3432	252	2755	677,45	1,2

المصدر: تقرير نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2020

يتبين مما سبق، أن غياب سياسة دوائية ناجعة وفعالة يشكل تهديدا لديمومة صناديق التأمين الصحي، حيث أن 34 في المائة من إجمالي نفقات الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، يتم تحويلها للأدوية المقبول إرجاع مصاريفها.

كما ركزت الدراسة على الأدوية الأكثر استهلاكا من طرف مؤمني الصندوق، خاصة تلك المستوردة من الخارج، ومقارنة أثمنتها بتلك المعمول بها في فرنسا، التي تفوق القدرة الشرائية لمواطنيها بـ 6 إلى 7 مرات القدرة الشرائية للمواطنين المغاربة.

جدول رقم 4: اختلاف في ثمن الأدوية بين المغرب وفرنسا

الأدوية	الثمن العمومي لبيع الدواء الأصلي	معدل ثمن المستحضرات الجنيسة البديلة بالدرهم والمسوقة بفرنسا	الفارق بالدرهم
AFINITOR 5MG	20304	10568	9736
IRESSA 250 MG	18400	9360	9040
TARCEVA 150 MG	17885	9627	8836
HUMIRA 40 MG	7763	5340	5578
NEILASTIM 6 MG/0 ,6ML	9460	6314	3146
ENBREL 25MG	4855	2995	915
ELOXATINE 5 MG/ML	2206	665	1541
PROGRAF	1851	788	1063
ELOXATINE 5 MG/ML	1203	332	871
SIFROL2.1 MG	951	150	801

المصدر: تقرير نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2020

ولتعميق نتائج الدراسة، فإن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، قام بمقارنة أثمنة عدة أدوية كما تم التصريح بها عند الاستيراد، فأكدت نتائج الدراسة الارتفاع الكبير في أثمنة الأدوية، الذي يترتب عنه تحمل المواطن وأنظمة التغطية الصحية الأساسية لنفقات كان من الممكن توجيهها لعلاجات أساسية أخرى[40].

الجدول رقم 5: اختلاف في ثمن الأدوية بين المغرب وفرنسا

الأدوية	الثمن المصرح به لدى الجمارك	رسوم الجمارك	الثمن العمومي للبيع بالمغرب	الثمن بفرنسا	الفارق بين الثمن المصرح به والثمن البيع	الفارق بين الثمن بفرنسا والثمن بالمغرب
MABTHERA FLACONS AMPOULE 10 ML	2112,75	2170,85	12087,00	7806,00	9916,15	5635,15
RECORMON SERINGUES 2000 UI 6	605,85	666,09	9691,00	8099,00	9024,91	7432,91
GULENYA HGC 0 ,5 MG DUP 2’14	9914,60	10900,36	18090,00	15933,00	7189,64	5032,64
AVASTIN FLACON AMPOULE 16 ML 400MG	5031,90	5170,28	11805,00	9598,00	6634,72	4427,72

[40] تقرير حول نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي لسنة 2020.

4206,80	4514,80	18155,00	18463,00	13948,20	13913,13	TARCEVA 150MG
705,34	4473,34	7150,00	10918,00	6444,66	6272,17	HUMIRA40 MG/OAMI PFS X2
3241,11	3280,11	3507,00	3546,00	265,89	247,87	DECAPEPTYL 0 ,1 MG 7FLCNS
2662,26	2784,26	3582,00	3704,00	919,74	917,45	KOGENATE 250
544,14	2738,14	5822,00	8016,00	5277,86	5136,60	ACTEMRA FLACON 20 ML 400 MG
1589,77	2732,77	1690,00	2833,00	100,23	91,17	OPAVIR 0,5MG
1212,42	2637,42	3430,00	4855,00	2217,58	2017,04	ENBREL PFS 25 MG X4 MENA

المصدر: تقرير نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2020

وما يزيد من ارتفاع ثمن الدواء، هو تطبيق الضريبة على القيمة المضافة بنسبة 7 %على بعض الأدوية، بعد تحديد أسعارها، إذ يشير تقرير مجلس المنافسة إلى أن من أصل 7394 من الأدوية المسجلة، يخضع 4896 منها للضريبة على القيمة المضافة بنسبة 7%، أي ما يعادل % 66 تقريبا من الأدوية.

ومن خلال تتبع تحليل سوق الأدوية، يتضح " أن هذه الضريبة تشكل عائقا ماليا يحول دون تمكين المستهلك من الولوج إلى الدواء، إذ يعاني هذا الأخير أيضا من ضعف قدرته الشرائية، إلى جانب تحمله جزءا هاما من تكاليف نفقاته الصحية،

نتيجة غياب التغطية الصحية، أو عدم شمولها للتعويض عن بعض الخدمات الصحية، مقارنة ببعض البلدان التي تعمل على ضمان تغطية صحية شاملة لفائدة سكانها، تظل الضريبة المفروضة على الأدوية بها ضعيفة، وتتوزع حسب البلدان على الشكل التالي: المملكة العربية السعودية 0%؛ بلجيكا 6%؛ فرنسا 1.2 % ؛ إسبانيا 4%؛ البرتغال 5%، وذلك بالنسبة للأدوية المقبول إرجاع مصاريفها.

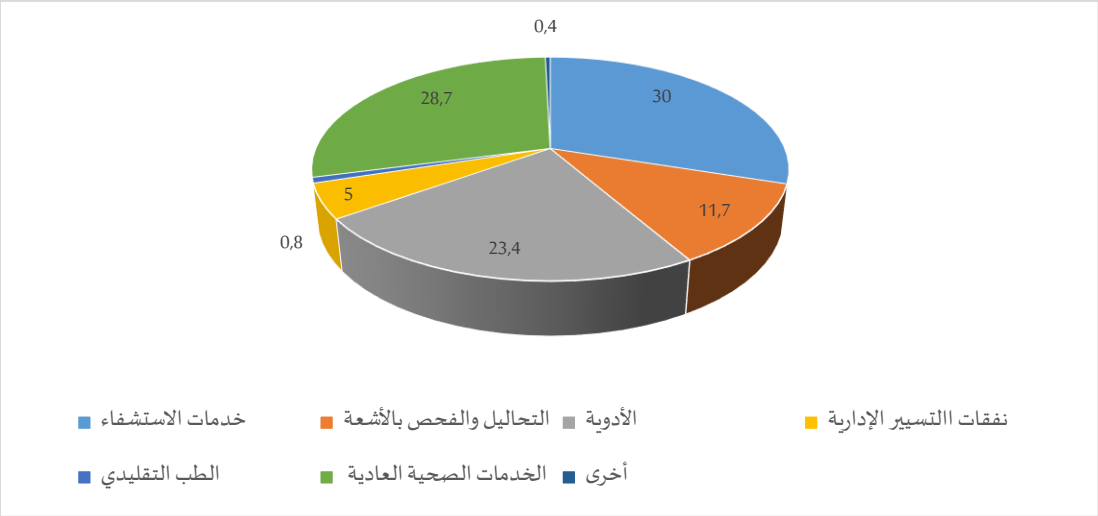
وسعيا منها إلي تخفيض الرسوم الضريبية، قامت المؤسسة التشريعية بالمصادقة على إجراء ضريبي من خلال قانون المالية لسنة 2022، يهدف إلى خفض رسم الاستيراد المطبق على المتفورمين هيدروكلوريد DC95 من 40 في المائة إلى 2.5 في المائة[41]، وهو مستحضر دوائي موجه لصناعة أدوية مستعملة في علاج الصنف II من مرض السكري، غير أن ذلك لم ينعكس على التخفيض من ثمن الدواء المستعمل في علاج هذا المرض.

إن سياسة تخفيض أثمنة الأدوية سيكون لها آثار مباشرة على الأسر، لكون إنفاقها على الأدوية يصل 34 في المائة من إجمالي نفقاتها على الصحة، كما هو موضح في الرسم أسفله، وينعكس ذلك بشكل غير مباشر على التوازن المالي للصناديق المدبرة لتأمين الاجباري عن المرض، ويلاحظ هذا عندما تم تخفيض سعر ما مجموعه 810 من المستحضرات الصيدلية المقبول إرجاع مصاريفها من طرف الصندوق

[41] ظهير شريف رقم 115.21.1 صادر في 5 جمادى الأولى 1443 (10 ديسمبر 2021) بتنفيذ قانون المالية رقم 21.76 للسنة المالية 2022 المادة 4.

الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، في إطار العلاجات العادية، حيث مكنه ذلك من توفير 66 مليون درهم.

رسم مبياني رقم (3): توزيع النفقات الاعتيادية للصحة حسب نوع الخدمة الصحية برسم سنة 2018[42]



المصدر: الحساب الوطني للصحة برسم سنة 2018

وبخصوص الأدوية الجنيسة، فإنها تلعب دورا مركزيا في تسهيل ولوج المواطنين إلى الدواء نظرا لانخفاض تكلفتها، وتساهم أيضا في ضبط نفقات الصناديق المدبرة لمنظومة التغطية الصحية، وتقليص الحصة المتبقية على عاتق المؤمن له أثناء شراء الأدوية، وقد تطور معدل استهلك الدواء الجنيس بالمغرب خلال العقود الأخيرة، كما يوضح ذلك الجداول أدناه، حيث انتقل من 2.2 إلى 4 مليار درهم، مسجلا زيادة ناهزت 82%.

[42] Comptes Nationaux de la santé, Rapport 2018.

الجدول رقم 6: تطور معدل استهلاك الأدوية الجنيسة

السنوات	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
معدل الاستهلاك حسب الحجم (ملايين الوحدات)	79,2	83,1	88,8	95,6	101,6	108,6	112,6	116,2	121,3	129,8
معدل الاستهلاك حسب القيمة (مليار الدرهم)	2,2	2,4	2,5	2,8	3	3,1	3,3	3,4	3,7	4

ويرجع سبب تحسن معدل استهلاك الأدوية الجنيسة إلى الزيادة في عددها المقبول إرجاع مصاريفها، إذ انتقلت من 815 إلى 2775 دواء، أي بنسبة تناهز 240%.

وقد خلص تقرير مجلس المنافسة إلى غياب سياسة عمومية حقيقية لتدبير الدواء الجنيس، إذ يظل معدل استهلاك الأدوية الجنيسة ضعيفا، في بلد مثل المغرب، في ظل هيمنة الأدوية الأصلية، بسبب طبيعة سوق الأدوية، التي تتسم بضعف استهلاك الدواء، وتدني مستوى التغطية الصحية، وتحمل المريض لجزء كبير من المصاريف ذات الصلة بالأدوية[43].

إلى جانب الأدوية، تعرف المستلزمات الطبية هي الأخرى ارتفاعا في أثمنتها مقارنة مع فرنسا، وعلى سبل الذكر لا الحصر، فإن ثمن التحاليل البيولوجية يبقى مرتفعا، كما يوضح ذلك الرسم أدناه، حيث يتمثل الفارق في عدد من المرات، إذ يصل أحيانا إلى 4.9 مرات مقارنة مع فرنسا.

[43] رأي مجلس المنافسة حول وضعية المنافسة في سوق الأدوية بالمغرب رقم 20/4/ الصفحة 90.

الجدول رقم 7: اختلاف في ثمن التحاليل البيولوجية بين المغرب وفرنسا

اسم التحليل البيولوجي	الثمن بالمغرب		الثمن بفرنسا			الفارق بعدد المرات
	المعامل	الثمن بالدرهم	المعامل	الثمن بالأورو	الثمن بعد التحويل للدرهم	
Numération Formule Sanguine	80	88	25	6,75	73	1,2
Urée	30	33	6	1,62	17	1,9
Créatinine	30	33	6	1,62	17	1,9
TSH	250	275	24	6,48	70	3,9
Ionogramme Complet (Na. K. Ci. Prot. Ra. Ca)	160	176	22	5,94	64	2,8
Triglycérides	60	66	6	1,62	17	3,9
Vitamine D	450	495	35	9,45	102	4,9
FSH	250	275	47	12,69	137	2,01
Hépatite V Dépistage	300	330	48	12,96	140	2,4

المصدر: تقرير نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2020.

في هذا الصدد، اقترح الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وضع إطار قانوني يهم المعطيات المتعلقة بتصنيع وتصنيف المستلزمات الطبية، وتحديد مسالكها وتعريفتها، للقضاء على الغموض الذي يعرفه القطاع، ويبين الجدول التالي التفاوت بين التعريفة الوطنية المرجعية للمستلزمات الطبية، والتعريفة المصرح بها لدى الجمارك.

جدول رقم 8: التفاوت بين التعريفة الوطنية المرجعية والمصرح بها لدى الجمارك بخصوص المستلزمات الطبية

المستلزم الطبي	التخصص	التعريفة الوطنية المرجعية بالدرهم	الثمن المفوتر بالدرهم	القيمة المصرح بها لدى الجمارك بما فيها الرسوم بالدرهم
Valve Aortique Biologique	طب القلب	360000 العمل الطبي والمستلزم الطبي	ما بين 290000 و 300000	ما بين 221940 و 2207000
NEURO STIMULATEUR RECHARGEABLE DE NOUVELLE GENERATION	طب الأعصاب	351000	356000	56225/98390/105915-109360
Implants Cochléaires	السمع	144000	160000/164000	31560/87420
BOITIER Stimulation Cérébrale	طب الأعصاب	150000	182000	16200/18000/28200/31560/58080
Prothèse Du Genou A Charnière	طب العظام	50000	50000	16120/32060/46850

المصدر: تقرير نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2020

والجدير بالذكر أن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي خسر 90 مليون درهم ما بين سنة 2016 و2020 جراء عدم أجرأة قرار وزير الصحة رقم 15-3207 الصادر في 17 دجنبر 2015، والذي يقضي بتخفيض ثمن عدد من

المستلزمات الطبية المتعلقة بطب القلب، إذ ظلت تعريفة التدخلات الاستشفائية المستعمِلة لهذه المستلزمات الطبية دون تغيير[44].

4 – ضعف مساهمة التغطية الصحية في تمويل العرض العلاجي

تتنوع مصادر تمويل النفقات الإجمالية للصحة بين الأداءات المباشرة للأسر، والتي كانت تقدر بنسبة 50.7% سنة 2013، وتقدر بنسبة 45.6 % سنة 2018، والموارد الضريبية التي كانت تقدر بنسبة 24.4% سنة ،2013 ونسبة % 24 سنة 2018، بالإضافة إلى النسبة التي يتحملها نظام التغطية الصحية، والتي كانت تصل إلى 22.4% سنة 2013، ونسبة 29.3 % سنة 2018، بينما كانت تسجل نسبة المشغلين وباقي أرباب العمل 1.2% سنة 2013 ونسبة 0.4% سنة 2018، إلى جانب التدخل في إطار التعاون الدولي بنسبة 0.6% برسم سنة 2013 ونسبة 0.2 % سنة 2018، وكذا مصادر أخرى وصلت نسبة 0.7% سنة 2013 ونسبة 0.5 % سنة 2018[45].

من جانب آخر، يتبين أن مؤشر الأداءات المباشرة للأسر عرف تراجعا طفيفاً بين سنتي 2013 و2018، ويُعزى ذلك إلى التأخر في تعميم نظام التغطية الصحية الإجبارية على جميع فئات المجتمع، وبغية تجاوز هذه الإكراهات أعطى صاحب

44 تقرير حول نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي لسنة 2020 ص 14.

45 – Comptes Nationaux de la santé, Rapport 2015, P13.

– Comptes Nationaux de la santé, Rapport 2018, P45.

الجلالة الملك محمد السادس نصره الله تعليماته السامية قصد تعميم التغطية الصحية الإجبارية.

ومن المفيد، أن التغطية الصحية الشاملة تظل الركيزة الأساسية لتعزيز القدرة المالية للمواطنين، ومدخل أساسي للتخفيض من نسبة الأداء المباشر للأسر وحمايتها من المخاطر المالية عن طريق التقليص من مؤشر الإنفاق الكارثي.

على هذا الأساس، أطلق صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله في 14 أبريل 2021 ورش تعميم الحماية الاجتماعية، ليتم بهذا الصدد المصادقة على قانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية، حيث نص على تعميم التأمين الصحي الإجباري خلال فترة 2022-2021 لصالح 22 مليون مستفيد إضافي من التأمن الأساسي على المرض، الذي يغطي تكاليف العلاج، والأدوية والاستشفاء، تبلغ التكلفة الإجمالية السنوية لتعميم الحماية الاجتماعية حوالي51 مليار درهم، منها 14 مليار درهم لتعميم التأمين الصحي الإجباري.

وتفعيلا لذلك، عملت الحكومة على إخراج 22 مرسوما تطبيقيا، من أجل توفير التأمين الصحي ل11 مليون مواطن ومواطنة، من العمال غير الأجراء وذوي حقوقهم المرتبطين بهم:

- مليون و600 ألف فلاح؛
- نصف مليون حرفي؛

- 800 مليون ألف من التجار والصناع التقليدين الخاضعين لنظام المساهمة المهنية الموحد، أو الذين يمسكون محاسبة وكذا المقاولين الذاتيين؛
- 140 ألف من سائقي سيارات الأجرة؛
- 230 ألف من السائقين المهنيين؛
- إضافة إلى الأطباء والصيادلة والمهندسين والبياطرة والطبوغرافيين والقابلات ومهن الترويض وصناع الأسنان والمتخصصين في التغذية والموثقين والمرشدين السياحيين و العدول و الفنانين، وغيرهم من الفئات[46].

وللتذكير فإن بلادنا مجموعة من التدابير ذات الطابع الإصلاحي، انطلقت مع المناظرة الوطنية الأولى حول الصحة سنة 1959، والإجراءات المتخذة لتطوير قطاع الصحة سنة 1994، وإصدار نصوص تشريعية وتنظيمية من قبيل قانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية سنة 2002[47]. مرورا من تأكيد الوثيقة الدستورية لسنة 2011 على الحق في الولوج للخدمات الصحية، وصولا إلى تنظيم المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة سنة 2013، التي أشارت إلى ضرورة الالتزام

[46] كلمة السيد رئيس الحكومة في جلسة المسائلة الشهرية حول موضوع "ورش الارتقاء بالمنظومة الصحية الوطنية "، البرلمان، مجلس النواب، الاثنين 13 يونيو 2022.

[47] الكتاب الأبيض، من أجل حكامة جديدة لقطاع الصحة، المناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش، يومي 1 و2 و3 يوليوز 2013، ص5 وما بعدها.

بتحقيق تغطية صحية شاملة، ورفع كل الاكراهات والتحديات التي تحول دون الوصول الى تحقيق هذا الهدف[48].

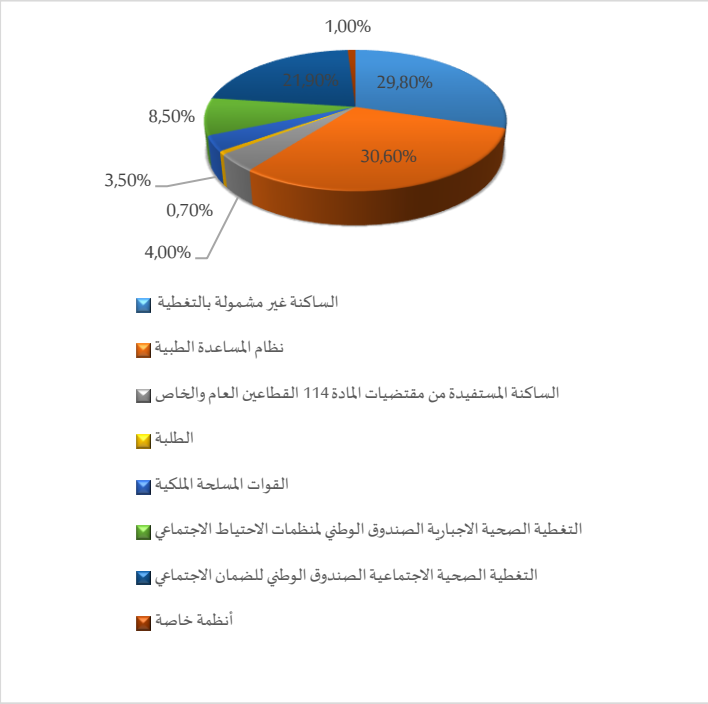
وبعد الاطلاع على القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، نجد المادة 2 منه تنص على أن التأمين الاجباري الأساسي عن المرض يسري على موظفي وأعوان الدولة والجماعات الترابية والمؤسسات العمومية، والأشخاص الخاضعين لنظام الضمان الاجتماعي الجاري به العمل في القطاع الخاص، وأصحاب المعاشات بالقطاعين العام والخاص، وكذا العمال المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنة حرة، وجميع الأشخاص الآخرين الذين يزاولون نشاطا غير مأجور، قدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير وطلبة التعليم العالي العام والخاص في حالة عدم استفادتهم منه طبقا لأحكام المادة 5 من ذات القانون، كما يؤهل الأشخاص ذوو الدخل المحدود غير الخاضعين لأي نظام من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض المحدثة بموجب هذا القانون، للاستفادة من نظام المساعدة الطبية.

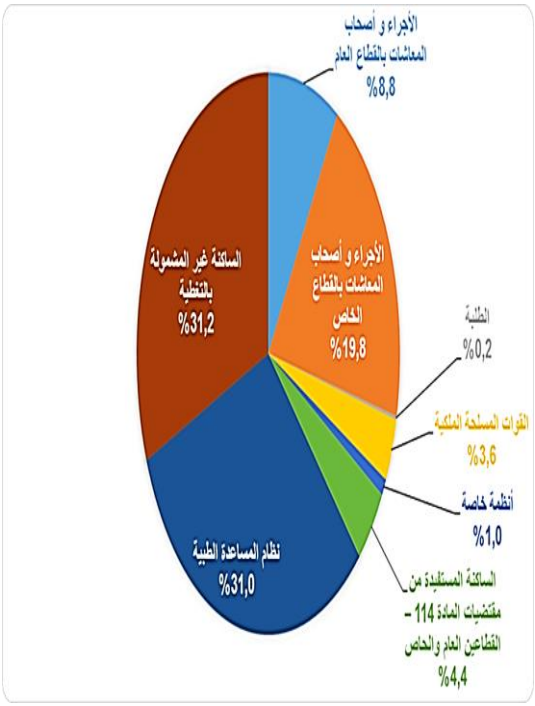
ولتعزيز مجال تدبير التغطية الصحية، نص القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، وخاصة المادة 57 و59 منه على إحداث الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، باعتبارها مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتتكلف بمهمة التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته، في إطار التقييد بالأحكام التشريعية

[48] مقتطف من نص الرسالة الملكية الموجهة الى المشاركين في المناظرة الوطنية الثانية للصحة، التي انطلقت أشغالها يوم الاثنين 01 يوليوز 2013، مراكش، 2013.

والتنظيمية المتعلقة به، كما تتكلف الوكالة وفقا للمادة 60 من القانون ذاته، بمهمة تدبير الموارد المرصدة لنظام المساعدة الطبية.

رسم بياني رقم (4): تطور نسبة تغطية الساكنة من قبل مختلف أنظمة التدبير بين 2018-2020





Source: Rapport Annual Global De L'AMO 2018

المصدر: عرض الوكالة الوطنية للتأمين الصحي 2020

أما عن تطور نسبة الساكنة المستفيدة من التغطية الصحية، والمسجلة في مختلف أنظمة التدبير، فقد بلغت سنة 2020 حوالي 70 % من السكان[49]، وذلك مع مراعاة

[49] التقرير الوطني للمندوبية السامية للتخطيط برسم سنة 2021 لأهداف التنمية المستدامة بالمغرب في سياق جائحة كوفيد-19 صفحة 45.

إدماج فئات جديدة من المهن الحرة والعمال غير المستأجرين، من أجل تعزيز مبدأ المساواة في الحصول على الرعاية الصحية الأولية لجميع المواطنين.

وبمقتضى القانون رقم 65.00 يتولى كل من صندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تدبير التغطية الصحية الإجبارية عن المرض، غير أنه من خلال تحليل بعض المؤشرات يتضح أن هناك تباين بين عدة مقاييس بين الصناديق المتدخلة.

جدول رقم 9: التأمين الاجباري عن المرض بالقطاعين العام والخاص[50]

	التأمين الاجباري الأساسي عن المرض	
	القطاع العام	**القطاع الخاص**
	الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي	**الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي**
	مقاييس التمويل	
نسبة الاشتراك	• 5% بالنسبة للأجير • 2.5% بالنسبة لذوي المعاشات	• 6.37% بالنسبة للأجير والمشغل • 4.52% بالنسبة للتقاعد
سقف الاشتراك	400 درهم	ليس هناك أي سقف
أدنى مبلغ للاشتراك	70 درهم	ليس هناك أي حد أدنى

[50] تركيب بالاعتماد على:

- معطيات تقرير حول نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2019؛
- معطيات تقرير الوكالة الوطنية للتأمين الصحي برسم سنة 2017؛
- عرض هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي حول التغطية الاجتماعية أمام أعضاء المجموعة الموضوعاتية المؤقتة المكلفة بإصلاح التغطية الاجتماعية بمجلس المستشارين، يوم الخميس 17 يونيو 2021.

معدل الاشتراكات لكل مؤمن	3980 درهم	2235 درهم
سلة الخدمات		
الأدوية	70% من الثمن العمومي للبيع	70% من الثمن العمومي للبيع
العلاجات العادية	80% من التعريفة الوطنية المرجعية	70% من التعريفة الوطنية المرجعية
الاستشفاء بالقطاع الخاص	90% من التعريفة الوطنية المرجعية	70% من التعريفة الوطنية المرجعية
الاستشفاء بالقطاع العام	100% من التعريفة الوطنية المرجعية	90% من التعريفة المرجعية الوطنية
الأمراض المزمنة والمكلفة	100% من ثمن الأدوية	ما بين 90% و 98% من ثمن الأدوية
المستلزمات الطبية	100% من المبلغ الجزافي (Forfait)	70% من المبلغ الجزافي (Forfait)
مؤشرات الخدمات		
نسبة المتبقي أداؤه	32.1%	38.0%
نسبة sinistralité	47%	24.6%
نفقات العلاج	4980183	3510431
متوسط استهلاك شخص مشمول بالتغطية	1643 درهم	538 درهم
مقاييس توازن النظام		
المساهمات	5.2 (مليار درهم)	7.6 (مليار درهم)
التعويضات	5.2(مليار درهم)	4.6 (مليار درهم)
الاحتياطات والفوائض	10.9 (مليار درهم)	35.0(مليار درهم)

ويستخلص من الجدول أعلاه، ضرورة العمل على توحيد مقاييس تمويل أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وفقا لفلسفة التضامن والتعاضد المنصوص

عليها في ديباجة القانون 65.00، وبغية ضمان ديمومة الأنظمة التدبيرية، من الواجب الحفاظ على التوازن المالي للصناديق، انطلاقا من الرسم البياني رقم (7) الذي يوضح تطور الاشتراكات والنفقات لأنظمة التغطية الصحية الأساسية[51].

رسم مبياني رقم (5) : تطور الاشتراكات والنفقات لنظام التغطية الصحية الأساسية

المصدر: عرض السيد مدير الوكالة الوطنية للتأمين الصحي 2022.

من خلال استقراء معطيات الرسم البياني أعلاه، يتبين أن الاشتراكات والمساهمات عرفت تطوراً متوسطاً وصل نسبة 7% سنوياً، بين سنتي 2005 – 2020، بينما عرفت نسبة النفقات تطوراً متوسطا بلغ نسبة 7.1%.

[51] عرض الوكالة الوطنية للتأمين الصحي أمام المجموعة الموضوعاتية المؤقتة المكلفة بالأمن الصحي، مجلس المستشارين، يوم 2022/06/22.

رابعا – الصحة النفسية والعقلية مكون أساسي ضمن مكونات المنظومة الصحية

تُعد الصحة النفسية والعقلية جزاء لا يتجزأ من المنظومة الصيحة، كونها ليست مجرد انعدام الاضطرابات النفسية، بل تتمثل في مجموعة من الاضطرابات التي تتأثر بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيولوجية والبيئية، ونظرا لأهميتها عملت منظمة الصحة العالمية سنة 2013، بعقد جمعية الصحة العالمية للموافقة على خطة عمل شاملة للصحة النفسية، يمتد العمل بها خلال سنوات 2013 – 2020، حيث تتمحور حول هدف أساسي يتمثل في تعزيز المعافاة النفسية، الوقاية من الاضطرابات النفسية، وتوفير الرعاية ودعم التعافي، وتعزيز حقوق الإنسان، والحد من وفيات ومرض وعجز الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية.

أفادت منظمة الصحة العالمية سنة 2020، أن " 51% من الدول الأعضاء في المنظمة تدمج ضمن سياساتها الصحية مقتضيات تتعلق بإدماج خطتها في مجال الصحة النفسية، بشكل يتماشى مع الصكوك الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان، مما يجعلها تقر بعدم تحقيق هدفها المتمثل في بلوغ 80%.

