



مركز دراسات الدكتوراه: العلوم القانونية والسياسية
مختبر الدراسات الاستراتيجية والتحليل القانونية والسياسية
أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في القانون العام
في موضوع:

دور السياسات العمومية في إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب – دراسة مقارنة –

تحت إشراف الأستاذ:
د. التهامي بن احدث

إعداد الطالب:
عصام أزمي

لجنة المناقشة:

د. التهامي بن احدث	أستاذ التعليم العالي بكلية الحقوق بفاس	رئيساً ومشرفاً
د. محمد سليم	أستاذ التعليم العالي بكلية الحقوق بمكناس	مقرراً
د. فضمة توفيق	أستاذة التعليم العالي بكلية الحقوق بفاس	مقرراً
د. عبد المجيد بوكير	أستاذ التعليم العالي بالكلية المتعددة التخصصات بتازة	مقرراً
د. خديجة أولغازي	أستاذة مؤهلة بكلية الحقوق بفاس	عضواً

السنة الجامعية: 2022/2021

الشكر والتقدير

إلى الأستاذ الجليل د. التهامي بن احدث

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة إلى أستاذي الفاضل، لموافقته الإشراف على هذا البحث، ولتخصيصه العديد من اللحظات والأوقات للتأطير والمساعدة، بفضل الله عز وجل ثم بفضلك، إستطعت كتابة كلمات هذه الأطروحة، وتجاوزت صعوبات البحث ومُهد لي طريق العلم والمعرفة، أتمنى لك أستاذي وقدوتي موفور الصحة والسعادة والتوفيق والنجاح.

إلى السيد د. محمد بوزلافة عميد كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية أشكركم على الجهود المبذولة لتوفير الظروف المناسبة للتحصيل والتعلم، وأتمنى المزيد من الإشعاع الوطني والدولي لكلية الحقوق بصفة خاصة ولجامعة سيدي محمد بن عبد الله بصفة عامة.

إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة

أتقدم بأجمل عبارات الشكر والامتنان والتقدير والاحترام إلى الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة، لموافقته على مناقشة هذا العمل المتواضع وأتمنى لهم مزيداً من العطاء والتوفيق.

إلى السيد مدير مختبر الدراسات الاستراتيجية والتحليل القانونية والسياسية

لا تسعني الكلمات لأعبر عن التقدير والاحترام للأستاذ د. عسو منصور، عن ما يبذله من جهود في سبيل تطوير البحث العلمي لمركز الدكتوراه بشعبة القانون العام، وأتمنى له مزيداً من التفوق والنجاح.

إلى الأساتذة الجامعيين بكلية الحقوق

تجعلني ذكرياتي في التحصيل والتعلم بكلية الحقوق، أنخي إجلالاً لأساتذتي الكرام، كما أتقدم بالشكر والإمتنان لجميع الأساتذة الجامعيين بأسلاك الإجازة والماستر والدكتوراه وإلى كل الأطر الإدارية والتقنية بهذه الكلية، وأتمنى لهم مزيداً من العطاء والتوفيق.

الملخص:

تعتبر السياسات العمومية بمثابة التصور السياسي العام للدولة، حيث تعمل الحكومة على تنزيلها من خلال البرنامج الحكومي، والذي يضم السياسات القطاعية مثل المنظومة الصحية، لكن رغم التوصيات الملكية بجعل قطاع الصحة أولوية وطنية استراتيجية، واعتراف المملكة المغربية بالحق في الولوج إلى العلاج لأول مرة في الفصل 31 من الدستور، ومصادقتها على الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالصحة، خاصة المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ما زالت المنظومة الصحية بالمغرب تعاني عدة تحديات تؤثر سلباً على الإنجازات المحققة في هذا المجال، وتتجلى في عدم قيام الحكومة بإعداد سياسة صحية وطنية، وغياب الأهداف الصحية وآليات التمويل والتقييم في البرامج الانتخابية للأحزاب السياسية، وعدم تفعيل القانون الإطار رقم 09-34 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، وعدم إصدار القانون 13-131 المتعلق بالاستثمار في المجال الصحي، ووجود هرمية تراتبية في التنظيم الحالي لوزارة الصحة تحد من صلاحيات المديريات الجهوية، كل هذه العوامل جعلت المغرب يحتل المرتبة 76 دولياً في مؤشر نجاعة المنظومة الصحية، مقابل المرتبة 70 لتونس والمرتبة 9 لفرنسا، لأن التكريس الدستوري للحق في الصحة يواجه عدة صعوبات، حيث تُقيم 24% من الساكنة على بُعد أكثر من 10 كيلومترات عن أقرب مؤسسة صحية، ولم تتجاوز التغطية الصحية للسكان 60%، نظراً لعدم إصدار المراسيم التطبيقية للقوانين المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية، ويعاني نظام المساعدة الطبية عجزاً مالياً، لأن مصادر تمويله تتكون أساساً من الأداء المباشر للأسر بنسبة 50,7%، كما لا تتعدى ميزانية القطاع الصحي بالمغرب، 5,8% من الناتج الداخلي الخام مقابل 7% لتونس و11,5% لفرنسا، ويؤدي غياب الخريطة الصحية إلى وجود تفاوتات مجالية وترابية، لأن ثلاث جهات وهي: الرباط-سلا-القنيطرة والدار البيضاء-سطات، وفاس-مكناس تستحوذ على 42,26% من الموارد البشرية، و48,78% من المؤسسات الصحية،

و38,19% من الأسيرة الاستشفائية. تَصْنَم المخطط الحكومي للفترة 2011-2021، 571 مشروع قانون مقابل 47 مقترح قانون، ولم تتم المصادقة إلا على 27 قانون مرتبط بالمنظومة الصحية، وبلغ عدد الأسئلة الشفوية المرتبطة بقطاع الصحة، خلال نفس الفترة 954 سؤال بمجلس النواب مقابل 223 سؤال بمجلس المستشارين، أما عدد الأسئلة الكتابية فبلغ 3813 سؤال بالغرفة الأولى مقابل 142 سؤال بالغرفة الثانية، مما يُساهم في هيمنة الحكومة وضعف أداء البرلمان وعدم قيامه بأدواره الدستورية. وتشير العديد من المؤسسات الدستورية إلى إشكالية المنظومة الصحية، مثل تقارير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية، والانعكاسات الصحية والاقتصادية لفيروس كورونا، وتقرير المجلس الوطني لحقوق الإنسان حول الصحة العقلية، وتقرير الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها حول تخليق المرفق الصحي، وتقرير اللجنة البرلمانية المكلفة بمهمة استطلاعية حول السياسة الدوائية، وتقارير المجلس الأعلى للحسابات حول السياسة الاستشفائية وتحقيق أهداف التنمية. اعتمد البحث على عدة مناهج علمية مثل: التاريخي والوصفي والتحليلي والمقارن، من أجل دراسة مؤشرات الأنظمة الصحية ل 24 دولة، مما ساهم في صياغة عدة توصيات لإصلاح المنظومة الصحية بالمغرب أهمها: وضع الصحة في صلب السياسات العمومية، والتنسيق بين القطاعات الحكومية، وتعزيز دور البرلمان في التشريع وتقييم السياسة الصحية، وتحسين الولوج والإنصاف إلى الخدمات الصحية، والرفع من التمويل الصحي، وتعميم التغطية الصحية، وتعزيز الموارد البشرية، والنهوض بصحة الأم والطفل، والاشتغال على المحددات الاجتماعية للصحة، وتفعيل قانون الخريطة الصحية، وتقوية الشراكة بين القطاعين العام والخاص، والاستثمار في المجال الصحي وتحقيق أهداف التنمية المستدامة.

الكلمات المفتاحية: السياسات العمومية، المنظومة الصحية، الحكومة، البرلمان، الحق في الصحة، التنمية المستدامة.

مقدمة:

تعتبر السياسات العمومية مجموعة من التدابير والاستراتيجيات ذات البعد التنموي، وتقوم الحكومة بإعدادها وتنفيذها، ويمكن أن تشمل قطاعين حكوميين أو أكثر. بينما تُعد السياسة العامة بمثابة التصور السياسي العام للدولة، والذي يتم تنزيله عبر قرارات حكومية، من أجل معالجة المشاكل الاجتماعية، كما يتم التعبير عن السياسة العمومية عبر مخططات متوسطة وبعيدة المدى، نابعة من ذلك التصور العام، وتكون مُحَددة الأهداف والموارد، ومرفقة غالباً بالإحصائيات وآليات التنفيذ ومؤشرات التقييم¹.

يتجلى البُعد الاستراتيجي لصياغة السياسات العمومية، ضمن أحكام الفصل 49 من الدستور المغربي لسنة 2011.² حيث يتداول المجلس الوزاري برئاسة جلالة الملك، في التوجهات العامة لسياسة الدولة، كما يتم التداول في مشروع قانون المالية ومشاريع قوانين الإطار³، والتي تضع تعريفاً لأهداف الدولة في الميادين الاقتصادية والاجتماعية وفق أحكام الفصل 71 من الدستور. تمارس الحكومة السلطة التنفيذية تحت إشراف رئيسها، وتعمل على تنفيذ البرنامج الحكومي، والذي يتعين أن ينسجم مع استراتيجية الدولة قبل إعدادها بشكل رسمي، وسلوكه المسطرة التشريعية طبقاً لأحكام الفصل 92 من الدستور⁴.

وفي هذا السياق يمكن تعريف السياسات العمومية المتعلقة بالصحة، بأنها تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية للمواطنين، ويتوجب على كل بلد أن يضع سياساته الصحية، كجزء من سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، فمنذ انعقاد المناظرة الأولى للصحة بالمغرب سنة 1959، حققت المنظومة الصحية عدة منجزات، حيث تمت إقامة العديد من المؤسسات الاستشفائية،

¹ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، منشورات مجلس النواب، 2012، ص. 27.

² الفصل 49 من الدستور المغربي: يتداول المجلس الوزاري في التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة ومشاريع القوانين الإطار... "الظهير الشريف رقم 1.11.91، الجريدة الرسمية، عدد 5964 مكرر، بتاريخ 30 يوليوز 2011، ص. 3609.

³ الفصل 71 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3613-3614.

⁴ الفصل 92 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3617.

وتطوير مؤسسات الرعاية الصحية الأولية خصوصاً بالعالم القروي.⁵ كما تم إطلاق برنامج الأمومة بدون مخاطر، والبرنامج الوطني للتمنيع والذي ساهم في القضاء على مجموعة من الأمراض السارية، والتكفل بالأمراض غير السارية، وتوفير الأدوية والتخفيض من ثمنها، وتشجيع استعمال الأدوية الجنيسة⁶.

وفي هذا الصدد كانت المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة سنة 2013، بمثابة محطة أساسية وحاسمة، حيث هدفت إلى طرح إشكالية المنظومة الصحية الوطنية في مفهومها الشامل، كما قامت في نفس الوقت، بمساءلة السلطات العمومية والمنتخبين، وممثلي مختلف الهيئات والمنظمات وجمعيات المجتمع المدني الناشطة في المجال الصحي، ومكنت التوصيات الصادرة عن هذه المناظرة، من صياغة مشروع الميثاق الوطني حول الصحة، والذي يُنتظر أن يتم عرضه على أنظار المؤسسة التشريعية⁷.

تتكون المنظومة الصحية من مجموع المؤسسات والموارد والأعمال المنظمة لتحقيق الأهداف الأساسية للصحة، والتي تقوم على أساس المبادئ التالية: التضامن وإشراك الساكنة في مسؤولية الوقاية والمحافظة على الصحة، والمساواة في الولوج إلى العلاج والخدمات الصحية، والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد الصحية، والتكامل بين القطاعات، واعتماد مقاربة النوع في الخدمات الصحية، حيث تقع مسؤولية إعمال هذه المبادئ أساساً على عاتق الدولة⁸.

يهدف البرنامج الحكومي في مجال الصحة للفترة 2017-2021، إلى استكمال أورايش الإصلاح والبرامج التي انخرطت فيها الحكومة السابقة، خصوصاً منها التغطية الصحية الشاملة، وتحسين الولوج

⁵ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، الكتاب الطبي الجامعي، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، 2007، ص.44

⁶ وزارة الصحة، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش، المغرب، 2013، ص.10

⁷ نفس المرجع، ص.11

⁸ المادة الأولى من القانون رقم 09-34، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.11.83، صادر في 29 من رجب 1432 (2 يوليوز 2011)، المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الجريدة الرسمية، عدد 5962، بتاريخ 21 يوليوز 2011، ص.3469

إلى الخدمات الصحية وتأهيل المستشفيات العمومية، كما تَعْتَبِرُ الحكومة صحة الأم والطفل كأولوية وطنية استراتيجية، حيث ستعمل على تأهيل فضاءات الولادة خاصةً في العالم القروي، أما في مجال تعزيز الموارد البشرية، فتهدف الحكومة إلى الرفع من المناصب المالية المُخَصَّصَة للقطاع الصحي⁹.

ترتكز خطة الصحة لسنة 2025، على التوجيهات الملكية السامية، حيث أكدت الرسالة الملكية الموجهة للمشاركين في المناظرة الوطنية الثانية للصحة سنة 2013، على أن إصلاح المنظومة الصحية هي أولوية وطنية رئيسية، كما دعا الخطاب الملكي لـ 30 يوليوز سنة 2015، إلى وضع خطة عمل متكاملة تقوم على التنسيق بين القطاعات الحكومية، من أجل الحد من الفوارق الاجتماعية، وتخفيض العجز في الصحة، ونص الخطاب الملكي بمناسبة افتتاح البرلمان سنة 2017، على ضرورة تعميم التغطية الصحية وتسهيل الولوج إلى الخدمات الصحية الجيدة في إطار الكرامة الإنسانية¹⁰.

تشتمل خطة وزارة الصحة لسنة 2025 على ثلاث دعائم مُقسمة إلى 25 محور و 125 إجراء، تهدف هذه الدعائم إلى تنظيم وتطوير العرض الصحي، من أجل تحسين إمكانية الولوج إلى الخدمات الصحية، وتعزيز البرامج الوطنية الصحية لمكافحة الأمراض، وتحسين الحكامة وتحقيق النجاعة في استخدام الموارد¹¹.

يعتمد الإطار المرجعي لخطة الصحة بالمغرب على الاتجاهات الصحية العالمية، حيث حددت منظمة الصحة العالمية في الفترة 2014-2019، أولوياتها في عدة مجالات منها: بلوغ التغطية الصحية الشاملة، والحد من كلفة الأمراض غير المُعدية، وتنفيذ قوانين النظام الصحي الدولي، وتحسين إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الجيدة، دون المخاطرة المالية والعمل على المحددات الاجتماعية

⁹ رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي، الولاية التشريعية 2016-2021، 2017، ص.62-63

¹⁰ Ibid., p.4

¹¹ Ministère de la santé, Plan santé 2025, Maroc, 2018, p.3

والاقتصادية والبيئية في مجال الصحة، من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة سنة 2030، لتمكين الجميع من العيش في صحة جيدة وتعزيز الرفاه في كل الأعمار¹².

إن استراتيجية التعاون بين منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة بالمغرب، للفترة 2017-2021، هي إطار إستراتيجي لإصلاح المنظومة الصحية في الآجل المتوسط، يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة، ويشتمل على أربعة محاور رئيسية وهي: تعزيز الولوج العادل إلى الخدمات الصحية ذات الجودة وبأسعار معقولة من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والإسهام في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، بما في ذلك الحد من التفاوت في الصحة وعبء الأمراض والوفيات، وتعزيز الوظائف الأساسية للصحة والسلامة الصحية، ومواكبة ورش الجهوية الموسعة وتعزيز حكمة القطاع الصحي¹³.

وفي هذا السياق تعتمد خطة المنظومة الصحية لسنة 2025، على مرجعية البرنامج الحكومي للفترة 2016-2021، والذي يَعتَبَر التنمية البشرية عنصراً أساسياً يجب تحقيقه، حيث أن المحور الرابع للبرنامج الحكومي، ينص على تعزيز التنمية البشرية والتماسك الاجتماعي، من خلال تحسين وتوسيع الخدمات الصحية، وتعميم التغطية الصحية، وتعزيز إمكانية الحصول على الخدمات الصحية، وتكريس صحة الأم والطفل كأولوية وطنية استراتيجية وتعزيز الموارد البشرية في مجال الصحة¹⁴.

شَهِدَت الحالة الصحية للسكان بالمغرب، تطوراً هاماً في السنوات الأخيرة، نظراً لتحسن الظروف المعيشية، الشيء الذي ساهم في تحسين عدد من المؤشرات الديمغرافية، وهكذا ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 71,1 سنة في عام 2004 إلى 75,8 سنة في عام 2015، وتمت السيطرة على الأمراض المعدية، من خلال عكس أثر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، والقضاء على مرض

¹² Ministère de la santé, Plan santé 2025, op.cit., p.3

¹³ Organisation mondiale de la santé et Ministère de la santé, stratégie de coopération 2017-2021, bureau régional de la méditerranée orientale, le caire, Egypt, 2016, p.6

¹⁴ Ministère de la santé, Plan santé 2025, op.cit., p.4

الرمد الحبيبي، كما أن العجز المرتبط بهذه الأمراض المُعدية، قد انخفض من 33% سنة 2011 إلى 18% سنة 2016.¹⁵

وعلى الرغم من هذه الانجازات، فهناك العديد من التحديات التي تواجه تطوير المنظومة الصحية بالمغرب، حيث أن الحصول على الرعاية والخدمات الصحية شهد تحسناً كبيراً، إلا أنه ما زال يعاني من إشكالية الولوجيات، كما أن معدل الاستشارة الطبية للسكان لا تتعدى 0,6 اتصال للفرد في السنة، مقابل 2,7 في تونس و 6,4 في فرنسا، إضافةً إلى انخفاض معدل مراقبة الحمل والولادة، حيث أن 75% فقط من الولادات، أُجريت تحت المراقبة الطبية في المناطق القروية، أما النفقات المباشرة للأسر فبلغت 50,7% من النفقات الإجمالية للصحة، مما يشكل عبء إضافية للولوج إلى الخدمات الصحية.¹⁶

يُعتبر النقص الحاد في الموارد البشرية التحدي الرئيسي الذي يواجه المنظومة الصحية بالمغرب، حيث تبلغ الكثافة المهنية الصحية 0,6 طبيب و 0,9 ممرض لكل 1000 شخص، وتمكنت ألمانيا من تحقيق أفضل نسبة إنتشار لمهنيي الصحة مقارنة بالسكان، حيث يبلغ عدد الأطباء لكل 1000 شخص 4,2، ويبلغ عدد الممرضين في هذا البلد 13,8. كما يبلغ عدد الأطباء لكل 1000 شخص في فرنسا 3,2 ويبلغ عدد الممرضين 10,6، مقابل 1,3 طبيب و 2,6 ممرض في تونس، وسُجلت أدنى هذه المعدلات في غينيا حيث لم تتعدى نسبة الأطباء 0,1 وعدد الممرضين 0,4 لكل 1000 شخص.¹⁷

تبلغ نسبة الأطباء في القطاع العمومي 37,10% من العدد الإجمالي للأطباء بالمغرب، والمقدر ب 25207 طبيب، حيث يُغطي 88,17% من الأطباء بالقطاع العمومي المجال الحضري، مقابل 11,83% منهم يُعطون المجال القروي. وتبلغ نسبة الممرضين في القطاع العمومي 76,73%، من

¹⁵ Ministère de la santé, Plan santé 2025, op.cit., p.1

¹⁶ Ibid., p.2

¹⁷ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

العدد الإجمالي للمرضيين والمُقدر ب 32040 مُمرض، ويُغطي 80,18% منهم المجال الحضري، مقابل 19,82% يُعطون المجال القروي، رغم أن المملكة المغربية تتكون من 1251 جماعة قروية و216 جماعة حضرية، مما يدل على وجود تفاوت في التوزيع بين المجالين الحضري والقروي¹⁸.