فيما عملت 52% من البلدان على تفعيل الهدف المتعلق بوضع برامج تعزيز الوقاية في مجال الصحة النفسية، وهي نسبة تقل بكثير عن الهدف الذي كان محدد في 80%، في حين أن الهدف الوحيد الذي تم بلوغه سنة 2020 يتمثل في الحد من

معدل الانتحار بنسبة 10%، رغم أن 35 من الدول فقط أفادت أنها تتوفر على استراتيجية أو خطة للوقاية قائمة بذاتها "[52].

وبخصوص الصحة العقلية ببلادنا، فقد أشار تقرير مجلس المنافسة إلى تقادم الترسانة القانونية المنظم لها والمراسيم التنظيمية المرتبطة بها، إلى جانب تسجيله ضعف وعدم ملائمة البنيات الاستشفائية سواء من حيث هندستها المعمارية وتجهيزاتها، أو من حيث توزيعها الجغرافي غير المتكافئ، الأمر الذي يجعل أغلب أقاليم المملكة تعاني من غياب بنيات استشفائية خاصة بالصحة العقلية والنفسية، وتمركزها في محور الرباط _ الدار البيضاء _ مراكش.

من جانب أخر، إن التجهيزات الموجودة بالمراكز الاستشفائية المخصصة للصحة العقلية والنفسية متقادمة أو معطلة أو غير ملائمة لطبيعة المرضى، فضلا عن كون عدد الأسرة بهذه المراكز لا يتجاوز 2356 سريرا، أي بمعامل يقدر ب 6.2 سرير لكل 100000 نسمة، موزعة على الشكل التالي: 25 مصلحة للطب العقلي مدمجة في المستشفيات العامة، تضم 825 سرير، و11 مستشفى للأمراض النفسية (الجامعية والعمومية) تضم 1341 سرير، و3 مصالح استشفائية جامعية لطب الإدمان تضم 48 سرير، بالإضافة إلى تواجد عدد من نقاط الاستشارات الطبية المتخصصة للطب النفسي بالمراكز الصحية الأولية، يصل عددها إلى 85 نقطة.

[52] تقرير حول "أطلس للصحة النفسية "الصادر عن منظمة الصحة العالمية 2020. الرابط الالكتروني: تقرير من المنظمة يسلّط الضوء على نقص الاستثمارات في الصحة النفسية على الصعيد العالمي(who.int) .

وفيما يرتبط بطب الإدمان، فإن عدد المراكز التي تنشط في هذا المجال، تقدر حاليا ب 18 مركزا، من بينها 03 مراكز استشفائية جامعية، و15 مراكز إقليمية، والتي تسهر على تقديم خدمات طبية غير استشفائية، وخدمات نفسية اجتماعية، كما تجدر الإشارة إلى أن 7 مراكز من بين 18 مركزا لطب الإدمان، توفر العلاج البديل للمواد الافيونية (الميثادون)، ويتعلق الأمر بمراكز الإدمان بكل من طنجة، تطوان، الناظور، ومصالح طب الإدمان الجامعية بسلا والدار البيضاء.

جدول رقم 10: توزيع المستشفيات المتعلقة بالأمراض النفسية

البنية	العدد	القدرة السريرية
مستشفيات الأمراض النفسية (الجامعية والعمومية)	11	1341
مصالح الطب النفسي مدمجة بالمستشفيات العامة	25	825
مصالح استشفائية جامعية للطب النفسي للأطفال	2	16
مصالح استشفائية جامعية لطب الإدمان	3	48
المصحات الخاصة بالأمراض النفسية	3	130
المركز النهارية للتكفل بالخرف ومرض الزهايمر	1	0
مراكز طب الإدمان	15	0

المصدر: معطيات وزارة الصحة والحماية الاجتماعية برسم سنة 2022

من جانب آخر، إذا كان المغرب يعرف خصاصا كبيرا على مستوى الموارد البشرية الطبية، فإن هذا الخصاص يتعمق أكثر عند الحديث عن الموارد البشرية

المتخصصة في الصحة النفسية والعقلية، حيث لا تتجاوز حاليا 120 طبيبا نفسيا مختصا، ينتمي إلى أسلاك الوظيفة العمومية، و198 طبيب تابع للقطاع الخاص، إلى جانب وجود 1314 ممرض مختص في الصحة النفسية بالقطاع العمومي.

جدول رقم 11: توزيع الأطر الطبية المتخصصة في الصحة النفسية

البنية	العدد	القطاع
أطباء نفسانيون	343	(138 في القطاع العام والعسكري
علماء النفس	214	(200 في القطاع الخاص)
أطباء نفسانيون للأطفال	16	القطاع العام
ممرضون في الطب النفسي	1335	القطاع العام
مساعدون اجتماعيون	14	القطاع العام
أطباء مدربون في علاج الإدمان	64	القطاع العام
معالجون بالنطق	197	القطاع العام والخاص
أخصائي حركي – نفساني	36	القطاع العام

المصدر: معطيات وزارة الصحة والحماية الاجتماعية برسم سنة 2022

وتجدر الإشارة إلى "أن الغالبية العظمى من أطباء وممرضي الطب النفسي سواء بالقطاعين العام أو الخاص يتمركزون في محور الدار البيضاء، الرباط، وطنجة، بنسبة

تقدر ب 52 في المائة، مع العلم أن هذا العدد يظل بعيد عن بلوغ المعايير العالمية المحددة في المجال. "[53].

سادساً: حكامة القطاع الصحي

إن إصلاح منظومة الصحة يتطلب بالأساس التوفر على ترسانة تشريعية وتنظيمية، قادرة على تقنين كل الإجراءات والتدخلات في مجال الصحة، ورغم أن هذه المنظومة القانونية قد عرفت تراكما من حيث القوانين والمراسيم والقرارات والدوريات الإدارية، التي تسعى إلى تطوير نجاعة وفعالية الخدمات الصحية، وتحديث الهيكلة التنظيمية للقطاع ككل، فإن هذه الترسانة تظل عاجزة عن مواكبة التطورات والمستجدات الجديدة، الأمر الذي يتطلب التدخل لتحيينها وفق دراسات تتعلق بتقييم الجدوة منها.

في هذا الإطار، نجد مقتضيات المرسوم رقم 2.94.285 في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة ، يتولى تحديد مهام الوزارة في تنزيل السياسة الحكومية في مجال الصحة، كما تعمل الوزارة على رفع المستوى الصحي بالبلاد، والحرص على توزيع أفضل للموارد في مجال الوقاية والمساعدة على المستوى الوطني[54].

[53] تقرير موضوعاتي حول فعلية الحق في الصحة تحديات، رهانات ومداخل التعزيز، المجلس الوطني للحقوق الإنسان، سنة 2022. ص57 – 58.

[54] الباب الأول، المادة الأولى، من المرسوم رقم 2.94.285 صادر في 17 من جمادى الأخرة 1415 (21 نوفمبر 1994) في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية، الجريدة الرسمية، عدد 4286، 18 رجب 1415 (21 ديسمبر 1994). ص2110.

وتكريساً لمبدأ الحق في الصحة الذي تنص عليه المواثيق الدولية، عملت المملكة المغربية على اتخاذ التدابير اللازمة، لتمكين المواطنين من التغطية الصحية، وتمتيعهم بالتأمين الصحي، من خلال إحداث منظومة التغطية الصحية الإجبارية، تفعيلا لمقتضيات القانون رقم 65.00 بما تشمله من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ونظام المساعدة الطبية[55].

في هذا السياق، يمكن التأكيد على أن ورش إصلاح المنظومة الصيحة، ورش أفقي، يتدخل فيه مجموعة من الفاعلين، كل حسب مجال اختصاصه، ويختلف ذلك من دولة إلى أخرى، ومدى سعيها إلى تمكين المواطنين من الولوج إلى الحق في الصحة.

ولترتيب مسؤولية الدولة المغربية في ضمان الحق في الصحة لكافة المواطنين، يأت القانون الإطار رقم 34.09 حول المنظومة الصحية وعرض العلاجات، لتنظيم وتحديد الأهداف الأساسية لتدخل الدولة في مجال الصحة العمومية، حيث يتعلق الأمر بمسؤولية الدولة في تحقيق أهداف المنظومة الصحية، منها الوقاية من الأخطار المهددة للصحة، والتربية الصحية، وتقديم خدمات وقائية وعلاجية[56]، كما يعمل على تنظيم

[55] الكتاب الأول، المادة الأولى، ظهير شريف رقم 1.02.296 صادر في 25 من رجب 1423 (3 أكتوبر 2002)، بتنفيذ القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية. الجريدة الرسمية، عدد 5058، 16 رمضان 1423 (21 نوفمبر 2002). ص3449.

[56] القسم الأول من قانون الإطار رقم 34.09 يتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات؛ الصادر في تنفيذه ظهير شريف رقم 1.11.83 في 29 رجب 1432 (2 يوليو 2011)، الجريدة الرسمية، عدد 5962، 19 شعبان 1432 (2 يوليو 2011)؛ ص 3469.

الخريطة الصحية على المستوى الوطني والجهوي، وإحداث مخططات جهوية لعرض العلاجات[57].

وتنزيلا لمقتضيات مدونة التغطية الصحية الأساسية، صدر مرسوم رقم 2.14.562 المتعلق بتنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، الذي يتطرق في بعض مواده المتعلقة بعرض العلاجات، إلى توزيع الشبكات الاستشفائية، ووضع المخططات الجهوية لعرض العلاجات، التي تعطي الأولوية للتقطيع الترابي، وتغطية الحاجيات بالموارد والإمكانات المتاحة، في أفق تحقيق نجاعة وحكامة المنظومة الصحية.

ووعياً بأهمية الوقاية الوبائية والحماية من المخاطر الصحية المهددة للصحة العامة على المستوى الجهوي، فالأمر يتطلب دعم بعض مؤسسات الرعاية الصحية الأولية الحضرية والقروية، بمختبرات التشخيص الوبائي، أو ما يعرف بمختبرات الصحة العمومية[58]، وكذا السعي إلى الرفع من مستوى التنسيق بين الفاعلين في مجال الصحة العمومية على المستوى الترابي، تم إسناد المديريات الجهوية للصحة هذه المهمة، التي تمارسها بشكل تشاركي مع باقي المتدخلين الجهويين، وتحقيقا لهذه الغاية، تم تنظم اختصاصات المديريات الجهوية للصحة، وتحديد مستوى تدخلها، ووضع مساطر واضحة للسهر على تسيير شؤونها الإدارية والمالية على مستوى الجهات، رغم تبيان

---

[57] مرجع سابق، ص3472.

[58] المادة 26 من مرسوم رقم 2.14.562، صادر في 7 شوال 1436 (24 يوليو 2015)، بتطبيق قانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، الجريدة الرسمية، عدد 6388، 4 ذو القعدة 1436 (20 أغسطس 2015). ص7160.

تركيبة هذه المديريات، التي تتألف من ست مصالح أساسية، نذكر منها مصلحة الصحة العمومية، التي تتولى مهام تنظيم وضمان المراقبة الوبائية، واليقظة والسلامة الصحية، إلى جانب تنفيذ وتطوير برامج الوقاية ومحاربة الأمراض السارية وغير السارية[59].

كما يشكل الرصد والوقاية من الأوبئة والأمراض السارية وغير السارية نقطة جوهرية، تقوم عليها منظومة الصحة العمومية، ونجد من أهم البنيات الأساسية للرصد والتشخيص الوبائية، المختبرات الوطنية المعنية بالتشخيص المخبري للوباء أو الفيروس.

وقد شمل هذه المختبرات التأطير القانوني الذي ينظم مهام واختصاصات كل معهد ومختبر على حدة، في هذا الصدد، نجد معهد باستور المغرب[60]، الذي أحدث

[59] المادتين 3 و4 من قرار وزير الصحة رقم 003.16 الصادر في 23 من ربيع الأول 1437 (4 يناير 2016)، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللاممركزة لوزارة الصحة، الجريدة الرسمية، عدد 6452، 21 جمادى الأخرة 1437 (31 مارس 2016)، ص2889.

[60] بناءً على مرسوم ملكي تم تحويل تسمية **معهد باستور المغرب** إلى **مركز الأمصال واللقاحات**، ويعهد إليه متابعة الأبحاث عن الأمراض المعدية وذات الطفيليات، المساهمة عند الاقتضاء في تلقين علم الجراثيم والطفيليات، تحضير او استيراد الأمصال واللقاحات والخمائر والمنتوجات البيولوجية الضرورية لحاجيات البلاد فيما يخص الطب البشري. يراجع في ذلك: مرسوم ملكي رقم 176.66 بتاريخ 14 ربيع الاول 1387 (23 يونيو 1967) بشأن مركز الأمصال واللقاحات، الجريدة الرسمية، عدد 2852، 19 ربيع الأول 1387 (28 يونيو 1967). ص1420. ليتم فيما بعد وطبقا لمرسوم ملكي إطلاق اسم **معهد باستور المغرب** بشكل رسمي، لمزيد الاضطلاع، يراجع مرسوم ملكي رقم 687.67 بتاريخ 26 شعبان 1387 (29 نونبر 1967) بتتميم المرسوم الملكي رقم 176.66 بتاريخ 14 ربيع الاول 1387 (23 يونيو 1967)، الجريدة الرسمية، عدد 2875، 4 رمضان 1387 (1967). ص2711.

بناء على اتفاقية مبرمة بين الحكومة المغربية، ومعهد باستور بباريس[61]، وتعهد له مهام "تعزيز البحث العلمي، والمساهمة في الخبرة وفي التحاليل البيولوجية، وفي صنع واستيراد وتصدير جميع أنواع اللقاحات والأمصال والمواد البيولوجية، المستعملة لأغراض علاجية وتشخيصية، والإشراف على تدريس التخصصات البيولوجية في هذا المجال"[62].

في نفس السياق، يمثل المعهد الوطني للصحة مرجعا وطنيا في مجال علم البيولوجيا الطبية والبيئية، فبفضل استراتيجية المعهد "2013 – 2016"، تم تحديد ستة محاور أساسية لتنظم عمل واختصاصات المعهد، إلى جانب توفره على مختبرات للتحاليل المخبرية، المجهزة بأدوات وأساليب تقنية عالية الجودة، ومشهود لها بمطابقة معايير الجودة العالمية المتعارف عليه[63].

كما تم الوقوف عند القانون رقم 37.80 المتعلق بالمراكز الاستشفائية، الذي يحدد مهام وكيفية تدبير ميزانية المراكز الاستشفائية بالمغرب، ولتعزيز تنظيم هذه المراكز تم دعمها بترسانة قانونية، كالقانون رقم 82.00، والقانون رقم 83.12،

---

[61] المرسوم الملكي رقم 175.66 الصادر بتاريخ 14 ربيع الأول 1387 (23 يونيو 1967) يتعلق بالمصادقة على الاتفاقية المبرمة بين الحكومة المغربية ومعهد باستور بباريس يوم 15 نونبر 1929 بشأن معهد باستور بالمغرب، الجريدة الرسمية، عدد 2852، 19 ربيع الأول 1387 (28 يونيو 1967). ص1420.

[62]

[62] * Le Décret Royal N° 176-66 du 23 Juin 1967. Bulletins Officiels. P1420.

* Institut Pasteur du Maroc, Rapport Annuel 2015, Rapport d'activité année 2015, 2015. P5. http://www.pasteur.ma/uploads/rappAct2015.pdf

[63] للتوسع أكثر يرجى مراجعة بطاقة تعريفية حول المعهد الوطني للصحة، التابع لوزارة الصحة، التنظيم، 23 دجنبر 2015.

والمرسوم رقم 2.17.589 المتعلق بتنفيذ القانون رقم 13.70 المتعلق بالمراكز الاستشفائية[64].

وتنفيذا للتوجيهات الملكية السامية، وتنزيلا لأحكام الفصل 31 من الوثيقة الدستورية لـ 29 يوليوز 2011، بشكل يتماشى مع الالتزامات الدولية للمملكة المغربية في مجال الحماية الاجتماعية، عملت الحكومة المغربية، على تقديم مشروع قانون إطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية[65]، الذي يسعى إلى استكمال بناء هذه المنظومة، والتي حدد جلالته حفظه الله مرتكزاتها ومعالمها، في أربعة مكونات رئيسية، تتجلى فيما يلي:

[64] للتوسع أكثر يرجى مراجعة؛ المؤسسات العمومية تحت وصاية وزارة الصحة: القوانين والنصوص التنظيمية.

[65][65] من المفيد، الاشارة الى أن تعميم الحماية الاجتماعية يستند على المبادئ الأتية: أولا- مبدأ التضامن في ابعاده الاجتماعي والترابي وبين الاجيال والبين المهني، ثانيا- مبدأ عدم التمييز في الولوج الى خدمات الحماية الاجتماعية، ثالثا- مبدأ الاستباق الذي يقوم على تقييم دوري لآثار تدخلات الأطراف المعنية بالحماية الاجتماعية، بغية اعتماد أفضل السبل الكفيلة بتثمين النتائج المحققة، رابعا- مبدأ المشاركة من خلال انخراط كل المتدخلين في السياسات والبرامج المتعلقة بالحماية الاجتماعية.

- أولا: تعميم التغطية الصحية الإجبارية، في أجل أقصاه نهاية 2022، لصالح 22 مليون مستفيد إضافي، يجب أن يتمتع بالتأمين الأساسي عن المرض، سواء فيما يتعلق بمصاريف التطبيب والدواء، أو الاستشفاء والعلاج؛

- ثانيا: تعميم التعويضات العائلية، لتشمل ما يقارب سبعة ملايين طفل في سن الدراسة، تستفيد منها ثلاثة ملايين أسرة؛

- ثالثا: توسيع الانخراط في نظام التقاعد، لحوالي خمسة ملايين من المغاربة، الذين يمارسون عملا، ولا يستفيدون من معاش؛

- رابعا: تعميم الاستفادة من التأمين على التعويض على فقدان الشغل، بالنسبة للمغاربة الذين يتوفرون على عمل قار".

زمنيا، سيتم تنزيل هذا الورش الاستراتيجي داخل أجل خمس سنوات، وذلك، وفقا للجدولة الزمنية الأتية:

- تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض خلال سنتي 2021 و2022؛

- تعميم التعويضات العائلية من خلال تمكين الأسر التي لا تستفيد من هذه التعويضات وفق النصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، من الاستفادة، حسب الحالة، من تعويضات للحماية من المخاطر المرتبطة بالطفولة، أو من تعويضات جزافية، وذلك خلال سنتي 2023 و2024؛

- توسيع الانخراط في أنظمة التقاعد وتعميم الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل سنة 2025.

أما بخصوص الرفع من نجاعة وجودة الخدمات الصحية، التي ترتبط بشكل وثيق بنظام حكامة المنظومة الصحية ككل، حيث لا يمكن الحديث عن النجاعة والفعالية في تقديم الخدمات الصحية، دون الحديث عن الحكامة المنظومة الصحية، إذ يتعلق الأمر بحكامة التدبير والتسيير سواء للمستشفيات، أو الموارد البشرية، أو الأجهزة الطبية الأساسية.

في هذا الإطار، نجد القانون رقم 34.09 ينص في المادة 30 منه على إحداث هيئات التشاور في المجال الصحي، والتي تضم كل من:

- المجلس الوطني الاستشاري للصحة؛
- لجنة وطنية للأخلاقيات؛

- لجنة وطنية استشارية للتنسيق بين القطاعين العام والخاص؛
- لجنة وطنية ولجان جهوية لعرض العلاجات؛
- لجنة وطنية لليقظة والأمن الصحي؛
- لجنة وطنية للتقويم والاعتماد[66].

ويبقى السؤال المطروح حول مدى تفعيل عمل هذه الهيئات، لضمان حكامة المنظومة الصحية، على غرار تقديم مقترح قانون يهدف إلى إحداث المجلس الوطني الاستشاري للصحة بالمغرب، على غرار النموذج الفرنسي الذي يقدم تجربة مهمة تتعلق بتأسيس المجلس الأعلى للصحة العامة[67].

وعلاقة بذلك، فقد وفقت مجموعة من التقارير والدراسات الوطنية والدولية عند التفاوت الحاصل على مستوى الولوج إلى العلاجات الطبية، وعلى اختلالات توزيع الموارد البشرية على المستوى الترابي، بحيث أن القرى والمناطق الجبلية والنائية، والتي كانت موضوع اهتمام توصيات تقارير البنك الدولي، باعتبارها مشمولة بإصلاح

---

[66] المادة 30 من القسم الرابع، قانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، مرجع سابق، ص3473.

[67] أنشأ المجلس الأعلى للصحة العامة بموجب قانون 9 غشت 2004 في مجال الصحة العامة، وتم تفعيل هذا المجلس سنة 2007، ويضم أربعة لجان متخصصة، وثلاث مجموعات موضوعاتية دائمة، وتدخل ضمن اختصاصات ومهام هذا المجلس: المساهمة في اعداد الاستراتيجية الوطنية الصحية، ورصدها وتقييمها بشكل سنوي؛ تزويد السلطات العمومية بتعاون مع الوكالات الصحية بالخبرة اللازمة لإدارة المخاطر الصحية، وتقييم السياسات والاستراتيجيات الوقاية والسلامة الصحية؛ واعداد سياسة عامة وشاملة في مجال صحة الطفل؛ وتقديم الخبرة والاستشارة بشأن قضايا الصحة العامة؛ للتوسع أكثر يرجى مراجعة:
Haut conseil de la santé publique, Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Le site web https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/hcs

المنظومة الصحية بالمغرب، وفق معايير الاستدامة والفعالية والعدالة في الولوج إلى الحق في الصحة[68]، إضافة إلى أن ساكنة هذه المناطق تعاني صعفا من حيث الولوج إلى الخدمات الطبية، إذ تشير الأرقام إلى أن 20 في المائة من السكان يتواجدون على بعد أكثر من 10 كيلومترات للوصول إلى أقرب مراكز صحية [69]، نتيجة غياب حكامة في توزيع الأطر الصحية، وضعف في تدبيرية المرافق الصحية، ناهيك عن وجود نقص في المعدات والأجهزة الطبية والعلاجية[70].

يظل تحقيق هدف تحسين الولوج إلى الخدمات الصحية، رهين بمدى جاهزية المراكز الصحية، والمؤسسات الاستشفائية وتحسين آليات استقبال المرتفقين، وصيانة وتأهيل المراكز الصحية، وتزويدها بالأجهزة الطبية اللازمة، وبالأطر الصحية والتقنية المناسبة، والرفع من جاذبية المستشفيات العمومية، لجعلها قادرة على منافسة المراكز والمؤسسات الاستشفائية بالقطاع الخاص حتى لا تظل هذه الأخيرة البديل المفروض[71].

في هذا السياق، تعد رقمنة المنظومة الصحية ببلادنا مدخلاً رئيسياً للانتقال من منظومة صحية تقليدية إلى منظومة صحية رقمية، باعتماد آلية "الروبوتيك" "Robotiques " في تقديم بعض الخدمات الصحية، وإيجاد الحلول للمشاكل التنظيمية

---

[68] Banque Mondiale, Programme pour Résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales, 7 Avril 2015. p 5.

[69] Stratégie de coopération OMS- Maroc 2017-2021.

[70] Rapport annuel 2018, Conseil Economique Social et Environnemental, 2018. P80.

[71] Etude sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc, Etude de cas, synthèse, Observatoire National du Développement humain & Agence des Nations Unies au Maroc, 6 Avril 2012. P7.

والتدبيرية، التي تعاني منها المنظومة الصحية الحالية، واعتماد تقنية الطب عن بعد " Télémédecine" للتخفيف من الضغط على المراكز الاستشفائية، وجعل الخدمات الصحية في متناول الجميع، بشكل يتماشى مع تحقيق مبدأ المساواة في الولوج إلى الخدمات الصحية، وتحسين جودتها، وضمان رعاية صحية أمنة لكافة المواطنات والمواطنين[72].

على الرغم من المجهودات المبذولة في مجال الصحة، التي يجب الإشادة بها، وخصوصا على مستوى التدابير التي رافقة مختلف مراحل انتشار جائحة كوفيد-19، إلا أن منظومة الصحة بالمغرب لازالت لا تستجيب لحاجيات المواطنين، ولا لمتطلبات التقليص من المخاطر الصحية وإدارتها.

[72] Youssef el Fakir : Plaidoyer pour une réforme du système de santé au Maroc, Ordonnance pour une politique de santé 2.0, Première édition, 2020. P206.

المحور الثاني

دعم العرض الصحي لتلبية المتطلبات المتزايدة وضمان استدامته

المحور الثاني: دعم العرض الصحي لتلبية المتطلبات المتزايدة وضمان استدامته

استهلت المجموعة الموضوعاتية المؤقتة عملها بهذا القسم، من تحديد مجالات خصاص وعجز المنظومة الصحية، حيث وقفت على مجموعة من الإشكالات والمعيقات التي تحول دون النهوض بالمنظومة الصحية ببلادنا، ويتعلق الأمر بضعف البنية التحتية، ونقص في التجهيزات الطبية، ووجود خلل في آليات الاستقبال، وفي نجاعة تقديم الخدمات الصحية، وانعدام التوازن في توزيع العرض الصحي بين مختلف الجهات، تماشيا مع التنظيم الجهوي الجديد ومقارنة مع التطور الديمغرافي المتزايد.

بالإضافة إلى النقص الحاد في الموارد البشرية، وغياب رؤية واضحة واستشرافية للتغلب عليه، مما جعل المجموعة الموضوعاتية المؤقتة ترى أن معالجة هذه الإشكالية، يتطلب إعداد تصور ينطلق من عملية الإنصات لمختلف الأطراف المتدخلة في المجال، وبلورة تشخيص يقف عند الأسباب الرئيسية للمعضلة، وتقديم بدائل تدمج بين خيار تلبية مطالب الموارد البشرية المختلفة من جهة، ومن جهة أخرى تأطير تصور العمل المستقبلي وفق مداخل تضمن القضاء على الخصاص في علاقته بمعامل التطور الديمغرافي وعدالة التوزيع المجالي.

كما لاحظت المجموعة الموضوعاتية المؤقتة وجود بعض الاختلالات تتمثل في عدم وضوح حكامة مسار العلاجات، وفصل عملية تقديم العلاج عن عملية سلك الإجراءات الإدارية، وهشاشة بنيات وآليات الصحة الوقائية وضعف آليات المراقبة وضمان استقلاليتها، إذ اعتبرت أن التغلب على هذه الاختلالات ستشكل نقطة تحول أساسية في مسار تحسين جودة خدمات المنظومة الصحية العمومية، وتعزيز تنافسيتها.

وستظل مختلف مداخل إصلاح المنظومة الصحية عاجزة عن تحقيق مبتغاها دون بلورتها في سياسة عمومية مندمجة عابرة للزمن الحكومي، تنطلق من دراسات ميدانية دقيقة لتحديد الحاجيات حسب الجهات، وتقدم أجوبة جهوية ملاءمة لها، وتوفير موارد مالية كافية لتمويلها دون رهن مالية الصحة بمعادلة التوازنات المالية، بالإضافة إلى إشراك الجهات في بلورة الحلول المقدمة، والبحث عن التمويلات الضرورية بشكل يراعي مقاربة التوطين الجهوي للسياسة الصحية.

أمام كل هذه العوامل، وجدت المجموعة الموضوعاتية المؤقتة نفسها، تسعى طيلة مراحل عملها من أجل البحث عن المداخل الممكنة لتطوير العرض الصحي، وضمان استدامته، أكثر من تركيزها على تشخيص الواقع، الذي لا يختلف أحد عن أهميته، وهو متاح في مختلف التقارير والدراسات، ويحس بثقله مختلف المسؤولين عن تدبير القطاع، والعاملين به، قبل غيرهم من المرتفقين أو الباحثين في المجال، الأمر الذي دفع بهذه المجموعة أن تتقدم بحلول تعتقد أنها ناجعة لإصلاح المنظومة الصحية، والتي تقدمها على الشكل التالي:

أولا: وضع سياسة عمومية صحية مندمجة وواضحة

تعد المنظومة الصحية من بين مجالات التدبير العمومي الأفقي، التي تتطلب التدخل في تدبيرها عن طريق وضع سياسات عمومية واضحة، وجعل أهدافها متلائمة مع الحاجيات والمشاكل الموجودة، وصياغتها بشكل يضمن اتساقها على المستوى الداخلي بوضع أهداف منسجمة مع بعضها البعض، وعلى المستوى الخارجي من خلال جعل أهداف السياسات الأخرى غير متناقضة معها أهدافها.

فهناك تداخل على مستوى بعض القطاعات الحكومية (الصحة والحماية الاجتماعية، التعليم الأولي، التعليم العالي، الفلاحة، الصناعة، السكن، الشغل...)، كما للصحة ارتباط بنمط الاستهلاك والتغييرات المناخية، وفضاءات العيش المشتركة[73]، لذلك فالقرارات المتخذة من طرف القطاعات الحكومية الأخرى، يمكن أن يكون لها تأثير سلبي أو إيجابي على الصحة، الأمر الذي يتطلب وضع سياسات عمومية واضحة في مجال الصحة، حتى يتم مراعاة أهدافها عند اتخاذ القرارات من طرف مختلف القطاعات، وجعل القرارات المتخذة تهدف إلى تعزيز مكانة الصحة وحمايتها[74].

إضافة إلى وجود مجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والثقافية التي تؤثر على الولوج إلى الصحة، ناهيك عن وجود مجموعة من العوامل التي تحد من فعاليتها، منها ما هو مرتبط بأداء المنظومة الصحية نفسها، ومنها ما هو مرتبط بالمحددات الاجتماعية للولوج إليها، الأمر الذي يتطلب وضع سياسيات عمومية تراعي مختلف هذه العوامل والعوائق، وتقدم الأجوبة الضرورية عنها، في إطار رؤية سياسية حكومية، عوض الاكتفاء بوضع برامج قطاعية[75] يغيب بينها الالتقائية والانسجام، وتتدخل في تنفيذها آليات متعددة من الحكامة يغيب بينها التنسيق.

والأخذ بعين الاعتبار المعطيات الجغرافية والترابية والنمو الديمغرافي ودراسة هشاشة الفئات المستهدفة، وطبيعة الأمراض والأوبئة المنتشرة على المستوى الترابي في صياغة سياسة عمومية متلائمة مع الحاجيات والمشاكل المطروحة.

---

[73] منظمة الصحة العالمية، الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام 2030، تقرير الأمانة، 11 ديسمبر 2015، ص 6.

[74] نفس المرجع السابق.

[75] تقرير المجلس الوطني لحقوق الانسان، فعلية الحق في الصحة، تحديات، رهانات ومداخل التعزيز، فبراير 2022، ص 28.

ونظرا للدور الحيوي الذي تلعبه المحددات الاجتماعية في تيسير الولوج إلى الخدمات الصحية، جعل منظمة الصحة العالمية تقوم بإنشاء لجنة للمحددات الاجتماعية للصحة سنة 2005، والتي أوصت بمراعاة ثلاثة شروط ترى أنها أساسية لتحسين ولوج الناس للصحة وهي[76]:

1. الرفع من مستوى حياة الناس؛
2. تقليص الفوارق على مستوى توزيع المال والموارد والسلطة؛
3. تدقيق العلاقة بين المحددات الاجتماعية والولوج إلى الصحة وجعل الرأي العام واعي بها.

صحيح أن قطاع الصحة قد اشتغل على أهداف مهمة انطلاقا من وضع استراتيجية 2008-2012 ثم استراتيجية 2012-2016 ثم استراتيجية 2017-2019، ويشتغل اليوم على تهيئ خطة 2025، بكل تأكيد حقق تراكم على مستوى تحسين بعض المؤشرات، ونتائج مهمة في محاربة بعض الأمراض والأوبئة، من خلال التنسيق بين مختلف المتدخلين على مستوى اللامركزي، غير أن المتدخلين على المستوى المركزي ظل ينقصه التنسيق والالتقائية، مما انعكس على محدودية نتائجه، نظرا لكون التدبير القطاعي حتى وإن كان قادرا على تطوير مجالات تدخل القطاع والرفع من فعاليته، فإنه يظل محدودا على مستوى التدخل في بعض المجالات التي تتقاطع مع بعضها في النهوض بقطاعات متعددة، أو مجالات لها امتدادات ترابية ومؤسساتية تتمتع بنوع من الاستقلالية في التدبير، وأكد على ذلك السيد نائب مدير الميزانية بوزارة الاقتصاد

[76] Who commission on social determinants of Health Globalization, Global Governance and the social determinants of health; A review of the linkages and agenda for action p 11.

والمالية، حيث اعتبر أن ضعف حكامة المنظومة الصحية يعود إلى غياب التنسيق بين مكوناتها وضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص في ظل غياب مسار منسق للعلاجات[77].

في نفس السياق، اعتبر الكاتب العام لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية أن إنجاح مشاريع إصلاح المنظومة الصحية تتوقف على انخراط كافة القطاعات الحكومية، والجماعات الترابية والمجتمع المدني والقطاع الخاص[78].

وتسجل المجموعة الموضوعاتية أن الحكومة الحالية واعية بهذا المشكل، وتسعى إلى حله من خلال إحداث الهيئة العليا للصحة، وجعلها تسهر على ضمان استمرارية حقيقية للسياسات الصحية الوطنية، وتوفير الاستقرار المطلوب للمخططات والأوراش الكبرى، وملاءمة السياسة الصحية مع التوجهات العامة للتغطية الصحية الشاملة وضمان التنسيق والتكامل بين المنظومتين[79].

ولتعزيز هذا التوجه، تطالب المجموعة الموضوعاتية الحكومة الحالية بتجاوز عملية التخطيط الاستراتيجي المعتمدة من طرف الحكومات المتعاقبة على تدبير الشأن العام، والتي كانت غير مؤطرة برؤية حكومية أفقية، توضح بدقة الترابط بين الأهداف

---

[77] عرض ألقاه السيد نائب مدير الميزانية بالنيابة عن السيد الوزير المنتدب المكلف بالميزانية يتعلق باستراتيجية تمويل إصلاح المنظومة الصحية، خلال اللقاء الدراسي المنعقد بمجلس المستشارين حول موضوع "التمويل الصحي بالمغرب بين سلة العلاجات وميكانيومات الأداء، بتاريخ 22 يونيو 2022.

[78] عرض ألقاه السيد الكاتب العام لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية بالنيابة عن السيد وزير الصحة والحماية الاجتماعية يتعلق بمداخل إصلاح منظومة الصحة، خلال اللقاء الدراسي المنعقد بمجلس المستشارين حول موضوع "التمويل الصحي بالمغرب بين سلة العلاجات وميكانيومات الأداء، بتاريخ 22 يونيو 2022.

[79] كلمة السيد رئيس الحكومة في جلسة المسائلة الشهرية حول موضوع "ورش الارتقاء بالمنظومة الصحية الوطنية" الاثنين 13 يونيو 2022.

المراد تحقيقها، وتكلفة إنجازها، والمدة الزمنية المحددة لذلك، دون ربط الأهداف بمؤشرات للمتابعة والتقييم، التي يتم من خلالها قياس درجة تنفيذ الأهداف، لخلق تراكم على مستوى نجاعة الأداء العمومي.

تماشيا مع رؤية جلالة الملك نصره الله الذي مهد الطريق لتجاوز هذه الاختلالات في التدبير عند إعلانه عن تعميم ورش التغطية الاجتماعية الشاملة، وفق رؤية متكاملة وشاملة للأهداف والتكلفة والمدة الزمنية المحددة لذلك، فإن المجموعة الموضوعاتية تؤكد على ضرورة نهج نفس المنحى عند وضع تصور إصلاح المنظومة الصحية، بشكل يواكب تنزيل ورش الحماية الاجتماعية، من منطلق وعيها بأن عملية وضع أي سياسية عمومية، يتطلب مراعاة ثلاثة عناصر أساسية، تتمثل في دقة الأهداف واتساقها، وتقدير تكلفة مناسبة للتنفيذ، وبرنامج زمني ارتدادي، وعدم تقدير أي عنصر من هذه العناصر سيؤثر على باقي العناصر الأخرى، ومن ثم على فعالية ونجاعة السياسيات العمومية المعنية.

وللنهوض بالمنظومة الصحية، ترى المجموعة الموضوعاتية أن الأمر يتطلب ضرورة القطع مع الاعتقاد السائد باعتبار المنظومة الصحية قطاع غير منتج، وتطوير آليات التدخل في تدبيره، من خلال تحديد عناصر التأثير المتبادلة بين الإشكالات الصحية والمحددات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والدفع في اتجاه جعل كافة القطاعات الحكومية والمؤسسات العمومية تذهب في منحى تحسين محددات الولوج للصحة كقطاع أفقي، وتعزيز مكانته على مستوى القيادة والتنسيق، وجعل الجهوية المتقدمة مدخلا لتحقيق العدالة المجالية، من خلال تشخيص المشاكل جهويا وحلها

جهويا، وضمان الولوج إلى الصحة من خلال تقليص التفاوتات المجالية عن طرق الاستثمارات العمومية.

وتؤكد المجموعة الموضوعاتية على أن نجاح هذا الخيار لن يتحقق دون تحمل الحكومة مسؤوليتها في وضع سياسة عمومية مندمجة وواضحة، تضمن انسجام والتقائية الفعل الحكومي، وتوجيهه لخدمة أهداف مضبوطة، ومؤطرة وفق رؤية سياسية قادرة على التنسيق بين المهام والمسؤوليات على المستويين الاستراتيجي والتنفيذي، وتجاوز اختلالات التداخل في التدبير بين المستويين، التي عبر عنها تقرير النموذج التنموي الجديد بالمنطقة الرمادية[80].

ثانيا: تأهيل البنية التحتية الصحية وتنظيم مسار العلاجات وسد الخصاص على مستوى التجهيزات الطبية

بعد تشخيص دقيق للمعطيات المتوفرة حول البنيات التحتية الاستشفائية، سجلت المجموعة الموضوعاتية مجموعة من الملاحظات يمكن استخلاصها على الشكل التالي:

- هناك نقص حاد على مستوى البنيات التحتية الاستشفائية بمختلف مستوياتها، بالإضافة إلى سوء توزيعها على المستوى الترابي، خصوصا على مستوى عدم توفر بعض الجهات على مستشفى جامعي، الذي تراهن عليه الحكومة لقيادة حكامة المنظومة الصحية على مستوى الجهات، كما توجد جهات لا تتوفر حتى على مستشفى جهوي، يقدم الخدمات الصحية وفق التوصيف المحدد ضمن

[80] التقرير العام للنموذج التنموي الجديد، تحرير الطاقات واستعادة الثقة لتسريع وتيرة التقدم وتحقيق الرفاه للجميع، أبريل 2021، ص 30.

الخارطة الصحية، والذي يمكن له قيادة إصلاح المنظومة في أفق بناء مستشفى جامعي.

- ضعف البنيات الاستشفائية الإقليمية، ووجود بعض البنيات الاستشفائية الأولية في وضعية متهالكة، تتطلب التدخل لترميمها وتأهيلها حتى تستعد لاستقبال المرتفقين في أفضل الظروف.
- وجود خصاص على مستوى التجهيزات الطبية في العديد من المستشفيات، وخصوصا جهاز "الراديو" و"السكانير" ومختبرات التحاليل الطبية، في حين أن بعض المستشفيات تتوفر على هذه التجهيزات لكن لا تستعملها بشكل ناجع للتخفيف من إعطاء المواعيد لمدة طويلة تتجاوز في بعض الأحيان 60 يوما.
- وتشير المجموعة الموضوعاتية إلى عدم التقيد باحترام مسلك العلاجات، وهذا راجع إلى غياب إطار قانوني يلزم التقيد به، بالإضافة إلى عدم جاهزية المؤسسات الاستشفائية للقراب على القيام بالمهام المنوطة بها.

وتعتبر المجموعة الموضوعاتية أن محدودية العرض الصحي، يشكل قلق جماعي، خصوصا وبلادنا مقبلة على تعميم التغطية الصحية، لتدعيم ركائز الدولة الاجتماعية، وما سيؤدي من إقبال على العرض الصحي، الأمر الذي يتطلب خلق تحول ملموس على مستوى تأهيل المنظومة الصحية، وجعلها قادرة على استيعاب الطلب الذي سيزداد في السنوات المقبلة.

ولإيجاد الحلول لهذا الوضع المقلق، تعمل الحكومة الحالية على بلورة تصور للإصلاح، وتعتزم تنزيله بشكل يواكب عملية تعميم التأمين الصحي الإجباري عن المرض، وذلك من خلال تخصيص 6 ملايير درهم لتأهيل البنيات الاستشفائية وتعزيز

تجهيزاتها، ويتمحور هذا الإصلاح حول برنامج زمني لتمويل تأهيل العرض الصحي، حيث خصص قانون المالية لسنة 2022 مايلي[81]:

- 1,1 مليار درهم للوفاء بالتزامات الاستثمار لهذه السنة بخصوص بناء المركز الاستشفائي الجامعي الجديد ابن سينا، الذي خصص له مبلغ مالي إجمالي فاق 6 ملايير درهم؛
- 500 مليون درهم لتأهيل حوالي 1400 مؤسسة للرعاية الصحية الأولية؛
- 600 مليون درهم إضافية لمواصلة بناء وتأهيل حوالي 30 من المراكز الاستشفائية الجهوية والإقليمية، إلى جانب الاعتمادات المخصصة سنويا لهذا الإجراء والمقدرة بمليار درهم.

وتسعى الحكومة إلى تأهيل العرض الصحي وفق تصور جديد ومتكامل، ينبني على ثلاث مرتكزات أساسية، أولاها تأهيل البنيات التحتية عبر تدعيم البعد الجهوي بما يضمن جودة الخدمات الصحية، وثانيها تجويد الخدمات العلاجية المقدمة وثالثها ضمان العدالة المجالية[82].

ويتمحور هذا التصور حول مداخل أساسية تتمثل في[83]:

- خلق مجموعات صحية جهوية وبناء مستشفى جامعي بكل جهة ليكون قاطرة للمجموعة الصحية الجهوية، وتأهيل البنى التحتية الجهوية والإقليمية والمحلية في غضون 18 أشهر المقبلة؛

[81] عرض ألقاه نائب مدير الميزانية بالنيابة عن الوزير المنتدب لوزارة الاقتصاد والمالية، مرجع سابق.

[82] كلمة السيد رئيس الحكومة، مرجع سابق.

[83] نفس المرجع السابق.

- إحداث خارطة صحية جهوية تهدف إلى تحديد جميع مؤهلات الجهة من حيث البنيات التحتية في القطاع العام والخاص وكذا الموارد البشرية، وتشجع القطاع الخاص على احترام الخارطة الصحية، مما سيساعد المجموعة الصحية الجهوية في تحديد أولويات الاستثمار في مجال الصحة على مستوى كل جهة لتعزيز العرض الصحي الجهوي وتقليص الفوارق المجالية؛
- توضيح المسار الطبي العلاجي، وضمان سلاسة التدخلات العلاجية، بناء على تسلسل لتلقي العلاج يبدأ من المراكز الصحية الأولية، ويمر عبر مختلف المراكز الاستشفائية، وصولا إلى المركز الاستشفائي الجامعي على صعيد كل جهة؛
- العمل على وضع إطار نظامي وعلمي لاختصاص طب الأسرة، يقتضي تعيين طبيب مكلف بعدد من الأسر، توكل له مهمة تتبع وتوجيه المرضى، نحو البنيات القادرة على توفير العلاجات الضرورية حسب طبيعة تخصصاتها؛
- تطوير خدمة الطب عن بعد في المرافق الصحية بتراب المملكة، يستهدف الأقاليم التي تعيش في وضعية عزلة صحية، من أجل ضمان ولوج المرضى إلى خدامات التطبيب عن بعد، من خلال تدريب المهنيين التابعين للمستوصفات على استعمال معدات وممارسة التطبيب عن بعد؛
- إحداث وكالة للدم في أقرب الآجال لضمان تحقق الاكتفاء الذاتي من المشتقات الدموية الثابتة والمتحولة، والتي تتوفر فيها الشروط الضرورية لإسعاف المرضى؛

- رقمنة المنظومة الصحية، وربطها بالنظام المعلوماتي للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، قصد إحداث نظام البطاقة الصحية الرقمية، التي ستمكن من تتبع مسار علاج المريض على مستوى مختلف البنيات الاستشفائية.

وخلال أحد اللقاءات التواصلية للمجموعة الموضوعاتية سجل بعض المهنيين والخبراء تخوفهم من التزام الحكومة بتنزيل هذا الورش الإصلاحي الطموح، في الفترة الزمنة المحددة في دجنبر 2022، ويأتي تخوفهم من أن هذا الإصلاح يتطلب تهيئ مستشفى جامعي بكل جهة لقيادة المجموعة الصحية الجهوية، في نفس اللحظة التي تتوفر فيها بلادنا فقط على 5 مستشفيات جامعية، وثلاثة مستشفيات في طور الإنجاز بكل من طنجة وأكدير والعيون، ووجود أربعة جهات لا تتوفر على مستشفى جامعي.

وتؤكد بدورها المجموعة الموضوعاتية على أهمية هذا الإصلاح المهيكل للمنظومة الصحية، وتدعو كافة المعنيين بالتدخل للإسراع في تنزيله، من أجل توفير منظومة صحية ناجعة وفعالة، لتقديم خدمات متكاملة، تشمل الاستشارات الطبية، وتوفير الفحوصات بالأجهزة الطبية التكنولوجيا، وإجراء التحاليل المخبرية، وإجراء التدخلات العلاجية، والرفع من الطاقة السريرية للمستشفيات سواء العلاجية أو المخصصة للإنعاش، وذلك وفق مقاربة تسعى إلى تقريب هذه الخدمات من المواطنين، وتعزيز جاذبية المستشفيات العمومية، من أجل تقليص من تكلفة العلاج على الأسر وخصوصا إذا انضافت لها تكاليف السفر والإقامة، بالإضافة إلى التقليص من طول مدة المواعيد، من خلال مراقبة جاهزية التجهيزات الطبية، وضمان استخدامها بالشكل

المطلوب، وتشجيع الأطر الطبية على الوفاء بواجباتها، المتمثلة في تقديم الخدمات الطبية بشكل يضمن مساواة كافة المغاربة للولوج إلى العلاجات الضرورية.

وتدعو أيضا إلى تحديث نظم الرعاية الصحية الأولية من أجل تمكين العاملين في المجال الصحي من التعرف على الفئات الأكثر هشاشة، والأشد حاجة قصد التدخل لتقديم العلاج لهم، باعتبار أن السياسة الصحية الوقائية هي السبيل الأمثل للتقليص من الضغط على البنيات الاستشفائية، والتخفيف من تكلفة العلاج، الأمر الذي يتطلب إلتقائية كافة المتدخلين للتحسيس ببعض المخاطر الصحية، الناتجة عن تغيير في نمط الاستهلاك، وتناول بعض المواد المضرة، والتشجيع على التغذية الصحية وممارسة الرياضة، والولوج للمتابعة الطبية المستمرة التي سيقدمها طبيب الأسرة.

ثالثا: دعم القدرات البشرية

تتقاسم المجموعة الموضوعاتية مع مختلف الهيئات النقابية والمهنية والمجتمع المدني الذين تم الاستماع إليهم، ومع الفرق والمجموعات البرلمانية، التي تقدمت بمذكرات في الموضوع، بعض عناصر التشخيص، وبعض المداخل التي تعتبرها أساس إنجاح أي إصلاح مهما كان، في سياق يعرف بضعف الإقبال على انخراط الأطباء في صفوف الوظيفة العمومية، وتنامي طلبات الاستقالة منها، وهجرة الأطباء المغاربة نحو الخارج بنسب تفوق 30 في المائة من خريجي كليات الطب سنويا.

وقبل الشروع في تقديم الحلول لهذه المعضلة المركبة، تلخص المجموعة الموضوعاتية أزمة تدبير الموارد البشرية على الشكل الاتي:

- نقص حاد في الموارد البشرية وصل حسب وزير الصحة والحماية الاجتماعية خالد ايت الطالب ما مجموعه، 32 ألف طبيب و65 ألف من مهني الصحة، وأكد على أن الخصاص سيتفاقم في المستقبل؛
- اختلالات في توزيع الموارد البشرية على المستوى الوطني، الذي يفاقم من معضلة غياب العدالة المجالية بين الجهات، وبين الوسط الحضري والقروي؛
- وجود عدد الأطباء المتخصصين أكثر من عدد الأطباء العامون؛
- ضعف الطاقة الاستيعابية لكليات الطب والصيدلة،
- ما يقارب 40 في المائة من الأطباء المغاربة يمارسون خارج المغرب، بالإضافة إلى هجرة ما يقارب 600 طبيب سنويا بعد حصولهم على الشواهد من الجامعة المغربية؛
- عدم إقبال خرجي كليات الطب والصيدلة على مباراة التوظيف في القطاع العام، سواء المفتوحة من طرف الوزارة أو من طرف المستشفيات الجامعية أو من طرف بعض المؤسسات العمومية والجماعات الترابية، مقابل ارتفاع طلبات الاستقالة من الوظيفة العمومية.

وفي إطار مقاربة الإصلاح التي تقدمها الحكومة، تقترح التغلب على الخصاص الحاصل على مستوى الموارد البشرية بالرفع من الطاقة الاستيعابية لكليات الطب والصيدلة وكليات طب الأسنان بنسبة 20 في المائة، ابتداء من الموسم الدراسي 2022-2023، ومضاعفة هذه النسبة تدريجيا في آخر الولاية الحكومية، وتوسيع

نطاق مجالات التدريب الميداني لتشمل المجموعة الصحية الجهوية[84]، بالإضافة إلى رفع القيود والمعيقات التي يفرضها القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب على الأطباء الأجانب بالمغرب، والرفع من المناصب المالية المخصصة لقطاع الصحة سنويا[85].

جدول رقم 12: جدول يوضع زيادة المقاعد الدراسية بكليات الطب والصيدلة وطب الأسنان

ولوج كليات الطب والصيدلة وكليتي طب الأسنان
برسم السنة الجامعية 2022-2023

1. مدة الدراسة والشهادات الممنوحة

تستغرق مدة الدراسة في كليات الطب والصيدلة وكليتي طب الأسنان:

- ست (06) سنوات تتوج بنيل دبلوم دكتور في الطب، بالنسبة للتكوين في الطب؛
- ست (06) سنوات تتوج بنيل دبلوم دكتور في الصيدلة، بالنسبة للتكوين في الصيدلة؛
- ست (06) سنوات تتوج بنيل دبلوم دكتور في طب الأسنان، بالنسبة للتكوين في طب الأسنان.

2. عدد المقاعد

حدد عدد المقاعد برسم السنة الجامعية 2022-2023 كما يلي:

عدد المقاعد بكليات الطب والصيدلة:

الكلية	التكوين في الطب			التكوين في الصيدلة	المجموع
	المجموع	المدنيون	العسكريون		
كلية الطب والصيدلة بالرباط	770	650	120	165	935
كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء	610	610	-	100	710
كلية الطب والصيدلة بمراكش	467	467	-	50	517
كلية الطب والصيدلة بفاس	450	450	-	70	520
كلية الطب والصيدلة بوجدة	420	420	-	-	420
كلية الطب والصيدلة بأكادير	282	282	-	-	282
كلية الطب والصيدلة بطنجة	330	330	-	50	380
كلية الطب والصيدلة العيون	160	160	-	-	160
المجموع	3489	3369	120	435	3924

عدد المقاعد بكليتي طب الأسنان:

الكلية	المجموع	المدنيون	العسكريون
كلية طب الأسنان بالرباط	170	140	30
كلية طب الأسنان بالدار البيضاء	185	185	-
المجموع	355	325	30

جدول يوضح نسبة توزيع المقاعد الدراسية بكليات الطب والصيدلة وطب الأسنان[86].

[84] كلمة السيد رئيس الحكومة، مرجع سابق.

[85] عرض ألقاه السيد نائب مدير الميزانية بالنيابة عن الوزير المنتدب المكلف بالميزانية، مرجع سابق.

[86] مذكرة أرسلها السيد وزير التعليم العالي والبحث العلمي وبالابتكار إلى رؤساء الجامعات ورؤساء المؤسسات الجامعية ومديري الأكاديميات الجهوية للتربية والتكوين بتاريخ 30 يونيو 2022.

وتسعى الحكومة من وراء هذا الإجراء إلى تجاوز نسبة تغطية التأطير الطبي المحددة من طرف منظمة الصحة العالمية في 23 إطار طبي وشبه طبي لكل 10000 نسمة في نهاية موسم 2025–2026، وبلوغ النسبة المحددة من طرف النموذج التنموي الجديد في 45 إطار لكل 10000 نسمة في أفق 2035[87].

ولتشجيع الأطباء على تعزيز صفوف الوظيفة العمومية، تسعى الحكومة إلى إحداث وظيفة عمومية صحية تتلاءم مع خصوصية القطاع، وتحسين الوضعية المادية للأطر الصحية، من خلال نظام عمومي للوظيفة الصحية، الذي تطالب مختلف الهيئات النقابية والمهنيين بالإسراع في إخراجه، وجعله مساهما في رفع الحيف الذي تعاني منه مختلف الأطر الطبية والصحية والإدارية بشكل منصف وعادل.

في هذا الإطار، تستحضر الاتفاق الاجتماعي القطاعي الموقع بين وزارة الصحة والحماية الاجتماعية والنقابات الأكثر تمثيلية بالقطاع، الذي تم خلاله التوافق على مجموعة من النقاط، نجد من بينها[88]:

1. رفع الحيف عن الأطباء من خلال تغيير الشبكة الاستدلالية للأطباء والصيادلة وأطباء الأسنان، وبدايتها من الرقم الاستدلالي 509 بكامل تعويضاته؛
2. استفادة الممرضين من الترقي في الرتب والدرجات؛
3. الرفع من قيمة التعويض عن المخاطر المهنية لفائدة الأطر الإدارية والتقنية؛

[87] كلمة السيد رئيس الحكومة، مرجع سابق.

[88] نفس المرجع السابق.

4. دعم مؤسسة الحسن الثاني للنهوض بالأعمال الاجتماعية، وتعزيز خدماتها المقدمة لفائدة مهنيي القطاع.

وعلى هذا الأساس، تطالب بعض الهيئات النقابية والمهنيين برفع الحيف عن فئة المتصرفين والممرضين والمهندسين والمساعدين الطبيين خرجي المدرسة الوطنية للصحة العمومية، وجعلهم يتقاضون نفس التعويض المخصص للأطباء بعد تخرجهم، ضمان للمساواة بين مختلف خرجي هذه المدرسة، الذين يتابعون بها نفس التكوين.

ومن جانب آخر، تطالب بعض ممثلي الممرضين بالإسراع إلى إحداث هيئة للممرضين، ووضع إطار للعمل يحدد تدخلات الأطر الطبية ويوضح التباين بينها وبين تدخل الأطر التمريضية، حتى يتحمل كل متدخل مسؤوليته الكاملة في مسار تقديم العلاجات، وعدم مساءلة الممرضين عن عدم تقديم خدمات لا تدخل في مجال تخصصهم، أو وضع إطار قانوني يوفر لهم الحماية القانونية عند مزاولة هذه التدخلات.

كما طالبت هيئات أخرى بضرورة إصلاح مؤسسة الحسن الثاني للأعمال الاجتماعية لموظفي قطاع الصحة، وتأهيلها قصد تقديم خدمات مناسبة، وفق تصور شامل، يجعل من الخدمات الاجتماعية مدخلا للرقي بالمستوى الاجتماعي للأطر العاملة بالقطاع.

وترى المجموعة الموضوعاتية أن مسألة التغلب على الخصاص في الموارد البشرية رهين بوضع مقاربة متكاملة، ترتكز على الرفع من جاذبية المهن الطبية والشبه طبية، وإعادة الاعتبار لها باعتبارها مهن إنسانية نبيلة، يتجاوز ممارستها ما هو مادي، إلى ما هو إنساني، واعتماد مقاربة للتوجيه فعالة لاستقطاب الراغبين في مزاولة هذه المهنة عن حب، إسوة بمهنة التعليم.

وتؤكد المجموعة الموضوعاتية أن إجراء مضاعفة خريجي كليات الطب غير كافي لمضاعفة العاملين بقطاع الصحة ببلادنا، ما دامت معضلة هجرة الخريجين من هذه الكليات في تزايد مستمر، وعليه تقترح المجموعة الموضوعاتية، تقديم تشجيعات مهمة لاستقطاب الأطباء المغاربة العاملين بالخارج، وتشجيع خريجي الكليات المغربية بالبقاء في وطنهم، وتحفيز الأطباء المغاربة الذي يتابعون دراستهم في الخارج على دخول وطنهم بعد نهاية الدراسة من خلال تقديم لهم منح دراسية تحفيزية، والبحث لهم عن مقاعد دراسية بالجامعات الأجنبية، من خلال إبرام عقود معهم لتمويل دراستهم، والدخول في مفاوضات برعاية منظمة الصحة العالمية، من أجل توقيع اتفاقات تنظم هجرة الأطباء والأطر الصحية، وخصوصا من الدول التي تعرف خصاص في هذه الموارد.

كما تطالب المجموعة الموضوعاتية ببناء كلية للطب والصيدلة بكل جهة، وتوسيع أنشطتها التعليمية والتكوينية، لتشمل إدماج مناهج تتعلق بالتكنولوجيات الجديدة، واعتماد مقاربة التداول بين تلقي الدروس النظرية، والقيام بتداريب ميدانية تشمل مختلف المستشفيات، بما فيها مستشفيات القرب، وإعادة النظر في عملية انتقاء الطلبة، وجعلها تتم على مستوى كل إقليم، بحصة تفوق الخصاص المسجل بها، ومقابل ذلك مطالبة المتبارين بممارسة المهنة بنفس تراب الإقليم، مدة لا تقل عن ستة سنوات، من أجل ضمان انتشار الأطر الطبية والصحية بشكل جيد يمكن من تحقيق العدالة المجالية.