وتبين مقارنة إنتشار الموارد البشرية في المغرب، أن ثلاث جهات وهي: جهة الدار البيضاء-سطات، وجهة فاس-مكناس، وجهة الرباط-سلا-القنيطرة تستحوذ على نسبة 42,26% من العدد الإجمالي لمهني الصحة بالمغرب، والبالغ 41258 والموزع كآلاتي: 48,44% من أطباء الطب العام، و51,47% من الأطباء الاختصاصيين، و53,34% من جراحي الأسنان و38,69% من الممرضين، أي ما يُمثل 1961 طبيب عام، و2227 طبيب اختصاصي، و351 طبيب جراح الأسنان و9408 مُمرض، مما يدل على وجود تفاوت في توزيع الموارد البشرية بين جهات المملكة¹⁹.

من بين أسباب هذا التفاوت بين الجهات والأوساط الحضرية والقروية، وجود تخطيط مُركز لشبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، دون الآخذ بعين الاعتبار البُعد المجالي في التنمية الترابية الشاملة، وعدم تفعيل الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، والتي تعتبر الأدوات الرئيسية للتخطيط الصحي، رغم صدور القانون الإطار 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبالعرض العلاجي سنة 2011، بالإضافة إلى نمط السكن القروي، والذي يتميز بمساكن شديدة التشتت والتنوع حسب الموقع الجغرافي²⁰.

تساهم عدة عوامل في تحديد الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية، كالمسافة والجغرافيا ومكان الإقامة والتربية بالإضافة إلى النوع والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، والمرتبطة أساساً بالتغطية

¹⁸ Ministère de la santé, Ressources humaines de la santé en chiffres 2016, Maroc, p.8

¹⁹ Ibid., p.90-111

²⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، إحالة رقم 4، مطبعة سيياما، الرباط، 2013، ص.47.

الصحية. كما يُعتبر دور شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، هاماً في الاستراتيجية القطاعية لوزارة الصحة، حيث تُمثّل هذه الشبكة مدخلاً للمنظومة الصحية، وآلية للوقاية والمراقبة الوبائية²¹.

ويتبين وجود تفاوت جهوي في توزيع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، حيث يبلغ عدد المراكز الصحية الحضرية من المستويين 1 و2، في جهة الدار البيضاء-سطات 162 مركز صحي، بينما لا يتجاوز عدد هذه المراكز الصحية في 5 جهات مجتمعة وهي: درعة-تافيلالت، وسوس-ماسة، وكلميم-واد نون، والعيون-الساقية الحمراء والداخلة-وادي الذهب 123 مركز صحي حضري، رغم أن ساكنة جهة الدار البيضاء-سطات تبلغ 4,58 مليون نسمة وساكنة هذه الجهات الخمس تبلغ 5,23 مليون نسمة²².

فمن جهة تتمركز المؤسسات الصحية الحضرية في ثلاث جهات وهي: جهة الدار البيضاء-سطات، وجهة الرباط-سلا-القنيطرة، وجهة فاس-مكناس بمعدل 381 مركز صحي حضري، وهو ما يُمثّل 48,78% من مجموع المراكز الصحية الحضرية بالمغرب، والبالغ عددها 781. كما نلاحظ أن المراكز الصحية بالعالم القروي، تتمركز في ثلاث جهات وهي: جهة سوس-ماسة 348، وجهة مراكش-أسفي 337، وجهة فاس-مكناس 297 مركز صحي قروي، حيث أن هذه الجهات تستحوذ على 48,81% من مجموع المراكز الصحية القروية والبالغ عددها 2012 مركز صحي قروي²³.

ومن جهة أخرى تتوفر خمس جهات على المراكز الإستشفائية الجامعية وهي: جهة الشرق، وجهة فاس-مكناس، وجهة الرباط-سلا-القنيطرة، وجهة الدار البيضاء-سطات، وجهة مراكش-أسفي، وتمثّل نسبة 60,15% من مجموع الأسرة الإستشفائية بالمملكة، والبالغ عددها 19011 سرير. كما تستحوذ هذه

²¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعهم، مرجع

سابق، ص.48

²² Ministère de la santé, santé en chiffres 2015, direction de la planification des ressources financières, Maroc, 2016, p.27

²³ Ibid., p.28

الجهات الخمس على 44,44% من عدد المستشفيات الجهوية، والبالغ عددها 18 مستشفى جهوي، و61,64% من مجموع المستشفيات الإقليمية والتي يصل عددها إلى 73 مستشفى إقليمي²⁴.

يُعتبر الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية أحد إشكاليات العالم القروي، والذي يتميز بالمناطق المعزولة الجبلية أو الصحراوية المُرتَهنة بمحددات أخرى، كالبنيات التحتية الطرقية والظروف المناخية، حيث أن 24% من الساكنة القروية بالمغرب، لا تلجأ إلى العلاج إلا في الحالات القصوى أو المستعجلة، بسبب إقامتها على بُعد أكثر من 10 كيلومترات، عن أقرب مؤسسة علاجية أساسية، حيث يتعين المشي لساعات طَوَال أو تَحْمَلُ ركوب بهيمة للولوج إلى المؤسسات الصحية²⁵.

وفي هذا الإطار تتضاف إشكالية النقل الطبي، حيث أن النساء الحوامل اللاتي هُنَّ على وشك الوضع، يعانين من عدم توفر سيارات إسعاف بسبب المشاكل أو الأعطاب، لذلك ما زالت نصف النساء القرويات يضعن حَمَلهن في البيت، ولا يمكن التنبؤ بما يقارب 50% من المضاعفات، التي تظهر أثناء الوضع حتى في حالة المراقبة الجيدة لفترة الحمل، أما عند حدوث نزيف للأُم أو اختناق للوليد، يكون الأجل المتاح لإنقاذهما ساعتان فقط من نزيف الخَلاص، أحد أهم أسباب وفيات الأمهات عند الوضع²⁶.

تُعتبر نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة في المغرب، من بين الأكثر ارتفاعاً حيث تبلغ 72,6 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية، مقابل 62 حالة وفاة في تونس و8 وفيات في فرنسا. أما نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين رعاية سابقة للولادة، فيبلغ في المغرب 77% مقابل 98% في تونس و100% في فرنسا، وفيما يخص نسبة عمليات الولادة تحت إشراف عاملين صحيين، فقد بلغت 74%

²⁴ Ministère de la santé, santé en chiffres 2015, op.cit., p.29

²⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعهم، مرجع سابق، ص.48

²⁶ نفس المرجع، ص.53

في المغرب، مقابل 69% في تونس و98% في فرنسا. أما نسبة احتياجات منع الحمل غير المُلباة للنساء المتزوجات، فبلغت 11% في المغرب، مقابل 7% في تونس و2% في فرنسا²⁷.

وفي هذا الصدد بلغت نسبة وفيات المواليد في المغرب 14 حالة وفاة بالنسبة لكل 1000 مولود حي، مقابل 8 وفيات في تونس و2 وفيات في فرنسا، أما وفيات الرضع الأقل من سنة بالمغرب، فبلغت 20 حالة وفاة بالنسبة لكل 1000 مولود حي، مقابل 11 حالة وفاة في تونس و4 وفيات في فرنسا. وفيما يخص وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات، فتبلغ في المغرب 23 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي، مقابل 13 حالة وفاة في تونس و4 وفيات في فرنسا. كما بلغت نسبة تحصين لأطفال ما بين 12 و23 شهراً من الحصبة، 99% في المغرب، مقابل 98% في تونس و90% في فرنسا²⁸.

وتبقى هذه المؤشرات غير كافية كما أنها غير مقبولة، لأن أغلب حالات الوفيات بين الأمهات والمواليد في المغرب، يكون سببها نقص العلاجات المناسبة أثناء الوضع، حيث أن 92% من تلك الوفيات كان بالإمكان تفاديها، كما أن أكثر من ثلث حالات الوفاة يقع في البيت، أو أثناء النقل إلى المستشفى، بسبب تأخر الأسرة في اتخاذ القرار، بالتوجه بالحامل نحو مؤسسة خاصة بالتوليد، أو بسبب صعوبة الولوج إلى المؤسسات الصحية، إضافة إلى محددات أخرى، مثل الفقر والعيش في منطقة قروية، لأن الفقر يزيد من احتمال الوفاة في أوساط الأمهات والرضع والأطفال²⁹.

بلغ الإنفاق الإجمالي للصحة بالمغرب سنة 2013، 52 مليار درهم أي ما يعادل 188 دولار أمريكي للفرد، وتمثل نسبة 5,8% من الناتج الداخلي الخام مقابل 6,2% سنة 2010.³⁰ وبلغت نسبة

²⁷ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

²⁸ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

²⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.52

³⁰ Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé, Maroc, 2010, p.14

هذا الإنفاق 11,5% في فرنسا، مقابل 7% في تونس، بمعدل 785 دولار أمريكي للفرد في هذا البلد، و4508 دولار أمريكي للفرد في فرنسا، مما مَكَّنَهَا من تحقيق الرتبة التاسعة دولياً في نجاعة المنظومة الصحية، مقابل الرتبة 70 لتونس والرتبة 76 للمغرب. وتتكون مصادر التمويل بالمملكة المغربية من الأداء المباشر للأسر بنسبة 50,7%، والمداخيل الضريبية الوطنية والمحلية 24,4%، والتغطية الصحية الأساسية 22,4% والمُشْعَلُون 1,2% والتعاون الدولي 0,6% ومصادر أخرى 0,7%³¹.

تَبَنَّت وزارة الصحة كل أهداف إصلاح القانون التنظيمي رقم 13-130 المتعلق بقانون المالية، وارتكازاً على التجارب التي راكمتها كقطاع سباق ورائد في أجراً محاور إصلاح الإنفاق العمومي منذ سنة 2001، وضع القطاع الصحي آلياته قيد التنفيذ التدريجي، في إطار المرحلة التجريبية الثانية، حيث أن تدبير هذا الورش سَيُغَيِّرُ معالم المالية العامة، بفضل مواكبة وتعاون وزارة الاقتصاد والمالية، وانخراط وزارة الصحة وباقي المتدخلين، مما سيؤسس لمرحلة جديدة يطبعها الحوار التدبيري بين كل الفاعلين³².

يمثل تمويل العلاجات بالمغرب، عائقاً أساسياً للولوج إلى الخدمات الصحية، لأنه يعتمد بالدرجة الأولى على الأداء المباشر من قبل الأسر، حيث تتحمل هذه الأخيرة نسبة مُباشرة تصل إلى 59,2%، من حصة المصاريف الصحية أي ما يعادل 802 درهماً للفرد سنوياً، وتبلغ هذه النسبة في بعض الدول: 16,8% تركيا، 26,4% الجزائر، 36,4% تونس، 22% الأردن، 6,4% فرنسا، 11,5% الولايات المتحدة الأمريكية³³، وتزداد الكلفة الاجتماعية، إذا أضفنا إليها تكاليف أخرى مرتبطة بالنقل والإيواء³⁴.

تساهم المحددات الاجتماعية للصحة في تخفيض أو ارتفاع المؤشرات الصحية، والتي بطبيعتها تبقى خارج سيطرة الفاعلين في المنظومة الصحية، لذلك فمسؤولية الدولة والجماعات المحلية واضحة

³¹ Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé, Maroc, 2015, p.11

³² وزارة الصحة، مشروع نجاعة الأداء: الملحق بمشروع الميزانية الفرعية، المغرب، 2016، ص.32

³³ Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé, 2015, op.cit., p.22

³⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.71

اتجاه مشاكل الصحة، لأن المحددات الاجتماعية الصحية تمثل أحد أهم أسباب الفوارق في الصحة. حيث قامت منظمة الصحة العالمية سنة 2005، بإحداث اللجنة العالمية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، والتي تهدف لتزويد الحكومات بالوسائل العملية لضمان أفضل الظروف الاجتماعية للصحة³⁵.

وفي هذا السياق يتوجب على الحكومة وضع الصحة في صلب السياسات العمومية، من أجل المُضي قُدماً والعمل على المدى البعيد، مع التأكيد على أن صحة السكان هي مسؤولية مشتركة بين الجميع، وأن الصحة هي نتاج اجتماعي لمختلف السياسات القطاعية. كما أن التفكير بمنطق البُعد الصحي في السياسات العمومية، يفرض عليها الانطلاق من سياسة القطاع الآخر: الفلاحة، التعليم، البيئة، الاقتصاد، السكنى، النقل، كما تم وضعها بأهدافها وتدابيرها، ثم بعد ذلك وبشراكة مع هذا القطاع، نعمل على تقييم الآثار الإيجابية والسلبية الحالية والمحتملة لسياساته القطاعية على صحة السكان³⁶.

ساهم الملتقى الأول حول الحكامة، الذي نظّمته وزارة الشؤون العامة والحكامة بالمغرب، في تحديد مشكلة إنقائية السياسات العمومية، نظراً لتعدد الاستراتيجيات القطاعية العمودية، والتي يتم إعدادها في غياب لآليات التنسيق والتقييم. حيث أن ضعف اللامركزية واللامركز، يحدّ من صلاحيات المصالح اللامركزية لمختلف الوزارات، لذلك أوصى الملتقى بتبني مقاربة ترابية، وإحداث هيئة أفقية تابعة مباشرة لرئيس الحكومة، تسهر على إعداد وتنسيق وتقييم السياسات العمومية والاستراتيجيات القطاعية³⁷.

إن تخطيط السياسات العمومية للصحة ضمن الإطار التشاركي بين مختلف القطاعات الحكومية، يتطلب تحديد الأولويات وصياغة الأهداف الطويلة الأمد، وتخصيص الموارد المادية والبشرية، ومعرفة

³⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، 2012-2016، 2012، ص.80

³⁶ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكامة جديدة لقطاع الصحة، المناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش، 2013، ص.19

³⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.39

الخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية للمستفيدين، وتحديد الإطار المؤسسي لتنفيذ البرنامج الحكومي، إضافة إلى تعريف آليات التتبع والتقييم في جميع مراحل الأجراء، من أجل مواجهة العقبات المقبلة وتوضيح مسار الإصلاح، عبر البحث عن الاتجاهات المحتملة واقتراح بدائل التنمية³⁸.

وفرت المبادرة الوطنية للتنمية البشرية مجموعة عديدة من الفرص، لتقوية العمل على المحددات الاجتماعية للصحة، حيث مكن هذا المشروع الملكي من تعبئة جميع الكفاءات والمنظمات المحلية، من أجل محاربة الفقر في إطار مُنظم ومُنسق. وهناك إمكانية لتقوية التفاعلات والتنسيقات، بين المبادرة الوطنية للتنمية البشرية ومجموع القطاعات، ذات الأنشطة المؤثرة على محددات الصحة. حيث تعتبر المبادرة إطاراً مرجعياً لمؤسسات صحة القرب وعنصراً لتقييمها المستمر، كما أنها تعمل على وضع آليات لامركزية، من أجل دعم المبادرات المحلية بالوسائل والخبرات، من خلال عدة برامج وطنية³⁹.

ترتكز الشراكة القطاعية المندمجة لوزارة الصحة مع الجماعات الترابية، على مرجعيات قانونية كالمقتضيات الدستورية والتي تنص على أن تعمل الدولة، والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات على قدم المساواة، من العلاج والعناية الصحية⁴⁰. حيث أن الجهات والجماعات الترابية تساهم في تفعيل السياسة العامة للدولة⁴¹. كما تعمل الجماعات المحلية والمنظمات المهنية والجمعيات، التي تنشط في مجال الصحة والحفاظ على البيئة إلى جانب الدولة في تحقيق الأهداف والأعمال الصحية⁴².

³⁸ Ministère délégué auprès du chef du gouvernement chargé des affaires générales et de la gouvernance et le programme des nations unies pour le développement, la convergence des politiques publiques : pistes d'action, Maroc, 2015, p.20

³⁹ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.22

⁴⁰ الفصل 31 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3606

⁴¹ الفصل 137 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3622

⁴² المادة 5 من القانون 09-34 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، مرجع سابق، ص.3470

عملت وزارة الصحة على توقيع عدد من اتفاقيات الشراكة مع الجماعات الترابية لإعداد مخططات تنموية مندمجة ومستدامة، تراعي مبادئ التخطيط الاستراتيجي، وفق رؤية تنموية وذات أبعاد جهوية، ويرتبط الأمر بـ 18 اتفاقية إطار تتعلق بتنفيذ البرامج التنموية، وكذا البرامج الخاصة بعملية إعادة الإيواء، لفائدة قاطني دور الصفيح بجهة الدار البيضاء الكبرى ومواكبة إنجاز المدن الجديدة للمملكة، ومن أجل بلورة هذه البرامج، بادرت الوزارة إلى التوقيع على 7 اتفاقيات خصوصية، منبثقة عن هذه الاتفاقيات الإطار، تُبين تفاصيل المشاريع المعهود إليها بإنجازها وكذا كلفتها المالية⁴³.

التزمت كل الأطراف المُوقعة على الاتفاقيات، برصد اعتمادات مالية تبلغ 2,86 مليار درهم، موزعة على الشكل الآتي: وزارة الصحة بنسبة 55%، الجماعات الترابية بنسبة 32% وباقي المتدخلين بمساهمة 13%. لكن تجاوز الاعتمادات المالية الأولية المقترحة لكل المشاريع، وعدم تصفية الأوعية العقارية لبعض المشاريع، وعدم توفير الأوعية العقارية لمجموعة من المشاريع المبرمجة وعدم برمجة الاعتمادات المالية للشركاء أو بطء في تعبئتها كانت أهم الإكراهات التي إعتضت هذه المشاريع⁴⁴.

إن تجنب بقاء العالم القروي مجالاً للمواكبة الاجتماعية واللاحاق الدائم، يقتضي من الحكومة حل إشكالية الولوج إلى العلاج، عبر تعميم نظام المساعدة الطبية، وتوفير الموارد البشرية والاستفادة من برنامج المبادرة الوطنية للتنمية البشرية. حيث أن هناك حاجة إلى إعداد سياسة مندمجة، بشكل مكثف في العالم القروي، من خلال الاستثمار في شبكة العلاجات الصحية الأولية، وتعزيز الصحة الجماعية وتقوية البرامج الصحية، والعمل على المحددات الاجتماعية للصحة وفق مقاربة تشاركية⁴⁵.

⁴³ وزارة الصحة، تقرير حول التعاون مع الجماعات الترابية حتى متم سنة 2017، مديرية التخطيط والموارد المالية، المغرب، 2018، ص.6

⁴⁴ نفس المرجع، ص.17

⁴⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكاية جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.32

يُعتبر إحداث صندوق خاص بالصحة بالعالم القروي، مبادرة لإتمام الإصلاحات عبر إجراءات محددة ومستهدفة، تساهم في تنسيق الأنشطة الجهوية بغرض تجنب الازدواجية، وتسمح بتحديد البرامج الحكومية وغير الحكومية الملائمة، ذات الصلة بالصحة القروية ومنحها المساعدة التقنية، مثل توسيع شبكة الخدمات الصحية، وتحسين جودة العلاجات وتشجيع المهنيين للمزاولة بالعالم القروي⁴⁶.

إن الحق في الصحة هو جزء أساسي من حقوق الإنسان، فقد تم التعبير عنه للمرة الأولى على الصعيد الدولي، في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية لسنة 1946، والتي اعتبرت الصحة كحالة من إكمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد إنعدام المرض أو العجز. وينص التصدير أيضاً على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان دون تمييز، بسبب العنصر أو الدين أو العقيدة أو السياسية أو الحالة الاقتصادية أو الحالة الاجتماعية⁴⁷.

وفي هذا الصدد تُعرف المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر سنة 1948، الصحة بإعتبارها جانباً من الحق في مستوى معيشة كافٍ⁴⁸. كما أن المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر سنة 1966، تضمنت الاعتراف بالحق في الصحة، بإعتباره أحد حقوق الإنسان، وهي مقتضيات مُلزمة من الناحية القانونية⁴⁹. كما أن كل البلدان قد صدقت على معاهدة دولية واحدة، على الأقل لحقوق الإنسان تعترف بالحق في الصحة⁵⁰.

⁴⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.72

⁴⁷ منظمة الصحة العالمية، دستور منظمة الصحة العالمية، مؤتمر الصحة الدولي، نيويورك، 1946، ص.1

⁴⁸ المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، قرار الجمعية العامة رقم أ-217 (د-3)، نيويورك، 1948، ص.4

⁴⁹ المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم

2200 ألف (د-21)، نيويورك، 1966، ص.14

⁵⁰ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، صحيفة الوقائع رقم 31، نيويورك

وجنيف، 2008، ص.1

وتعهدت كل دولة بحماية هذا الحق، من خلال إعلانات دولية وتشريعات وسياسات محلية، كما التزمت بذلك في مؤتمرات دولية. وتجدر الإشارة إلى تزايد الاهتمام بالحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة في السنوات الأخيرة، من خلال هيئات رصد معاهدات حقوق الإنسان، ومن جانب منظمة الصحة العالمية ومن طرف مجلس حقوق الإنسان، والذي قام بإنشاء ولاية المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية سنة 2002.⁵¹

يحظى الحق في الصحة بالإعتراف من عدة صكوك دولية وإقليمية مثل: الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لسنة 1981، والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أو بروتوكول سان سلفادور لسنة 1988، والميثاق الاجتماعي الأوروبي لسنة 1996. كما أن هناك 115 دستوراً وطنياً على الأقل يعترف بالحق في الصحة.⁵²

اعترف المغرب بالحق في الصحة من خلال دستور 2011، حيث ينص الفصل 31 على أن تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة من الحق في العلاج والعناية الصحية، والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة.⁵³ كما تنص مقتضيات دستورية أخرى، على مجموعة من الحقوق المرتبطة بالحق في الصحة وهي: الحق في الحياة، الحق في السلامة الجسدية والمعنوية للأشخاص وضمان الحماية الحقوقية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة.⁵⁴

⁵¹ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة: رقم 2200 ألف (د-21)، نيويورك، 1966، ص.1

⁵² مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.12

⁵³ الفصول 31 و32 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3606-3607

⁵⁴ الفصول 20، 21 و22 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3605

وفي هذا الإطار ينص الفصل 34 من الدستور المغربي، على أن السلطات العمومية تقوم بوضع وتفعيل سياسات مُوجهة، إلى الأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة، ولتحقيق هذه الأهداف، تسهر الدولة على معالجة الأوضاع الهشة لفئات من النساء والأمهات والأطفال والأشخاص المسنين⁵⁵.

يُجسد القانون 65-00 التزام الدولة المغربية بضمان الحق في الولوج إلى العلاج، وتمويل الخدمات الصحية، ويقوم على عدة مبادئ: التضامن والإنصاف والتدرج وتقاسم المخاطر والمساهمة المالية. حيث تم العمل تدريجياً على توسيع هذا التأمين، ليشمل جميع المواطنين بمختلف شرائحهم الاجتماعية، وذلك بسنّ إجبارية التغطية الصحية، قصد تحقيق استفادة الجميع من الخدمات الصحية، مع حرص الدولة على تحقيق التوازن المالي، عبر تأطير منظومة التغطية بصفة مستديمة، وتشتمل منظومة التغطية الصحية الأساسية، على نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية⁵⁶.

يقوم نظام المساعدة الطبية على أساس مبدأ التضامن الوطني لفائدة الساكنة المعوزة، حيث لا تخضع هذه الساكنة، لأي نظام للتأمين الإجباري عن المرض. كما يتم تأمين تمويل هذا النظام، من قِبَل الدولة والجماعات المحلية والمستفيدين. ويغطي نظام المساعدة الطبية، ما يقارب 8,5 مليون شخص معوز، وقد وُضِعَ حداً لاستعمال شهادة الاحتياج، التي كان يجري بها العمل قبل ذلك في المستشفيات، وكانت هذه الساكنة تستفيد بواسطتها من الإعفاء من المصاريف المرتبطة بالعلاجات. ويُمكنُ وصل إيداع الملف من ولوج العلاجات المستعجلة، وهو ما يجعل النظام يغطي 77% من الساكنة المستهدفة⁵⁷.

⁵⁵ الفصل 34 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3607.

⁵⁶ المادة 1 من القانون 65-00 الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.02.296، صادر في 25 من رجب 1423 (3 أكتوبر 2002)، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الجريدة الرسمية، عدد 5058، بتاريخ 21 نونبر 2002، ص. 3449.

⁵⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 76.

منذ إطلاق صاحب الجلالة الملك محمد السادس، لعملية تعميم نظام المساعدة الطبية في 13 مارس 2012، تَمَكَّن هذا النظام من تغطية 10 ملايين شخص سنة 2016، أي أزيد من 4 مليون أسرة، ينتمي 48% منها للوسط القروي، ويظل التوزيع حسب الجنس شبه متساوي مع ارتفاع طفيف للإناث ب 53%. كما لا يزال الأشخاص في وضعية الفقر يُشكّلون الأغلبية، حيث يُمثّلون 88% من الأشخاص المُسجلين، وتسجل هذه النسبة ارتفاعاً منذ التعميم، إذ لم تكن تبلغ سوى 72% سنة 2012⁵⁸.

يخضع نظام المساعدة الطبية حالياً لتدبير وزارة الصحة، بينما ينص الفصل 127 من القانون 65-00، على أن تدبير هذا النظام، بما في ذلك موارده المالية من شأن الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض. لقد قامت اللجنة التقنية الوزارية المختلطة، بعد اتخاذ الحكومة قرار تعميم نظام المساعدة الطبية، بدراسة خطة تعميم النظام على جميع جهات المملكة، حيث لاحظت اللجنة ضعف الحكامة والقيادة وعدم وضوح أدوار المتدخلين وتمويل غير كافٍ ووجود تعقيدات في مساطر تحديد الأهلية⁵⁹.

بلغت نسبة التغطية الصحية للسكان بالمغرب، بنظام المساعدة الطبية سنة 2016، حوالي 39% على الصعيد الوطني، موزعة كالتالي: 59% جهة الداخلة-وادي الذهب، 47% جهة سوس-ماسة، 45% جهة بني ملال-خنيفرة، 43% جهة طنجة-تطوان-الحسيمة، 43% جهة كلميم-وادي نون، 40% جهة مراكش-أسفي، 40% جهة العيون-الساقية الحمراء، 39% جهة الدار البيضاء-سطات، 38% جهة الرباط-سلا-القنيطرة، 35% درعة-تافيلالت، 34% جهة فاس-مكناس و 34% بجهة الشرق. تمثل نسبة المستفيدين من نظام المساعدة الطبية في وضعية الفقر 88% وفي وضعية الهشاشة 12%.⁶⁰

⁵⁸ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، المغرب، 2016، ص.12.

⁵⁹ المادة 127 من القانون 65-00، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.3466.

⁶⁰ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص.16-17.

لكن رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة، لاسيما في إطار المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، بلغ عدد الأشخاص الذين يعيشون تحت عتبة الفقر بالمغرب 1,6 مليون شخص، و4,2 مليون نسمة تعاني من الهشاشة، ويقطن هؤلاء الأشخاص أساساً في الوسط القروي، حيث تعيش 79% من الساكنة في وضعية الفقر و64% منها تعاني من الهشاشة. بلغت نسبة المستفيدين من نظام المساعدة الطبية، في الوسط الحضري 87% من فئة الفقر و13% من المُسَجَلين من فئة الهشاشة، أما في المجال القروي فقد بلغت هذه النسبة 89% من فئة الفقر و11% من فئة الهشاشة⁶¹.

يَطْرُقُ بلوغ التغطية الصحية الشاملة عدة تحديات أمام المغرب، كما هو الشأن بالنسبة للدول الأخرى، تتمثل في إيجاد التوازن بين ثلاث مكونات أساسية وهي: أن يجد الناس أين يَلجؤون، حيث يجب بذل مجهود كبير لتوسيع وتقريب العرض الصحي، ثانياً يجب أن يجد المرتفقين أجوبةً على انتظاراتهم الصحية، لذلك يجب تحسين جودة المرافق الصحية وتوسيع سلة العلاجات. وأخيراً ينبغي تخفيض نسبة الأداء المباشر عن النفقات الصحية والرفع من نسبة الأداء المبني على التضامن⁶².

تتولى وزارة الصحة إعداد وتنفيذ سياسة الحكومة المتعلقة بصحة المواطنين، وتعمل باتصال مع الوزارات المعنية على سلامة السكان البدنية والعقلية والاجتماعية، كما تسهر الوزارة على التوفيق بين التوجهات، وعلى تنسيق الأهداف والأعمال أو التدابير، التي تساعد على رفع المستوى الصحي في البلاد، وتتدخل بُغية ضمان توزيع أفضل للموارد، في ميدان الوقاية أو العلاج أو المساعدة على المستوى الوطني، ويُعهد إليها بإعداد وتنفيذ السياسة الوطنية المتعلقة بالأدوية⁶³.

⁶¹ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص.12-16

⁶² وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.23

⁶³ المادة الأولى من المرسوم رقم 2.94.285، صادر في 17 من جمادى الثانية 1415 (21 نونبر 1994)، في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، الجريدة الرسمية، عدد 4286، بتاريخ 21 دجنبر 1994، ص. 2110

تتميز المنظومة الصحية في المغرب بهيمنة القطاع العمومي، حيث تقع الدولة في قلب النظام الصحي، وتجمع بين وظائف منها: الإدارة العامة، التمويل، توفير الموارد وتقديم العلاجات، أما القطاع الخاص فهو مقصي تماماً من التنظيم الصحي. كما تخضع المنظومة الصحية لتراتبية هرمية تابعة لوزارة الصحة، حيث تمثل شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، مثل المراكز الصحية الحضرية والقروية، المستوى الأول الذي تلجأ إليه الساكنة لتلقي العلاج والقاعدة الفعلية للخدمات الصحية، وتتكون المستويات الأخرى من المراكز الاستشفائية الإقليمية والجهوية والمشاركة بين عدة جهات⁶⁴.

تهدف الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، إلى توقع التطورات الضرورية لعرض العلاجات العمومية والخاصة وتحفيز إجراءاتها، قصد الاستجابة على النحو الأمثل، لحاجيات الساكنة من العلاج والخدمات الصحية، وتحقيق الانسجام والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد المادية والبشرية، وتصحيح الاختلالات بين الجهات وداخل كل جهة والتحكم في نمو العرض الصحي⁶⁵.

لقد وصل التنظيم الحالي لشبكة الخدمات الصحية الأساسية إلى الطريق المسدود، لأنه لم يتمكن من تحقيق ولوج مُنصف إلى العلاج، فعدم تطبيق الخريطة الصحية وتشديد المُحسنين لمراكز صحية، دون التأكد من جدواها وخاصة عدم توفر الموارد البشرية، هو السبب في وجود 143 مركزاً صحياً مغلقاً. كما أن تحقيق النجاعة والفعالية، يستدعي إعادة التفكير في تنظيم هذه الشبكة، بحيث يتم تجميع الموارد المتوفرة في المراكز الصحية، التي لا تشهد إقبالاً كبيراً وتنقلها إلى مراكز سكنية حضرية أو قروية⁶⁶.

⁶⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعهم، مرجع سابق، ص. 23.

⁶⁵ المادتان 19 و 20 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3477.

⁶⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعهم، مرجع سابق، ص. 25.

يتميز التنظيم الحالي لوزارة الصحة بمركزية شديدة، وتطوير ضعيف للمصالح الخارجية، والتي أوضح التقييم المُنجَز سنة 2002 حدود فعاليتها، حيث بُدِّلَت بعض الجهود الرامية إلى إقرار اللاتمرکز، وتم في هذا الإطار إحداث مديريات جهوية لوزارة الصحة. حُدِّدَت مهام هذه المديريات الجهوية بموجب القرار الوزاري رقم 1363.11 بتاريخ 6 ماي 2011، ولكن بطريقة يعوزها شيء من الدقة، فيما يتعلق بصلاحيات المديرين الجهويين وحدود سلطاتهم الحقيقية، خصوصاً المرتبطة بتدبير الموارد البشرية⁶⁷.

تُعتبر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة، بمثابة عقد مُبرم بين شريك من القطاع العمومي وشريك من القطاع الخاص، يهدف إلى وضع تدابير أو مشاريع، من أجل ضمان خدمة عمومية، يتم فيها اقتسام المخاطر والتمويل. حيث تُتيح هذه الشراكة للقطاع العمومي، الاستعانة بمهارة لا يتوفر عليها، من أجل تحقيق الاستفادة الأمثل من دورة المشاريع، والتوصل بسرعة أكبر إلى تحقيق الأهداف، وتبقى وزارة الصحة مسؤولة عن إعداد دفاتر التحملات وتعيين وتدبير العقد⁶⁸.

جاء مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، لِيُعَدِّل ويتم القانون 94-10 ساري المفعول، ويشير استعراض المذكرة التقديمية لمشروع القانون 13-131 إلى ثلاثة أسباب: يواجه القطاع الصحي الخاص تحديات كبيرة، تتطلب منه أن يكون في مستوى التقدم المُسَجَّل على الصعيد الدولي، وتفرض متطلبات الفعالية والجودة ونجاعة المنظومة الصحية تنويع طرق مزاولة الطب، كما تفرض البحث عن وسائل جديدة لتمويل وتدبير المؤسسات الاستشفائية الخاصة، ويلعب قطاع الخدمات الصحية دوراً في تحقيق النمو الاقتصادي للبلاد، وذلك بفضل الفرص التي تتيحها تجارة الخدمات الصحية⁶⁹.

⁶⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص. 37

⁶⁸ نفس المرجع، ص. 42

⁶⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، إحالة رقم

14، مطبعة سيباما، الرباط، 2014، ص. 11

وفي هذا الصدد لم يتم إستشارة الهيئة الوطنية للطببيات والأطباء، لإبداء رأيها بشأن مشروع القانون 13-131، رغم أن المادة 2 من القانون 12-08 تنص على أن هذه الهيئة تُبدي رأيها، في القوانين والأنظمة المتعلقة بممارسة مهنة الطب. كما لم يتم إنجاز أي تحليل مُسبق، للاثار المحتملة لهذا القانون على مستوى الإنصاف والولوج إلى العلاجات، وبلوغ التغطية الصحية الشاملة، والتحكم في نفقات الصحة، والحد من نفقات الأسر، وإحداث تغييرات في وضعية وممارسة الأطباء المهنية⁷⁰.

قامت الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها بإجراء دراسة، من أجل تشخيص وتقييم ظاهرة الرشوة في قطاع الصحة، حيث مكنت هذه الدراسات والتحقيقات، من إثبات وملاحظة انتشار هذه الآفة في المنظومة الصحية، وبينت الهيئة أن أهم نماذج الفساد والرشوة المُستشرية في المجال الصحي هي: المكافأة الغير المُبررة نتيجة الابتزاز الذي يُمارسه العاملون في المؤسسات الصحية، حيث يُطالبُ المريض وعائلته بدفع ثمن مقابل الخدمات الصحية، إضافة إلى المحسوبية والمُحاباة والامتيازات، التي يمنحها المهنيون الصحيون مباشرة إلى أقاربهم وأصدقائهم، دون اعتبار أو إنصاف لحقوق المرضى⁷¹.

يُمارس البرلمان المغربي السلطة التشريعية ويراقب عمل الحكومة ويقيم السياسات العمومية، ويختص بالتشريع في عدة مجالات، منها مبادئ وقواعد المنظومة الصحية، كما يصوت على القوانين، ويمكن لرئيس الحكومة ولأعضاء البرلمان التقدم باقتراح القوانين، حيث تودع مشاريع القوانين بالأسبقية، لدى مكتب مجلس النواب، أما مشاريع القوانين المتعلقة بالجماعات الترابية وبالتنمية الجهوية والقضايا الاجتماعية فتُودع بالأسبقية لدى مكتب مجلس المستشارين⁷².