وتثير المجموعة الموضوعاتية انتباه الحكومة إلى أن التصور الذي تسعى لتنزيله، على مستوى التقيد بمسار العلاجات، إذا كان سيخفف من عبء تكاليف صناديق

التأمين الأساسي عن المرض، فإنه سيفرض ضغطا كبيرا على الأطباء العامون، وتنزيله بشكل سليم يتطلب القيام بإجراءات تهدف إلى الرفع من عدد الأطباء العامون مقارنة مع عدد الأطباء المتخصصون، بالإضافة إلى تأهيل مستشفيات القرب.

رابعا: تحيين السياسة الدوائية وفق المتطلبات الجديدة

وقفت المجموعة الموضوعاتية على مجموعة من الإشكاليات التي تعرفها السياسة الدوائية ببلادنا، والتي تقدمها على الشكل التالي:

1. غلاء الأدوية الأكثر استهلاكا مقارنة بدول الجوار، وخصوصا الأدوية التي تستعمل في علاج الأمراض المزمنة والمستعصية؛
2. إقبال ضعيف على وصف الدواء الجنيس من طرف الأطباء، والتشكيك في جودته؛
3. فرض الضرائب على بعض الأدوية التي تستعمل بكثرة، وذات التكلفة المرتفعة؛
4. غلاء تكلفة العلاج مقارنة بالقدرة الشرائية للمواطنين، الأمر الذي يدفع بعض الأسر إلى التوجه مباشرة إلى الصيدليات بدون وصفة طبية، أو استعمال بعض الأعشاب والمستحضرات الطبيعية؛
5. ارتفاع نفقات الأسر على شراء الأدوية والتي تصل إلى نسبة 43 في المائة من نسبة الأنفاق الإجمالي على العلاج؛
6. ندرة بعض الأدوية وعدم انتشارها بشكل عادل على المستوى الترابي.

وتشيد المجموعة الموضوعاتية بنجاح سياسة التلقيح التي تنهجها بلادنا، والتي كان لها الفضل في الحد من نسبة موت الأطفال الأقل من خمس سنوات، وتعتبر نجاح

المغرب في سياسية التلقيح المعتمدة وتنويع مصادره، لتعزيز المناعة الجماعية ضد "كوفيد 19" خطوة سياسية جبارة، جعلت المغرب في مقدمة الدول الملقحة، بالإضافة إلى إطلاق أشغال إنجاز مصنع لتصنيع اللقاح المضاد "لكوفيد 19" ولبعض الأمراض الأخرى، تعزيزا لتحقيق السيادة اللقاحية للمغرب، وجعله مصدرا لتوفير اللقاحات للقارة الإفريقية تحت القيادة السامية لجلالة الملك نصره الله.

ونوهت مختلف الهيئات المهنية ومذكرات الفرق والمجموعات البرلمانية بالمجهودات المبذولة على مستوى الرفع من عدد الأدوية التي تم التخفيض من ثمنها، في نفس الوقت، طالبت بضرورة التكثيف من هذه الجود، لتشمل عملية التخفيض الأدوية الباهظة التكلفة، والتي تستعمل في علاج الأمراض المزمنة والمستعصية، واعتماد السعر المرجعي لبيع الأدوية بشكل يتناسب مع مستوى الدخل الفردي ببلادنا.

وفي هذا الصدد، تطالب بعض الهيئات المهنية بوضع سياسية دوائية واضحة، واعتمادها بقانون، حتى يتم تفادي تعدد النصوص القانونية والتنظيمية المؤطرة لعملية إنتاج وتسويق واستعمال الأدوية والمستلزمات الطبية، وتبسيط النصوص التنظيمية حتى يسهل التعامل معها من طرف مختلف المهنيين.

وتعتبر المجموعة الموضوعاتية أن إصلاح السياسة الدوائية ببلادنا يجب أن تتمحور حول هدف تشجيع الولوج إلى الأدوية والمستلزمات الطبية، وتوزيها بشكل عادل على مستوى التراب الوطني، وتعزيز مراقبة جودتها وسلامتها، بشكل يتماشى مع توصيات منظمة الصحة العالمية، التي تعتبر أن السياسة الدوائية يجب أن ترتكز على ثلاثة أهداف أساسية وهي:

1. التوفير العادل للدواء بشكل يعزز المساواة والإتاحة والاستدامة في الوصول إليه؛

2. ضمان جودة وسلامة الأدوية التي يتم توفيرها؛
3. تعزيز الاستخدام الرشيد والفعال للأدوية.

وترى المجموعة الموضوعاتة أن مقاربة التغلب على اختلالات السياسة الدوائية تتطلب تحيينها بشكل مستمر وفق المتطلبات الجديدة، وضمان تزويد السوق الوطنية بالمنتوجات الصيدلانية والطبية الضرورية بشكل مستمر، وتشجيع الصناعة الوطنية في هذا المجال، من خلال دعم البحث العلمي والابتكار، وتحمل تكلفة الدراسات العلمية بالنسبة للأدوية التي تتطلب الإسراع في تحوليها إلى أدوية جنيسة، ومراقبة جودتها، قصد تحقيق السيادة الدوائية لبلادنا.

بالإضافة إلى وضع لائحة للأدوية التي تنقطع باستمرار وتحيينها وفق الحاجيات الوطنية، ووضع إجراءات كفيلة بتشجيع تصنيعها ببلادنا، وتبسيط المساطر الخاصة بالنسبة للشركات المستثمرة في هذا المجال، وفق ما تقتضيه شروط المنافسة العادلة، وسياسة تشجيع الولوج إلى الأدوية.

وتؤكد المجموعة الموضوعاتية أن نجاح كل سياسة دوائية، يتطلب أن يتم التخطيط لها، بناء على دراسة تحليلية دقيقة لخرائط الأمراض والأوبئة المنتشرة على المستوى الوطني، وبناء على دراسة تتعلق بتحيين الحاجيات الوطنية، والتهيئ لحدوث أزمات صحية من أجل توفير كميات كافية من الأدوية والمعدات الطبية عن طريق نهج سياسة لليقظة الدوائية.

وتشدد المجموعة الموضوعاتية على ضرورة تشجيع استعمال الدواء الجنيس، من خلال إدماجه ضمن البروتوكولات العلاجية، وجعل الأطباء يقبلون بوصفه، مع تعزيز آليات مراقبة تصنيعه، والحرص على جودته وسلامته وفعاليته، وحظر بيع الأدوية

خارج الصيدليات، ومحاربة ظاهرة بيع الأدوية والمضادات الحيوية خارج المسار العادي للعلاجات، وبدون وصفة طبية.

وسعيا من الحكومة إلى وضع تصور كامل وشامل للإصلاح الهيكلي للمنظومة الصحية، بمداخلها وأبعادها المختلفة، من بينها تعزيز حكامة السياسة الدوائية من خلال إحداث الوكالة الوطنية للأدوية والمنتجات الصحية، وتمكينها من الاستقلال المالي والإداري، حتى تتمكن من تنسيق عملية تطوير السياسة الدوائية الوطنية، وتحيينها بشكل يواكب التحولات والتحديات المطروحة، والمشاركة في تنفيذها خدمة لقطاع الصحة العمومية[89].

وتعتبر الحكومة أن ضمان الاستقلال والسيادة الدوائية لبلادنا، مدخل أساسي لتعزيز الأمن الصحي، ومفتاح الولوج العادل إلى الدواء والعلاج، وأنها حريصة على اتخاذ الإجراءات المناسبة لتمكين المواطنات والمواطنين من الولوج إلى الأدوية الأساسية بأثمنة ملائمة، من قبيل دعم الإنتاج الوطني من الأدوية وتصنيع الأدوية الجنيسة، بغية تحقيق سيادة دوائية فعلية[90].

وتماشيا مع تصور الحكومة القاضي بإحداث وكالة وطنية للأدوية والمنتجات الصحية، تطالب المجموعة الموضوعاتية بتمكين هذه الوكالة من الآليات القانونية الضرورية ومن الموارد المالية والبشرية المناسبة، وضمان استقلاليتها، حتى تتمكن من مراقبة جودة الأدوية وسلامتها، وضبط السوق وفق شروط المنافسة الشفافة، والتحكم في ارتفاع الأسعار بما يعزز القدرة الشرائية للمواطنين، والحرص على مراقبة شراء

[89] كلمة السيد رئيس الحكومة، مرجع سابق.

[90] نفس المرجع السابق.

واستعمال الادوية من طرف المصحات الخاصة والمستشفيات العمومية بشكل يضمن عدم الوقوع في تعارض المصالح.

خامسا: توسيع مجالات الشراكة بين القطاعين العام والخاص

يعد مدخل توسيع الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجالات تشمل فتح رؤوس أموال المصحات الخاصة لاستثمارات غير الأطباء وجلب الاستثمارات الأجنبية، أحد المداخل الأساسية التي يمكن الاعتماد عليها للتغلب على الخصاص في الصناعة الدوائية والطبية والتكنولوجيات الحديثة، والخصاص في البنيات التحتية الاستشفائية وتوفير الموارد البشرية وتوزيعها بشكل عادل على مستوى التراب الوطني.

غير أن هذه الشراكة يجب أن تكون مؤطرة وفق تصور يحدد التزامات كل طرف على حدة، ويعتمد مقاربة إعادة توزيع الاستثمارات العمومية والخاصة نحو الجهات التي تعاني من خصاص في الرعاية الصحية، وأن تظل الدولة متحكمة في هذه العملية من خلال اعتماد آليات التوجيه المناسبة، والتي ستمكنها من ضمان احترام الخارطة الصحية الوطنية، وإعادة رسمها بما يضمن تحقيق العدالة المجالية.

وعلى هذه الشراكة أن تراعي طموح الدولة المغربية، في ضمان سيادتها الصحية، من خلال تحديد المجالات التي لا يسمح للاستثمارات الأجنبية أن تستثمر فيها، إلا بعد التزامها بضمان استمرارية الخدمات الصحية كمرفق صحي عمومي.

في هذا الإطار، تعتبر المجموعة الموضوعاتية نجاح هذه الشراكة في إعادة رسم الخرائط الصحية بناء على حاجيات كل جهة، يقتضي تمكين الجهات من التدخل في توجيهها، بناء على تصور للحاجيات والخصاص الذي يعرفه كل إقليم على حدة، من أجل تقريب الخدمات الصحية من المواطن، بشكل يضمن له تلقي الخدمات الصحية

الأساسية من تشخيص وتحاليل طبية شاملة، والفحوصات بالأجهزة التكنولوجيا المتطورة، دون جعل الأسر مطالبة بالتنقل خارج أقاليمها من أجل إجراء تحاليل أو فحوصات طبية.

ودعما لهذه الشراكة تقترح المجموعة الموضوعاتية وضع سلة للمشاريع التي يفتح الاستثمار فيها، وتحيينها باستمرار، انطلاقا من تشخيص دقيق للحاجيات المطلوبة، والإمكانيات المتاحة، وأن تتكلف بقيادة هذه العملية لجنة جهوية تشرف على العرض الصحي بكل جهة، تماشيا مع الرؤية الحكومية في تدبير القطاع، وبشكل لا يؤثر على حرية الاستثمار وتحرير الطاقات.

وتؤكد المجموعة الموضوعاتية على ما تقترحه مذكرة أحد الفرق البرلمانية، بأن تشمل سلة المشاريع، تشجيع الاستثمار في التكنولوجيات الصحية الجديدة، والتي تستعمل في تصميم الأدوية والتشخيصات الطبية، وتشجيع البحوث الطبية الحيوية (البيوطبية)، من خلال إنشاء منظمة البحوث التعاقدية، التي يمكن أن تجذب العديد من الاستثمارات، وتشجع الولوج إلى الرعاية الصحية المبتكرة، ومواكبة هذه العملية بالتسريع في منح التراخيص اللازمة لذلك.

وتضيف نفس المذكرة تأكيدها على أن تتخذ الشراكة تعميم عملية شراء الخدمات الصحية على غرار ما هو معمول به في خدمات تصفية الكلي، لتشمل فحوصات الأشعة والتصوير الطبي، والعلاج بالأشعة والعلاج الكيميائي، وجراحة القلب والأوعية الدموية، والإنعاش، والتشريح المرضي، وتعتبر المجموعة الموضوعاتية أن عملية شراء هذه الخدمات يجب أن تتم وفق دفاتر للتحملات واضحة تضمن استمرارية الخدمة الصحية كخدمة عمومية.

كما يمكن أن تشمل عملية تشجيع الاستثمار تكوين الموارد البشرية الصحية والتقنية، ونقل الخبرات الخاصة للقطاع العمومي، من خلال إطار تنظيمي يجعل الأطباء يقدمون الخدمات الصحية في الوقت الإضافي داخل المستشفيات العمومية، عوض التنقل لتقديمها بالمصحات الخاصة، من خلال إبرام عقود مع المستشفيات العمومية، مقابل أداء بعض الرسوم للمستشفيات تساعدها على التحكم في توازناتها المالية.

وتماشيا مع مقتضيات القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، الذي يسمح لغير الأطباء بالاستثمار في رؤوس أموال المصحات الخاصة، تسعى الحكومة إلى تقوية مساهمة القطاع الخاص في تسخير طاقاته وإمكانياته للنهوض بالمنظومة الصحية، بما يضمن تلبية كل الاحتياجات الصحية للمواطنين، من منطلق الوعي بأن القطاع الصحي وحدة غير قابلة للتجزئة.

ومن أجل التغلب على الخصاص في الموارد البشرية وتوزيعها على مستوى التراب الوطني بشكل عادل، تطمح الحكومة إلى استقطاب أطباء أجانب، من خلال إدراج تدابير تحفيزية لفائدة القطاع الخاص ضمن ميثاق الاستثمار، حيث أكد رئيس الحكومة على أنه قيد الدرس، كما أفاد تضمنه إجراءات لتشجيع الاستثمار في الجهات والمناطق التي تعرف ضعفا في العرض الصحي.

سادسا: تعميم التغطية الصحية الشاملة كمدخل لتعزيز الولوج إلى العلاج

أشادت المجموعة الموضوعاتية بالورش الملكي المتعلق بتعميم الحماية الاجتماعية، واعتبرته من الأوراش المهيكلة، سواء على مستوى التخفيف من عبء

تكلفة العلاج على الأسر، أو على مستوى التدخل لدعم المحددات الاجتماعية للولوج إلى الصحة، كالتقاعد والتعويضات العائلية، والتعويض عن فقدان الشغل.

وبخصوص التغطية الصحية الشاملة، التي سيتم تعميمها في أواخر دجنبر 2022، وذلك من خلال دمج 22 مليون مواطنة ومواطن في صناديق التأمين، 11 مليون من حاملي بطاقة راميد، و11 مليون من العمال غير الأجراء وذوي الحقوق المرتبطين بهم.

في هذا الإطار، أوضحت الحكومة أنها ستقوم بتمكين الفئات الفقيرة والهشة الخاضعة لنظام "راميد"، من التوفر على التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، يمكنهم من الولوج إلى القطاعين العام والخاص، وبنفس سلة علاجات أجراء القطاع الخاص[91]، في حين تطالب المجموعة الموضوعاتية بالحفاظ على مكتسباتهم، وتمكينهم من كافة الخدمات التي يقدمها لهم القطاع العام، كما كان معمول به خلال سريان العمل ببطاقة "راميد".

كما تدعو المجموعة إلى ضرورة مراجعة واجبات الاشتراك في التغطية الصحية بالنسبة لبعض المهن كالعمال المياومين، الذين لا يتوفرون على بطاقة "راميد"، نظرا لعدم انتظام أنشطتهم المهنية.

وتعتبر المجموعة الموضوعاتية أن الإسراع في تفعيل السجل الاجتماعي الموحد سيمكن من إعادة تصنيف بعض الفئات بناء على مدخولها السنوي، حيث سيتم إخراج بعض الأشخاص من نظام "راميد" إلى صنف الخاضعين للمساهمة المهنية الموحدة،

[91] عرض ألقاه السيد نائب مدير الميزانية بالنيابة عن السيد الوزير المنتدب المكلف بالميزانية، مرجع سابق.

وإخراج أخرين من نظام المساهمة الجزافية وتصنيفهم ضمن الذين يؤدون المساهمات بناء على النظام المحاسبة.

وتؤكد المجموعة الموضوعاتية على الفلسفة التضامنية والتعاضدية في تدبير صناديق التأمين، من خلال جمع كل حساباتها، سواء المتعلقة بمختلف الفئات أو التعويضات، وجعل تدبيرها يتم بناء على مقاربة مندمجة.

ووقفت على وجود تباين في مقاييس التعويض وفي مقاييس المساهمات وفي سلة الخدمات المقدمة، بين الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الشيء الذي جعلها تتساءل حول قدرة صناديق التأمين على الاستمرار في ضبط توازناتها المالية، وتقديم خدمات بجودة مرضية.

بهذا الخصوص، تطالب المجموعة بضرورة إيجاد صيغة مناسبة تمكن من ضمان استدامة صناديق التأمين، وتعتبر مقترح تجميع الصناديق في قطبين، قطب عمومي وقطب خاص، مدخل مناسب للإصلاح، مع مواكبة ذلك، بالرفع من نسبة المساهمة على الفئات الميسورة، وذوي الدخل العالي، كما تقتضي فلسفة التضامن والتعاضد لمواجهة المخاطر الصحية.

وتفيد المجموعة الموضوعاتية أن عدم مراجعة التعريفة المرجعية منذ 2005، يعد تراجعا يمس بالتزامات الصناديق تجاه المؤمنين، خصوصا وأن هذه المراجعة التي يجب أن تتم كل ثلاث سنوات تؤطرها مقتضيات قانونية، الأمر الذي ينعكس على مستوى ارتفاع تكاليف العلاج على الأسر، نظرا لعدم مواكبة تطور أسعار الخدمات الصحية، على مستوى التعرفة المرجعية بشكل يعكس حقيقة التكاليف في الواقع، ويجعل

بعض الأسر ذات الدخل المحدود، رغم استفادتها من التأمين الصحي، غير قادرة على الولوج إلى الخدمات الصحية المناسبة.

بالإضافة إلى تأكيد المجموعة الموضوعاتية على عدم إجبار المريض على التقيد بمسار العلاجات، حتى يتم تنزيل إصلاح المنظومة الصحية، وتوفير عدد كافي من الأطباء العامون، لتيسير ولوج المواطنين إلى العلاجات الضرورية، دون مساهمة ذلك في اكتظاظ مستشفيات القرب، وخصوصا غير المؤهلة منها، والتي لا تتوفر على موارد بشرية كافية لتلبية الطلب المتزايد، نتيجة فرض التقيد بمسار العلاجات.

في حين تطالب بتحيين بروتوكولات العلاج بشكل مستمر، وتعميم التعويض عن مختلف الأمراض، قياسا بمستوى تطور الحالة المرضية، حتى يتم تعزيز شفافية تدبير صناديق التأمين، ومحاربة تلاعبات بعض الفئات التي تستفيد من التعويض بطرق تدلسية، من خلال جعل التدخلات العلاجية والوصفات الطبية لمختلف الأمراض متعارف عليها ومعمم العمل بها من طرف مختلف الأطباء.

وتعتبر المجموعة الموضوعاتية أن إصلاح صناديق التأمين يجب أن تهدف إلى التخفيف من عبء تكاليف العلاج على الأسر، وتوسيع سلة الخدمات الصحية لتشمل تدخلات طبية غير مشمولة، وجعلها تواكب التطورات التكنولوجية المستعملة في العمليات الجراحية، وتفعيل النظام الثالث المؤدي، لضمان ولوج مختلف الفئات الاجتماعية إلى الخدمات الصحية الأساسية.

وتفاديا للوقوع في اختلال التوازنات المالية لصناديق التأمين، تطالب المجموعة الموضوعاتية بتوسيع مصادر تمويل صناديق التغطية الصحية، وعقلنة آليات تدبيرها، وتمكينها من آليات محكمة للمراقبة تجعلها قادرة على مراقبة مختلف التدخلات العلاجية

وفق أجندة زمنية مضبوطة، لتتفادى تقديم تعويضات عن خدمات صحية لم تقدم، أو تقديم تعويضات عن كل مريض، مقابل خدمة تقدم لمجموعة من المرضى في نفس الوقت، ومن طرف نفس المصحة، كخدمات الحراسة والمتابعة الطبية، التي يجب تقديم تعويض عنها بشكل تضامني بين نفس المرضى المقدم لهم هذه الخدمة.

كما تطالب بمراجعة نسبة فوائد وضع احتياطات صناديق التأمين عند الصندوق الوطني للإيداع والتدبير، بشكل يتناسب مع مخاطر استثمار هذه الاحتياطات، وتمكين صناديق التأمين من الحق في استثمار احتياطاتها بشكل مباشر، دون ضرورة المرور عن طريق صندوق الإيداع والتدبير.

وتؤكد المجموعة الموضوعاتية على أهمية تفعيل البطاقة الذكية وجعلها تشمل خدمة إعفاء المرضى المؤمنين من تأدية كافة مصاريف العلاج وانتظار التعويض، بل مطالبتهم بدفع فقط الفارق، من خلال ربط المنظومة الصحية وصناديق التأمين بالنظام المعلومات المندمج.

سابعا: وضع إطار للعمل يفصل بين تقديم العلاج وسلك المساطر الإدارية

في إطار جلسات الاستماع التي عقدتها المجموعة، أثار بعض المهنيين إشكالية غياب إطار للعمل واضح ينظم أقسام المستعجلات، الأمر الذي يفتح الباب أمام الاجتهاد، وتغليب السلطة التقديرية للعاملين بها، بالإضافة إلى تداخل المهام بين الأطر الطبية والتمريضية على مستوى تقديم العلاج، وتغليب مقاربة سلك المساطر الإدارية وأداء المستحقات قبل تلقي العلاج، مهما كانت الحالة الصحية للمريض.

ويلاحظ أن أغلب أقسام المستعجلات تعرف ضغطا كبيرا وضعفا على مستوى التأطير الصحي، مما ينعكس على جودة الخدمات الصحية المقدمة، خصوصا

بالمستشفيات الجامعية، التي تتوافد عليها أغلب الساكنة، نظرا لضعف أقسام المستعجلات بالمستشفيات الإقليمية والجهوية، وغياب آليات فعالة لتوجيه المرضى.

وبهذا الخصوص، ترى المجموعة الموضوعاتية أن تأهيل المنظومة الصحية يجب أن ينطلق من تأهيل أقسام المستعجلات، وتنظيمها وفق آليات وقواعد مضبوطة، والفصل بين مسار سلك المساطر الإدارية، ومسار تقديم العلاج والاسعافات الضرورية للحالات الحرجة والخطيرة، التي لا يمكن لها الانتظار، وذلك بتخصيص لها مسار خاص للتسريع من عملية إسعافها.

هذا بالإضافة إلى تأهيل أسطول سيارات الإسعاف، والقضاء على ظاهرة تأخر وصولها إلى أماكن وقوع الحوادث، وتكوين المكلفين بنقل الحالات الحرجة، في مجال تقديم الإسعافات الأولية، وجعلهم ملزمين بتقديم هذه الإسعافات دون الاقتصار على نقل الحالات، وفق دليل واضح متعلق بالإسعافات الأولية، وربطها بنظام فعال للتواصل مع أقسام المستعجلات، وتمكينها من السلطة التقديرية لتوجيه العاملين بالمستعجلات للاستعداد لتفعيل المسار الخاص بالحالات الخطيرة.

وتؤكد المجموعة الموضوعاتية أن عملية احترام مسار العلاجات ستؤدي إلى تخفيف الضغط والاكتظاظ الذي تعرفه أقسام المستعجلات بالمستشفيات الجامعية، لكنها ستؤدي في نفس الوقت إلى الزيادة من الضغط على المستشفيات الإقليمية والجهوية، في حالة لم يتم تأهيلها وتدارك الخصاص الذي تعرفه، هذا الأمر جعل المجموعة تطالب بتخصيص ميزانية إضافية واستثنائية لتأهيل المراكز الاستشفائية بمختلف مستوياتها، حتى تكون قادرة على استيعاب الطلب المتزايد على الخدمات الصحية.

وتطالب المجموعة الموضوعاتية بضرورة تحسين ظروف العمل بأقسام المستعجلات، وتوفير الحماية والأمن للأطقم الطبية والصحية العاملة بها، وخصوصا عند المداومة الليلية، وتخصيص لها تعويضات تناسب المجهود الذي تقوم به، والمخاطر التي تواجهها، والزيادة من عدد الأطباء والممرضين المخصص لهم هذا التعويض، بشكل يراعي نسبة الساكنة، وعدد العاملين بهذه الأقسام، بالمقابل جعل الأطقم الطبية والصحية، مطالبة بالتقيد بالمساطر الإدارية والقانونية اللازمة عند تقديم العلاجات للمرضى، تفعيلا لمبدأ الحق مقابل الواجب.

وتؤكد على وضع إطار للعمل يوضح تدخل كل صنف من مهني الصحة، ضمن مسار تقديم العلاج، حتى تتحمل كل فئة مسؤوليتها، وإيجاد الحلول المناسبة لبعض الحالات التي تتطلب أن تحل فها فئة الممرضين محل الأطر الطبية للقيام ببعض الخدمات، من أجل تغطية الخصاص الذي تعرفه بعض المستشفيات، يجب تكوين هذه الفئة على تقديم هذا الخدمات الجديدة، وتمكينها من نفس حقوق الفئة التي تعوضها، فيما يخص الاستفادة من التعويضات عن الحراسة والمخاطر.

كما تؤكد المجموعة الموضوعاتية على ضرورة تحسين ظروف استقبال المرضى بأقسام المستعجلات، وبمختلف المراكز الاستشفائية، والتعامل مع كافة الحالات بنفس الإجراءات والمساطر المطلوبة للتدخل بمهنية، والتعامل معهم بتغليب الوازع الإنساني كما تفرض ذلك أخلاقية المهنة، وجعل عناصر الأمن الخاص المكلفين بحراسة المستشفيات يقومون بمهامهم في احترام تام للمرتفقين، ودون التدخل في المهام المرتبطة بتقديم العلاجات.

ثامنا: إحداث هيئات حكامة جديدة بالمنظومة الصحية

تعتبر المجموعة الموضوعاتية أن المنظومة الصحية في حاجة إلى نظام تدبير جديد فعال وناجع، يجعلها قادرة على القيام بالأدوار المنوطة بها سواء في الأيام العادية، أو عند مواجهة الأمراض والمخاطر الصحية، وهذا لن يتحقق دون إحداث هيئات حكامة جديدة وتوصيف مهامها ومجالات تدخلها، حتى يسهل تفعيلها، بخلاف مجموعة من الهيئات المنصوص عليها في قانون الإطار رقم 34.09 يتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، كالمجلس الاستشاري للصحة واللجنة الوطنية لليقظة والأمن الصحي.

في هذا الإطار تقدم الحكومة ضمن تصورها لإصلاح المنظومة الصحية مجموعة من هيئات الحكامة الجديدة والتي نقدمها على الشكل التالي[92]:

- الهيئة العليا للصحة: ستسهر هذه الهيئة على ضمان استمرارية السياسة الصحية وضمان جودتها، وإعداد مراجع تكوينية ودلائل للممارسة الجيدة في المجال الصحي، وحسن استخدام العلاجات وتوزيعها على المرتفقين ومهنيي الصحة، وتوفير الاستقرار المطلوب للمخططات والأوراش الكبرى، وتقنين التغطية الصحية الإجبارية عن المرض، وتقييم نجاعة أدائها، وملائمة توجهاتها العامة مع السياسة الصحية من أجل ضمان التنسيق والتكامل بين المنظومتين.
- المجموعة الصحية الجهوية: فبخلاف ما هو معمول به حاليا، تتجه الحكومة إلى خلق مجموعات صحية جهوية يقودها المركز الاستشفائي الجامعي بكل

[92] كلمة السيد رئيس الحكومة، مرجع سابق.

جهة، وتتمتع هذه المجموعة بالشخصية المعنوية والاستقلال في تدبير الموارد المالية والبشرية، وتمكينها من صلاحيات واسعة لتدبير الخدمات الصحية في إطار عقد نجاعة مع القطاع الوصي، حتى تتمكن من توجيه الاستثمارات وفق معايير تنسجم مع توجهات الجهوية المتقدمة.

- الوكالة الوطنية للأدوية والمنتجات الصحية: ستتمتع هذه الوكالة بالاستقلالية المالية والإدارية وستتكلف بتنسيق عملية تطوير السياسة الدوائية الوطنية، والمشاركة في تنفيذها ومواكبة التحولات والتحديات المطروحة بخصوصها.
- إحداث الوكالة المغربية للدم: ستتكلف هذه الوكالة بإعداد وتنفيذ استراتيجية وطنية لتوفير الدم ومشتقاته، والترخيص لإحداث مخازن للدم داخل المؤسسات الاستشفائية التابعة للمجموعة الصحية الجهوية، وإحداث وتطوير الأنشطة التشخيصية والعلاجية والسهر على تطبيق القواعد المتعلقة باليقظة عند جمع الدم من المتبرعين.
- نظام معلوماتي مندمج: سيتم ربط المنظومة الصحية بمنظومة التغطية الصحية الأساسية عن المرض بنظام معلومات، يمكن من إحداث نظام البطاقة الصحية الذكية، والملف الطبي المشترك لكل مريض، حتى يسهل تتبع مسار علاجه على مستوى مختلف المراكز الاستشفائية التابعة للمجموعة الجهوية الصحية، وضمان سلاسة ولوج المواطنين للخدمات الصحية.

- تحسين نظام الفوترة بالمؤسسات الاستشفائية: إن ربط المؤسسات الاستشفائية بمنظومة التغطية الصحية سيساعد على تحسين نظام فوترة المؤسسات الاستشفائية، واستفادتها من نظام الثالث المؤدى، مما سيعزز من قدراتها المالية.

وكما تثمن المجموعة الموضوعاتية بعض الاختيارات التي ستعزز حكامة المنظومة الصحية، فإنها تثير انتباه الحكومة إلى أن خلق مجموعة من الوكالات مكلفة بوضع ومتابعة وتنفيذ وتقييم سياسات تدخل ضمن السياسات الصحية، وتقنين بعضا منها، سيثقل القرار الصحي بمجموعة من المتدخلين، سينضافون إلى متدخلين موجودين حاليا، مما سيحد من فعالية هذا القرار، نتيجة ضعف التنسيق والالتقاية بينهما، بالإضافة إلى أن مسؤولية وضع السياسات وتنفيذها وضمان استمراريتها مسؤولية حكومة بمقتضى الفصل 92 من الدستور، في حين أن مسألة تقنين التغطية الصحية الإجبارية عن المرض تدخل في مجال التشريع.

وعوض أن تجعل الحكومة من الهيئة العليا للصحة، كما سماها السيد رئيس الحكومة[93] والسيد نائب مدير الميزانية[94]، أو الهيئة العليا للتقنين المندمج للصحة، كما سماها السيد الكاتب العام لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية[95]، هيئة بصلاحيات تقريرية وتنفيذية يمكن أن تجعلها هيئة للتشاور طبقا لمقتضيات الفصل 13 من الدستور.

[93] كلمة السيد رئيس الحكومة، مرجع سابق.

[94] عرض ألقاه السيد نائب مدير الميزانية بالنيابة عن السيد الوزير المنتدب المكلف بالميزانية، مرجع سابق.

[95] عرض ألقاه السيد الكاتب العام لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية بالنيابة عن السيد وزير الصحة والحماية الاجتماعية، مرجع سابق.

وتعزيزا لهذا الخيار الذي يسعى للرفع من مستوى حكامة المنظومة الصحية تقترح المجموعة الموضوعاتية ما يلي:

- هيئة للضبط والمراقبة[96]: تمكين قطاع الصحة من هيئة للضبط والمراقبة تتمتع باستقلالية في ممارسة مهامها، وتتكلف بمراقبة مدى تقيد المجموعات الصحية الجهوية، وكافة الهيئات والمؤسسات العمومية المتدخلة في تدبير المنظومة الصحية بقواعد الحكامة الجيدة المتعلقة بتسيير الإدارات العمومية طبقا للفصل 157 من الدستور، وتقديمها الحساب عن تدبير الأموال العمومية، وتخضع في هذا الشأن للمراقبة والتقييم طبقا للفصل 156 من الدستور.
- خلق مرصد وطني للصحة: يتكلف هذا المرصد بجمع المعطيات الصحية ومعالجتها، والقيام بدراسات تهدف إلى تطوير المنظومة الصحية، وتقوية مناعتها لمواجهة مختلف التحديات الصحية المستقبلية، وتقديم مقترحات لتطوير السياسات الصحية وفق للمستجدات ومتابعتها وتقييمها.

تاسعا: تحرير ميزانية الصحة من إكراهات التوازنات المالية

من المعلوم أن تمويل العرض الصحي يتم من خلال أربعة موارد أساسية وهي:

1. الاعتماد على مساهمة الأسر بشكل كبير، والتي تفوق حاليا نسبة 47 في المائة من نفقات المنظومة الصحية؛

[96] إحداث هذه الهيئة طبقا للفصل 159 من دستور 2011.

2. مساهمة الاعتمادات المالية المخصصة لقطاع الصحة من الميزانية العامة للدولة والتي لا تتجاوز نسبة 25 في المائة من نفقات العرض الصحي؛
3. مساهمة صناديق التأمين الأساسي عن المرض، والتي لا تتجاوز نسبة 24 في المائة؛
4. وتأتي النسبة المتبقية لتمول العرض الصحي من الهيبات وشركات التعاون الدولي.

وتجدر الإشارة إلى أن حجم الإنفاق الإجمالي على الصحة بالمغرب بلغ ما قدره 60,9 مليار درهم برسم سنة 2018، ورغم ذلك لم ينعكس هذا الحجم من التمويلات على مستوى جودة المستشفيات العمومية، نظرا لعدم استفادتها بالقدر الكافي من موارد التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، حيث تستفيد فقط من نسبة 8 في المائة رغم توفره على 80 في المائة من الأسرة، مقابل استفادة القطاع الخاص من 92 في المائة رغم توفره على 20 في المائة من الأسرة[97].

بكل تأكيد ما يقال عن اختلالات استقطاب موارد التأمين الأساسي عن المرض بين القطاع العام والخاص، يمكن تعميمه على مستوى اختلالات استقطاب التمويل المتأتي من الأسر، ولتجاوز هذه الاختلالات وجعل المستشفيات العمومية تستقطب تمويلات إضافية من موارد التأمين الأساسي عن المرض ومن الأسر، عليها أن تعمل على التحسين من جاذبيتها، سواء على مستوى تقديم الخدمات وتطويرها، أو على مستوى

[97] عرض ألقاه السيد نائب مدير الميزانية بالنيابة عن السيد الوزير المنتدب المكلف بالميزانية، مرجع سابق.

إبرام عقود للتعاون مع القطاع الخاص، من أجل تقديم بعض الخدمات، مقابل رسوم تؤدى للمستشفيات، والرفع من مستوى ولوجها إلى المسار الثالث المؤدى.

ورغم أن ميزانية قطاع الصحة قد عرفت خلال السنوات الأخيرة ارتفاعا ملموسا، بلغ 23,5 مليار درهم في قانون المالية السنوي 2022، فإن ذلك ظل ضعيفا مقارنة بالمعايير المعتمدة من طرف منظمة الصحة العالمية، التي تحددها في نسبة تتراوح بين 10 في المائة و12 في المائة من الميزانية العامة، مما يتطلب بذل مجهودات إضافية للرفع منها بشكل تدريجي، كي تصل إلى النسبة التي حددها تقرير النموذج التنموي الجديد في 15 في المائة في أفق سنة 2035.

ولمواكبة كل التحولات والتحديات الصحية الجديدة، التي ستؤدي إلى زيادة الضغط على المنظومة الصحية، ومواجهتها بشكل ناجع وفعال، يتطلب رصد اعتمادات مالية إضافية للقطاع الصحي في السنوات المقبلة، وتوجيهها نحو الاستثمار في تكوين الموارد البشرية وتحفيزها، وتأهيل البنيات التحتية الاستشفائية، وتوفير التجهيزات الطبية والتكنولوجية الأساسية، وتمويل البحث العلمي والابتكار، وتشجيع الصناعة الدوائية الوطنية، من أجل تعزيز ركائز السيادة الصحية الوطنية.

بالإضافة إلى توجيه باقي القطاعات الحكومية نحو الاستثمار في المحددات الاجتماعية للصحة، عن طريق صياغة سياسات عمومية كفيلة بتأهيل مختلف الفئات الاجتماعية، وتمكينها من الولوج إلى الخدمات الصحية اللازمة، دون تعريضها لخطر الوقوع في الصعوبات المالية الشديدة، مع الأخذ بعين الاعتبار التخفيف من حجم مساهمة الأسر في تمويل النفقات الإجمالية للعرض الصحي، مقابل الرفع من نفقات الموارد الضريبية، ومساهمة أنظمة التأمين الأساسية عن المرض.

وترى المجموعة الموضوعاتية أن عملية الرفع من الموارد العمومية الموجهة لقطاع الصحة، لا يمكن أن تشكل تحولا مهما على مستوى أداء منظومة الصحة ببلادنا، دون مواكبتها بإصلاحات عميقة، تهدف إلى تعزيز آليات حكامة هذا القطاع، وتوجيه النفقات العمومية وفق رؤية واضحة للقضاء على الاختلالات التي تعرفها، بناء على دراسات دقيقة لتحديد الحاجيات، واقتراح بدائل للحلول ذات الصلة بها، ناهيك عن دعم استثمارات القطاع الصحي الخاص للقضاء على التفاوتات المجالية، باعتماد تحفيزات ضريبية جديدة، أو تقديم مساعدات عينية كتوفير العقار بأثمان مناسبة، أو في شكل مساعدات مالية موجهة لشراء المعدات والتجهيزات الطبية.

وتقترح المجموعة الموضوعاتية العمل وفق مقاربة شاملة لتمويل المنظومة الصحة، تنبني على خيار الرفع التدريجي من الميزانية العامة المخصصة لقطاع الصحة، حتى تقارب المعايير المتعارف عليها دوليا، والبحث عن مصادر تمويل جديدة ومبتكرة، مع التوجه تدريجيا نحو التخفيف من نفقات الأسر على الصحة، عن طريق تجديد الاتفاقيات الوطنية، ومراجعة التعريفة المرجعية، وتحديث بروتوكولات العلاج، وتقريب الخدمات الصحية من المواطن، ومحاربة بعض المظاهر السلبية، التي أصبحت منتشرة، بين الأوساط الطبية، وتسيء للخدمة الصحية كخدمة نبيلة، دون الوقوع في اختلال التوازنات المالية لصناديق التأمين عن طريق الرفع من مساهمة المشتركين، من منطلق الإيمان الجماعي بفعالية مقاربة التعاضد والتضامن في مواجهة المخاطر الصحية.

المحور الثالث

تعزيز آليات اليقظة من المخاطر الصحية

المحور الثالث: تعزيز آليات اليقظة من المخاطر الصحية

كشفت جائحة كوفيد-19 أن أغلب الدول تعاني من أوجه قصور عديدة على مستوى التأهب والاستجابة في الوقت المناسب وبفعالية لمواجهة الطوارئ الصحية المحتملة والوقاية منها، بما في ذلك ضعف القدرة الاستيعابية للنظم الصحية، الأمر الذي يستوجب العمل على تعزيز المنظومة الصحية من خلال تعبئة الموارد البشرية والمالية الضرورية وتحسين حكامتها.

كما سلطت الجائحة الضوء على العلاقة القائمة بين الصحة والبيئة، وكشفت عن مواطن الضعف في الأنظمة العالمية، مما يحتم على كافة المجتمعات العمل على إقامة صروح تطلعية أفضل تراعي البيئة، وتكون أكثر إنصافا.

ويتوفر المغرب على تجربة واسعة وعلى حزمة من برامج الصحة العامة، التي تضمن وقاية عالية للساكنة من الأمراض المعدية والأمراض ذات الطبيعة الوبائية، وكذا لمواجهة تهديدات الصحة العامة، الناتجة عن التقارب بين الإنسان والحيوان والبيئة، والعمل على ضمان الأمن الصحي من خلال الاستعداد المستمر للأزمات الصحية المحتم حدوثها كيفما كان مصدرها.

وبالموازاة مع العمل المستمر لمواجهة الأزمات الصحية المحتملة، تتوفر بلادنا على نظام وطني لليقظة الصحية يشمل مختلف المجالات (اليقظة الدوائية، اليقظة التجميلية، اليقظة النباتية المستخدمة لأعراض علاجية، اليقظة السمومية...).

أولا: الرصد والتحذير المبكر من المخاطر الصحية

اهتمت المجتمعات البشرية منذ القدم بالصحة، باعتبارها حقا أساسيا لكافة أفرادها، ومرتكزا أساسيا لاستقرار المجتمعات، لذا سعت إلى المحافظة عليها، وحمايتها من كل الأخطار التي تهددها، ولا زالت الجهود متواصلة في هذا الإطار، حيث أضحت صحة الإنسان قضية عالمية، أثارت اهتمام جميع الدول، لما لها من أهمية سواء على مستوى أفراد أو على مستوى مختلف شعوب العالم، الأمر الذي دفع بالدول والمنظمات الدولية إلى الحرص على ضمانها وتعزيزها.

وبالرغم من المجهودات المبذولة على جميع المستويات، تظل صحة الإنسان معرضة للعديد من المخاطر، التي تشكل تهديدا حقيقيا لها، ونذكر منها الأمراض الخطيرة والأوبئة العابرة للحدود، إضافة إلى تهديدات أخرى لا تقل خطورة عن سابقتها، باعتبار أن التهديدات الصحية لم تعد تنحصر في الأوبئة والأمراض السارية، وإنما توسع نطاقها ليمتد إلى الكوارث الطبيعية، والحوادث الكيميائية والنووية والإشعاعية، وكذا جميع المخاطر الناتجة عن التفاعل بين الإنسان والحيوان والبيئة، وخاصة التي تؤدي إلى تسممات غذائية جماعية، ومقاومة المضادات.

مع امتداد هذه التهديدات خارج حدود الدول، أصبح الأمن الصحي يأخذ بعدا دوليا، للحد من الخطر على صحة السكان، خاصة أن تطور حركة السفر والتجارة الدولية، ساهم في انتشار هذه التهديدات عالميا[98].

[98] منظمة الصحة العالمية، مستقبل أكثر أمنا (أمن الصحة العمومية العالمي في القرن الواحد والعشرين)، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2007، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، ص 1.

تعد مسؤولية توفير الأمن الصحي مشتركة بين الأفراد والمجتمع ككل، حيث يتطلب ذلك تدخل كافة الفاعلين المعنيين، والتنسيق فيما بينهم بشكل يضمن التقائية التدخلات العمومية، مراعاة للتحولات الدولية التي تفرضها العولمة، والتجارة الدولية، وسهولة التنقل، حيث لا يمكن لأي دولة، أن تتجاهل مرضا معينا، في دولة ما، وتضن أنها غير معنية به، بل عليها أن تعي أن الحد من مرض ما، لا يعني نهاية الأمراض، وإنما هو إنذار لبداية انتشار سلسلة من الأمراض[99].

وسعيا من المجتمع الدولي، لتعزيز قدراته على مستوى الأمن الصحي، تمت الدعوة إلى ضرورة توحيد الجهود، في مواجهة التهديدات الصحية، وتنسيق العمل الجماعي الدولي، وفق آليات وأدوات فعالة ومناسبة، وهو ما تجسده اللوائح الصحية الدولية، التي تمت مراجعتها سنة 2005، إذ أصبحت تشكل إطارا قانونيا وتنظيميا يؤطر مجال الأمن الصحي، كما أنها تهدف إلى تحسين قدرة الدول على كشف الأخطار، التي تهدد الصحة العامة، والتصدي لها[100].

من خلال هذه اللوائح الصحية الدولية، اعتمد المجتمع الدولي مجموعة من المهام والإجراءات، تدعو إلى رصد ومراقبة الأحداث التي تشكل خطرا على الصحة، واكتشافها مبكرا، في إطار التعاون بين الدول والمنظمات الدولية[101].

في هذا الإطار، تعتبر الدول المسؤولة بالدرجة الأولى على مواجهة الأخطار الصحية، التي تهدد الأمن الصحي الدولي مما يستوجب التصدي لمثل هذه المخاطر

---

[99] د. محمد بن هويدن، الأمن الصحي والأمن الوطني، مجلة عسكرية واستراتيجية، الإمارات العربية،2020.

[100] مجلس الأمن الدولي، القرار 2177 (2014)، تفشي مرض الإيبولا في إفريقيا، جلسة 7268 في 18 شتنبر 2014.

[101] منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (2007)، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2007: مستقبل أكثر أمنا.

والتهديدات، وتقوم بالدور المنوط بها، وفق ما نصت عليه مبادئ اللوائح الصحية، وما تتمتع به جميع الدول من إمكانيات ووسائل لمواجهة واحتواء هذه التهديدات داخليا، والحد من انتشارها دوليا، بموجب التزام الدول باللوائح الصحية الدولية، يتسنى لها الكشف عن التهديدات الصحية، وتقييمها وتطويرها، وفق المستجدات الدولية الجديدة، وجعلها مندمجة ضمن نظام الإخطار، مما يسمح بمواجهة كافة المخاطر الصحية على وجه السرعة، طبقا للفقرة 1 من المادة 5 من اللوائح الصحية.

كما أن هذه اللوائح قد ألزمت الدول الأطراف الموقعة عليها، بإنشاء بعض الآليات المؤسساتية الخاصة بالكشف عن الأخطار، التي تشكل التهديدات الصحية، بما يضمن التطبيق العملي لأحكامها، ومن بين هذه الآليات نجد مراكز الاتصال الوطنية، التي تعنى بنشر المعلومات وتعميمها على مختلف القطاعات المعنية داخل الدولة وخارجها، وتبادل المعلومات والمعطيات بالتنسيق مع منظمة الصحة العالمية[102]، مع توفير الموارد البشرية والمادية الضرورية للقيام بذلك، إضافة إلى إعداد خطط وطنية لرصد ومجابهة التهديدات[103]، ووضع آليات للتنسيق والاتصال بين مختلف السلطات العمومية.

1- آليات اليقظة الوطنية

لقد أظهرت الأحداث الصحية التي مر بها العالم في العقود الأخيرة بوضوح أن العديد من المخاطر الصحية تشكل تهديدا عالميا، الأمر الذي يتطلب إتباع نهج منسق على

[102] المادة 4 من اللوائح الصحية الدولية

[103] منظمة نالصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الخطة الإقليمية لمواجهة الأمراض المستجدة والمنبعثة، الدورة 43، ماي 1996.

الصعيد الدولي، ينبني على وضع نظم وطنية لليقظة والسلامة الصحية، وفق توجهات سياسة صحية عامة، تهدف إلى التحسين من مستوى الخدمات الصحية.

وقد انخرطت بلادنا بدورها في هذا التوجه، باعتبارها عضو في منضمة الصحة العالمية، ودولة موقعة على اللوائح الصحية العالمية[104]، من خلال ما تقوم به وزارة الصحة والحماية الاجتماعية من مجهودات، لتعزيز الأمن الصحي الوطني، والاستعداد الدائم للأزمات الصحية المحتمل حدوثها مهما كان مصدرها ومجال انتشارها، سواء امتد تأثيرها على المستوى الوطني أو ظل منحصرا على المستوى المحلي، وتشمل إجراءات التأهب، وفقا لأحكام اللوائح الصحية الدولية، آليات مؤسساتية لتعزيز القدرات الوطنية المطلوبة لمواجهة طوارئ الصحة العامة، خاصة تلك التي تحظى باهتمام دولي، وتحقيقا لهذه الغاية، يتم إجراء تقييمات دورية داخلية وخارجية، من أجل ضمان تعزيز النظام الوطني على الرصد والانذار والاستجابة، بمساعدة المنظمات الدولية المتخصصة.

وقد أولى مخطط العمل الاستراتيجي للصحة للفترة الممتدة بين "2008–2012"، واستراتيجية قطاع الصحة " 2012 – 2016"، أهمية كبرى لتعزيز الأنظمة المتعلقة باليقظة والسلامة الصحية، وخلق الآليات اللازمة للرصد الصحي، وإنشاء بنيات لتنسيق عمليات الطوارئ، كما هو وارد في مخطط مواجهة إيبولا سنة 2014[105]، الذي نتج

[104] الظهير الشريف رقم 1.09.212 صادر في أكتوبر 2009 بنشر اللوائح الصحية الدولية (2005) التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في دورتها الثامنة والخمسين بتاريخ 23 ماي 2005، ونشر في الجريدة الرسمية عدد 5784 بتاريخ 5 نونبر 2009.

[105] Ministère de la santé, Plan de veille et de préparation à la riposte contre la maladie à virus Ebola, version2, octobre 2014, Royaume du Maroc

عنه تأسيس مكتب التنسيق المركزي (PCC)، وتكليفه بمهمة تنسيق التدخل في كل العمليات، التي تشكل خطرا على الصحة العامة.

وحسب تقرير أنجزته منظمة الصحة العالمية بتعاون مع وزارة الصحة المغربية سنة 2016[106] حول "تقييم الوظائف الأساسية للصحة العمومية بالمغرب " والذي خلص إلى كون بلادنا تتوفر على برامج صحية لمراقبة ورصد الأمراض المعدية، ورغم ضعف فعاليتها، فإنها تظل قادرة على الاستجابة لرهانات الصحة العامة، والإسهام في الجهود الدولية المبذولة في هذا المجال، كما حدد التقرير التحديات الأساسية لتطبيق اللوائح الصحية الدولية والتي نبرزها كالتالي:

- ✓ وضع خطة متكاملة للاستعداد للأوضاع الطارئة، من خلال دمج مختلف القطاعات والتخصصات.
- ✓ تحديد إطار مؤسساتي واضح مكلف بالتخطيط وتنفيذ خطة الاستعداد والاستجابة لمواجهة أوضاع الطوارئ في مجال الصحة العامة.
- ✓ العمل على ضمان التقارب في اشتغال المختبرات من أجل دعم الوظائف الأساسية للصحة العامة.
- ✓ القيام بالدعم والإشراف على التقييم الدوري، الذي يخص التقدم المنجز على مستوى تأهيل القدرات الأساسية في مجال الصحة العامة، المنصوص عليها في اللوائح الصحية الدولية.

[106] Ministère de la Santé et Organisation Mondiale de la Santé, Evaluation des fonctions essentielles de la santé publique au Maroc, janvier 2016

وللنهوض باليقظة والأمن الصحيين، تماشيا مع التحديات التي يبرزها تقرير "تقييم الوظائف الأساسية للصحة العمومية بالمغرب"، الذي وقف على غياب بنية مؤسساتية داخل وزارة الصحة المكلفة بتدبير مخاطر الصحة العامة، ولتغطية هذا الخصاص أحدثت الوزارة نظاما وطنيا، لمراقبة طوارئ الصحة العامة، مدعوما بشبكة وطنية للمختبرات، وتمكينه من الاستجابة لمختلف قضايا الصحة العامة، والمخاطر الصحية التي تشكل تهديدا لصحة السكان، وهي منظومة تم تنزيلها في إطار تنفيذ "المخطط الوطني للصحة 2025"، من خلال تأسيس المركز الوطني لعمليات الطوارئ في الصحة العامة CNOUSP سنة 2019، التابع لمديرية علم الأوبئة ومحاربة الأمراض بوزارة الصحة والحماية الاجتماعية[107]، مهمته الإعداد للطوارئ الصحية العمومية[108]، ومتابعة الحالة الوبائية على الصعيد الدولي، وتنسيق الجانب التقني للاستعداد والاستجابة، وضمان متابعة الوضع الوبائي للمرض على الصعيد الوطني، وتزويد مختلف الفاعلين والشركاء، ووسائل الإعلام والرأي العام بالمعلومات والبيانات الكافية حول مستوى تطور الحالة الوبائية.

وللإشارة فإن المديرية التابع لها المركز الوطني لعمليات الطوارئ في الصحة العامة تناط بها مجموعة من المهام التي حددها المرسوم رقم 2.94.285 في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية في القيام بمراقبة انتشار الأوبئة بين السكان، وإمساك مجذة مركزية للأوبئة، وتقييم خاصيات الأوبئة المنتشرة، والقيام بجميع

[107] القرار الوزاري رقم 013065 بتاريخ 16 شتنبر 2019 لإنشاء المركز الوطني لعمليات الطوارئ في الصحة العامة.

[108] Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, CNOUSP : procédures fonctionnelles et organisationnelles, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2019

الأعمال والدراسات في مجال علم الأوبئة، والتخطيط وإنجاز برامج محاربة الأمراض، وبرمجة الأعمال الرامية إلى حماية الوسط البيئي، ودعم إنجاز محاربة الأمراض بتدخلات وقائية، والقيام بمراقبة جودة المختبرات البيولوجية، التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، وتحديد المعايير التقنية لتسييرها، والنهوض بمراقبة تطبيق الأنظمة في ميدان الوقاية من الأشعة، والمساهمة في حراسة وتتبع ومراقبة المنشآت، التي تستخدم الإشعاعات الأيونية، ومراقبة النشاط الإشعاعي المؤثر على البيئة، وكذا القيام بالمراقبة الصحية للمواد الغذائية[109].

1-1 الرصد والإنذار المبكر

يعتبر الرصد إجراء أساسي لتحقيق الأمن الصحي، فهو يسمح بتوفير المعلومات الضرورية حول (المكان، الزمان والأشخاص المصابون) وبالسرعة اللازمة لتنجب التهديد الصحي، إذ يسمح بتحليل المعلومات ومعرفة تأثيرها على الصحة العامة، وتتطلب هذه العملية وجود نظم فعالة ودقيقة، يمكن من اكتشاف الأحداث الصحية غير المعتادة والتعرف عليها، والتطلع إلى دراسة تأثيراتها المحتملة أو التعرف على مسبباتها، بعد مرور الوقت، والوقف على مدى فعالية التدخلات المتخذة للتصدي لها.

كما تندرج عملية الإنذار المبكر ضمن مقاربة اليقظة، فهي تعمل على رصد أي تهديد غير متوقع، أو غير مرئي في بدايته، تم تقوم بالتحفيز المبكر للتدخل في إطار نظام أوسع للاستجابة، حيث يتمكن هذا النظام من تفعيل الإنذار المبكر بفعالية، من

[109] الفصل 8 من مرسوم رقم 2.94.285 صادر في 17 من جمادى الآخرة 1415 الموافق ل 21 نونبر 1994 في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية، الجريدة الرسمية عدد 4286، بتاريخ 21 دجنبر 1994.

الضروري أن يتوفر على آليات تمكنه من معالجة البيانات الجديدة المتعلقة بالأحداث الصحية في الوقت المناسب.

1-2 إعداد خطة عمل للاستعداد للطوارئ

تنص اللوائح الصحية الدولية على مجموعة من المبادئ العامة التي يجب على الدول الأطراف أن تتوفر عليها، من بينها وضع خطة عمل وطنية للاستجابة للطوارئ الصحية العمومية، وتشغيلها والإبقاء عليها، بالإضافة إلى أن المادة 20 من اللوائح الصحية نجدها تنص على ضرورة توفير المرافق والخدمات اللازمة، لتنفيذ التدابير المنصوص عليها في هذه اللوائح، كتنظيم عمليات التفتيش والمراقبة في المطارات الدولية والموانئ والمعابر البرية للحد من انتشار الأمراض، دون تأثير ذلك على حركة نقل المسافرين والبضائع.

2- استجابة المغرب لجائحة كوفيد-19

منذ بداية المرحلة الأولى لانتشار فيروس "كوفيد-19"، والتي اتسمت بانعدام اليقين، وعدم توفر معطيات كافية حول طبيعته، استعد المغرب مسترشدا بالرؤية السديدة لصاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله وأيده، التي تميزت بالاستباقية والتكامل في جعل صحة المواطن أولوية قصوى، رغم محدودية قدرات المنظومة الصحية الوطنية، بالنظر لما تعرفه من أوجه القصور، تجنبا لانهيار المنظومة الصحية نتيجة تجاوز عدد الحالات المتكفل بها للطاقة الاستيعابية للمنظومة الاستشفائية، وخصوصا في حالة ارتفاع عدد الحالات الخطيرة، التي تتطلب التكفل الطبي وفق بروتوكولات علاجية تحتاج إلى تجهيزات طبية غير متوفرة بالقدر الكافي.

وتفعيلا للتعليمات الملكية السامية تم رفع مستوى اليقظة والحذر في المركز الوطني لعمليات طوارئ الصحة العامة، بمجرد الإعلان عن الحالة الأولى المصابة بفيروس كوفيد-19 في الصين، حيث انتقل مستوى اليقظة من المستوى الأخضر إلى المستوى البرتقالي في 27 يناير 2020، ثم إلى المستوى الأحمر جراء إعلان حالة الطوارئ الصحية بتاريخ 20 مارس 2020، بمقتضى مرسوم بقانون رقم 2.20.292، ولمواكبة ذلك تمت بلورة المخطط الوطني لليقظة والتصدي لمرض كوفيد-19[110]، الذي يهدف إلى تخفيض نسبة احتمال دخول الفيروس لبلادنا، والاكتشاف المبكر للحالات، والتكفل بها، بالإضافة إلى التنسيق مع مختلف القطاعات الأخرى من أجل تعزيز الاستجابة الوطنية بشكل يساعد على احتواء الفيروس.

في هذا السياق، تم رفع درجة اليقظة على مستوى مختلف نقاط العبور، وفرض رقابة صارمة في المطارات الدولية على الوافدين من المناطق الموبوءة، وتجهيزها بالكاميرات الحرارية، بالإضافة إلى توعية المسافرين من خلال توزيع المنشورات المخصصة لهذا الغرض[111].

يتبين مما سبق، أن المغرب اتخذ تدريجيا مجموعة من الإجراءات الوقائية بشكل استباقي، للحد من تفشي فيروس كوفيد-19 ومحاصرته، انطلاقا من تتبعه المستمر لتطور الحالة الوبائية على الصعيد الدولي والوطني، ما مكنه من إعلان حالة الطوارئ

[110]Ministère de la Santé, Plan national de veille et de Riposte à l'infection par le Coronavirus 2019_n Cov.