⁷⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، مرجع سابق، ص.12

⁷¹ Instance centrale de prévention de la corruption, Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé : évaluation et diagnostic, Maroc, 2011, p.13

⁷² الفصول 70، 71 و78 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3613-3615

وفي هذا الإطار بلغ عدد القوانين المتعلقة بالمنظومة الصحية %4,02 من مجموع القوانين، التي تضمنها المخطط الحكومي للفترة 2011-2021.⁷³ لكن عدد مشاريع القوانين يفوق عدد مقترحات القوانين، مما يدل أن الحكومة تُمارس التشريع، بينما يبقى الإنتاج التشريعي للبرلمان ضعيف، بمعدل 47 مقترح قانون في الفترة 2011-2021، مقارنة مع الحكومة والتي بادرت بطرح 571 مشروع قانون، وتم التصويت على 27 قانون مرتبط بالمنظومة الصحية أي %4,72 من مجموع القوانين.⁷⁴

قام مجلس النواب بتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة، حيث بلغت نسبة الأسئلة الشفوية المتعلقة بوزارة الصحة بلغت %49,81، من بين الأسئلة الشفوية التي سجلتها الوزارات المُكونة للجنة القطاعات الإجتماعية بمجلس النواب، ويُمثل هذا العدد %3,65 من العدد الإجمالي للأسئلة الشفوية الخاصة بجميع الوزارات خلال الفترة 2011-2021، لكن %67,50 من الأسئلة الشفوية المرتبطة بالقطاع الصحي لم يتم الإجابة عنها.⁷⁵

وفي هذا الصدد بلغ عدد الأسئلة الشفوية المتعلقة بوزارة الصحة بمجلس النواب 954 سؤال، وحقق فريق العدالة والتنمية المرتبة الأولى بنسبة %34,69، والفريق الإشتراكي %14,15، والفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية %12,89، وفريق الأصالة والمعاصرة %12,36، وفريق التجمع الوطني للأحرار %7,96، والفريق الحركي %6,60، وفريق الإتحاد الدستوري %5,87، والمجموعة النيابية لتحالف الوسط %2,51، وفريق التقدم الديمقراطي %2,20، والمجموعة النيابية للحزب العمالي بنسبة %0,73.⁷⁶

⁷³ رئاسة الحكومة، المخطط التشريعي برسم الولاية التشريعية التاسعة، المغرب، 2013، ص.43

⁷⁴ موقع مجلس النواب المغربي: www.chambredesrepresentants.ma/

⁷⁵ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الشفوية/www.chambredesrepresentants.ma/

⁷⁶ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الشفوية/www.chambredesrepresentants.ma/

بلغ عدد الأسئلة الكتابية المرتبطة بوزارة الصحة بالغرفة الأولى 3813 سؤال، واحتل فريق العدالة والتنمية المرتبة الأولى بنسبة 35,74%، والفريق الاشتراكي 30,81%، وفريق الأصالة والمعاصرة 12,24%، والفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية 10,35%، والفريق الحركي 4,16%، وفريق التجمع الوطني للأحرار 3,77% وفريق التقدم والاشتراكية 1,38% والمجموعة النيابية لتحالف الوسط 0,81%، والمجموعة النيابية للحزب العمالي 0,49%، وسجل فريق الإتحاد الدستوري أقل نسبة 0,18%.⁷⁷

قام مجلس النواب المغربي بتكليف لجنة بمهمة استطلاعية، هدفها دراسة إشكالية أئمة الأدوية، ويمكن إيجاز خلاصات التقرير في النقاط التالية: أولاً أئمة الدواء في المغرب مُرتفعة بشكل غير عادي، ثانياً تتحمل الشركات المُصنِّعة للأدوية مسؤولية هذا الغلاء، وترتبط النقطة الثالثة بالمساطر الإدارية المُتبعة لتحديد ثمن الدواء، والتعويض عنه من طرف مدبري أنظمة التغطية الصحية. كما قامت المهمة الاستطلاعية بمقارنات تعتمد على عدة معايير، والتي أكدت أن أئمة الدواء بالمغرب أعلى ب 30% إلى 189% مقارنة مع تونس بالنسبة للأدوية الأصلية ومن 20% إلى 70% مقارنة مع فرنسا.⁷⁸

بلغ عدد الأسئلة الشفوية المتعلقة بوزارة الصحة بمجلس المستشارين 223 سؤال، حيث احتل الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية المرتبة الأولى بنسبة 22,42%، وفريق التجمع الوطني للأحرار 20,62%، وفريق الأصالة والمعاصرة 18,83%، والفريق الاشتراكي 10,76%، والفريق الحركي 10,23%، وفريق العدالة والتنمية 9,86%، وفريق الاتحاد المغربي للشغل 3,13%، بينما لم يتم طرح أي سؤال شفوي يتعلق بالمنظومة الصحية من طرف فريق الإتحاد العام لمقاولات المغرب.⁷⁹

⁷⁷ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambredesrepresentants.ma

⁷⁸ مجلس النواب، تقرير المهمة الاستطلاعية حول ثمن الدواء، لجنة المالية والتنمية الاقتصادية، المغرب، 2009، ص.3-4

⁷⁹ موقع مجلس المستشارين المغربي: الأسئلة الشفوية/ www.chambredesconseillers.ma

بلغ عدد الأسئلة الكتابية المتعلقة بوزارة الصحة بالغرفة الثانية 142 سؤال، واحتل فريق التجمع الوطني للأحرار المرتبة الأولى بنسبة 38,73%، وفريق العدالة والتنمية 33,80%، وفريق الأصالة والمعاصرة 14,08%، والفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية 8,45%، وفريق الإتحاد المغربي للشغل 2,11% والفريق الاشتراكي 1,40%، لكن لم يتم طرح أي سؤال كتابي يتعلق بالمنظومة الصحية من طرف الفرق التالية: فريق الإتحاد العام لمقاومات المغرب، والفريق الدستوري الديمقراطي الاجتماعي، ومجموعة الكنفدرالية الديمقراطية للشغل ومستشاري التقدم والإشتركية⁸⁰.

قام المجلس الوطني لحقوق الإنسان بالمغرب سنة 2012، بمهمة استطلاع وتحرّ شملت 18 مستشفى للصحة العقلية، حيث مكنت مراقبة وتتبع المجلس، من إبراز عدة إختلالات منها: تقادم النص القانوني المتعلق بالصحة النفسية، ونقص البنيات الاستشفائية الخاصة وعدم ملائمتها من حيث التوزيع الجغرافي والهندسة المعمارية والتجهيزات، وعدم احترام معايير السلامة والمراقبة، والخصائص الحاد في عدد الأطباء والممرضين، وعدم كفاية برامج التكوين وغياب التخصصات الضرورية في مجال الطب النفسي، مثل المُرَبِّين النفسانيين وعلماء النفس الإكلينيكي والمساعدين الاجتماعيين⁸¹.

تمكن المجلس الأعلى للحسابات من مراقبة عدة مستشفيات وهي: المركز الاستشفائي الجهوي للعيون، والمركز الاستشفائي الجهوي لمراكش، والمركز الاستشفائي الجهوي لطنجة، والمركز الاستشفائي الجهوي لمكناس والمركز الاستشفائي الإقليمي لتمارة. حيث تم تسجيل العديد من الإختلالات منها: غياب مشروع المؤسسة الإستشفائية، وعدم إحداث هيئات التنسيق والدعم، ونقائص في تدبير الأدوية، وعدم

⁸⁰ موقع مجلس المستشارين المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambreconseillers.ma

⁸¹ المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان: الحاجة الملحة إلى سياسة جديدة، المغرب، 2012،

فوترة العديد من الفحوصات الطبية، وخصاص في الموارد البشرية وغياب غير مُبرر للأطر الطبية، ونظام معلوماتي غير مُؤمّن، وعدم إحترام دقاتر التحملات وصعوبة الولوج إلى المصالح الإستشفائية⁸².

انضمت المملكة المغربية لإعلان الألفية منذ سنة 2000 والذي يضم ثمانية أهداف، وقد ترجم المغرب هذا الالتزام بانخراطه في الإصلاحات المجتمعية والاستراتيجية، في انسجام مع أهداف الألفية من أجل التنمية، والتي تمثلت أهمها في إطلاق المبادرة الوطنية للتنمية البشرية سنة 2005، ولاحظ المجلس الأعلى للحسابات أن الحكومة لم تُحدّد مقارنة رسمية، ولم تُقَمِّ بإعداد خطة وطنية لتأمين الانخراط الشامل من أجل تنفيذ خطة 2030 لأهداف التنمية المستدامة، حيث دعا المجلس إلى تنظيم مناظرة وطنية حول تنفيذ أهداف التنمية المستدامة بهدف النقائنية السياسات العمومية⁸³.

تأتي هذه الدراسة في وقت لا تزال فيه جائحة فيروس كوفيد-19 مُستفحلة، مثيرة معها مناخاً مطبوعاً بالتخوفات والشكوك وانعدام اليقين، والذي يساهم في جعل الآفاق على المديين القريب والمتوسط أكثر ضبابية. لذلك يظل من الصعب الإحاطة بالانعكاسات الحقيقية لهذه الجائحة، كما أن عودة الأمور إلى سابق عهدها ستبقى مرتبهة من جهة بمدى قدرة بلادنا على الحد والتخفيف من التداعيات الاجتماعية والاقتصادية للأزمة، ومن جهة أخرى بمدى نجاعة المنظومة الصحية الوطنية⁸⁴.

⁸² المجلس الأعلى للحسابات، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، الجزء الأول، المغرب، 2018، ص.295

⁸³ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير موضوعاتي حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة 2015-2030، المغرب، 2019، ص.13

⁸⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، إحالة رقم 2020/28، الرباط، 2020، ص.11

أهمية الموضوع:

يُعتبر موضوع دور السياسات العمومية في إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب ذو أهمية، نظراً لقلة الدراسات المنجزة في هذا الإطار، وكذلك لأن التطرق إلى إشكالية القطاعات الاجتماعية بصفة عامة والمجال الصحي بصفة خاصة، سيساهم في تحليل الإطار المفاهيمي والقانوني والتشريعي والتنظيمي لمكونات المنظومة الصحية، كما أنه سيوضح دور الدولة والحكومة والأحزاب السياسية والبرلمان وباقي المؤسسات الدستورية في تكريس الحق في الصحة. لقد حقق المغرب عدة إنجازات في القطاع الصحي، كمحاربة الأمراض المُعدية وتقليص نسبة الوفيات، لكن الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا أوضحت أن المنظومة الصحية ما زالت تُعاني عدة اختلالات أهمها: عدم تطبيق القانون الإطار للخريطة الصحية وعدم تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة، وضعف الحكامة والتمويل، ووجود تفاوتات مجالية وترابية إضافةً إلى النقص الحاد في الموارد البشرية.

الإشكالية الرئيسية:

تتجلى الإشكالية الرئيسية لهذه الدراسة في إبراز دور الحكومة، والبرلمان، والجماعات الترابية وباقي المؤسسات الدستورية في إعداد وتنفيذ وتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالمنظومة الصحية من أجل إصلاح الاختلالات وتجاوز التحديات التي يعاني منها القطاع الصحي بالمغرب، بهدف تكريس الحق الدستوري في الصحة، وبلوغ التغطية الصحية الشاملة وتحقيق التنمية المستدامة.

إن هذه الإشكالية تؤدي إلى طرح مجموعة من التساؤلات الفرعية مثل: ما هو دور الحكومة والبرلمان والجماعات الترابية في السياسات العمومية المرتبطة بالصحة؟ وكيف يمكن تحقيق التغطية الصحية الشاملة وتقليص الفوارق المجالية والترابية؟ ولماذا لم يتم تفعيل القانون الإطار المتعلق بالمنظومة

الصحية والمخططات الجهوية؟ وما هي آفاق وتحديات الحكامة والشراكة والإستثمار في المجال الصحي؟ وما هي الإكراهات التي واجهها القطاع الصحي خلال جائحة فيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها؟ وهل المؤشرات والنتائج الحالية للمنظومة الصحية كفيلة بتحقيق أهداف التنمية المستدامة؟

للإجابة على هذه التساؤلات سيتم تقسيم البحث إلى قسمين، حيث سنتناول في القسم الأول إعداد السياسات العمومية المتعلقة بالصحة، بينما سنتطرق في القسم الثاني إلى تنفيذ وتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة.

المناهج المعتمدة:

إن الهدف الأساسي لهذا البحث هو تحليل المنظومة الصحية من خلال اعتماد مقاربة نسقية، تنطلق من مرحلة صياغة السياسات العمومية للصحة من طرف الحكومة، وتنتهي عند تقييمها من طرف البرلمان، كما أن مقارنة المؤشرات الصحية الوطنية مع النتائج المحققة في مختلف الدول ستمكن من استنتاج مجموعة من التوصيات، ربما تشكل في المستقبل القريب خارطة طريق لسياسة صحية وطنية. تُعتبر المنهجية في دراسة القانون كأسلوب عمل وتفكير لتبرير نتيجة مُعينة، تهدف إلى تحديد إطار المعرفة القانونية لدى الباحث، وتنظيمها ليصل بعد تحليلها إلى استثمارها، وإخراجها في سياق منطقي سليم ومُقنع، مع التركيز على خصوصية بعض النماذج العملية والغاية منها. وتقتضي معالجة إشكالية البحث الاعتماد على المنهج النسقي من خلال استقصاء مراحل تطور السياسة الصحية، ونشأة المنظومة الصحية ودراسة التغيرات التي طرأت على السياسات العمومية المرتبطة بالمجال الصحي⁸⁵.

⁸⁵ صالح طليس، المنهجية في دراسة القانون، الطبعة الأولى، مكتبة زين الحقوقية والأدبية، لبنان، 2010، ص.19

إن استخدام المنهج المقارن سيُمكنُ من دراسة مختلف التشريعات الدولية والوطنية، من خلال تحليل المقتضيات الدستورية والقوانين المرتبطة بالمنظومة الصحية، مثل القانون إطار المتعلق بالخريطة الصحية، وقوانين المالية وقوانين التغطية الصحية وقانون الاستثمار في المجال الصحي. إضافةً إلى مقارنة المؤشرات الصحية لعينة عشوائية بسيطة تضم 24 دولة، تم إختيارها عن طريق القرعة، مع الأخذ بعين الاعتبار معايير الأداء والنجاعة والفعالية والتشابه مع خصوصيات النظام الصحي بالمغرب⁸⁶.

وُقِسِمَت هذه الدول إلى ثلاث مجموعات وهي: الدول المنخفضة الدخل، والدول المتوسطة الدخل والدول المرتفعة الدخل بناءً على نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام. كما أن تحليل مؤشرات الإنتاج التشريعي للبرلمان المغربي من خلال مقارنة حصيلة مختلف الفرق النيابية، سيساهم في توضيح عناصر الإشكالية القانونية محل البحث، بهدف التوصل إلى أفضل التوصيات لحل هذه الإشكالية.

وفي هذا السياق سيتم استخدام المنهج الوصفي والمنهج التحليلي، من أجل وصف وتحليل مُدخلات ومُخرجات النظام الصحي، وتحديد خصائص وأبعاد المنظومة الصحية، ووصف دور الحكومة في صياغة وإعداد السياسة الصحية، وأهداف المنظومة الصحية، والحق في الصحة، وتحديات الولوج إلى العلاج، وتمويل القطاع الصحي، والمحددات الاجتماعية للصحة، والتغطية الصحية، والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، والحكامة الصحية، والشراكة بين القطاعين العام والخاص، والاستثمار في المجال الصحي، وتخليق المرفق العمومي للصحة، وجودة الخدمات الصحية، والسياسة الدوائية، والصحة العقلية، والسياسة الاستشفائية، وأهداف التنمية المستدامة، ودور البرلمان والمؤسسات الدستورية في تقييم السياسات العمومية المتعلقة بالصحة.

⁸⁶ ليلي عبد الوهاب، مناهج وطرق البحث الاجتماعي: أصول ومقدمات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2000،

القسم الأول: إعداد السياسات العمومية المتعلقة بالصحة

يتناول الفصل الأول من هذا القسم إعداد السياسات العمومية المتعلقة بالصحة، والذي يتطلب تعريف الإطار التنظيمي والنظري والمفاهيمي للسياسة الصحية من خلال وصف مراحل صياغة وإعداد السياسات العمومية في مجال الصحة ومميزات التخطيط في المنظومة الصحية، وتحديد أهداف الحكومة والأحزاب السياسية في المجال الصحي. كما أن إستراتيجية وزارة الصحة لتطوير المنظومة الصحية تقتضي الحديث عن مصادر تمويل السياسة الصحية وميزانية القطاع الصحي في قانون المالية، حيث إن العمل على المحددات الاجتماعية للصحة يساهم في تناسق وفعالية السياسات القطاعية وهنا يبرز دور اللاتمرکز الإداري في إتقائية السياسات العمومية.

يتطرق الفصل الثاني إلى الإطار القانوني للسياسات العمومية المرتبطة بالصحة من خلال تسليط الضوء على الحق في الصحة في القانون الدولي والوطني والاتفاقيات الدولية المؤطرة لهذا الحق بالنسبة للأهات والأطفال وذوي الإعاقة والمهاجرين والمصابين بالإيدز وما يترتب من التزامات دولية من أجل الإلتزام الأدنى والإعمال التدريجي للحق في الصحة، إضافة إلى كيفية التغلب على صعوبات الولوج إلى الحق في الصحة مثل إشكالية الولوج إلى وضعف جودة الخدمات الصحية ونقائص الولوجيات الجغرافية والاقتصادية والثقافية للعلاج ومُعوقات الولوج إلى الأدوية، حيث تساهم التغطية الصحية الشاملة للحد من التفاوتات المجالية والترايبية من خلال نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية وورش الحماية الاجتماعية.

تتطلب دراسة هذا الجزء من البحث، تقسيم هذا القسم إلى فصلين، نتطرق في الفصل الأول إلى الإطار التنظيمي للسياسات العمومية المرتبطة بالصحة، أما الفصل الثاني فنتناول فيه الإطار القانوني للسياسات العمومية المرتبطة بالصحة.