[111] جواب وزير الصحة خلال جلسة الأسئلة الشفهية ليوم الثلاثاء 14 أبريل 2020 بمجلس المستشارين.

في وقت مبكر مقارنة مع توقيت إعلان الطوارئ الصحية في دول أخرى (كإيطاليا، وإسبانيا ...)، مما أفقدهم السيطرة على الوباء.

رغم المجهودات المبذولة في هذا المجال، فإن بلادنا مازالت تعاني من بعض النقائص على مستوى الاستعداد لمواجهة المخاطر الصحية، المشار إليها في تقرير حول " تقييم الوظائف الأساسية للصحة العمومية بالمغرب"، حيث سجلت المجموعة الموضوعاتية أن جائحة كوفيد-19 جاءت على بعد أشهر قليلة من إنشاء المركز الوطني لعمليات الطوارئ في الصحة العامة (شتنبر 2019)، الشيء الذي حال دون السماح له بمراكمة تجربة تجعله قادرا على مواجهة مثل هذه المخاطر، وتكوين أطقمه على التدخل في مثل هذه الحالات، ونقل خبرتهم لباقي الأطقم الصحية المعبأة في مواجهة حالات الطوارئ الصحية، ويلاحظ ذلك من خلال التعامل مع الجائحة، إذ تمت تعبئة كافة الأطر الطبية والصحية المكونة وغير المكونة في المجال[112]، بالإضافة إلى كون تمارين المحاكاة التي يقوم بها المغرب في مجال مواجهة الأخطار، تنحصر في المستوى الأول، وهو ما ينعكس على قدرة المنظومة للتدخل في مواجهة الأوبئة والمخاطر الصحية المستقبلية، حيث نجد أن الدول التي دربت أنظمتها وساكنتها على الطوارئ الصحية كاليابان وكوريا الجنوبية، تكيفت بسرعة مع ظهور وباء كوفيد-19، وواجهته دون أن تتعرض لخسائر اقتصادية واجتماعية كبيرة.

[112]لقاء مفتوح مع الهيئات المهنية وممثلي المجتمع المدني الذين ينشطون في المجالات المرتبطة بالمنظومة الصحية، الخميس 2 يونيو 2022.

ثانيا: اليقظة تجاه المواد المضرة بالصحة

1- اليقظة تجاه المستلزمات الطبية والشبه الطبية

يخضع بيع وتسويق المستلزمات الطبية بالمغرب، لمجموعة من الشروط والإجراءات المؤطرة لهذه العمليات، من أجل ضمان جودتها وسلامة المواطنين. وفقا للقانون رقم 84.12 المتعلق بالمستلزمات الطبية[113] الذي يتيح الإمكانية لتحديد شروط وقواعد عرض المستلزمات الطبية في الأسواق، وتحديد القواعد العامة التي ينبغي الالتزام بها من طرف مؤسسات تصنيع واستيراد وتصدير وتوزيع المستلزمات الطبية، و كذا تحديد المبادئ المتعلقة بمعايير جودة وسلامة وفعالية هذه المستلزمات.

كما نص هذا القانون على إلزامية التسجيل المسبق لكل المستلزمات الطبية، والقيام بعمليات تفتيش دورية لتلك المؤسسات، للتحقق من مدى احترامها للقانون، والبحث عن المخالفات الخاصة بالغش في هذا المجال، وترتيب العقوبات التي تفرض على المخالفون سواء عن طريق تحديد غرامات أو فرض عقوبات وفقا لمقتضيات القانون الجنائي. بالإضافة إلى إلزام الشركات العاملة في القطاع باحترام دفتر تحملات تحدده الوزارة الوصية على قطاع الصحة.

وباعتبار هذه الوزارة، الجهاز المسؤول عن الصحة العمومية، عليها أن تكون واعية بالأهمية التي تكتسيها المستلزمات الطبية، فيما يخص جودتها وفعاليتها وسلامة استعمالها، إذ تعد بلادنا من بين الدول الأوائل في إفريقيا والمغرب العربي التي أجرأت تسجيل المستلزمات الطبية، وفرض مراقبة جودة هذه المواد قبل تسويقها، كما طورت

[113] ظهير شريف رقم 1.13.90 صادر في 22 من شوال 1434 (30 اغسطس 2013) بتنفيذ القانون رقم 84.12 المتعلق بالمستلزمات الطبية. نشر بالجريدة الرسمية عدد 6188؛ بتاريخ 19 سبتمبر 2013.

الوزارة نظاما لليقظة والتحذير يعزز مراقبة وتقييم الحوادث والآثار الجانبية الناتجة عن هذه المواد، ويعد المختبر الوطني لمراقبة الأدوية التابع لمديرية الأدوية والصيدلة بوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، من بين المختبرات المؤهلة من طرف منظمة الصحة العالمية، باعتباره عضوا مشاركا في الدستور الأمريكي للأدوية، ويتمتع بصفة عضو مراقب بمنظمة ديوان الأدوية الأوروبي، وعضوا في الشبكة الأوربية لمختبرات مراقبة جودة الأدوية، ومختبرا مرجعيا بالنسبة لمنظمة الدول العربية.

غير أن تسويق بعض المستلزمات الطبية مازال يعرف بعض الاختلالات، سواء على مستوى التوزيع أو البيع أو الاستيراد أو على مستوى الإنتاج المحلي، كون بعض هذه المواد تدخل المغرب بطرق غير مشروعة، حيث يلاحظ وجود مواد مجهولة المصدر(كالفيتامينات والمواد الغذائية التكميلية والضمادات والكحول وبعض مواد تخفيف الوزن...)، في تحمل أحيانا علامات لشركات كبرى، و تباع بطريقة غير مشروعة، خارج الصيدليات وخارج إطار المراقبة، ويقبل المواطنون على شرائها بثمن أقل تكلفة من نظيرتها التي تباع في الصيدليات، نظرا لضعف القدرة الشرائية وغياب التوعية والتثقيف الصحي.

في هذا الإطار، تظل مهام المراقبة والتفتيش للمستلزمات الطبية التي تقوم بها المصالح المختصة التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، غير كافية لمراقبة دخول المستلزمات الطبية وتسويقها، حيث يتم الاعتماد فقط في تسجيل هذه المستلزمات على ما يدلي به صاحب المستلزم من معلومات أو معطيات، دون إجراء تحليلات مخبرية

للتأكد من صحتها وسلامتها، مما يعرض صحة المواطنين لمجموعة من المخاطر[114]، الأمر الذي يتطلب تعزيز آليات المراقبة، وفرض إجراءات صارمة على دخول وتسويق هذه المستلزمات، فلا يمكن الحديث عن الأمن الصحي إذا لم يكن هناك ضمانات تثبت أن هذه المنتجات الطبية تستوفي المعايير المقبولة للجودة والفاعلية والسلامة الصحية و ضمان استفادة المريض من جودة هذه المنتجات.

كما وقفت المجموعة الموضوعاتية عند مسألة تدبير النفايات الطبية والصيدلانية بالمغرب، سواء تعلق الأمر بالمخلفات الطبية والصيدلانية الناتجة عن المستشفيات والعيادات الطبية أو عن المختبرات الطبية، التي تسبب حين اختلاطها بالنفايات المنزلية مخاطر متعددة على البيئة والفرشة المائية وبشكل عام على صحة الإنسان، في ظل غياب حملات تحسيسية وتواصلية من طرف الحكومة، حول السبل التي يجب إتباعها والإجراءات الواجب التقيد بها، للتخلص منها بكيفية سليمة، الأمر الذي يتطلب تكتيف الجهود في مجال التكوين والتوعية بهذه المخاطر، والحرص على تنزيل مقتضيات القانون رقم 28.00 المتعلق بتدبير النفايات والتخلص منها، وكذا تعزيز المراقبة من طرف الجهات المعنية.

[114] تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية بمجلس النواب حول المهمة الاستطلاعية المؤقتة لمديرية الأدوية والصيدلة، دورة أبريل 2015.

2- اليقظة الدوائية والتجميلية

2-1: الاستخدام الآمن للأدوية

أصبحت ظاهرة بيع وتسويق الأدوية والمنتجات الصحية المزيفة والمهربة ومجهولة المصدر تتخذ أبعادا معقدة ومركبة، وتتداخل فيها مجموعة من المصالح، وتنشط في ترويجها العديد من الشبكات على المستوى الدولي، مما يشكل خطرا حقيقيا على الصحة العامة ببلادنا[115].

ويهدف نظام المراقبة الدوائية إلى ضمان الاستخدام الآمن للأدوية المتوفرة في المغرب، عبر مراقبة مستمرة لأعراضها الجانبية، وتقييم نسبة الفائدة والمخاطر لهذه المنتجات، فحسب تقرير للمركز المغربي لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية، تشكل الأدوية السبب الأول للتسمم بالمغرب، حيث إن نسبة 98.9% من حوادث التسمم وقعت في المنازل، و 45 % منها كانت عبارة عن محاولات انتحار[116].

وتنتج تسممات الأدوية إما بسبب الوصف الخاطئ لمقادير الأدوية من قبل بعض الأطباء، أو لسوء تعامل المريض مع الأدوية، أو مع وصفة الطبيب، أو في حالة الإفراط في أخذ المقادير، وكذا عند حالات التداوي الذاتي، أو تناول الأدوية المزورة، أو المنتهية الصلاحية، وهو ما يستدعي رصد وتقييم الأسباب الحقيقة لهذه التسممات، ونسبة الوفيات والأمراض المزمنة المترتبة عنها، وأثارها الجانبية والسلبية على المستهلك.

---

[115] كلمة وزير الصحة والحماية الاجتماعية، بمناسبة اليوم الدراسي الذي نظمته رئاسة النيابة العامة بالرباط، بشراكة مع وزارة الصحة، تحت عنوان "تعزيز الأمن الدوائي بالمغرب: التحديات والآفاق " بتاريخ 30 مارس 2022.

[116] تقرير المركز المغربي لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية لسنة 2017.

بالإضافة إلى اعتماد خيارات مناسبة وفق سياسة دوائية وطنية متجانسة ومتكاملة، تعتمد على تطوير برامج وآليات جديدة لمكافحة ترويج مثل هذه الأدوية والمنتجات الطبية المزيفة، بالتركيز على التشريعات والمساطر القانونية الحالية، مع إمكانية سن قوانين جديدة كفيلة بمعالجة واحتواء الظاهرة، من أجل درء كل أشكال الخطر عن بلادنا.

وتعتبر الأدوية المزيفة ظاهرة عالمية تعيق تحقيق الأمن الدوائي، حيث تحاول كل دول العالم الحد من استفحالها عن طريق تظافر الجهود لإبرام اتفاقيات دولية تمكن من تبادل المعلومات والخبرات في هذا المجال، إذ أن تجارة الأدوية المزيفة تعدّ مربحة جدا، و تحقّق مداخيل من 10 إلى 20 ضعفا ما يمكن أن تدرّه عمليات تهريب السجائر أو الهيروين[117].

ولضمان جودة الأدوية سواء تعلق الأمر بالأدوية الأصلية، التي تتطلب إجراء التجارب السريرية طبقا للممارسات السليمة الجاري بها العمل، والمراقبة التحليلية للدواء، والتوفر على ملف يضم جميع الوثائق العلمية المتعلقة بالدواء، أو تعلق الأمر بالأدوية الجنيسة، حيث تحل دراسات التكافؤ الحيوي محل التجارب السريرية، والتي تشكل شرطا ضروريا بالنسبة لبعض الجزيئات والأشكال الصيدلانية.

وفي هذا الصدد، تقوم لجان التفتيش الصيدلي بالمراقبة الميدانية لقطاع الأدوية والمنتجات الصحية بشكل دوري للتحقق من مدى احترامها للتشريعات والتنظيمات

[117] كلمة وزير الصحة والحماية الاجتماعية، بمناسبة اليوم الدراسي الذي نظمته رئاسة النيابة العامة بالرباط، بشراكة مع وزارة الصحة، تحت عنوان "تعزيز الأمن الدوائي بالمغرب: التحديات والآفاق "، بتاريخ 30 مارس 2022.

المعمول بها في الميدان الصيدلي، والقيام بحملات تفتيش بشكل مستمر، للتأكد من جودة الأدوية والمنتجات الصحية المتداولة في السوق الوطنية، وتتعامل مع الأدوية المُبلغ عنها للتأكد من مطابقتها للمواصفات.

2-2: اليقظة تجاه مستحضرات التجميل

تشكل مستحضرات التجميل بالمغرب خطرا على صحة المواطنين، من قبيل كريمات البشرة وتجميل العيون، التي يتم خلطها بمواد خطيرة وسامة كالزئبق والرصاص، مما يؤدي إلى حدوث أضرار جانبية كالغثيان وآلام البطن والقيء والتشنجات العضلية وتشوهات القلب وفقر الدم واحمرار الجلد والحرق والإحساس بالجفاف وغيرها من الأعراض، ناهيك عن انتشار مواد مجهولة التركيبة والمصدر وتسويقها بشكل عشوائي، يصعب التمييز بينها وبين المواد الأصلية نتيجة تطور تقنيات تزوير العلامات التجارية، في غياب نصوص تشريعية تسمح بمراقبة إنتاج واستيراد وبيع المنتوجات التجميلية.

وبعد تسجيل المركز الوطني للوقاية من التسممات واليقظة الدوائية للعديد من حالات التسمم نتيجة هذه المنتوجات، عملت وزارة الصحة على إصدار قرار يرمي إلى ضرورة توفر جميع الشركات المستوردة لمواد التجميل ومنتجات نظافة الجسد، على وثائق تثبت جودة وسلامة هذه المنتجات وفقا لاتفاقية مبرمة بين إدارة الجمارك ووزارة الصناعة والتجارة ووزارة الصحة، التي نصت على إلزام الشركات المستوردة لمواد التجميل بالإدلاء بوثيقتين ضروريتين، عند نقطة المراقبة الجمركية، تحت طائلة عدم السماح بمرور المستوردات إلى السوق الداخلي، ويتعلق الأمر بشهادة تسجيل المنتوج لدى مديرية

الأدوية والصيدلة بوزارة الصحة، وترخيص مستخلص من قبل المكتب الوطني للسلامة الصحية والمنتجات الغذائية، بعد إجراء الاختبارات الضرورية على المنتوج.

كما أصبحت منتجات التجميل بالمغرب –خلافا للأدوية– موجهة بشكل مباشر للمستهلك، ولا تخضع في الغالب لأي إكراه قانوني أو مراقبة، مما يجعل السوق المغربية مفتوحة أمام ترويج العديد من مواد التجميل الضعيفة الجودة، و مجهولة المصدر، ولاسيما المنتوجات المقلدة للمنتوجات المصنوعة بالمغرب أو المستوردة من بعض الدول، التي تباع بأثمنة زهيدة، ويمكن أن تحتوي مكونات ممنوعة على الصعيد الدولي[118].

3- اليقظة تجاه التسممات المرتبطة بالمنتجات الغذائية

تخضع المراقبة الصحية للمنتجات الغذائية ببلادنا منذ سنة 2010 للقانون رقم 28.07 المتعلق بالسلامة الصحية للمنتجات الغذائية[119]، كما يجسد إحداث المكتب الوطني للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية (أونسا)[120] الجهود المبذولة من أجل الارتقاء بالسلامة الصحية للمنتجات الغذائية وضمان ملاءمتها مع المعايير الدولية.

---

[118] يوم دراسي نظمه المركز المغربي لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية، حول موضوع "منتجات التجميل: واقع الحال وآفاق التقنين بالمغرب " بتاريخ 15 يونيو 2012.

[119] القانون رقم 28.07 المتعلق بالسلامة الصحية للمنتجات الغذائية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.10.08 بتاريخ 26 صفر 1431 (11 فبراير 2010).

[120] يعتبر المكتب الوطني للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية مؤسسة خاضعة لوزارة الفلاحة والصيد البحري، فهو يمارس وفقا للمادة 2 من القانون رقم 25.08، لحساب الدولة الاختصاصات المتعلقة بحماية المستهلك والحفاظ على صحة الحيوانات والنباتات.

ويشكل القانون رقم28.07 المتعلق بالسلامة الصحية للمنتجات الغذائية، آلية من آليات العمل التي أدخلت المبادئ العامة والمقتضيات التي تمكن من توفير سلامة صحية للمنتجات الغذائية، إلى جانب مجموعة من النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بتنزيل سياسة حقيقية للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية، والتي تتيح لمصالح المراقبة إمكانية أداء مهمتها على أحسن وجه.

وفي هذا الصدد، يمارس المكتب الوطني للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية المهام الأساسية الآتية:

- تطبيق سياسة الحكومة في مجال السلامة الصحية للنباتات والحيوانات والمنتجات الغذائية بدءا من المواد الأولية وصولا إلى المستهلك النهائي، بما في ذلك المواد المعدة لتغذية الحيوانات مع إمكانية إبداء الرأي عند وضع هذه السياسة؛
- القيام بتحليل المخاطر الصحية، التي يمكن أن تتسبب فيها المنتجات الغذائية والمواد المعدة لتغذية الحيوانات على صحة المستهلكين، وكذا العوامل المرضية بالنسبة لصحة النباتات والحيوانات؛
- مراقبة مبيدات الآفات الزراعية والمصادقة عليها، واعتماد المؤسسات التي تنتجها أو تستوردها أو تصدرها؛

وفي إطار المهام الموكولة إليه يضطلع المكتب بضمان مطابقة المنتجات الغذائية الموجهة إلى الاستهلاك بالسوق الوطنية للمعايير المعتمدة، وتعزيز المراقبة على المنتجات الغذائية المستوردة على مستوى نقاط التفتيش الحدودية من أجل الترخيص

فقط للمنتجات التي تتوافق مع المعايير المعتمدة بالدخول إلى التراب الوطني، ولا سيما المنتجات الأكثر استهلاكا.

يتضح أن حكامة السلامة الصحية للأغذية ببلادنا تعتمد على نظام تعدد المتدخلين، والاشتراك في المسؤولية بين العديد من القطاعات الحكومية والمؤسسات[121]، التي تعمل بشكل معزول، ويظل التنسيق فيما بينها محصورا في عمليات منح التراخيص لنقط البيع، و تشكيل اللجان المشتركة التي تنظم جولات مراقبة الأغذية، خلال بعض المناسبات (شهر رمضان، عيد الأضحى، موسم الصيف...)، وكذا الحد من انتشار بؤر الأمراض المتنقلة عن طريق الأغذية[122].

---

[121] القطاعات الحكومية:

– وزارة الفلاحة والصيد البحري والتنمية القروية والمياه والغابات: المسؤول الأول على الانتاج الزراعي وضمان الحماية الصحية النباتية والحيوانية وتأمين السلامة الصحية للأغذية (مهام المكتب الوطني للسلامة الصحية للمنتجات الغذائية).

– وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: المسؤول عن صحة المواطنين وعن التكفل بالمرضى في حالات الأمراض المنقولة عن طريق الأغذية، وباليقظة الصحية.

– وزارة الداخلية: المعني بالأمن الغذائي للمواطنين وهو الفاعل الرئيسي في حكامة الأنظمة الغذائية المغربية.

– وزارة الصناعة والتجارة والاقتصاد الأخضر والرقمي: معنية بالارتقاء بالجودة والسلامة في مجالات الصناعة والتجارة والتكنولوجيات الحديثة، والقيام بالمراقبة في مجالات الميترولوجيا، والاعتماد والجودة والسلامة بالمقاولة ومراقبة السوق وحماية المستهلك.

– الجماعات الترابية: تشكل الفاعل الرئيسي المكلف بالتدبير الإداري للمذابح والأسواق وتسليم التراخيص لنقط البيع (بعد الرأي الصحي لأونسا) ومصالح الصحة البلدية.

– إضافة إلى ذلك هناك متدخلين على امتداد السلسلة الغذائية: وزارة التجهيز والنقل واللوجستيك والماء، والدرك الملكي، والجمارك...وغيرهم.

[122] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول موضوع: "من أجل سياسة عمومية للسلامة الصحية للأغذية، تتمحور حول حماية حقوق المستهلكين وتعزيز تنافسية مستدامة للمقاولة على الصعيدين الوطني والدولي/إحالة ذاتية رقم 2019/44.

ثالثا: أثار التغيرات المناخية على الصحة العامة

أصبح التغير المناخي أحد أهم انشغالات الخبراء وصانعي السياسات في جميع أنحاء المعمورة، إذ يشكل تحديا كبيرا أمام البشرية، لما له من تأثير على التربة، والأنظمة المائية والسكان والنظم الإيكولوجية والطبيعية، ويعد هذا التغير المناخي من أبرز التحديات التي تهدد مستقبل التنمية المستدامة، خاصة مع تزايد آثاره على الأمن الغذائي، والصحي، والنشاط الاقتصادي وغيرها من الموارد الطبيعية، الشيء الذي ينعكس سلبا على صحة الإنسان.

ومن النتائج الراسخة التي توصلت إليها مجموعة من الدراسات والأبحاث العلمية، أن التغيرات المناخية لها تأثيرات كبيرة على الموارد البشرية والطبيعية، وقد تستمر هذه التغيرات لساعات وأيام، كما يمكنها أن تعمر لسنوات ولعقود طويلة، حسب درجة الضرر الذي يلحقه الإنسان بالمنظومة البيئية، وقد ظهر هذا التأثير بشكل جلي في القطاعات الأولية مثل الموارد الحيوية، والزراعية، والمائية. وقد يكون الأمر أكثر خطورة في السنوات القادمة، مما سيؤدي إلى تفاقم المشاكل الاقتصادية، الاجتماعية والبيئة.

كما تسببت التغيرات البيئية والمناخية في حدوث أثار صحية وخيمة على البشرية، واستفحال ظاهرة انتشار الكوارث الطبيعية الناجمة عنها، التي أدت إلى هلاك عدد كبير من الأشخاص، وتعد ظاهرة الاحتباس الحراري من الأسباب الرئيسية في وقوع التغيرات المناخية المفاجئة، وتداخل الفصول.

إذا كانت جائحة كوفيد-19 قد تسببت في ارتفاع مأساوي لحالات الوفيات، وانهيار قوى مهنيي الصحة مع ارتفاع عدد توافد المصابين بالعدوى على المستشفيات، وضعف توفر الأطقم الطبية، فإن أزمة المناخ أضحت أكبر تهديد صحي يواجه البشرية.

فحسب دراسة علمية لمنظمة الصحة العالمية[123]، تتسبب المشاكل البيئية والمناخية في سوء التغذية والزيادة في ارتفاع عدد الوفيات، وتفشي الأمراض والإصابات، جراء ظهور تطورات مناخية قاسية، تؤثر على الغذاء ومصادر المياه والصحة العامة والنظام الطبيعي، إضافة إلى تفاقم أمراض الإسهال والقلب والجهاز التنفسي، بفعل ارتفاع في تركيزات الأوزون على مستوى الأرض، وتغير التوزيع المكاني لبعض الأمراض المعدية في البلدان النامية، إذ تقدر منظمة الصحة العالمية، أنه خلال الفترة ما بين 2030 و 2050، سيؤدي التغير المناخي إلى حدوث نحو 250 ألف حالة وفاة إضافية سنويا، بسبب انتشار الأمراض كالملاريا والإسهال والإجهاد الحراري[124]، كما يقدر أن تتراوح التكاليف المباشرة للضرر على الصحة – دون احتساب التكاليف في القطاعات المحددة للصحة مثل الزراعة والمياه وخدمات الصرف الصحي- ما بين 2 و 4 مليارات دولار أمريكي في العام بحلول سنة 2030.

وتجمع التغيرات المناخية والصحة مجموعة من العوامل البيئية والاجتماعية والاقتصادية، وكذلك قدرة المجتمعات على الصمود أمام الكوارث. وتلعب العوامل البيئية والاجتماعية دورا مهما في التأثير على العواقب الصحية الناتجة عن التغير المناخي،

[123]OMS, les menaces pour la santé publique mondiale au XXI siècle

[124]منظمة الصحة العالمية، العلاقة بين تغير المناخ والصحة، تقرير 2016

ويعد الأطفال والأشخاص المسنون خاصة في البلدان الفقيرة من بين الفئات الأكثر عرضة للمخاطر الصحية الناجمة عن تغير المناخ، في ظل غياب التطبيب والمراكز الصحية، وانعدام الوعي لدى أغلب سكان المناطق الأكثر هشاشة.

وباعتبار مسألة السيطرة على الأمراض أمر مهم بالنسبة للوضع الصحي، والنمو الاقتصادي لمختلف دول العالم، الأمر الذي يدفعها إلى تشجيع البحث العلمي، المتعلق بالقضاء على انتقال الأمراض، إلا أنه يخشى من أن يفسد تغير المناخ هذا المسعى، حيث تبدي كثير من الأمراض الفتاكة حساسية شديدة تجاه تغير درجات الحرارة، مما يؤدي إلى انتشارها، ويتضح ذلك من خلال ظهور أمراض مرتبطة بالتغيرات المناخية، يمكن استعراضها على الشكل الآتي:

الأمراض الحساسة للمناخ Climate- sensitive diseases:

يأتي على رأسها الأمراض المنقولة بالنواقل Vector-Borne diseases كالملاريا، والليشمانيا، وغيرها من الأمراض المنتقلة بنواقل الأمراض كالبعوض، حيث تتسبب التغيرات المناخية في تغير البيئة الطبيعية، وفي أماكن إنتشار هذه النواقل، ولعل فيروس "زيكا" خير دليل على أن الأمراض المنتقلة بالبعوض يمكنها أن تشكل تهديدا عالميا واسع النطاق.

كما أن عددا من الأمراض المنتقلة عن طريق الماء والطعام أصبحت مدرجة ضمن الأمراض الحساسة للمناخ، وقد شهد العالم تغيرا في معدلات انتشار وبائيات تلك الأمراض، خصوصا بالمناطق التي تصيبها الفيضانات والسيول.

وتشكل هذه الأمراض خطرا داهما على صحة الملايين من البشر خاصة في المناطق المتضررة نتيجة التغيرات المناخية غير المتوقعة، كمرض "الكوليرا " المعروف بقدرته على إحداث تفشيات وبائية واسعة، وخسائر كبيرة في الأرواح، خصوصا بين الأطفال والرضع.

الأمراض التنفسية والقلبية:

يتسبب تغير جودة الهواء وزيادة الملوثات الناتجة عن ظاهرة التغيرات المناخية، في التأثير على الجهاز التنفسي والدوري للإنسان، مما يؤدي إلى تفاقم الأمراض التنفسية، كأزمات الربو والحساسية والتهابات الجهاز التنفسي، وأيضا مضاعفة المشاكل المتعلقة بأمراض القلب لدى الفئات الأكثر عرضة للخطر، كمرضى الأمراض المزمنة وكبار السن، والأشخاص الذين يعيشون في المدن ذات الكثافة السكانية الكبيرة والطابع الصناعي.

موجات الحر:

يؤدي الارتفاع الشديد في درجة الحرارة إلى الإنهاك الحراري، ومضاعفاته المختلفة، التي ينتج عنها في غالب الأحيان حدوث وفيات، إذا لم يتم التعامل معها بشكل طارئ، خصوصا لدى الفئات الأكثر عرضة للخطر كالمسنين والأطفال، كما يؤدي التعرض الطويل للحر الشديد لحالات الإغماء وضربة الشمس والتشنجات، بالإضافة إلى الأخطار المرتبطة بالتعرض للشمس كتلف الجلد وحروق الشمس ومضاعفة الإصابة بسرطان الجلد.

ندرة المياه والأمراض الطفيلية:

تؤدي التغيرات المناخية إلى الزيادة من تفاقم أزمات المياه على مستوى العالم، خاصة في الدول والمناطق ذات المناخ الجاف، وشبه الجاف، وتؤثر سلبا على صحة الإنسان، سواء من خلال النقص في تلبية احتياجاته اليومية لمياه الشرب، أو من خلال تلبية احتياجاته من المياه النظيفة المستعملة في النظافة والتطهير، والذي يهدد الأفراد من انتشار الأمراض الطفيلية، سواء المعوية (مثل: الطفيليات المعوية كالأسكارس والفاشيولا)، أو الجلدية (مثل: الجرب والقمل)، الشيء الذي يؤثر على صحة المجتمع ككل، كما أن ندرة المياه من شأنها التأثير على الإنتاج الحيواني والزراعي، وتهدد الأمن الغذائي للبشرية.

الأمن الغذائي والتسممات الغذائية:

نتيجة انتشار تداعيات التغيرات المناخية، شهد العالم تطورات خطيرة انعكست على جودة وكمية المحاصيل والإنتاج الزراعي، مما أثر سلبا على توافر الطعام بشكل عام، والطعام الصحي على وجه الخصوص، الذي يعتبر جزءا لا يتجزأ من صحة الإنسان، ولاسيما لدى الفئات الأكثر فقرا وهشاشة كالأطفال في طور النمو والحوامل، والمرضعات، وكبار السن، حيث أصبحت قضية الأمن الصحي مرتبطة ارتباطا وثيقا بإيجاد حلول مناسبة لتفادي الانعكاسات السلبة لأزمة المناخ.