الفصل الأول: الإطار التنظيمي للسياسات العمومية المرتبطة بالصحة

تعتبر السياسات العمومية مجموعة من الإجراءات والتدابير الاستراتيجية، ذات البعد التدييري والتنموي، حيث تقوم القطاعات الحكومية بإعدادها وتنفيذها، لذلك فالسياسة العمومية أشمل من البرنامج، وقد تكون ذات بُعد أفقي، بحيث تشمل قطاعين حكوميين أو أكثر. وإذا كانت السياسة العامة تُعدُّ بمثابة التصور السياسي العام، الذي يتم تنزيله عبر قرارات حكومية، لمواجهة الإكراهات التدييرية أو لمعالجة المشاكل الاجتماعية، فإنها تختلف عن السياسة العمومية، والتي يتم التعبير عنها عبر مخططات محددة الأهداف والوسائل، ومرفقة بالإحصائيات والمؤشرات الرئيسية وبآليات التنفيذ⁸⁷.

يقتضي التطرق إلى الإطار التنظيمي للسياسات العمومية المرتبطة بالصحة، تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين، يتطرق المبحث الأول إلى الإطار النظري والمفاهيمي للسياسة الصحية، فيما يعالج المبحث الثاني تمويل السياسة الصحية والتقائية السياسات القطاعية.

المبحث الأول: الإطار النظري والمفاهيمي للسياسة الصحية

إن دراسة هذا المبحث، تقتضي التعرف على مراحل صياغة السياسات العمومية في مجال الصحة (المطلب الأول)، ثم التطرق إلى السياسة الصحية على ضوء البرنامج الحكومي (المطلب الثاني)

المطلب الأول: صياغة السياسات العمومية في مجال الصحة

الفرع الأول: مراحل إعداد السياسات العمومية

يتم الإشراف على التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة، من قِبل أعلى سلطة في البلاد، ممثلة في جلالة الملك بصفته رئيساً للدولة، ويتم التداول بشأنها في المجلس الوزاري، وعلى أساسها تتم صياغة البرنامج الحكومي، وكذا السياسات العمومية والسياسات القطاعية التي يتداول بشأنها المجلس الحكومي،

⁸⁷ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص. 27.

الذي يترأسه رئيس الحكومة⁸⁸. ويتم تنزيل هذه السياسة الاستراتيجية إما عبر سياسات عمومية، تتم صياغتها وتنفيذها من قبل الحكومة والمؤسسات العمومية التابعة لها، أو من خلال صياغة مشاريع قوانين إطار أو ضمن قوانين المالية السنوية⁸⁹.

تعتبر السياسات العمومية هي كل ما تختار الحكومة أن تفعله أو ألا تفعله، إن السياسة العمومية هي مجموعة من القرارات المترابطة، التي يُقرها فاعل أو مجموعة فاعلين سياسيين⁹⁰. إذن فهي سلسلة من القرارات والأنشطة المتناسقة والمنسجمة، والمتخذة من قبل مختلف الفاعلين تتباين مواردها وإمكانياتها، وتتكامل علاقاتها المؤسسية. كما تهدف لتقديم حل لأمر تعتبره الطبقة السياسية مشكلاً، وتؤدي هذه القرارات بطبيعتها الملزمة، إلى تغيير سلوك الفئات الاجتماعية وكل ذلك في إطار المصلحة العامة⁹¹.

تضع قوانين الإطار تعريفاً للأهداف الأساسية لنشاط الدولة، في الميادين الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والثقافية، وفق أحكام الفصل 71 من الدستور، ويتعين أن تُعرض بدورها على المجلس الوزاري، ضماناً لانسجامها مع استراتيجية الدولة المحددة من قبل هذه المؤسسة الدستورية⁹². حيث يتعين عرض التوجهات العامة لمشروع قانون المالية السنوي، قبل إعداده بشكل رسمي وسلوكه المسطرة التشريعية، كما هو مُحدّد في الدستور، وفي القانون التنظيمي لقانون المالية وفي النظام الداخلي لمجلس النواب⁹³.

قام المجلس الوزاري بالتداول في عدد من التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة ومشاريع قوانين الإطار منها: القانون إطار المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات وذلك خلال المجلس الوزاري

⁸⁸ الفصل 92 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3617

⁸⁹ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.27

⁹⁰ Vincent Lemieux. L'étude des politiques publiques, 2ème édition, les presses de Laval, Québec, 2002, p.17

⁹¹ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.54

⁹² الفصل 71 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3613

⁹³ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.30

المنعقد بتاريخ 26 نونبر 2009 والحوار الوطني حول إصلاح القضاء بتاريخ 10 ماي 2012 والقانون إطار بمثابة ميثاق وطني للبيئة والتنمية المستدامة بتاريخ 7 مارس 2013 والرؤية الاستراتيجية لإصلاح منظومة التربية والتكوين 2015-2030، وذلك خلال المجلس الوزاري المنعقد بتاريخ 6 فبراير 2016، واستراتيجية تنفيذ النموذج التنموي الجديد لتنمية الأقاليم الجنوبية بتاريخ 6 فبراير 2016.⁹⁴

وفي هذا الإطار يُمكن إعتبار السياسات العمومية، التي يتم وضعها وتنفيذها بمثابة حسيطة عمل الدولة وليس فقط الحكومة، والتي تتجسد في صياغة مخططات تنموية وبرامج ومشاريع مرتبطة بها، سواء تمت برمجتها من قبل قطاع وزاري واحد، أو عدة قطاعات حكومية أو من خلال المؤسسات العمومية، فالسياسة الصحية مثلاً كسياسة عمومية، تتداخل فيها مجالات عمل القطاعات الحكومية المكلفة بالصحة والبيئة والتجهيز، إضافةً إلى الجماعات الترابية والمراكز الاستشفائية وباقي المؤسسات العمومية المعنية، ولا يمكن اعتبارها برنامجاً مُحدداً في سنة واحدة أو مرتبطاً فقط بالميزانية السنوية.⁹⁵

تُعتبر السياسات العمومية بمثابة سلسلة من النشاطات المترابطة، والمتعلقة بمجال مُحدد يعالج الإشكالات التنموية، أو يهدف لتطوير وتأهيل المجال الاقتصادي أو الاجتماعي. فعملية صنع السياسات العمومية تتعلق بعدة مجالات. كما أن إعدادها يرتبط بالتحديد المُسبق للأهداف ولمؤشرات الإنجاز، وتطال مراحلها الأساسية تتبع التنفيذ، وتقييم آثارها وتحليل تكلفتها المالية.⁹⁶

إن البُعد السياسي هو أحد مكونات السياسات العمومية، باعتبارها نتاج قرار وإرادة سياسيين، وهو ما يتم تنفيذه أو صياغته في السياسة القطاعية، ضمن البرنامج الحكومي أو في البرنامج التنموي العام

⁹⁴ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.31

⁹⁵ نفس المرجع، ص.32

⁹⁶ جيمس أندرسون، صنع السياسات العامة، ترجمة عامر الكبسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 1998،

للدولة، فالسياسات العمومية لا ترتبط بالوضعية العامة للدولة في حد ذاتها، أي في حالة السكون بل ما تفعله وتقوم به، عبر قطاعاتها الحكومية وأجهزتها الإدارية. وعلى هذا الأساس تبدو التراتبية الدستورية منطقية، وخاصة فيما يتعلق بصياغة التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة، والتي تُعتبر أساس إعداد السياسات العمومية والسياسات القطاعية، والتي تبقى من اختصاص السلطة التنفيذية⁹⁷.

وفي هذا السياق يتداول المجلس الحكومي في السياسة العامة للدولة، قبل عرضها على المجلس الوزاري طبقاً لأحكام الفصل 92 من الدستور، كما أن إعداد السياسات العمومية والقطاعية، يجب أن يتم ضمن التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة، والتي يفوق مداها الحيز الزمني للولاية الحكومية، والتي تتحدد في خمس سنوات⁹⁸. إضافة إلى ذلك تمارس الحكومة السلطة التنفيذية، وتعمل تحت إشراف رئيسها على تنفيذ البرنامج الحكومي وعلى ضمان تنفيذ القوانين⁹⁹.

تُعبر السياسة العامة عن مواقف وبرامج سياسية، يتم تبنيها من قبل الحكومة أو الدولة، وتتم أجراءاتها وتنزيلها عبر اتخاذ القرارات السياسية الكبرى، أو إصدار القوانين أو صياغة نظام أو منظومة، ذات بُعد أفقي يهتم الدولة بكاملها، أو يشمل منهج عمل الحكومة وتعاطيها مع الإشكالات القائمة، فهي تُعبر عن التصورات العامة ذات البعد السياسي، والتي تُلخصُ نظرة الحكومة بشكل عام لطريقة تسيير الدولة وعادة ما ترتبط بالبرنامج الحكومي¹⁰⁰.

وتتضمن السياسات العمومية مستويات عليا من التخطيط التنموي داخل الدولة، ويتم إعدادها بانسجام مع السياسة العامة المحددة في البرنامج الحكومي، ويتم تنزيلها لحل الإشكالات التي يعاني منها

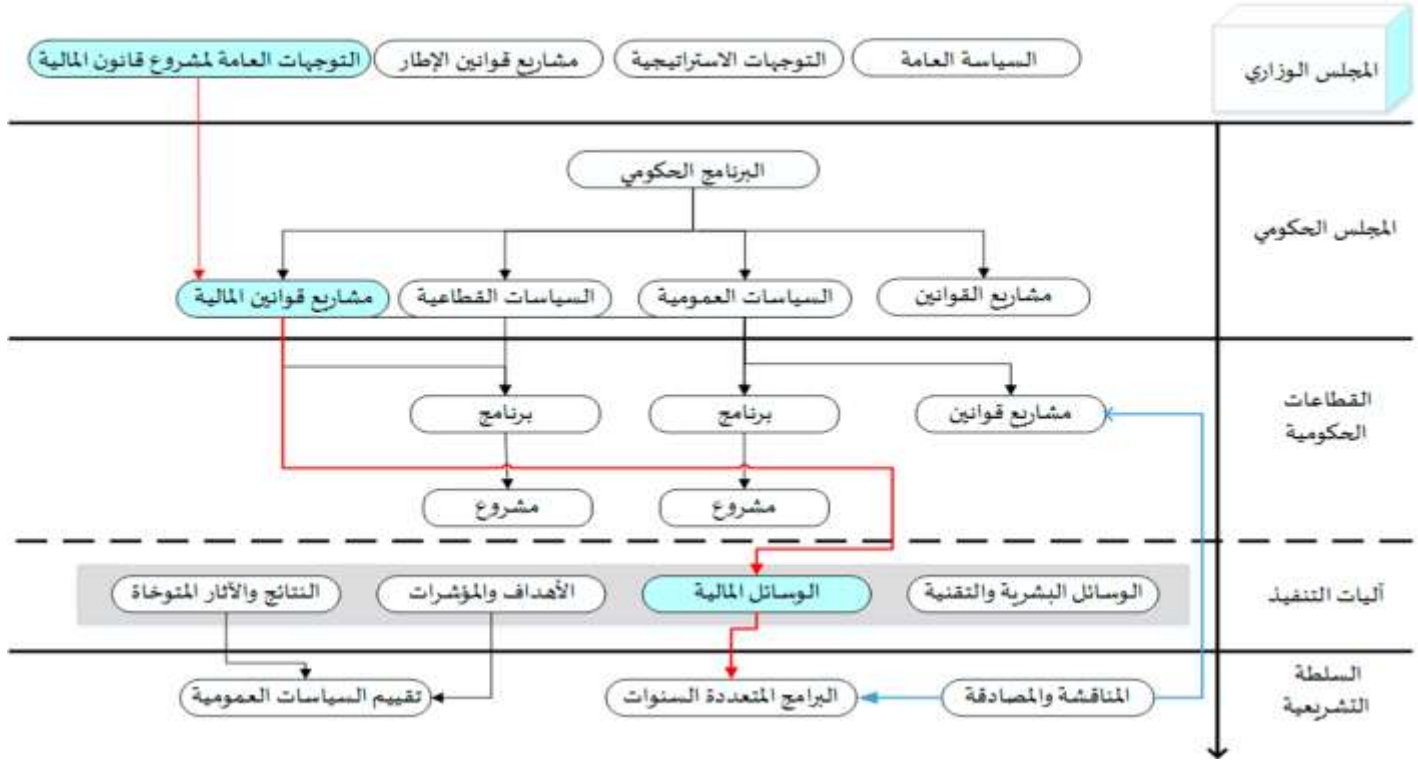
⁹⁷ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.32

⁹⁸ نفس المرجع، ص.33

⁹⁹ الفصل 89 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3616

¹⁰⁰ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.13

البلد، سواء كانت ضُعْفاً في التنمية أو النمو الاقتصادي أو هشاشة اجتماعية. وتسعى صياغتها لوضع الأهداف العملية المرجوة منها والبرامج المرتبطة بها، وعادة ما تتضمن الإجراءات والمخططات القطاعية أو الأفقية التي تتضمنها هذه البرامج.¹⁰¹



شكل رقم 1: مراحل إعداد، تنفيذ وتقييم السياسات العمومية بالمغرب¹⁰².

تمارس السلطة التنفيذية الاختصاصات المتعلقة بإعداد وصياغة وتنفيذ السياسات العمومية، طبقاً لأحكام الدستور، والتي تحدد اختصاص ومجال تدخل كل سلطة أو مؤسسة دستورية، وتحدد هذه المقتضيات الدستورية مجال ممارسة الوظيفة البرلمانية، والتي ترتبط بتقييم السياسات العمومية. حيث يمنح البرلمان ثقته للحكومة عند تنصيبها برلمانياً، وفق تعاقد واضح مُعَبَّر عنه في البرنامج الحكومي، والذي يتضمن الخطوط العريضة لعمل الحكومة في إطار التوجيهات الاستراتيجية لسياسة الدولة¹⁰³.

¹⁰¹ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.32

¹⁰² نفس المرجع، ص.33

¹⁰³ نفس المرجع، ص.36

وفي هذا الصدد لابد من التمييز بين مجالات اشتغال الحكومة، على مستوى صياغة وإعداد وتنفيذ السياسات العمومية والقطاعية، وباقي المجالات التي تفوق الحيز الزمني أو المجال الوظيفي للحكومة، والتي تُعبر عن التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة، كما يتعين على الحكومة أن تشتغل وفق قواعدها الأساسية، كما تقوم السلطة التنفيذية بتنزيل البرنامج الحكومي عبر السياسات العمومية. ويُفترض أن تتم مناقشة وتقييم السياسات العمومية، من طرف البرلمان على أساس البرنامج الحكومي، كمرجعية رئيسية لعمل الحكومة ومسؤوليتها أمام السلطة التشريعية¹⁰⁴.

بعد تعيين الملك لأعضاء الحكومة، يتقدم رئيس الحكومة أمام مجلسي البرلمان مجتمعين، ويعرض البرنامج الذي يعتزم تطبيقه. ويجب أن يتضمن هذا البرنامج الخطوط الرئيسية للعمل، الذي تنوي الحكومة القيام به في مختلف مجالات النشاط الوطني، وبالأخص في ميادين السياسة الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والثقافية والخارجية، كما يكون البرنامج الحكومي موضوع مناقشة أمام كلا المجلسين، يعقبهما تصويت في مجلس النواب. ولا تعتبر الحكومة مُنصبة إلا بعد حصولها على ثقة النواب، والمُعبر عنها بتصويت الأغلبية المطلقة لأعضائه لصالح البرنامج الحكومي¹⁰⁵.

ينعقد مجلس الحكومة تحت إشراف رئيس الحكومة، ويتداول في السياسة العامة للدولة، قبل عرضها على المجلس الوزاري، حيث تصبح بعد اعتمادها من قبل هذا الأخير، بمثابة توجهات استراتيجية لسياسة الدولة، كما يتداول في السياسات العمومية وفي السياسات القطاعية. ويعتبر الوزراء مسؤولون عن تنفيذ السياسة الحكومية، كل في القطاع المُكلف به وفي إطار التضامن الحكومي¹⁰⁶.

¹⁰⁴ حسن طارق، السياسات العمومية: مفاهيم وتطبيقات، جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الانسان بشراكة مع صندوق الامم المتحدة للديموقراطية، 2014، ص.28

¹⁰⁵ الفصل 88 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3616

¹⁰⁶ الفصول 92 و 93 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3617

تعتمد صياغة وإعداد السياسات العمومية على تركيز المجهودات الحكومية، لمعالجة الإشكالات الموجودة والمتوقعة، على عدة مستويات اقتصادية واجتماعية وثقافية وبيئية، إضافة إلى اختيار الآليات والبدائل الملائمة لحلها، وفقاً لمعايير عملية وموضوعية. كما أن العمل الحكومي يتأسس من جهة على تراتبية دستورية، تنظم قواعده ومرجعياته الأساسية، ويعتمد من جهة أخرى على مؤشرات لإعداد وتنفيذ السياسات والاستراتيجيات والبرامج الحكومية، بشكل يسمح باعتبارها ذات مقومات سياسة عمومية، ويجعلها قابلة للتقييم البرلماني على وجه الخصوص¹⁰⁷.

ترتكز صياغة السياسات العمومية على مجموعة من العناصر وهي: الأهداف والموارد وإجراءات التنفيذ وعناصر التقييم، فكلما كانت الأهداف واقعية وقابلة للقياس، إلا وكانت عملية التقييم سلسلة ومتاحة بشكل موضوعي. وفي الكثير من الأحيان تكون الأهداف فضفاضة وغامضة، إما تبعاً لطبيعة المشكل المطروح أو بسبب نزاعات سياسية، حيث يصبح من الصعب قياس تحقيقها، فلا ينبغي إذن الاختصار على أهداف ونتائج السياسة العمومية، بقدر ما يتعين أيضاً تحديد الآثار المتوقعة على المجتمع¹⁰⁸.

تُكْمِل السلطة التنفيذية أعمال السلطة التشريعية، ولها دور هام في ضمان دعم التشريعات بسياسات وبرامج ملائمة، وضمان إعداد الميزانيات وتنفيذها بشكل صحيح. ويمكن للحكومة أن تُيسر التنسيق بين القطاعات الحكومية، من أجل المشاركة في عملية تعزيز وحماية الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والحكومة مسؤولة أيضاً عن ضمان جميع حقوق الإنسان، وخاصةً عندما تكون اللامركزية قد بُنيت على تقديم الخدمات الأساسية مثل التعليم أو الصحة¹⁰⁹.

¹⁰⁷ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.38

¹⁰⁸ نفس المرجع، ص.57

¹⁰⁹ مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان: أسئلة يتكرر طرحها بشأن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية،

مرجع سابق، ص.35

الفرع الثاني: مميزات التخطيط في المنظومة الصحية

يُمكن تعريف السياسات العمومية المتعلقة بالصحة، بأنها تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية، وترتيب الأولويات بين الأهداف والإتجاهات الرئيسية لبلوغها. ويتوجب على كل دولة أن تضع سياساتها الصحية كجزء من سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، وفي ضوء ما تتفرد به من مشكلات وإمكانات وظروف خاصة، وهياكل اجتماعية واقتصادية وأجهزة سياسية وإدارية. ويكون تحديد الأهداف والأولويات، بعد دراسة مفصلة للمشكلات الصحية¹¹⁰.

يُعرّف النظام بأنه مجموعة من الأجزاء المترابطة، والتي يَعتد بعضها على بعض، وتُشكل فيما بينها كُلاً معقداً يؤدي عملاً، أو مهمة معينة بسيطة كانت أم غير بسيطة. وقد عرف التقرير الخاص بالصحة لسنة 2000، والصادر عن منظمة الصحة العالمية، المنظومة الصحية أو النظام الصحي بأنه: جميع الأنشطة التي ترمي أساساً إلى تعزيز الصحة وإعادتها إلى سالف عهدها¹¹¹. وتهدف النظم الصحية إلى تحقيق ثلاثة أهداف أساسية وهي: تحسين مستوى صحة الساكنة، وتوفير الخدمات الصحية عبر الاستجابة لتوقعات المواطنين، وضمان الحماية المالية من التكاليف المترتبة على الأمراض¹¹².

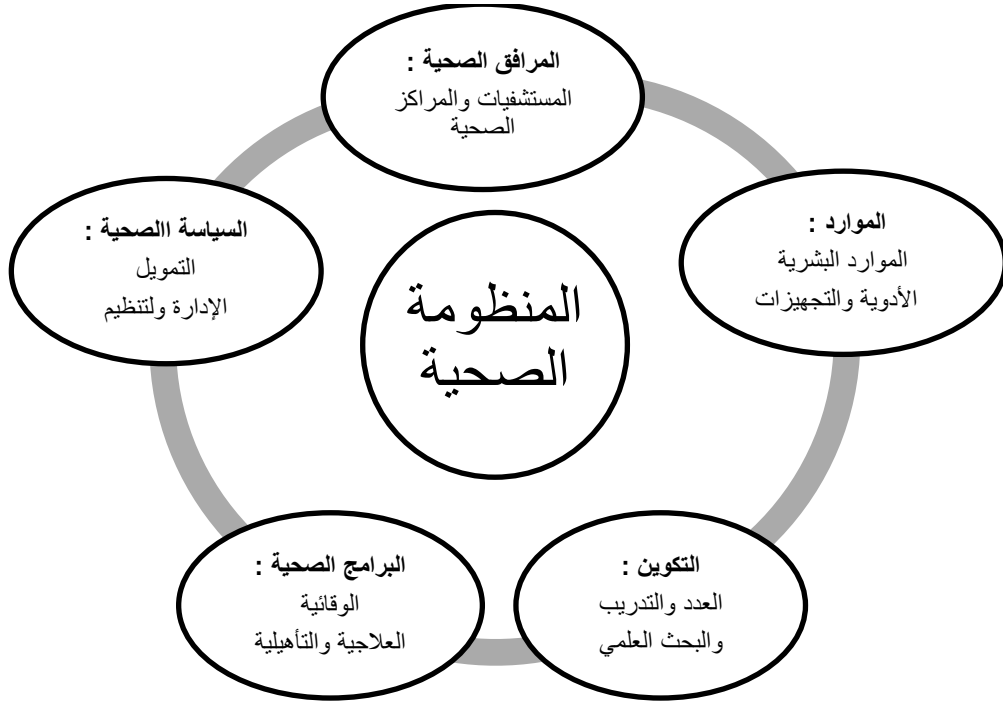
تتكون المنظومة الصحية من عناصر أساسية وهي: الموارد البشرية والموارد المادية مثل المرافق الصحية كالمستشفيات ومؤسسات الرعاية الصحية الأولية والموارد المالية، إضافةً إلى الإدارة والتنظيم والتكوين. ويؤدي التفاعل بين هذه الموارد إلى تقديم الخدمات الصحية المطلوبة، كما أن الموارد المالية هي التي تؤدي إلى توافر أو عدم توافر الموارد الأخرى وإنتاجها، ويبين هذا الشكل العلاقة فيما بينها¹¹³.

¹¹⁰ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.44

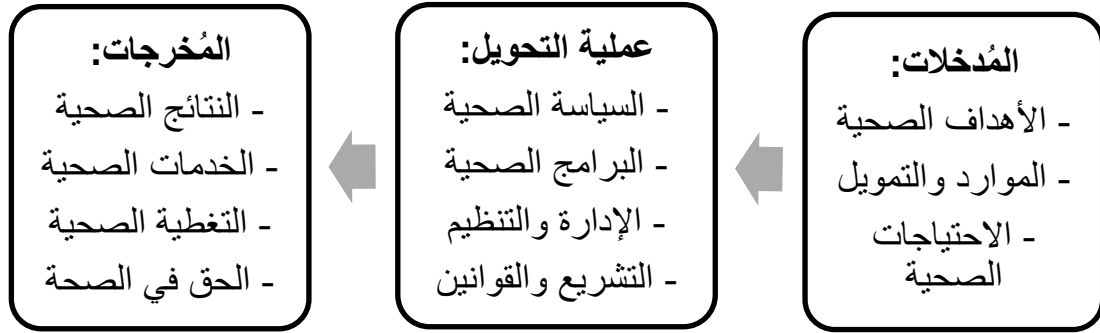
¹¹¹ منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، فرنسا، 2000، ص.14

¹¹² منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.33

¹¹³ نفس المرجع، ص.34



الشكل 2: المكونات الأساسية للمنظومة الصحية¹¹⁴.



الشكل 3: البنية الداخلية للمنظومة الصحية¹¹⁵.

تشتمل السياسات العمومية للصحة على الخطوط العريضة، للعمل المطلوب في جميع القطاعات ذات الصلة، لوضع تلك السياسة موضع التنفيذ. وكذلك الموارد البشرية والاقتصادية المتوفرة أو التي يمكن توفيرها، لبلوغ الأهداف التي حددتها السياسة الصحية. أما الاستراتيجية القطاعية للصحة فهي خطة

¹¹⁴ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.35.

¹¹⁵ منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، تطوير النظم الصحية، مرجع سابق، ص.6.

رئيسية واسعة ومشتركة بين القطاعات، لبلوغ الأهداف الصحية، وهي تشير إلى ما يجب القيام به، وإلى من سيقوم به وفي أي مدة زمنية وبأية موارد. أي أنها تحتوي على المزيد من التفاصيل، في البرمجة ورصد الميزانية والتنفيذ والتقييم¹¹⁶.

تحتاج السياسة الصحية إلى مقومات أساسية، تضمن لها النجاح لتكون كاملة وممكنة التطبيق، حيث يتطلب إعدادها وتنفيذها التزاماً سياسياً صريحاً، بتحقيق الأهداف المنشودة وترجمتها إلى حقيقة واقعة. حيث يجب قبل وضع السياسة الصحية اتخاذ قرارات سياسية قاطعة، تلتزم بها جميع القطاعات الحكومية المهيمة بالأهداف الصحية. كما تتطلب تعبئة الرأي العام وتوضيح الحقائق له، حتى يمكن التغلب على جميع العقبات، وتوفير الموارد المالية اللازمة لتنفيذ السياسة، وقد يكون من الضروري في بعض الأحيان، اللجوء إلى تدابير سياسية حازمة مثل فرض الضرائب وغيرها¹¹⁷.

ينبغي أن تتم ترجمة السياسة الصحية، إلى برامج وخطة عمل محددة، كما يجب تحديد الأهداف الواجب بلوغها كمياً قدر الإمكان. وتتضمن خطة العمل الإطار الزمني، وتقدير الموارد اللازمة لتنفيذ السياسة الصحية وتقييم النتائج. ولا شك أن تنفيذ خطة العمل هو عملية طويلة الأمد، وقد يكون من الصعب أن يُحدد لها مسبقاً جدول زمني دقيق ونهائي، لأن التنفيذ يعتمد على مجموعة من الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية، ثم قدرة الحكومة على توفير الموارد وفقاً للمتطلبات والحاجيات¹¹⁸.

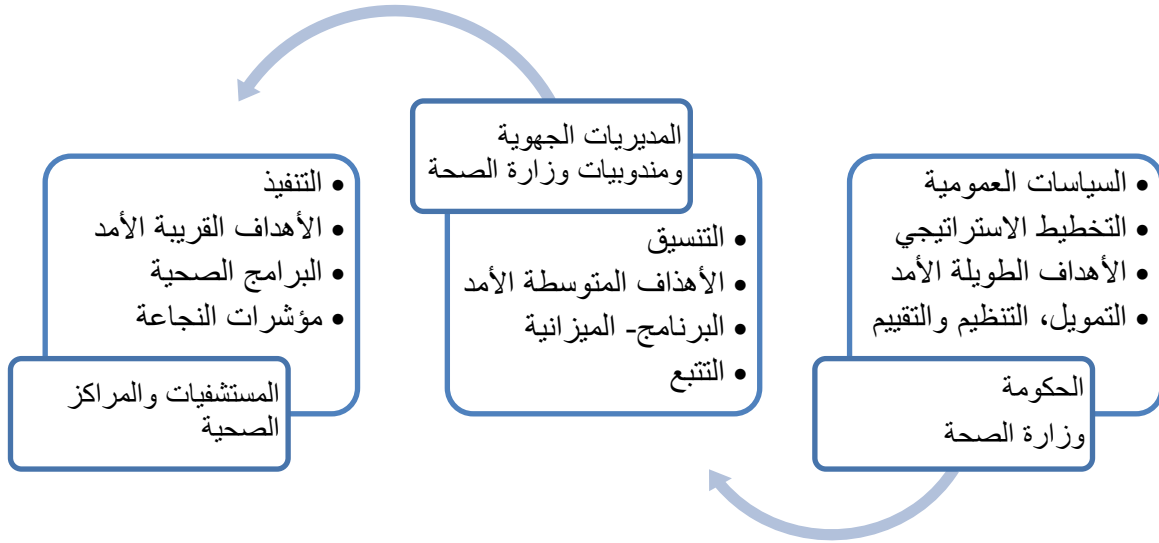
يتم تحديد البرامج الصحية بعد وضع التصور الكامل لخطة العمل، والتي تختلف من بلدٍ لآخر باختلاف الأحوال الاجتماعية والاقتصادية والوبائية. ولا بد أن يشتمل كل برنامج على أهداف مباشرة

¹¹⁶ بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، 2002، ص.3

¹¹⁷ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.45

¹¹⁸ نفس المرجع، ص.48

وتقديرات للموارد المطلوبة، من موارد بشرية ومالية وأجهزة ومُعَدَات، وتقديرات للتكلفة وجدول زمني مفصل للتنفيذ. كما يجب أن يتضمن البرنامج طُرقاً للتقييم المستمر، وإعادة الصياغة إذا لزم الأمر. وكل برنامج صحي له مستويات في التنفيذ، منها المستوى المركزي والجهوي والمحلي، لذا يجب توضيح العلاقة بين هذه المستويات وطرق التنسيق بينها للوصول إلى الأهداف¹¹⁹.



شكل رقم 4: مستويات التخطيط في المنظومة الصحية¹²⁰.

إن النظم الصحية هي نظم مُعقدة، تتغير باستمرار وتتفاعل مع محيطها بشكل دائم، مما يستوجب تطويرها وتقييمها وإعادة صياغتها إذا لزم الأمر، وهذه الجهود تتطلب عملية التخطيط، التي هي واسعة الآفاق، وتحتاج إلى خبرات متعددة. فالتخطيط هو أساساً منهجية لتطوير النظم الصحية، وبالإمكان تعريف التخطيط على أنه عملية تحليل وفهم للنظام، والتي تتطلب تحديد رسالته وأهدافه، ودراسة إمكانياته، وتحديد الخيارات المتاحة من أجل تحقيق الأهداف¹²¹.

¹¹⁹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 49.

¹²⁰ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص. 134.

¹²¹ نفس المرجع، ص. 191.

تُعتبر عملية التخطيط الوظيفية الأولى التي تقوم بها الحكومة، حيث يتم التعريف بشكلٍ مُسبق بما يجب عمله، وتتألف هذه الوظيفة من تحديد الأهداف، ووضع الإجراءات والموارد وأساليب تقييم التنظيم، وبذلك فإن وظيفة التخطيط ذات طبيعة تنظيمية، حيث تتم مراجعة وتنقيح الخطة واختيار البديل الأفضل، حسبما يستجد من ظروف، وذلك للأسباب التالية: تركيز الانتباه على الأهداف ومؤشرات التنفيذ والتقييم، لأن التخطيط الجيد يضع أهدافاً معقولة للتقييم، ويُطور مداخل وسُبل وبدائل لتحقيق هذه الأهداف¹²².

يتطلب التخطيط اتخاذ قرارات لها أبعاد في المستقبل، من خلال دراسة الوضع الحالي، كما يُوفر فرصة للتدخل لإبعاد بعض الأخطار أو السلبيات، وتزداد نسبة نجاح عملية التخطيط، إذا ما اتبعت منهجية مدروسة ومنظمة للعملية. إن التخطيط يتطلب موارد لا يُستهان بها، كما أن التخطيط هو عملية محددة وعلمية ورصينة، ذات أهداف واضحة، وتعتمد على أرقام وبيانات، وتتطور بصورة متواصلة، ويتطلب التخطيط استطلاع المستقبل، والاستفادة من وسائل التنبؤ التي تتوقع حصول تطورات مُعينة¹²³.

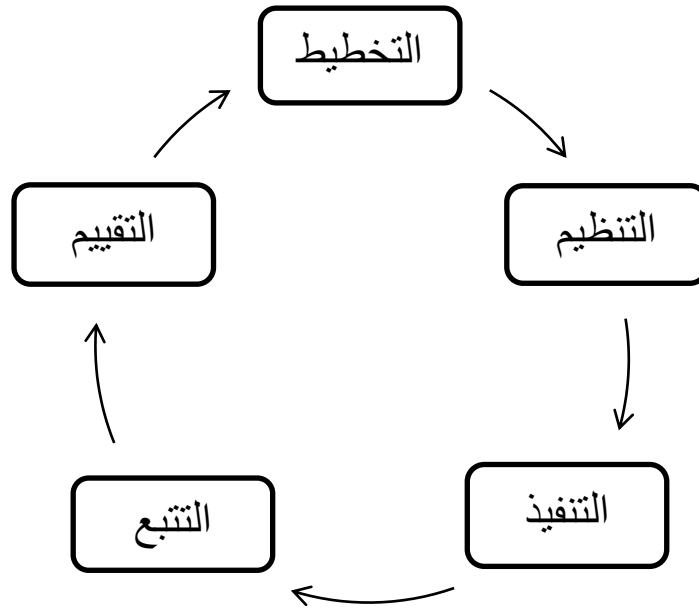
يُنصَبُ التخطيط على استقراء المستقبل، وتوقع أحداثه وتحديد ما يجب عمله، والطريقة التي سيتم اتباعها، من أجل تحقيق ما تريد الحكومة عمله¹²⁴. حيث يتضمن التخطيط اتخاذ القرارات، حول كيفية العمل واختيار البديل الأفضل، إضافةً إلى تخصيص الموارد اللازمة لبلوغ ما يراد تحقيقه. إذن فالتخطيط هو عملية ديناميكية مستمرة، تتضمن وضع الخطة وتنفيذها، ومن ثم تقويم ما تم تحقيقه، وهذا يعني ضرورة إعادة النظر في الخطة من جديد، وبشكلٍ مستمر وفقاً للعوامل الخارجية والداخلية، التي تؤثر على تنفيذ الخطة، وعليه فإن التغيير والتعديل هما من أهم خصائص التخطيط في المنظومة الصحية¹²⁵.

¹²² فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص.34

¹²³ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.192

¹²⁴ صندوق النقد الدولي، المعركة من أجل الصحة العالمية، مجلة التمويل والتنمية، العدد 52، الرقم 3، 2014، ص.12

¹²⁵ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص.131



شكل رقم 5: مراحل عملية التخطيط في المنظومة الصحية¹²⁶.

إن المسؤولية النهائية عن أداء المنظومة الصحية، في بلدٍ ما تقع على عاتق الحكومة، فالإدارة الواعية والمسؤولة، أي ذات القوامة والرامية إلى تحقيق رفاهية الناس، هي جوهر الأداء الحكومي الجيد، فصحة الناس تُشكل دائماً أولوية وطنية، ومسؤولية الحكومات عنها مسؤولية مستمرة ودائمة. كما أن دولاً عديدة، تُقَصِّرُ في بلوغ مستوى الأداء الذي يناسب إمكانياتها، مع أخذ المبالغ التي تُخصِّصها للصحة بعين الاعتبار، ونتيجة ذلك حدوث عدد كبير، من حالات الوفاة والعجز التي يمكن توقيها، ويحتمل الفقراء بصورة متفاوتة مغبة هذا القصور¹²⁷.

يُحدد تقرير منظمة الصحة العالمية ثلاثة أهداف للمنظومة الصحية في أي دولة كالاتي: تحسين مستوى صحة الإنسان، والاستجابة لتوقعات المجتمع، وضمان العدالة في التمويل للتكاليف المترتبة على الصحة. لقد ساهمت النظم الصحية في الإرتفاع الكبير، في متوسط العمر المأمول الذي شهده القرن

¹²⁶ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق، ص. 39.

¹²⁷ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص. 50.

العشرين¹²⁸. ومع ذلك فإن الفجوة التي تفصل بين الطاقة الكامنة للنظم الصحية، وبين أدائها الفعلي لا تزال واسعة، كما أن النتائج تتباين تبايناً كبيراً، بين بلدان تتوفر فيها الموارد والإمكانات ذاتها¹²⁹.

يُعتبر تحسين الصحة من أهداف المنظومة الصحية، حيث يساهم توزيع التمويل بكيفية عادلة، في تحسين الصحة وذلك بالإقلال من احتمالات حرمان من يحتاج الرعاية منها، بسبب ارتفاع كلفتها أو أن يؤدي بهم إلى العوز، وإلى التعرض للمزيد من المشاكل الصحية بسبب الحاجة المادية.¹³⁰ كما أن الاستجابة لتوقعات الساكنة تساعد في تحسين الصحة¹³¹.