الصحة النفسية:

أثبتت الدراسات أن درجات الحرارة المرتفعة، وشديدة الانخفاض وما يصاحبها من تغيرات على مستوى جودة الهواء، تؤثر سلبا على الصحة النفسية للأفراد، وبالتالي التأثير على جميع جوانب حياتهم، سواء على المستوى الشخصي والاجتماعي، أو على مستوى بيئة العمل.

أما على المستوى الوطني، فرغم مساهمة المغرب بحصة ضئيلة في انبعاثات الغازات الدفيئة على المستوى العالمي، إلا أنه يتأثر سلبا بآثار الاضطراب المناخي، مما نتج عنه توالي ظاهرة الجفاف في السنوات الأخيرة، وتكاثر بعض الظواهر المناخية القصوى بوتيرة متقاربة، مع عدم انتظام التساقطات المطرية، وتقلص الغطاء النباتي، بسبب التصحر واستفحال الكوارث الطبيعية.

وتعتبر المديرية العامة للأرصاد الجوية، انطلاقا من تتبعها لتطور المناخ في المغرب، ورصد التغيرات المناخية المفترضة، بناء على لائحة من المؤشرات، أن بلادنا، تعد من بين المناطق التي ستتأثر بالتغيرات المناخية في منطقة الحوض المتوسط وشمال إفريقيا، إذ تظهر المعطيات المناخية المرصودة على المستوى الوطني أن معدل الاحترار يرتفع ب 0,33 °C في كل عشر سنوات، وهو معدل يفوق المعدل العالمي العام، كما أن المغرب سيعرف أيضا بحسب الإسقاطات المستقبلية، ندرة في التساقطات، بسبب تجاه معظم المناطق الشمالية نحو مناخ أكثر جفافا، مع تزايد في مدى موجات الحر.

وتتجلى الآثار المباشرة للتغيرات المناخية على الصحة العامة بالمغرب فيما يلي:

- ✓ تزايد عدد الوفيات بسبب شدة الحرارة؛
- ✓ تزايد درجة تلوث الهواء وارتفاع مطرد في حالات الإصابة بالربو والالتهابات الرئوية؛
- ✓ تفشي الحساسية بسبب تزايد تركيز الجزئيات من نوع حبوب اللقاح في الهواء؛
- ✓ تزايد ظهور حالات الإصابة بالملاريا؛
- ✓ ارتفاع عدد حالات الإصابة بالليشمانيا؛
- ✓ ارتفاع احتمال نقل وبروز أمراض جديدة بالمغرب نتيجة نزوح الساكنة المهاجرة من بلدان جنوب الصحراء وتحول المغرب إلى بلد إقامة.

في هذا السياق، بادرت بلادنا، وفقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية، إلى وضع استراتيجيات وطنية للصحة، تأخذ بعين الاعتبار، عوامل تدهور البيئة والتغيرات المناخية، وتستهدف تعزيز درجة تكيف القطاع الصحي مع هذه الآثار، حيث حددت ثلاثة تحديات يتعين رفعها في مجال محاربة التغيرات المناخية:

1- تدبير الآثار المباشرة وغير المباشرة لظاهرة الاحترار على صحة الساكنة؛

2- التحكم في الآثار الصحية الناجمة عن تراجع نسبة التساقطات المطرية؛

3- التحكم في الآثار الصحية المرتبطة بالظواهر المناخية القصوى، وخاصة الفيضانات.

وإدراكا منها لأهمية الوقاية من الأمراض ذات الصلة بالعوامل البيئية، فإن وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، جعلت الصحة البيئية ضمن أولوياتها عند وضع

استراتيجيتها في أفق 2025، وذلك من خلال المخطط الوطني للصحة البيئية، الذي يقوم أساسا على تقييم المخاطر الصحية المرتبطة بالعوامل البيئية، وكذا الآثار الصحية الناجمة عن تلوث البيئة (الماء والهواء، والتربة، والأطعمة...)، لاسيما فيما يتعلق بالملوثات الجرثومية والكيميائية، والمبيدات الحشرية، ونواقل الأمراض...

كما تشكل مراقبة جودة المياه الصالحة للشرب، والمواد الغذائية، وكذا مراقبة نواقل المرض، محورا أساسيا للتدخل في مجال الصحة العامة، حيث تعمل الوزارة، على تحسين وتعزيز القدرات التقنية والترسانة القانونية والتنظيمية في كل المجالات، بالإضافة إلى تعزيز قدرات المختبرات الجهوية والإقليمية للصحة البيئية، حتى تتمكن من مراقبة مستويات التلوث البكتريولوجي والكيميائي للمياه والمواد الغذائية[125].

ومع ذلك، فإن المجهودات المبذولة لمواجهة التغيرات المناخية وتداعياتها على الصحة تبقى من منظورنا غير كافية، بالإضافة إلى النقص الملحوظ على المستوى الوطني، فيما يخص الدراسات المعمقة حول هذا الموضوع، الأمر الذي يجعل التحكم في هذه الآثار أكثر تعقيدا، ويحد من القدرة على التوقع والتكيف مع آثار التغيرات المناخية على صحة المغاربة.

رابعا: آليات نشر الوعي بالمخاطر وتعزيز الثقافة الصحية

يعد الوعي والتثقيف الصحي ركيزة أساسية لتحسين جودة حياة المجتمع، وضمان بيئة صحية مستقرة، فكلما زاد وعي الفرد بشكل خاص والمجتمع بشكل عام، قلت المخاطر والأضرار، ولبلوغ درجة هذا الوعي، وجب القيام بالدراسات والأبحاث المفصلة

[125] تقرير مشروع نجاعة الأداء، وزارة الصحة والحماية الاجتماعية مشروع قانون المالية 2022.

حول الظواهر الصحية من قبل المختصين، ومن تم نشرها قصد تعميم المعرفة على كافة أفراد المجتمع، للاستفادة منها، وجعلها تساهم في تحقيق الهدف المتمثل في الحد من انتشار أو زيادة هذه المخاطر.

كما يهدف التثقيف الصحي إلى تحفيز تبني الأفراد لنمط حياة صحي وسليم، يساعد على تحسين سلوكهم ومراجعة معتقداتهم واتجاهاتهم الفكرية، وتطبيق ذلك في حياتهم اليومية، بالإضافة إلى تمكنهم من معرفة كيفية سير النظام الصحي في بلدهم، وطرق الاستفادة من مزاياه.

ويساعد الوعي والتثقيف الصحي في بناء معرفة تراكمية لدى أفراد المجتمع، بغية ترسيخ سلوكيات إيجابية تجاه صحة العقل والبدن، حيث الغاية المرجوة من نشر الثقافة الصحية، هي تحسين الصحة العامة على مستوى الفرد والمجتمع، وزيادة متوسط معدل الأعمار والتقليل من نسبة حدوث الأمراض، والحد من آثارها، وتحسين جودة الحياة، الأمر الذي يتطلب نهج مقاربة فعالة لتثقيف الأفراد عن طريق القيام بالأيام التوعوية، وتنظيم اللقاءات المفتوحة مع الفئات المستهدفة، وعقد محاضرات وندوات موضوعاتية، وتوزيع النشرات الصحية، بالإضافة إلى تسخير وسائل الإعلام السمعية والبصرية، ووسائل التواصل الاجتماعية للقيام بهذه المهمة.

وعرفت السنوات الأخيرة انتشارا واسعا للبرامج والحملات التوعوية الصحية، من لدن المؤسسات الصحية والتعليمية والجامعية، وبمشاركة فعاليات المجتمع المدني المهتمة بالمجال الصحي، بهدف الرفع من الوعي الصحي، حيث يشكل هذا الأخير عنصرا أساسيا في إنجاح أي سياسة صحية فاعلة، إذا اعتبرنا أن مجموعة من الأمراض

المزمنة يمكن تفاديها، من خلال نشر التوعية بين أفراد المجتمع، وشرح الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بها، أو من خلال حثهم على إتباع بعض السلوكيات الإيجابية التي من شأنها الارتقاء بأوضاعهم الصحية، نظرا لانتشار الكثير من الأمراض المزمنة، كالسكري والسمنة والقلب، التي تشكل نتاج ممارسات خاطئة، مرتبطة بأنماط التغذية السائدة، وقلة ممارسة الرياضة، وكل هذه الممارسات يمكن أن تساهم في تقليل نسب انتشار هذه الأمراض، من خلال رفع الوعي الصحي وتعزيز آلياته وتطويرها وتمكين أفراد المجتمع من استيعابها.

1- الآليات الوطنية لنشر الوعي والثقافة الصحية

تضطلع وزارة الصحة والحماية الاجتماعية بأحد أهم الأدوار الرئيسية التي تكمن في المساهمة في التربية على الصحة، والتشجيع على اعتماد أنماط عيش سليمة، من خلال تزويد المواطنات والمواطنين طيلة مسار حياتهم بمعلومات موثوقة، ومعارف تمكنهم من اختيار وتبني سلوكيات صحية سليمة، قادرة على تحسين جودة حياتهم، وعلى الوقاية من الأخطار الصحية المتربصة بهم، حيث بالرجوع إلى إعلان "ألما أتا"[126]، الذي يعد كأول اتفاق دولي ينص على ضرورة تفعيل إجراءات وتدابير وطنية ودولية، كفيلة بتوفير رعاية صحية أولية في دول العالم قاطبة، واعتبارها شرطا أساسيا لرفع وتحسين مستوى صحة الأفراد والشعوب، كما أشار إلى أن الحق في الصحة لا يقتصر على الرعاية الصحية المناسبة فقط، بل يمتد أيضا ليشمل ما يعرف بمحددات

[126] المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية (ألما أتا الاتحاد السوفياتي شتنبر 1978) الوثيقة رقم EB 63/21 بتاريخ 19 دجنبر 1978.

الحالة الصحية، كتوفير الماء الصالح للشرب، والغذاء الكافي والصحي، والمسكن الملائم، والمعلومات الصحية الضرورية، وغيرها من العوامل التي تؤثر سلبا أو إيجابا على الحالة الصحية العامة.

وللنهوض بالدور الرئيسي لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية في مجال التوعية والتحسيس ونشر الوعي الصحي لدى المواطنات والمواطنين، قامت بخلق مجموعة من الآليات التي تمكنها من الاضطلاع بهذا الدور، نبرزها على الشكل التالي:

1-1 الهياكل والمصالح الإدارية المكلفة بالتوعية والتحسيس

أ- مصلحة الإعلام والتربية الصحية

تمارس هذه المصلحة، التابعة لقسم الإعلام والتواصل، مجموعة من المهام والاختصاصات، من قبيل إعداد وتنفيذ استراتيجية الإعلام والتربية الصحية لفائدة الساكنة، ولمهنيي الصحة، وتوجيه وسائل الإعلام والشركاء لنشر مضامينها، بالإضافة إلى إعداد المخططات وتنفيذها والقيام بحملات تواصل، تعنى بالتربية والتحسيس ببرامج الصحة العامة، وذلك بتنسيق مع المديريات المعنية.

ب- الوحدات الجهوية للإعلام والتواصل

تقوم هذه الوحدات بإعداد مخططات جهوية للأنشطة المتعلقة بالإعلام والتربية الصحية، والسهر على تنفيذ الأنشطة المرتبطة بالحملات الوطنية الخاصة وفقا للمخططات الموضوعة، فضلا عن مشاركتها في تنشيط اللقاءات المخصصة للتوعية

والتربية الصحية على المستوى الجهوي، وتنسيق تدخلات مهنيي الصحة في البرامج الإذاعية الجهوية.

ج- البرامج الصحية للوزارة

تدبر هذه البرامج من طرف الإدارات المركزية التقنية، ممثلة في مديرية السكان ومديرية علم الأوبئة ومحاربة الأمراض، وتشمل جميع البرامج الصحية الأنشطة والمحاور الخاصة بالتواصل والتربية والتحسيس (مثل البرنامج الوطني للتمنيع، البرنامج الوطني للتغذية، البرنامج الوطني لمحاربة داء السل ...).

1-2 التواصل الرقمي في مجال التوعية والتحسيس

أ- البوابة الوطنية للتوعية والتثقيف الصحي www.sehati.gov.ma

أطلقت هذه البوابة الإلكترونية بتاريخ 4 يناير 2016 بهدف توفير المعلومة الموثوقة والرسمية، ذات المرجعية العلمية المدققة، وتبسيط المواضيع الصحية، بمختلف أبعادها الفيزيولوجية والنفسية والبيئية ...إلخ، وتحتوي هذه البوابة على مجموعة من المقالات والمعلومات والدعائم التواصلية حول مختلف مواضيع الصحة العامة.

ب- تطبيق (Sehati)

يمكن تحميل هذا التطبيق مجانا على الهواتف الذكية انطلاقا من متجر (Google Play)، و (Apple Store)، حيث يحتوي على مقالات وفيديوهات نوعية وخدمات أخرى، يتم من خلاله تسهيل ولوج المواطنين إلى المعلومات المتعلقة بالصحة العامة.

ج- صفحة صحتي على مواقع التواصل الاجتماعي

(Linkedin, facebook, instagram, twitter, youtube)

تخصص هذه الصفحة للتوعية والتحسيس حول مختلف مواضيع الصحة العامة ذات الأولوية، حيث يتم عبرها نشر منشورات ورسائل تربوية وتحسيسية وفيديوهات توعوية، بصفة دورية ومنتظمة، بغية الرفع من الوعي الصحي لدى مستعملي شبكات التواصل الاجتماعي، وتشجيعهم على اتباع أنماط العيش السليمة وتحسيسهم حول أهمية مقاربة الوقاية من الأمراض.

د- اللقاءات التفاعلية المباشرة (Live – streaming)

يتم عبر هذه اللقاءات التفاعلية المباشرة مع المواطنات والمواطنين استضافة مهنيي الصحة على الصفحة الرسمية للوزارة، وصفحة صحتي على الفايسبوك، بغية تعزيز التواصل الرقمي للوزارة، من خلال تبسيط وتقريب وإيصال المعلومة الصحية لأكبر شريحة ممكنة من الساكنة، والتفاعل مع تساؤلاتهم على المباشر، بهدف زيادة الوعي الصحي حول مختلف مواضيع الصحة العامة.

1-3: اتفاقيات الشراكة من أجل التوعية والتحسيس

أ- اتفاقية شراكة مع الرابطة المحمدية للعلماء

تربط وزارة الصحة والحماية الاجتماعية والرابطة المحمدية للعلماء اتفاقية شراكة من أجل نشر ورفع الوعي الصحي لدى المواطنات والمواطنين، من خلال تعبئة المرشدين الدينيين للتحسيس والتوعية بمختلف مواضيع الصحة، بالاعتماد على "الدليل المرجعي

للمرشد التربوي في مجال التثقيف والتوعية الصحي" الذي أعدته الوزارة عن طريق مصلحة الإعلام والتربية الصحية.

ب- اتفاقية شراكة مع القطب العمومي السمعي البصري

بهدف نشر الوعي الصحي حول مختلف مشاكل الصحة العامة، وشرح سبل الوقاية منها، ضمانا للوصول إلى أكبر عدد من الساكنة، أبرمت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية اتفاقيات شراكة مع القطب العمومي السمعي البصري، من أجل بث الوصلات التلفزية والإذاعية والكبسولات التي تنتجها الوزارة للتوعية والتحسيس بمختلف مواضيع الصحة العامة ذات الأولوية.

1-4 آليات أخرى للتوعية والتحسيس

أ- الحملات التواصلية للتوعية والتحسيس

تنظم الوزارة حملات دورية ومنتظمة، الهدف منها تحسيس وتربية وتشجيع الساكنة على تبني سلوكيات سليمة تمكنها من الحد من مخاطر الأمراض، عن طريق إنتاج وبث كبسولات ووصلات على القنوات الإذاعية والتلفزية، وعلى المواقع الرسمية للوزارة، وعلى الصفحات الرسمية للوزارة بمواقع التواصل الاجتماعي، وكذا تصميم وإنتاج الدعائم التواصلية المطبوعة كالمطويات، والدلائل، ووضعها رهن إشارة الساكنة ومهنيي الصحة والوسطاء المحليين (Relais).

ب- فضاءات التربية على الصحة

تتوفر مؤسسات الرعاية الصحية الأولية على فضاءات خاصة بالتوعية والتحسيس، يقوم فيها منشطو البرامج الصحية ومهنيي الصحة ببرمجة حصص للتوعية الصحية، لفائدة مرتفقي هذه المؤسسات (أقسام الأمهات Classes des mères).

ج- استراتيجية الإعلام والتربية على الصحة

أعدت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية استراتيجية خاصة بالإعلام والتربية الصحية بعد تشخيص دقيق للوضعية الراهنة، واقتراح محاور للتدخل من أجل النهوض بصحة المواطنات والمواطنين.

د- الدلائل المرجعية للتواصل حول الصحة العامة

أعدت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية دلائل مرجعية في مجال التواصل حول الصحة العامة، نقدمها على الشكل التالي:

- ✓ الدليل المرجعي لتنشيط حصص التوعية والتحسيس الموجه لمهنيي الصحة؛
- ✓ الدليل المرجعي للتواصل حول الصحة العامة الموجه إلى الفاعلين المؤسساتيين والجماعاتيين؛
- ✓ الدليل المرجعي للتواصل حول الصحة العامة الموجه إلى وسائل الاعلام.

من خلال ما سبق، لاحظت المجموعة الموضوعاتية ، وجود مجهودات مبذولة من طرف وزارة الصحة والحماية الاجتماعية في سبيل الرفع من الوعي الصحي على المستوى الوطني، بتنسيق وتعاون مع هيئات ومؤسسات أخرى، كما تسجل المجموعة

الموضوعاتية بعض النقائص في هذا المجال، ويرجع ذلك إلى إشكالية نشر حملات التشكيك في المعلومات المقدمة، مما يجعل كل هذه المجهودات المبذولة لنشر الثقافة الصحية، تواجهها تحديات صعبة تتطلب الانطلاق من خصوصيات المجتمع المغربي، إضافة إلى الاختلاف في الخلفية الاجتماعية ونمط الحياة، وتفشي أساليب التداوي التقليدية، التي مازالت حاضرة في الواقع الشعبي للمغاربة.

كما نجد العديد من الأشخاص يلجؤون إلى استخدام الأدوية لاسيما المضادات الحيوية بشكل عشوائي، وعند أية أعراض لأمراض نزلات البرد والأنفلونزا والزكام والكحة، والتهابات الجهاز التنفسي، دون وصفة طبية، غير مدركين للمخاطر الصحية، الناتج عن ذلك.

هذا، ويعاب على بعض البرامج الإعلامية والمندرجة في إطار مبادرات وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، الأسلوب المتبع من حيث نمطيته، وابتعاده عن الشرح المبسط، دون توظيف لغة تتناسب مع المستوى المعرفي لأغلب فئات المجتمع.

سياسة تواصل المغرب خلال جائحة كوفيد-19

منذ تفشي جائحة كورونا، التزمت بلادنا بتنزيل التعليمات الملكية السامية من أجل تكريس مبدأ الشفافية والتواصل وتوعية المواطنين، والحرص الدائم على الوفاء بالالتزامات الدولية للحفاظ على مصداقية وإشعاع المملكة، لذلك، انطلق المغرب بتاريخ 24 يناير 2020، بتقديم النشرات بشكل مفصل حول تطور الوضع الوبائي، لتنوير الرأي العام الوطني بشكل منتظم في جميع مراحل الظرفية الوبائية، والإدلاء بالمعلومات بشكل تدريجي، تفاديا لأي طارئ قد يتسبب في زعزعة استقرار المواطنين، والسماح

لهم باستيعاب الصدمة شيئا فشيئا، مستندا في ذلك على توصيات اللجنة العلمية المشكلة في إطار تدبير الجائحة، تفاديا لأي تضليل يمس بمصداقية السلطات وفعالية التصدي لهذه الجائحة.

كما تم تنوير الرأي العام الوطني – وبشكل مستمر– عبر جميع القنوات الإذاعية والتلفزية، بأهم المستجدات حول تطورات الوضع الوبائي ببلادنا، وبأهم الإجراءات والتدابير المتخذة للحد من انتشاره، ناهيك عن تنظيم لقاءات صحفية، ونشر بلاغات منتظمة على طوال فترة انتشار الوباء.

غير أن السياسة التواصلية التي واكبت مختلف مراحل تطور الجائحة، عرفت نقصا على مستوى تأطير النقاش العمومي المفتوح، الذي من شأنه المساهمة في تعبئة الساكنة، حول الجهود المبذولة لمكافحة تفشي فيروس كوفيد–19، إضافة إلى أن عجز عدد من المواقع الإلكترونية الرسمية للقيام بتحيين محتوياتها حول تطورات الفيروس إلا بعد مرور عدة أسابيع، ضيع فرص استثمار هذه الوسيلة الهامة والرئيسية في التواصل مع الساكنة، خاصة الشباب[127].

2– محاربة التضليل الإعلامي ونشر الأخبار الزائفة

أتاح التحول الرقمي لوسائل الإعلام والاتصال فرصا جديدة للولوج إلى المعلومة، والمساهمة في تعزيز حرية التعبير وتوسيع نطاق المشاركة والتفاعل، إلا أن المحتوى الذي تعرضه المنصات العالمية ومواقع التواصل الاجتماعي يظل مهيمنا، في غياب

[127] تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا" كوفيد–19 " والسبل الممكنة لتجاوزها، إحالة رقم 2020/28.

تقنين لضبط المضامين، الأمر الذي يفتح المجال أمام انتشار بعض الممارسات السلبية، وترويج المنشورات الزائفة في مواقع التواصل الاجتماعي.

في هذا الإطار، يشكل موضوع انتشار الأخبار الزائفة مصدر قلق حقيقي يحث صناع القرار السياسي والاقتصادي على تعبأة الجهود لمواجهته، حيث يؤثر بشكل كبير على القرارات، التي تتخذها مجموعة أو شركة أو حتى الدولة، مما يجعل التضليل الإعلامي ونشر الأخبار الكاذبة من بين الأخطار الرئيسية، التي تهدد السلم المجتمعي وتحدق بالاقتصاد العالمي.

وصاحب ظهور فيروس كوفيد-19 انتشار الشائعات، وزادت نسبة ارتفاع أعداد المصابين من حالة الخوف، التي كان في الغالب سببها يعود إلى ترويج الأخبار الزائفة، الأمر الذي جعل منظمة الصحة العالمية تنتبه لهذه المسألة، وتعمل على اتخاذ الإجراءات المناسبة للإحتياط من تأثيرها على تطور انتشار الوباء، من خلال تحديث صفحاتها، وجعلها مواكبة لتوضيح حقائق الشائعات الأكثر تداولا عن فيروس كوفيد-19، والحد من تداولها بين وسائل الإعلام المختلفة.

وكباقي دول العالم، عرف المغرب خلال هذه الفترة الوبائية تزايد انتشار الأخبار الزائفة والأنباء الخادعة، التي تناقلتها مواقع التواصل الاجتماعي ببلادنا، خصوصا خلال الفصل الأول من سنة 2020، حيث تم الترويج لبعض الأخبار من قبيل: "موجات 5G تساعد على نقل عدوى فيروس كورونا المستجد"، "الفيروس لا يقاوم الحرارة وسيختفي عند تعرضه لدرجة حرارة تفوق 26-27 °C"، كان لهذه الأخبار تأثير كبير على عملية نشر الإصدارات الرسمية للسلطات العمومية، والترويج لمصادر الخبر

الموثوقة، ورغم ذلك تظل مسألة تدقيق الأخبار في المغرب ممارسة ناشئة تتجسد معالمها في الفضاء الرقمي بشكل متقطع.

وتتوفر بلادنا على ترسانة قانونية لمكافحة التضليل الإعلامي عبر الأنترنيت، إذ ينص القانون رقم 88.13 المتعلق بالصحافة والنشر في فرعه الخاص بحماية النظام العام على مقتضيات تدين التضليل الإعلامي، بما فيه الترويج للأخبار الزائفة عبر الانترنيت[128].

كما يجرم القانون الجنائي المغربي في فرعه الخامس المتعلق بالاعتداء على الشرف أو الاعتبار الشخصي وإفشاء الأسرار، بالإضافة إلى مجموعة من المقتضيات التي تؤطر التضليل الإعلامي عبر الأنترنيت، لاسيما مقتضيات المادة 447 وما يليها، وخصوصا الفصل 447.2 من القانون الجنائي[129].

هذا، وتشمل دفاتر التحملات المصادق عليها من طرف المجلس الأعلى للإتصال السمعي البصري فقرة متعلقة بوضع شروط لتأطير نزاهة الأخبار والبرامج، حيث تنص

---

[128] تنص المادة 72 من القانون رقم 88.13 المتعلق بالصحافة والنشر على ما يلي:
" يعاقب بغرامة من 20.000 إلى 200.000 درهم كل من قام بسوء نية بنشر أو إذاعة أو نقل خبر زائف أو ادعاءات أو وقائع غير صحيحة أو مستندات مختلقة أو مدلس فيها منسوبة للغير إذا أخلت بالنظام العام أو أثارت الفزع بين الناس، بأية وسيلة من الوسائل ولاسيما بواسطة الخطب أو الصياح أو التهديدات المفوه بها في الأماكن أو الاجتماعات العمومية وإما بواسطة المكتوبات والمطبوعات المبيعة أو الموزعة أو المعروضة للبيع أو المعروضة في الأماكن أو الاجتماعات العمومية وإما بواسطة الملصقات المعروضة على أنظار العموم وإما بواسطة مختلف وسائل الإعلام السمعية البصرية أو الإلكترونية وأية وسيلة أخرى تستعمل لهذا الغرض دعامة إلكترونية."

[129] ينص الفصل 447.2 على أنه: "يعاقب بالحبس من سنة واحدة إلى ثلاث سنوات وغرامة من 2.000 إلى 20.000 درهم، كل من قام بأي وسيلة بما في ذلك الأنظمة المعلوماتية، ببث أو توزيع تركيبة مكونة من أقوال شخص أو صورته، دون موافقته، أو قام ببث أو توزيع ادعاءات أو وقائع كاذبة، بقصد المس بالحياة للأشخاص أو التشهير بهم."

المادة 9 من دفاتر التحملات على ما يلي: " يطبق مبدأ نزاهة الأخبار على مجوع برامج الخدمة المقدمة من طرف المتعهد. يتعين على المتعهد التحقق من مصداقية الخبر، خصوصا باللجوء إلى مصادر متنوعة وموثوقة، وفي حدود الممكن ينبغي ذكر مصادر الخبر".

وخلال مرحلة جائحة كوفيد-19، أصدر المجلس الأعلى للإتصال السمعي البصري يوم 10 أبريل 2020، تقريرا حول إسهام الخدمات الإذاعية والتلفزية في التعبئة الوطنية، للحد من تفشي فيروس كورونا المستجد[130]، حيث تضمن موضوع تفكيك الأخبار الزائفة. في هذا الإطار، دعا المجلس الأعلى الخدمات الإذاعية والتلفزية إلى استغلال هذه الظرفية لتطوير مضامين سمعية بصرية مرصودة للنهوض بالدراية الإعلامية للمواطن، خصوصا مع تنامي ما بات يعرف "بالزيف العميق" Deepfake" اعتمادا على تقنيات الذكاء الاصطناعي للقوة التأثيرية للفيديوهات، إذ من شأن هذا المجهود الرفع من مستوى يقظة الجمهور، وتطوير حسه النقدي إزاء الأخبار المتداولة على منصات التواصل الاجتماعي، وتطبيقات التراسل الفوري.

[130] تقرير الهيئة العليا للإتصال السمعي البصري حول إسهام الخدمات الإذاعية والتلفزية في التعبئة الوطنية للحد من تفشي فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19).

الـتــوصـيــات

الـتـوصـيـات

بعد التشخيص المقدم بهذا التقرير الموضوعاتي، وبناء على المقترحات التي تسعى إلى النهوض بالمنظومة الصحية، حتى تتمكن من القيام بدورها كاملا في تقديم العلاج للمواطنين، سواء خلال الظروف العادية، أو أثناء ظهور بعض الأمراض والأوبئة، فإن المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي توصي بمايلي:

✓ **على المستوى السياسي والمؤسساتي:**

- تشيد المجموعة الموضوعاتية الخاصة بالأمن الصحي بالمشروع الملكي المتعلق بالحماية الاجتماعية، الذي سيؤدي إلى الرفع من مستوى المحددات الاجتماعية للولوج إلى الحق في الصحة، وتدعو الحكومة إلى مواكبة هذا المشروع المهيكل بتصور شامل من خلال تجميع مختلف البرامج والمشاريع العمومية الاجتماعية، في إطار سياسة عمومية اجتماعية شاملة ومتكاملة.
- ضرورة بلورة سياسة عمومية مندمجة للنهوض بالمنظومة الصحية، والعمل على ضمان التقائية أهداف كافة التدخلات العمومية من خلال:

1. التقائية أفقية؛ باعتبار المنظومة الصحية مجال أفقي يتطلب تدخل العديد من القطاعات الحكومية؛
2. التقائية عمودية؛ باعتبار المنظومة الصحية مجال لتدخل الحكومة ومجموعة من المؤسسات والهيئات ذات الاستقلال الإداري والمالي، ويدمج القطاع العام والخاص في تقديم الخدمات الصحية كخدمة عمومية؛

3. التقائية ترابية؛ من أجل إنجاح عملية التوطين الترابي للسياسات العمومية الصحية؛

- وضع سياسة دوائية واضحة ومرنة، ومواكبتها من خلال إصدار مدونة للتشريع الدوائي، وجعلها قادرة على تأطير التطورات والتحديات المستقبلية، وشاملة لمختلف مراحل إنتاج وتوزيع وتسويق وتسعير الدواء والمستلزمات الطبية؛
- العمل على إيجاد صيغة فعالة لتفعيل آليات التشاور، لإشراك مختلف الفاعلين السياسيين والمؤسساتيين والاجتماعيين والخبراء، من أجل بلورة تصور واضح يكون مدخلا أساسيا لبناء منظومة صحية متكاملة، ومواكبة تنزيلها وتقييمها، باعتبار الصحة أصبحت من روافد تعزيز ركائز السيادة الوطنية؛
- ضرورة إشراك الجهات باعتبارها مؤسسات منتخبة مسؤولة عن تنزيل السياسة العامة للدولة في مجالها الترابي، من أجل تشخيص إشكالات المنظومة الصحية في مجالاتها الجغرافية، والبحث عن حلول محلية وفق مقاربة تنسجم مع تنزيل طموح الجهوية المتقدمة؛
- ضرورة إحداث هيئة مستقلة للضبط والمراقبة طبقا لمقتضيات الفصل 157 من الدستور، وجعلها مكلفة بمراقبة مدى تقيد المؤسسات والهيئات المتدخلة في تقديم الخدمات الصحية بقواعد الحكامة الجيدة، وتقييم برامجها ومشاريعها التي تهدف إلى النهوض بالمنظومة الصحية؛

✓ **على مستوى التشريعي والتنظيمي:**

- التعجيل بوضع قانون إطار للمنظومة الصحية، وتحيين المنظومة القانونية والتنظيمية المؤطرة لكافة روافد هذا المجال، أخذا بعين الاعتبار الإكراهات

والتحديات الجديدة، ويفتح المجال للمواطنات والمواطنين من أجل الولوج إلى الصحة كحق طبيعي، وفق مبدأ المساواة والإنصاف في تلقي علاج مناسب وبجودة عالية؛

- ضرورة إيجاد بيئة تشريعية وتنظيمية حاضنة للتحول الذي يعرفه مفهوم الأمن الصحي، وجعلها كفيلة بضمان فعالية كافة الإجراءات المتخذة لمواجهة المخاطر الصحية؛
- إحداث نظام فعال لتنظيم مختلف مرافق المستشفيات، وتنظيم عملية الولوج إليها، وتحسين آليات الاستقبال، وتوصيف تدخل مختلف الأطر الطبية والصحية والتقنية في تقديم العلاجات، من خلال مأسسة لوحة للقيادة يستند عليها في تدبير المستشفيات العمومية؛
- المطالبة بتحيين مدونة الأدوية، ومراجعة مقاربة الشراء الجماعي من المركز للأدوية والأجهزة الطبية والمستلزمات الصحية والمخبرية، وإيجاد صيغ تنظيمية لتشخيص الحاجيات جهويا وشرائها جهويا.

✓ **على مستوى الرفع من جودة الخدمات الصحية والتأطير الطبي:**

- العمل من أجل تعميم المستشفيات الجامعية وكليات الطب والصيدلة وطب الأسنان والمعاهد العليا المختصة في تكوين المهنيين في المجالات التمريضية وتقنيات الصحة على مختلف جهات المملكة، وتشييد المزيد من المستشفيات وتأهيل المستشفيات الموجودة، وتزويدها بكافة المعدات الطبية والتقنية، حتى تتمكن من تقديم خدماتها بشكل يلائم الطلب المتزايد على الصحة؛

- وضع خارطة صحية جهوية واضحة، وجعلها آلية لتنزيل السياسة الصحية، قصد الحد من التفاوتات المجالية، وتحيينها بشكل مستمر وفق المستجدات، وتضمينها مسار تقديم العلاجات، وجعل برامج الوقاية أساسا لتخفيف الضغط المتزايد على المنظومة الصحية؛
- العمل على إيجاد حلول جذرية لمعضلة الخصاص في الموارد البشرية، عن طريق الرفع من عدد المقاعد الدراسية المخصصة لكليات الطب والصيدلة وطب الأسنان، ومعاهد الصحة، والحد من هجرة الأطباء، وتكثيف جهود الدولة في توفير تكوين مناسب ويساير التطورات التكنولوجيا الحديثة؛
- العمل على الرفع من جاذبية المهن الطبية والصحية عن طريق التحفيز، وتوفير شروط أمنة ومناسبة للعمل، ووضع إطار يضمن سلاسة تقديم الخدمات الصحية بشكل يمكن من الرفع من جودتها؛
- التشجيع على رقمنة المنظومة الصحية وإدماج الأنظمة المعلوماتية في تقديم بعض الخدمات، بما يضمن تقديمها بجودة عالية، وبتكلفة مناسبة؛
- تقنين ومراقبة المختبرات الطبية الخاصة.

✓ **على مستوى التقليص من إنفاق الأسر على الصحة:**

- الرفع التدريجي من الانفاق العمومي على منظومة الصحة، عن طريق تحرير ميزانية الصحة من إكراهات ضبط التوازنات المالية، وجعلها تنبني على تخصيص الاعتمادات بشكل يناسب الحاجيات، ووضعها وفق تبويب يسهل مقروئيتها؛

- مواصلة تخفيض ثمن الأدوية وخصوصا التي تستعمل في علاج الأمراض المزمنة والمستعصية، وتشجيع استهلاك الدواء الجنيس، والالتزام بمراجعة التعريفة الوطنية المرجعية كل ثلاث سنوات، واعتماد النظام الثالث المؤدي لتلقي العلاجات، ودعم الصناعة الوطنية في المجال بشكل يضمن السيادة الدوائية لبلادنا؛
- مراجعة المنظومة التحفيزية والضريبية المعتمدة في القطاع الصحي بما يجعلها تتحمل عبئ تقديم الخدمات الصحية بالجودة والتكلفة المطلوبة؛
- التفكير في إحداث تمويلات مبتكرة من أجل دعم المؤسسات الصحية، وتطوير القدرات المالية للمؤسسات الاستشفائية؛
- القيام بإصلاح جذري لمختلف صناديق التأمين الصحي، وفق مقاربة التضامن والتعاضد، والعمل على تجميعها بشكل يسمح بتطوير سلة الخدمات والحفاظ على توازناتها المالية؛
- البحث عن سبل مناسبة وناجعة تمكن من توسيع سلة الخدمات الصحية المؤمن عنها، وربطها بآليات فعالة لقياس أثارها على تمويل العرض الصحي؛
- العمل على توحيد سلة العلاجات وتحديد نسبة الاشتراكات والمساهمات، وضبط أجل التعويضات، وتجويد آليات مراقبة وحكامة التعويضات المقدمة؛
- التحكم في نفقات صناديق التأمين من خلال تجديد الاتفاقيات الوطنية، ومراجعة التعريفة المرجعية وتحديث بروتوكولات العلاج.

✓ **على مستوى تعزيز يقظة المنظومة الصحية:**

- تعتبر المجموعة الموضوعاتية الأمن الصحي مدخلا أساسيا لتحقيق السيادة الصحية، مما يستوجب وضع إطار قانوني خاص به، وخطة استباقية للرصد واليقظة كفيلة بجعل المنظومة الصحية قادرة على رصد وتتبع الأوبئة ومواجهة كافة الأمراض والأزمات الصحية؛
- تعزيز قدرات المنظومة الصحية على مستوى اليقظة الوبائية من خلال انخراط كافة المتدخلين في القيام بالتجارب المحاكاة؛
- إحداث آلية علمية مكلفة بمراقبة طوارئ الصحة العامة، وتطوير دلائل تعنى بالوقاية والكشف عن المخاطر وكيفية التعامل معها، مع ضرورة ربطها بشبكة فعالة للمختبرات المعتمدة، والقادرة على الرصد الفيروسي والتسلل الجيني، وجعل توصياتها ملزمة للسلطات العمومية؛
- هيكلة مختبرات البحث العلمي على مستوى اليقظة ومحاربة الأوبئة، والعمل على دراسة مدى تأثير التحولات المناخية على الصحة، والرفع من الدعم الموجه للبحث العلمي وخصوصا الذي يسعى إلى تطوير الصناعة الدوائية ومعدات الصحة؛
- إحداث آلية لليقظة مندمجة وجعلها مكلفة بمراقبة ترويج وتسويق المنتجات التي من الممكن أن يكون لها تأثير على الصحة، وفق المعايير الدولية المعمول بها في هذا المجال؛
- توجيه البحث العلمي والابتكار نحو تعزيز القدرات التقنية والتدبيرية للمنظومة الصحية، وجعل المعهد الوطني للصحة والمختبرات التابعة له مكلفة كجهة

علمية بتقديم دراسات تعنى برصد المخاطر الصحية، وتحديد مقاربات لمواجهتها؛

- نشر التوعية والتحسيس بمخاطر النفايات الطبية، وتشديد المراقبة على كيفية التخلص منها بشكل آمن وصحي، وفق ما تنص عليه النصوص القانونية والتنظيمية الجاري بها العمل؛

لائـــحـــة الـــمـــراجـــع

المراجع المعتمدة:

أولا: المراجع باللغة العربية:

- **الخطب والرسائل الملكية:**

- ✓ نص الخطاب الملكي السامي الذي ألقاه الملك محمد السادس نصره الله، بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية الثامنة، يوم 14 أكتوبر 2011.
- ✓ نص الخطاب الملكي السامي الذي ألقاه الملك محمد السادس نصره الله، بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الثانية من الولاية التشريعية العاشرة 2017 -2018، يوم 13 أكتوبر 2017.
- ✓ نص الخطاب الملكي السامي الذي وجهه صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله، بمناسبة الذكرى 19 لتربعه على عرش أسلافه المنعمين، يوم 30 يوليوز 2018.
- ✓ الرسالة الملكية السامية الموجهة إلى المشاركين في المناظرة الوطنية الثانية للصحة، التي انطلقت أشغالها يوم الإثنين 01 يوليوز 2013، بمراكش.
- ✓ الرسالة الملكية السامية الموجهة إلى المشاركين في الاحتفال الرسمي باليوم العالمي للصحة، تحت شعار " الرعاية الصحية الأولية، الطريق نحو التغطية الصحية الشاملة "، الرباط 2019.

➢ **<u>المواثيق الدولية والنصوص القانونية والتنظيمية والوثائق الرسمية:</u>**

- ✓ دستور منظمة الصحة العالمية، أقره مؤتمر الصحة الدولي المنعقد بنيويورك من 19 يونيو إلى 22 يوليو 1946.
- ✓ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 المؤرخ في 16 ديسمبر 1966.
- ✓ ظهير شريف رقم 1.11.91 صادر في 27 شعبان 1432 (29 يوليوز 2011) بتنفيذ نص الدستور في الجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر؛ 28 شعبان 1432 (30 يوليوز 2011).
- ✓ ظهير شريف رقم 1.02.296 صادر في 25 من رجب 1423 (3 أكتوبر 2002)، بتنفيذ القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية؛ الجريدة الرسمية، عدد 5058، 16 رمضان 1423 (21 نوفمبر 2002).
- ✓ ظهير شريف رقم 1.11.83 الصادر في 29 من رجب 1432 (2 يوليو 2011)؛ بتنفيذ القانون الإطار رقم 34.09 يتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الجريدة الرسمية عدد 5962، 19 شعبان 1432 (2 يوليو 2011).
- ✓ القانون رقم 28.07 المتعلق بالسلامة الصحية للمنتجات الغذائية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.10.08 بتاريخ 26 صفر 1431 (11 فبراير 2010)؛

- ✓ الظهير الشريف رقم 1.09.212 صادر في أكتوبر 2009 بنشر اللوائح الصحية الدولية (2005) التي اعتمدتها جمعية الصحة العالمية في دورتها الثامنة والخمسين بتاريخ 23 ماي 2005، ونشر في الجريدة الرسمية عدد 5784 بتاريخ 5 نونبر 2009.
- ✓ ظهير شريف رقم 1.13.90 صادر في 22 من شوال 1434 (30 اغسطس 2013) بتنفيذ القانون رقم 84.12 المتعلق بالمستلزمات الطبية. نشر بالجريدة الرسمية عدد 6188؛ بتاريخ 19 سبتمبر 2013.
- ✓ مرسوم رقم 2.94.285 صادر في 17 من جمادى الأخرة 1415 الموافق ل21 نوفمبر 1994 في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية، الجريدة الرسمية عدد 4286، بتاريخ 21 دجنبر 1994.
- ✓ مرسوم رقم 2.14.562، صادر في 7 شوال 1436 (24 يوليو 2015)، بتطبيق قانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، الجريدة الرسمية، عدد 6388، 4 ذو القعدة 1436 (20 أغسطس 2015).
- ✓ مرسوم ملكي رقم 176.66 بتاريخ 14 ربيع الاول 1387 (23 يونيو 1967) بشأن مركز الأمصال واللقاحات، الجريدة الرسمية، عدد 2852، 19 ربيع الأول 1387 (28 يونيو 1967).

- ✓ مرسوم ملكي رقم 687.67 بتاريخ 26 شعبان 1387 (29 نونبر 1967) بتتميم المرسوم الملكي رقم 176.66 بتاريخ 14 ربيع الاول 1387 (23 يونيو 1967)، الجريدة الرسمية عدد 2875، 4 رمضان 1387 (1967).
- ✓ مرسوم ملكي رقم 175.66 بتاريخ 14 ربيع الأول 1387 (23 يونيو 1967) بالمصادقة على الاتفاقية المبرمة بين الحكومة المغربية ومعهد باستور بباريس يوم 15 نونبر 1929 بشأن معهد باستور بالمغرب، الجريدة الرسمية، عدد 2852، 19 ربيع الأول 1387 (28 يونيو 1967).
- ✓ قرار وزير الصحة رقم 003.16 صادر في 23 من ربيع الأول 1437 (4 يناير 2016) بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللاممركزة لوزارة الصحة، الجريدة الرسمية، عدد 6452، 21 جمادى الأخرة 1437 (31 مارس 2016)؛
- ✓ القرار الوزاري رقم 013065 بتاريخ 16 شتنبر 2019 لإنشاء المركز الوطني لعمليات الطوارئ في الصحة العامة.
- ✓ البرنامج الحكومي للولاية التشريعية الثالثة 1977 – 1983، البرنامج الحكومي الذي تقدم به الوزير الأول أحمد عصمان بمجلس النواب، بتاريخ 10 نوفمبر 1977، الموسوعة الخمسينية للعلاقات بين الحكومة والبرلمان 1963 – 2013.

- البرنامج الحكومي للولاية التشريعية الخامسة 1993 –1997، الذي تقدم به الوزير الأول محمد كريم العمراني بمجلس النواب، بتاريخ 23 نوفمبر 1993، الموسوعة الخمسينية للعلاقات بين الحكومة والبرلمان 1963–2013.
- البرنامج الحكومي للولاية التشريعية السادسة 1998 –2002، الذي تقدم به الوزير الأول عبد الرحمن اليوسفي بمجلس النواب، بتاريخ 17 أبريل 1998، الموسوعة الخمسينية للعلاقات بين الحكومة والبرلمان 1963 – 2013.
- البرنامج الحكومي للولاية التشريعية الثامنة 2007 –2011، الذي تقدم به الوزير الأول عباس الفاسي بمجلس النواب، بتاريخ 24 أكتوبر 2007، الموسوعة الخمسينية للعلاقات بين الحكومة والبرلمان 1963 – 2013.
- البرنامج الحكومي للولاية التشريعية التاسعة 2011 –2016، الذي تقدم به رئيس الحكومة عبد الاله بنكيران بمجلس النواب، بتاريخ يناير 2011، الموسوعة الخمسينية للعلاقات بين الحكومة والبرلمان 1963 – 2013.
- البرنامج الحكومي للولاية التشريعية العاشرة 2016 – 2021، رجب 1438 – أبريل 2017، الذي تقدم به رئيس الحكومة سعد الدين العثماني بالبرلمان، بتاريخ 19 أبريل 2017، المملكة المغربية، رئيس الحكومة، 2017.
- البرنامج الحكومي للولاية التشريعية الحادية عشر 2021–2026، الذي تقدم به رئيس الحكومة عزيز أخنوش أمام البرلمان، أكتوبر 2021، المملكة المغربية، رئيس الحكومة.

- الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012 – 2016، وزارة الصحة، مارس 2012.
- الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي 2017 –2021، وزارة الصحة، 2017.
- سياسة قطاع الصحة في مجال تدبير الموارد البشرية، مديرية الموارد البشرية، وزارة الصحة 2014.
- الكتاب الأبيض، من أجل حكامة جديدة لقطاع الصحة، المناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش، يومي 1 و2 و3 يوليوز 2013.
- **التقارير:**

- ✓ تقرير مجلس الأمن الدولي، القرار 2177 (2014)، تفشي مرض الإيبولا في إفريقيا، جلسة 7268 في 18 شتنبر 2014.
- ✓ منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط (2007)، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2007: مستقبل أكثر أمنا.
- ✓ تقرير منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الخطة الإقليمية لمواجهة الأمراض المستجدة والمنبعثة، الدورة 43، ماي 1996.
- ✓ المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية (ألما أتا الاتحاد السوفياتي شتنبر 1978) الوثيقة رقم EB 63/21 بتاريخ 19 دجنبر 1978.
- ✓ تقرير حول نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي لسنة 2020.
- ✓ تقرير موضوعاتي حول فعلية الحق في الصحة تحديات، رهانات ومداخل التعزيز، المجلس الوطني للحقوق الإنسان، فبراير 2022.

- ✓ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا" كوفيد-19 " والسبل الممكنة لتجاوزها، إحالة رقم 2020/28؛
- ✓ تقرير الهيئة العليا للإتصال السمعي البصري حول إسهام الخدمات الإذاعية والتلفزية في التعبئة الوطنية للحد من تفشي فيروس كورونا المستجد (كوفيد 19)؛
- ✓ التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2018، الجزء الأول، الكتاب الثاني، تقرير حول أنشطة المجلس الأعلى للحسابات، 2018.
- ✓ تقارير نجاعة الأداء وزارة الصحة ،2019،2018.
- ✓ تقرير نجاعة الأداء، وزارة الصحة والحماية الاجتماعية مشروع قانون المالية 2022.
- ✓ تقرير حول الحسابات الخصوصية للخزينة، التقرير المرافق لقانون المالية لسنة 2020، وزارة الاقتصاد والمالية واصلاح الادارة، 2019.
- ✓ رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول موضوع: "من أجل سياسة عمومية للسلامة الصحية للأغذية، تتمحور حول حماية حقوق المستهلكين وتعزيز تنافسية مستدامة للمقاولة على الصعيدين الوطني والدولي/إحالة ذاتية رقم 2019/44.
- ✓ التقرير الاقتصادي والمالي، التقرير المرفق لقانون المالية لسنة 2020، وزارة الاقتصاد والمالية واصلاح الادارة، 2019.
- ✓ تقرير حول نشاط الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2019؛

- ✓ تقرير الوكالة الوطنية للتأمين الصحي برسم سنة 2017؛
- ✓ تقرير المركز المغربي لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية لسنة 2017.

➢ **<u>الكتب، العروض والمداخلات:</u>**

- ✓ محمد بن هويدن، الأمن الصحي والأمن الوطني، مجلة عسكرية واستراتيجية، الإمارات العربية،2020.
- ✓ عرض السيد رئيس الحكومة في جلسة المسائلة الشهرية حول موضوع "ورش الارتقاء بالمنظومة الصحية الوطنية"، الإثنين 13 يوليوز 2022؛
- ✓ عرض وزير الصحة والحماية الاجتماعية، بمناسبة اليوم الدراسي الذي نظمته رئاسة النيابة العامة بالرباط، بشراكة مع وزارة الصحة، تحت عنوان "تعزيز الأمن الدوائي بالمغرب: التحديات والآفاق " بتاريخ 30 مارس 2022؛
- ✓ عرض السيد مزيان بلفقيه الكاتب العام لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية الذي ألقاه خلال انعقاد ندوة حول "الأمن الصحي بالمغرب وتحديات ما بعد جائحة كوفيد-19"، مجلس المستشارين، 12 ماي 2022؛
- ✓ عرض السيد مزيان بلفقيه الكاتب العام لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية الذي ألقاه خلال انعقاد ندوة حول "التمويل الصحي بالمغرب بين عرض العلاجات وميكانيزمات الأداء"، مجلس المستشارين، 21 يوليوز 2022؛
- ✓ عرض السيدة مريم بكدلي مديرة مكتب منظمة الصحة العالمية بالرباط حول موضوع " الأمن الصحي بالمغرب وتحديات ما بعد جائحة كوفيد-19"، مجلس المستشارين، 12 ماي 2022؛

- ✓ عرض السيدة مريم بكدلي مديرة مكتب منظمة الصحة العالمية بالرباط حول موضوع "التمويل الصحي بالمغرب بين عرض العلاجات وميكانيزمات الأداء"، مجلس المستشارين، 21 يوليوز 2022؛
- ✓ عرض السيد عزيز الخياطي نائب مدير الميزانية حول موضوع" استراتيجية تمويل إصلاح المنظومة الصحية"، مجلس المستشارين، 21 يوليوز 2022؛
- ✓ عرض المدير العام لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي حول موضوع " التمويل الصحي بالمغرب بين عرض العلاجات وميكانيزمات الأداء"، مجلس المستشارين، 21 يونيو 2021؛
- ✓ يوم دراسي نظمه المركز المغربي لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية، حول موضوع؛ "منتجات التجميل: واقع الحال وآفاق التقنين بالمغرب"، بتاريخ 15 يونيو 2012.
- ✓ جواب وزير الصحة خلال جلسة الأسئلة الشفهية ليوم الثلاثاء 14 أبريل 2020 بمجلس المستشارين.
- ✓ **<u>مذكرات حول المداخل الممكنة للنهوض بالمنظومة الصحية:</u>**
- ✓ مذكرة فريق التجمع الوطني للأحرار، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة فريق الأصالة والمعاصرة، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة فريق الحركة الشعبية، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة الفريق الاتحادي، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة فريق الاتحاد العام للشغالين بالمغرب، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة فريق الاتحاد العام لمقاولات المغرب، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة فريق الاتحاد المغربي للشغل، مجلس المستشارين؛

- ✓ مذكرة مجموعة الدستوري الديمقراطي الاجتماعي، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة مجموعة الكونفدرالية الديمقراطية للشغل، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة مجموعة العدالة الاجتماعية، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة ممثلي الاتحاد الوطني للشغل بالمغرب، مجلس المستشارين؛
- ✓ مذكرة نقابة الاتحاد المغربي للشغل، الجامعة الوطنية للصحة؛
- ✓ مذكرة الجامعة الوطنية للصحة، نقابة الاتحاد العام للشغالين بالمغرب؛
- ✓ مذكرة النقابة الوطنية للصحة، الكونفدرالية الديمقراطية للشغل بالمغرب؛
- ✓ مذكرة النقابة الوطنية للصحة، الفيدرالية الديمقراطية للشغل بالمغرب؛
- ✓ مذكرة الجامعة الوطنية لقطاع الصحة، الاتحاد الوطني للشغل بالمغرب.

ثانيا: المراجع المعتمدة باللغات الأجنبية:

A- RAPPORTS :

- ✓ Banque Mondiale, Programme pour Résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales, 7 Avril 2015.
- ✓ Etude sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc, Etude de cas, synthèse, Observatoire national du développement humain & Agence des Nations Unies au Maroc, 6 Avril 2012.
- ✓ Rapport annuel 2016, Conseil Economique Social et Environnemental.

- ✓ Ministère de la Santé, Plan de veille et de préparation à la riposte contre la maladie à virus Ebola, version2, octobre 2014, Royaume du Maroc.
- ✓ Ministère de la Santé et Organisation Mondiale de la Santé, Evaluation des fonctions essentielles de la santé publique au Maroc, janvier 2016.
- ✓ Rapport annuel 2018, Conseil Economique Social et Environnemental.

B- TEXTES :

- ✓ Dahir n°1.17.110 du 6 rabii II 1439 (25 décembre 2017) portant promulgation de la loi de finance n° 68.17 pour l'année budgétaire 2018. Bulletin officiel, N° 6633 bis, 6 rabii II 1439 (25 – 12 – 2017).
- ✓ Dahir n°1.18.104 du 12 rabii II 1440 (20 décembre 2018) portant promulgation de la loi de finance n° 80-18 pour l'année budgétaire 2019. Bulletin officiel, N° 6736 bis, 13 rabii II 1440 (21-12-2018).
- ✓ Dahir n° 1.19.125 du 17 rabii II 1441 (14.12.2019) portant promulgation de la loi de finance n° 70.19 pour l'année budgétaire 2020. Bulletin officiel, N° 6838 bis, 17 rabii II 1441 (14-12-2019).
- ✓ Le Décret Royal N° 176-66 du 23 Juin 1967. Bulletins Officiels.

- ✓ Haut conseil de la santé publique.
- ✓ Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, CNOUSP : procédures fonctionnelles et organisationnelles, Ministère de la santé, Royaume du Maroc, 2019.
- ✓ Ministère de la Santé, Plan national de veille et de Riposte à l'infection par le Coronavirus 2019-n Cov.
- ✓ Direction de l'Epidémiologie et de Lutte contre les Maladies, CNOUSP : procédures fonctionnelles et organisationnelles, Ministère de la Santé, Royaume du Maroc, 2019.

C- WEBOGRAPHIE :

- ✓ Institut Pasteur du Maroc, Rapport Annuel 2015. Site web http://www.pasteur.ma/uploads/rappAct2015.pdf
- ✓ Infrastructures Publiques : « Etablissements de soins de Santé Primaire » ; Carte Sanitaire – situation de l'offre de soins octobre 2019, Ministère de la santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma
- ✓ Infrastructures Publiques : « Etablissements Hospitaliers », Carte Sanitaire, situation de l'offre de soins octobre 2019, Ministère de la santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma

- ✓ Infrastructures Sanitaire Privées, carte sanitaire, situation de l'offre de soins Octobre 2019, Ministère de la santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma
- ✓ Chiffres clés de l'offre de soins, Carte sanitaire – situation de l'offre de soins, octobre 2019, Ministère de la Santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma
- ✓ Offre de soins de santé, Etablissement de santé, établissement SSP, nombre par région. Octobre 2019, Ministère de la Santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma
- ✓ Le nombre de lits des cliniques par région, graphiques interactifs, secteur privés, carte sanitaire situation 2019, Ministère de la santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma
- ✓ Le nombre de lits des cliniques par province, graphiques interactifs, secteur privés, carte sanitaire situation 2019, Ministère de la santé. www.cartesanitaire.gov.ma

- ✓ Ressources Humaines, carte sanitaire, situation de l'offre de soins Octobre 2019, Ministère de la Santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma
- ✓ Ressources Humaines, secteur privé, situation de l'offre de soins – octobre 2019. Ministère de la Santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma
- ✓ Ressources humaines, les professionnels de santé médicaux du secteur public, professionnels de santé médicaux par région, octobre 2019, Ministère de la Santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma
- ✓ Ressources humaines, les professionnels de santé médicaux du secteur privé, professionnels de santé médicaux par région, octobre 2019. Ministère de la Santé. Site web www.cartesanitaire.gov.ma.

لائحة أعضاء المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي

الاسم الكامل	الفريق أو المجموعة البرلمانية	الصورة
السيد فؤاد القادري **الرئيس**	الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية	
السيدة فاطمة الحساني **نائبة الرئيس**	فريق التجمع الوطني للأحرار	
السيد خليهن الكرش **المقرر**	مجموعة الكونفدرالية الديمقراطية للشغل	

السيد الخمار المرابط	فريق الأصالة والمعاصرة	
السيد عبد الرحمان الدريسي	الفريق الحركي	
السيد إسماعيل العالوي	الفريق الاشتراكي	
السيدة سليمة زيداني	فريق الاتحاد العام للشغالين بالمغرب	

السيد مهدي عبد الكريم	فريق الاتحاد العام لمقاولات المغرب	
السيدة فاطمة الإدريسي	فريق الاتحاد المغربي للشغل	
السيد عبد الكريم شهيد	مجموعة الدستوري الديمقراطي الاجتماعي	
السيد سعيد شاكر	مجموعة العدالة الاجتماعية	

السيدة لبنى علوي	الاتحاد الوطني للشغل بالمغرب	