يُعتبر الحق في الحفاظ على الصحة من مسؤولية الدولة، حيث يهدف القانون الإطار 09-34 إلى تحديد الأهداف الأساسية لعمل الدولة في مجال الصحة، وتتكون المنظومة الصحية من مجموع المؤسسات والموارد لتحقيق الأهداف الأساسية للصحة، والتي تقوم على أساس المبادئ التالية: التضامن، وإشراك الساكنة في مسؤولية الوقاية والمحافظة على الصحة، والمساواة في الولوج إلى العلاج والخدمات الصحية، والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد الصحية، والتكامل بين القطاعات، واعتماد مقارنة النوع في الخدمات الصحية، وتقع مسؤولية أعمال هذه المبادئ أساساً على عاتق الدولة¹³².

تهدف أعمال الدولة في مجال الصحة، إلى الوقاية من الأخطار المهددة للصحة والتربية الصحية والتشجيع على اعتماد أنماط عيش سليمة، والمراقبة الصحية وتقديم خدمات وقائية أو علاجية أو مُلطفة وخدمات إعادة التأهيل. كما تستهدف هذه الأعمال أفراداً أو جماعات، ويمكن أن تكون قطاعية أو

¹²⁸ عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، العدد الثاني والعشرون، الكويت، 2003، ص.7

¹²⁹ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.52

¹³⁰ حبيب محمود وباسل أنور أسعد، قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في محافظة اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 36، العدد 5، 2014، ص.22

¹³¹ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.52

¹³² المادة الأولى من القانون رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص.3469

مشتركة بين عدة قطاعات، وتتهج الدولة سياسة مشتركة ومتكاملة ومندمجة بين القطاعات، في مجال الوقاية الصحية بتنسيق مع المنظمات المهنية إن اقتضى الأمر ذلك¹³³.

ترمي الوقاية الصحية على الخصوص إلى: رصد ومكافحة الأخطار المهددة للصحة، ومكافحة انتشار الأمراض المتنقلة عبر الحدود، وذلك طبقاً للقوانين الصحية الدولية، والقيام بأعمال احترازية لحفظ الصحة ومكافحة الأمراض، وتنمية الأعمال المتعلقة بالإعلام والتربية والتواصل في مجال الصحة، وتنمية أعمال وآليات اليقظة والأمن الصحي. كما تساهم الجماعات المحلية والمنظمات المهنية والجمعيات، التي تعمل في مجال الصحة والحفاظ على البيئة، إلى جانب الدولة في تحقيق الأهداف والأعمال الصحية¹³⁴.

تقع على الدولة مسؤولية توفير الدم، والمواد الدوائية ذات العمر القصير، كما تضمن سلامتها وجودتها. وتضمن الدولة توافر الأدوية والمنتجات الصيدلانية الأساسية وجودتها في مجموع التراب الوطني، وتعمل على تيسير الولوج إلى الدواء، وتحدد قواعد السلامة والجودة في مجال صنع الأدوية، واستيرادها وتصديرها وتوزيعها وصرفها وتسهر على احترامها، كما تشجع على تنمية الأدوية الجنيسة ووصفها¹³⁵.

وفي هذا الصدد تُحدد الدولة شروط سلامة المنتجات الصيدلانية، غير الدوائية والمستلزمات الطبية وجودتها وتسهر على احترامها. وتعمل على تشجيع وتطوير البحث في مجال الدواء والعلوم الطبية والصحية، وتقع على الدولة مسؤولية ضمان التكوين والتكوين المستمر للموارد البشرية، وتوافر البنيات التحتية والتجهيزات والخدمات العلاجية الأساسية بالإضافة إلى إشراك القطاع الخاص¹³⁶.

¹³³ المادة 2 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3470.

¹³⁴ المادة 3 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3470.

¹³⁵ المادة 4 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3471.

¹³⁶ المادة 5 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3471.

تتخذ الدولة عدة تدابير من أجل تفعيل التزاماتها في مجال الصحة على الصعيد الدولي مثل: إعلام الساكنة بالمخاطر الصحية، والتدابير الاحتياطية للوقاية منها، والولوج إلى الخدمات الصحية الملائمة، واحترام الشخص وسلامة جسده، وحفظ كرامته وخصوصيته، واحترام حق المريض في المعلومة المتعلقة بمرضه، ومكافحة كل أشكال التمييز أو الوصم بسبب المرض أو الإعاقة¹³⁷.

وفي هذا الإطار يتعين على كل شخص مراعاة قواعد الحماية العامة للصحة، كما يجب على المصالح الصحية العمومية، في حالة إصابة شخص بمرضٍ منقول يُشكل خطراً وبائياً على الجماعة، إخضاعه طبقاً للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، للعلاجات والتدابير الوقائية المناسبة لحفظ الصحة، ويمكن أن يُتخذ عند الاقتضاء نفس الإجراءات إزاء الأشخاص الذين يخالطهم¹³⁸.

المطلب الثاني: السياسة الصحية على ضوء البرنامج الحكومي

الفرع الأول: أهداف الحكومة في المجال الصحي

بعد إصدار دستور 2011، لا يُمكن لقطاع الصحة أن يبقى على ما هو عليه، فالقانون 00-65 الصادر سنة 2002 والمتعلق بمدونة التغطية الصحية الأساسية، يؤكد في ديباجته: تَقْرِضُ حماية الصحة على الدولة التزاماً بتوفير الخدمات الصحية الوقائية مجاناً، ولفائدة جميع المواطنين أفراداً وجماعات، بالإضافة إلى سهرها على تنظيم مجال تقديم خدمات طبية نوعية، وموزعة توزيعاً متكافئاً في سائر أرجاء التراب الوطني، وضمان الاستفادة من هذه الخدمات لفائدة جميع الشرائح الاجتماعية، عن طريق التكفل الجماعي والتضامني بالنفقات الصحية،¹³⁹ لبلورة هذا الالتزام الذي يُكرس مبدأ الحق في الصحة¹⁴⁰.

¹³⁷ المادة 6 من القانون رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3471.

¹³⁸ المادة 7 من القانون رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3472.

¹³⁹ Direction des études et des prévisions financières, des inégalités régionales sous le prisme de l'accès aux droits humains : de la multiplicité à l'indivisibilité. Maroc, 2015, p.13

¹⁴⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 11.

إن الاعتراف الأسمى بالحق في الصحة يرجع إلى دستور 2011، حيث ينص الفصل 31 على أن تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة من الحق في: العلاج والعناية الصحية، والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية. كما تنص مقتضيات دستورية أخرى على الحق في الحياة، والحق في السلامة الجسدية والمعنوية للأشخاص، وضمان الحماية الحقوقية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة¹⁴¹.

ينص الفصل 34 من الدستور المغربي، على أن السلطات العمومية تقوم بوضع وتفعيل سياسات مُوجَّهة إلى الأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة.¹⁴² ولهذا الغرض، تسهر خصوصاً على معالجة الأوضاع الهشة لفئات من النساء والأمهات، والأطفال والأشخاص المُسنين والوقاية منها، وإعادة تأهيل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة وإدماجهم في الحياة الاجتماعية والمدنية.¹⁴³

أولت الحكومة عناية خاصة للمنظومة الصحية، خلال الفترة السياسية بين أبريل 2017 وأبريل 2018، حيث تم رصد 14,79 مليار درهم لقطاع الصحة برسم قانون مالية 2018، أي بزيادة بنسبة 3,47%، وإعداد مخطط الصحة في أفق 2025، والبدء في تحسين العرض الصحي، واستكمال تعميم التغطية الصحية الشاملة، وتعزيز الولوج إلى الخدمات الصحية، وإصلاح الصحة العامة، وتعزيز الموارد البشرية عبر تخصيص 4000 منصب مالي لوزارة الصحة، وتسوية الوضعية الإدارية والمالية لحوالي 12000 ممرض وممرضة، ووضع شروط تفضيلية لتشجيع التعاقد مع أطباء القطاع الخاص¹⁴⁴.

¹⁴¹ الفصول 20، 21، 22، 31 و 32 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3605-3607

¹⁴² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 34، مطبعة سيباما، الرباط، 2018، ص. 7

¹⁴³ الفصل 34 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3607

¹⁴⁴ رئاسة الحكومة، تنفيذ البرنامج الحكومي برسم السنة الأولى أبريل 2017-أبريل 2018، المغرب، 2018، ص. 9

قامت الحكومة بتوسيع العرض الاستشفائي لبعض الجهات، خاصةً بالمناطق القروية والجبلية بافتتاح 11 مستشفى جديد، وإحداث 790 سرير جديد برسم سنة 2017، مع القيام ببناء المستشفى الجامعي بكل من طنجة وأكادير، وخفض أثمان 200 دواء منها ما يتعلق بالأمراض المزمنة، واقتناء 120 وحدة صحية متنقلة سنة 2017، إضافةً إلى 40 وحدة صحية متنقلة، في إطار برنامج تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية بالوسط القروي.¹⁴⁵ حيث تم وضعها رهن إشارة 160 قيادة بالدوائر الصحية القروية، واقتناء 74 سيارة إسعاف تم وضعها رهن إشارة 114 قيادة بالدوائر الصحية القروية¹⁴⁶.

يهدف البرنامج الحكومي في مجال الصحة للفترة 2017-2021، إلى استكمال أورش الإصلاح والبرامج التي انخرطت فيها الحكومة السابقة، خصوصاً منها التغطية الصحية الشاملة، وفي هذا الإطار سيتم القيام بالتدابير التالية: استكمال تعميم التغطية الصحية للفئات المستهدفة المتبقية، لتشمل أصحاب المهن الحرة والعمال المستقلون، وذلك من خلال اعتماد القوانين ذات الصلة، وهو ما سيُمكن المنظومة الصحية الوطنية من تغطية أكثر من 90% من الساكنة¹⁴⁷.

حدد البرنامج الحكومي مجموعة من الإجراءات لتحسين الولوج إلى الخدمات الصحية منها: تعزيز الاستفادة من الخدمات الصحية، عن طريق تعزيز تمويل وحكمة نظام المساعدة الطبية، وتحسين ظروف وجودة الاستقبال بالمرافق الصحية، واعتماد مقاربة جهوية في معالجة شكايات المرتفقين في المجال الصحي، وتسهيل الولوج إلى الأدوية، وتفعيل مقتضيات الخريطة الصحية وعرض العلاجات¹⁴⁸.

¹⁴⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، متطلبات الهوية المتقدمة وتحديات إدماج السياسات القطاعية، إحالة ذاتية رقم 22، مطبعة سيباما، الرباط، 2016، ص.35

¹⁴⁶ رئاسة الحكومة، تنفيذ البرنامج الحكومي برسم السنة الأولى أبريل 2017-أبريل 2018، مرجع سابق، ص.10

¹⁴⁷ رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي، الولاية التشريعية 2016-2021، 2017، ص.61

¹⁴⁸ نفس المرجع، ص.60

وفي هذا السياق تشمل التدابير الحكومية المتعلقة بتعزيز الولوج إلى الخدمات الصحية، متابعة تأهيل المستشفيات العمومية، من خلال إطلاق برنامج وطني لتأهيل البنيات الاستشفائية والتجهيزات والمعدات والموارد الصحية مركزياً وتربائياً، وخاصة بالعالم القروي، وتقوية برنامج الصحة المتنقلة بالعالم القروي، عبر تخصيص وحدة طبية متنقلة وسيارة إسعاف لكل منطقة صحية، أي بكل قيادة وذلك بشراكة مع الجماعات الترابية، في إطار برنامج تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية بالوسط القروي¹⁴⁹.

علاوة على ذلك، تهدف الحكومة إلى النهوض بصحة الفئات الهشة وذوي الاحتياجات الخاصة، عن طريق تنزيل الاستراتيجية الوطنية للصحة والإعاقة، وإحداث برنامج خاص بصحة الأشخاص المسنين،¹⁵⁰ وتجويد ظروف التكفل بالنساء والأطفال ضحايا العنف، وبالأشخاص الحاملين لفيروس داء فقدان المناعة المكتسبة، وتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمهاجرين، وتقوية سبل الوقاية واليقظة من الأخطار والطوارئ، وتعزيز مصالح المراقبة الصحية على الحدود¹⁵¹.

وتعتبر الحكومة صحة الأم والطفل أولوية وطنية استراتيجية، لذلك عمدت إلى اتخاذ مجموعة من التدابير مثل: تأهيل فضاءات الولادة المراقبة خاصة في العالم القروي، وإنشاء أقطاب جهوية متميزة ومتعددة الاختصاصات لصحة الأم والطفل، وإحداث منظومة وطنية لتتبع وتقييم صحة الأم والطفل، وتعميم تشخيص الأطفال حديثي الولادة، من أجل الكشف عن الأعراض الأولية، لبعض الأمراض الثقيلة والمكلفة، وتعزيز البرنامج الوطني لمراقبة الحمل والولادة خصوصاً في العالم القروي¹⁵².

¹⁴⁹ رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي، الولاية التشريعية 2016-2021، مرجع سابق، ص.61

¹⁵⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الأشخاص المسنون في المغرب، إحالة ذاتية رقم 20، مطبعة سيياما، الرباط، 2015، ص.12

¹⁵¹ رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي، الولاية التشريعية 2016-2021، مرجع سابق، ص.62

¹⁵² نفس المرجع، ص.61

وفي مجال تعزيز الموارد البشرية الصحية، ستعمل الحكومة من خلال عدة إجراءات على الرفع من المناصب المالية المُخصَّصة للقطاع الصحي، وتعزيز كفاءات المهنيين الصحيين والإداريين، عبر إعداد برنامج وطني للتكوين والتأهيل، يُراعي احتياجات كل جهة ترابية، واستقطاب الأطباء المتخصصين للجهات التي تعاني من خصائص، من خلال وضع شروط تفضيلية بشراكة مع الجهات، لتشجيع التعاقد مع مهنيي الصحة بالقطاع الخاص أو العام، للاشتغال على الأقل مرة في الأسبوع بالمراكز الصحية القروية المُقفلة، وفتح نقاش من أجل إرساء نظام الخدمة الصحية الإجبارية الوطنية¹⁵³.

هدف البرنامج الحكومي بالمغرب في مجال الصحة سنة 2012، إلى ضمان الولوج المتكافئ إلى الخدمات الصحية، حيث تم وضع عدة أهداف لتعزيز ثقة المواطن المغربي في منظومته الصحية، من خلال تحسين الاستقبال وتوفير الخدمات الصحية، وضمان الولوج المتكافئ إليها، خاصة في دور الولادة والمستعجلات، وجعل الأدوية الأساسية في متناول الفئات الإجتماعية ذات الدخل المحدود، من خلال وضع سياسة دوائية، تهدف إلى توفير الأدوية بجودة عالية وبسعر عادل¹⁵⁴.

عملت الحكومة على توفير خدمات القرب في المجال الصحي، والمتمثلة في الرعاية الصحية الأولية، عبر دعم شبكة العلاجات الأساسية خاصة بالوسط القروي، وذلك بالإعتماد على الوحدات الطبية المتنقلة¹⁵⁵، وتنتمى الأهداف الصحية في تحسين المؤشرات الصحية مثل: تقليص عدد وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 20 وفاة لكل 1000 ولادة حية، وتخفيض نسبة وفيات الأمهات عند الولادة إلى 50 وفاة في كل 100000 ولادة حية، وذلك من أجل الالتزام الوطني بأهداف الألفية الإنمائية¹⁵⁶.

¹⁵³ رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي، الولاية التشريعية 2016-2021، مرجع سابق، ص.63

¹⁵⁴ رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي، المغرب، 2012، ص.72

¹⁵⁵ Ministère de la santé, guide sur la participation communautaire en santé, Maroc, 2013, p.22

¹⁵⁶ رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي 2012، مرجع سابق، ص.71

وضعت الحكومة خريطة صحية لتدعيم المنظومة الصحية، قائمة على توزيع عادل بين الجهات والمجالات الترابية، والرفع من عدد مهنيي القطاع لسد الخصاص المُسَجَّل في بعض المناطق، والإسراع بإصدار قانون يُنظِّم الشراكة الاستراتيجية بين وزارة الصحة والقطاع الخاص. كما تم وضع نظام يقظة صحية، من أجل مواجهة الأوبئة، والوقاية من الأمراض المهنية، في إطار متغيرات النمو الديمغرافي والتحول الوبائي، وتعزيز ولوج الفئات الاجتماعية ذات الاحتياجات الخاصة للصحة¹⁵⁷.

وفي هذا الإطار سارعت الحكومة إلى تنظيم وتحديث العرض الإستشفائي خاصة أقسام المستعجلات، ودعم الاستقلالية الإدارية والمالية للمؤسسات الإستشفائية الجهوية والإقليمية، وصيانة التجهيزات الصحية بالمستشفيات، وإعادة الاعتبار للطب العام، وفرض احترام تراتبية العلاج¹⁵⁸.

❖ أهداف بعض الأحزاب السياسية في المجال الصحي:

إن الحزب السياسي هو تنظيم سياسي دائم، يتمتع بالشخصية الاعتبارية ويؤسس طبقاً للقانون، بمقتضى اتفاق بين أشخاص ذاتيين، يتمتعون بحقوقهم المدنية والسياسية ويتقاسمون نفس المبادئ، ويسعون إلى تحقيق نفس الأهداف. ويعمل الحزب السياسي طبقاً لأحكام الفصل 7 من الدستور المغربي، على تأطير المواطنين والمواطنات وتكوينهم السياسي، وتعزيز انخراطهم في الحياة الوطنية وفي تدبير الشأن العام. ويساهم في التعبير عن إرادة الناخبين، ويشارك في ممارسة السلطة، على أساس التعددية والتناوب، وبالوسائل الديمقراطية وفي نطاق المؤسسات الدستورية¹⁵⁹.

¹⁵⁷ رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي 2012، مرجع سابق، ص.72

¹⁵⁸ نفس المرجع، ص.73

¹⁵⁹ المادة الثانية من القانون التنظيمي رقم 11-29 المتعلق بالأحزاب السياسية، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.11.166، في 24 من ذي القعدة 1432 (22 أكتوبر 2011)، الجريدة الرسمية، عدد 5989، بتاريخ 24 أكتوبر 2011، ص.5172

تعتمد الأحزاب السياسية على نماذج متعددة لصياغة السياسات العمومية، مرتبطة أساساً بالقيم أو الإيديولوجيات، حيث يُطالبُ أعضاء الحزب بمراعاة أكبر لآرائهم، فيما يتعلق بالقرارات التي تتخذها أحزابهم السياسية، والتي تهدف إلى تطبيق مقاربة تشاركية، كي تبقى أكثر اتصالاً بشؤون الناخبين، وتقوم الأحزاب السياسية أثناء صياغة محاور البرنامج الانتخابي، بطلب آراء الخبراء وأصحاب الاختصاص في القطاع الصحي، فضلاً عن آراء مستهلكي الخدمات الصحية¹⁶⁰.

يقوم الحزب في الحقل السياسي بتوجيه الرأي العام وتكوينه، وعند قيامه بهذه العملية يسعى إلى توطيد نفوذه، إما بكسب ثقة المواطنين في حالة ممارسته للسلطة، أو بالضغط على الحكومة في حالة المعارضة، حيث تصبح الأحزاب السياسية وسيطاً بين السلطة والرأي العام، نظراً لقيامها بوظيفة منبرية، كما يعمل الحزب على تجميع جُل المطالب، في برنامج سياسي وانتخابي يتماشى مع أهداف المواطنين، ولهذا الغرض تقوم الأحزاب السياسية باستطلاع الرأي العام للاقترب من المواطن ومطالبه¹⁶¹.

هدف البرنامج الانتخابي لحزب العدالة والتنمية المغربي، خلال الانتخابات التشريعية ل 07 أكتوبر 2016، إلى تحسين وتعميم الخدمات الصحية، حيث اقترح الحزب إطلاق برنامج وطني لتأهيل البنيات الاستشفائية بالتجهيزات والموارد الصحية، ومراجعة حكمة وقواعد تمويل البنيات الاستشفائية، وإنشاء أقطاب جهوية للمستشفيات العمومية، بشراكة مع الجهات مع تعزيز استقلاليتها الإدارية والمالية، وتأهيل المراكز الاستشفائية الجامعية على المستويين المادي والتنظيمي وتعزيز استقلاليتها¹⁶².

¹⁶⁰ المعهد الديمقراطي الوطني، الأحزاب السياسية والسياسة العامة والديمقراطية التشاركية، أوروبا الوسطى والشرقية

البرنامج الإقليمي للأحزاب السياسية، لبنان، 2012، ص.8

¹⁶¹ أحمد سليمان الحمداني، الأساس في العلوم السياسية، الطبعة الأولى، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، 2004، ص.305-306

¹⁶² حزب العدالة والتنمية، البرنامج الانتخابي: صوتنا فرصتنا لمواصلة الإصلاح، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016، ص.51

وفي هذا السياق ومن أجل تحسين وتعميم الخدمات الصحية، هدف الحزب إلى فتح مستشفيات إقليمية، وتجميع الخدمات في مراكز صحية قروية مؤهلة، وتكييف تجربة إحداث وحدات طبية، ومستشفيات متنقلة بالجهات، والتي تعاني خصوصاً حاداً في المرافق الصحية والموارد البشرية، ودعم مبادرات الفاعلين المحليين والإقليميين والجهويين، المندمجة والهادفة للنهوض بالخدمات الصحية بالأقاليم الهشة، وتعزيز وتأهيل مؤسسات الدعم الصحية مثل معهد باستور المغرب والمعهد الوطني للوقاية¹⁶³.

اقترح حزب العدالة والتنمية المغربي، عدة إجراءات لتحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين منها: تعزيز وتدعيم الحكامة والبرامج الصحية، من خلال التكفل بالأمراض المزمنة، وتدعيم الوحدات الاستعجالية بالمستشفيات والوحدات المتنقلة، وإحداث وتفعيل المجلس الوطني الاستشاري للصحة الوارد بالقانون الإطار 34-09. إضافةً إلى إصلاح القطاع الصيدلي، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وذلك بتخفيف أعباء النفقات الصحية، وتعميم التغطية الصحية، لتشمل أصحاب المهن الحرة والعمال المستقلين وذوي حقوقهم، وتطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص ومنظمات المجتمع المدني¹⁶⁴.

اعتبر حزب العدالة والتنمية صحة الأم والطفل كأولوية وطنية استراتيجية، واقترح تأهيل فضاءات الولادة المراقبة خاصةً في العالم القروي، وأجرأة نظام فعال لربط هذه المؤسسات الصحية بالمستشفيات الجهوية والإقليمية، وإحداث أقطاب جهوية متميزة ومتعددة الاختصاصات لصحة الأم والطفل، وإحداث منظومة وطنية لتتبع وتقييم صحة الأم والطفل، من خلال توفير تقارير دورية حول المؤشرات الصحية، وتعميم تشخيص الأطفال حديثي الولادة، من أجل الوقاية والتكفل بالأمراض في مراحل مبكرة¹⁶⁵.

¹⁶³ حزب العدالة والتنمية، البرنامج الانتخابي: صوتنا فرصتنا لمواصلة الإصلاح، الانتخابات التشريعية لسنة 2016،

مرجع سابق، ص. 52.

¹⁶⁴ نفس المرجع، ص. 51.

¹⁶⁵ نفس المرجع، ص. 53.

هدف حزب العدالة والتنمية، في مجال تعزيز الموارد البشرية وتحسين تدبيرها، إلى الرفع من عدد طلبة مهن الصحة، ونقل صلاحيات تدبيرها إلى المستوى الجهوي، وإلغاء التوظيف المركزي، وفتح مناصب مالية على صعيد الجهة، وانتداب أطر طبية للاشتغال بالمراكز الصحية القروية المقفلة، واستثمار كفاءات الأطر المحالة على التقاعد، وإنشاء أقطاب جامعية للصحة، وإلزامية التكوين المستمر وتأهيل المنظومة الصحية قانونياً وتنظيماً، وجعل طب الأسرة أحد مرتكزات قطاع الصحة¹⁶⁶.

اشتمل البرنامج الانتخابي لحزب الأصالة والمعاصرة، على عدة تدابير من أجل تأهيل القطاع الصحي وعصرنته، من خلال تطوير المستشفيات الإقليمية والمستوصفات القروية، وإرساء سياسة الأداء مقابل المردودية، سواء فيما يتعلق بالموارد البشرية أو بالإعانات الموجهة للمستشفيات الجامعية، وتفعيل مبدأ الشراكة بين القطاع العام والخاص، وتوسيع استعمال الأدوية الجنيسة. أما فيما يخص حكاية القطاع الصحي، اقترح الحزب إحداث نظام معلوماتي، من أجل تدبير المنظومة الصحية، وتصحيح اختلالات نظام المساعدة الطبية، وضبط نشاط القطاع الصحي الخاص لتيسير أداء الواجبات الضريبية¹⁶⁷.

تضمن البرنامج الانتخابي لحزب الاستقلال، وخاصةً المحور الثالث المعلنون سياسات اجتماعية إرادية وناجعة، عدة تدابير من أجل تقوية البنيات التحتية وتعزيز الخدمات الصحية، وتحقيق ثلاث أهداف أساسية وهي: تحسين الولوج للخدمات الصحية لكافة الشرائح المجتمعية، وتحسين التأطير الصحي وتقوية وتأهيل البنيات التحتية الصحية. مما يتطلب حسب مقترحات الحزب، إحداث المجلس الوطني للصحة، والنهوض بالعلاجات الصحية الأولية، وتسريع وتيرة تنزيل الخريطة الصحية، وتحسين البنيات التحتية¹⁶⁸.

¹⁶⁶ حزب العدالة والتنمية، البرنامج الانتخابي: صوتنا فرصتنا لمواصلة الإصلاح، الانتخابات التشريعية لسنة 2016، مرجع سابق، ص. 54.

¹⁶⁷ حزب الأصالة والمعاصرة، البرنامج الانتخابي: التوجهات الكبرى، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016، ص. 33.

¹⁶⁸ حزب الاستقلال، البرنامج الانتخابي: تعاقد من أجل الكرامة، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016، ص. 39.

اقترح البرنامج الانتخابي لحزب الاستقلال، إنشاء مراكز استشفائية جامعية جديدة بكل الجهات، للحد من الفوارق الجهوية، وتحسين الولوج للخدمات الاستشفائية والعلاجية، وإحداث مراكز استقبال المكالمات، وتنظيم مسارات للرعاية بين القطاعين العام والخاص، ووضع شروط تحفيزية لتشجيع التعاقد مع أطباء القطاع الخاص، لسد الخصاص المُسجّل في بعض المناطق، وتنفيذ الخريطة الصحية، واعتماد نظام معلوماتي مركزي في المؤسسات الاستشفائية، للولوج العادل والسريع إلى الخدمات الصحية¹⁶⁹.

هدف حزب الاستقلال أثناء الحملة الانتخابية، إلى إقناع المواطنين بضرورة الاستمرار في سياسة تخفيض أئمة الأدوية الخاصة بالأمراض المزمنة، ووضع نظام صحي جهوي، وتعزيز برامج الكشف المبكر عن الأمراض المزمنة وعلاجها، والتكفل بعلاج المرضى المعوزين، وتحسين البنيات التحتية، لتخفيف الضغط على أقسام المستعجلات، واستخدام مراكز التشخيص الاستشفائية، وتعزيز المؤسسات الصحية بالعالم القروي، وتقليص العجز في عدد الأطباء والمرضى بنسبة 50% سنة 2021.¹⁷⁰

اعتبر حزب التجمع الوطني للأحرار قطاع الصحة من الأوراش ذات الأولوية، حيث اقترح هذا التنظيم السياسي مجموعة من الإجراءات الرئيسية مثل: رفع ميزانية الصحة إلى 7% من الميزانية العامة للدولة، وإصلاح منظومة العلاجات، وتأهيل البنيات التحتية الصحية، وتطوير أقطاب متميزة للصحة وفقاً للخريطة الصحية، وإنشاء مستشفيات جامعية في كل جهة، وإعادة تنظيم أقسام المستعجلات، وتفعيل تعميم التغطية الصحية لتشمل 12 مليون مواطن، غير مؤهلين للاستفادة من نظام المساعدة الطبية، ووضع استراتيجية لتدبير الموارد البشرية، وتشجيع صناعة واستعمال الأدوية الجنيسة¹⁷¹.

¹⁶⁹ حزب الاستقلال، البرنامج الانتخابي: تعاقداً من أجل الكرامة، الانتخابات التشريعية لسنة 2016، مرجع سابق، ص.40.

¹⁷⁰ نفس المرجع، ص.39.

¹⁷¹ حزب التجمع الوطني للأحرار، البرنامج الانتخابي، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016، ص.13.

اقترح حزب الحركة الشعبية في برنامجه الانتخابي، المُكون من 70 إجراء من أجل الإصلاح والالتزام، وتحت شعار الصحة أحد الركائز الأساسية للتنمية البشرية، عدة تدابير منها: تأسيس شراكات مع الجماعات الترابية، من أجل تسريع برنامج تأهيل المستشفيات، وتجهيز مصالح المستعجلات، والرفع من المراكز الصحية للقرب وخصوصاً في المجال القروي، وخلق الوكالة الوطنية لنظام المساعدة الطبية، وتشجيع ودعم الدولة لصناعة وتسويق الأدوية الجنيسة، وتشجيع المستثمرين الخواص على ولوج القطاع الصحي، وتعزيز الموارد البشرية من أطباء وممرضين وتحفيزها للعمل في كل مناطق المملكة¹⁷².

قام حزب الاتحاد الاشتراكي للقوات الشعبية بتشخيص اختلالات القطاع الصحي، حيث يُقرّ الحزب بأن المنظومة الصحية تعاني من عدة إكراهات، نظراً للحاجيات الملحة للسكان، نتج عنها ظهور العديد من المشاكل الجوهرية، والمتعلقة بسوء التدبير وتفشي الفساد، مما أدى إلى تدني الخدمات الصحية وتراجع المؤشرات الأساسية. حيث تتمثل الإشكالات الصحية الرئيسية حسب منظور الحزب، في غياب التغطية الصحية الشاملة، واتساع حدة الفوارق الصحية المجالية، وصعوبة الولوج إلى العلاجات، وقلة العرض الصحي، إضافةً إلى النقص في الموارد البشرية، وغلاء الأدوية والمستلزمات الطبية¹⁷³.

وفي هذا الإطار، يُشير حزب الاتحاد الاشتراكي للقوات الشعبية، في برنامجه الانتخابي إلى مُنجزات حكومة التناوب في المجال الصحي، حيث يدعو الحزب إلى توفير حماية اجتماعية صلبة، تقطع مع منطق المساعدة الاجتماعية، من خلال تقوية التغطية الصحية، والأجراً الفعلية للحق في الصحة، وتكريس مفهوم الصحة الاجتماعية، وإحترام مبادئ المساواة والعدالة والإنصاف والتضامن¹⁷⁴.

¹⁷² حزب الحركة الشعبية، البرنامج الانتخابي: الإصلاح والالتزام، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016، ص.4

¹⁷³ حزب الاتحاد الاشتراكي للقوات الشعبية، البرنامج الانتخابي: 55 كفى و555 تدبير، الانتخابات التشريعية، المغرب،

2016، ص.41

¹⁷⁴ نفس المرجع، ص.42

هدف حزب الاتحاد الاشتراكي للقوات الشعبية، إلى إقناع المواطنين خلال الحملة الانتخابية، بضرورة توفير الحكومة لحماية اجتماعية مُوسعة وقوية، عن طريق بلورة ميثاق وطني يُعيد بناء المنظومة الوطنية للصحة، على قاعدة مبدأ الصحة للجميع الذي أقره دستور 2011، وإنشاء مجلس وطني للصحة، ومراجعة مختلف النصوص القانونية والتنظيمية، وإعادة النظر في الخريطة الصحية في اتجاه العقلنة، والعمل على التوزيع العادل للموارد الصحية بما يستجيب لمبدأ العدالة المجالية¹⁷⁵.

اقترح حزب الاتحاد الاشتراكي للقوات الشعبية عدة تدابير مثل: تفعيل الجهوية الصحية، وتعميم برنامج لإصلاح المستشفيات، واعتماد برامج صحية لتغطية الوسط القروي، وإعطاء الأولوية للحد من وفيات الأمهات والأطفال، وتمويل القطاع الصحي من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة في أفق سنة 2024، واتخاذ إجراءات استعجالية لإصلاح حكمة نظام المساعدة الطبية، ومحاربة الأمراض السارية والتكفل بالأمراض المزمنة، ومراجعة السياسة الدوائية، وتدارك العجز الحاصل في الأطر الصحية¹⁷⁶.

اعتمد حزب الاتحاد الدستوري في الحملة الانتخابية، على أرضية دعائية تقوم على دعامتين، ميثاق ب 100 تدبير تحت شعار مغرب فائز، وخارطة طريق تسمى جدول الأعمال 16-21، استندت على أربعة آليات وهي: إحياء النمو الاقتصادي لزيادة القدرة الشرائية للمواطنين، واتخاذ حالة الطوارئ الاجتماعية واستعادة الأمل والكرامة، وتغيير موضع دور الدولة في إطار ديموقراطية تشاركية وشاملة، وتنشيط إطار الحكامة في إطار الجهوية المتقدمة، وتعزيز تقدم اللامركزية وتقويض الصلاحيات للجهات، كما اقترح الحزب تأهيل المنظومة الصحية، عبر وضع تغطية صحية حقيقية بمعايير عالمية¹⁷⁷.

¹⁷⁵ حزب الاتحاد الاشتراكي للقوات الشعبية، البرنامج الانتخابي: 55 كفى و555 تدبير، الانتخابات التشريعية لسنة

2016، مرجع سابق، ص.44

¹⁷⁶ نفس المرجع، ص.45-47

¹⁷⁷ حزب الاتحاد الدستوري، البرنامج الانتخابي، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016، ص.7

هدف حزب التقدم والاشتراكية إلى تعميق وتوسيع الإصلاحات في القطاع الصحي، لضمان الحق في الصحة للجميع، عبر مجموعة من الإجراءات مثل: الرفع من الميزانية العامة المُخصَّصة لقطاع الصحة إلى 8% ثم إلى 10% في أفق سنة 2020، واستكمال التغطية الصحية الشاملة، وتوسيع التقدم الحاصل في مجال نظام المساعدة الطبية، والتفعيل التدريجي لمقتضيات قانون التغطية الصحية للمستقلين، وإحداث آلية مستقلة تتولى مهمة تدبير نظام المساعدة الطبية للمعوزين¹⁷⁸.

وفي هذا الصدد اقترح حزب التقدم والاشتراكية توسيع الولوج إلى العلاجات، ومحاربة التفاوتات والفوارق عبر تعميم المخططات الجهوية، وتأهيل المستشفيات العمومية، وتفعيل السياسة الدوائية، وتعميم نظام المساعدة الطبية، والنهوض بالصحة البيئية، وتطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وتفعيل مقتضيات المدونة الجديدة للتعاقد، وتبسيط المساطر الإدارية، وتحسين حكمة القطاع الصحي من أجل تعزيز الوقاية ومراقبة المخاطر، وتحسين سياسة التكفل بالأمراض العقلية والصحة الإنجابية¹⁷⁹.

من خلال تحليل البرامج الانتخابية لبعض الأحزاب السياسية بالمغرب، نلاحظ وجود تشابه في صياغة الأهداف والأولويات المُعتمدة لإصلاح المنظومة الصحية، مع غياب لمؤشرات التقييم ولمصادر التمويل¹⁸⁰. كما أن نظام الإقتراع الانتخابي بالمملكة المغربية، لا يساهم في إفراز أغلبية حكومية مُنسجمة، قادرة على تنزيل البرنامج الانتخابي وفق إيديولوجية سياسية واضحة. مما يؤدي بالأحزاب السياسية إلى البحث عن توافق سياسي لصياغة أهداف السياسة الصحية في البرنامج الحكومي¹⁸¹.

¹⁷⁸ حزب التقدم والاشتراكية، البرنامج الانتخابي، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016، ص.4

¹⁷⁹ نفس المرجع، ص.5

¹⁸⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.12

¹⁸¹ أحمد سليمان الحمداني، الأساس في العلوم السياسية، مرجع سابق، ص.306

الفرع الثاني: إستراتيجية وزارة الصحة لتطوير المنظومة الصحية

تشتمل خطة وزارة الصحة لسنة 2025 على ثلاث دعائم مُقسمة إلى 25 محور و 125 إجراء، وتهدف هذه الدعائم إلى تنظيم وتطوير العرض الصحي، من أجل تحسين إمكانية الولوج إلى الخدمات الصحية، وتعزيز البرامج الوطنية الصحية ومكافحة الأمراض، وتحسين الحكامة وتحقيق النجاعة في استخدام الموارد¹⁸².

ترتكز خطة الصحة لسنة 2025، على التوجيهات الملكية السامية، حيث أكدت الرسالة الملكية الموجهة للمشاركين في المناظرة الوطنية الثانية للصحة سنة 2013، على أن إصلاح المنظومة الصحية هي أولوية وطنية رئيسية، كما دعا الخطاب الملكي لـ 30 يوليوز سنة 2015، إلى وضع خطة عمل متكاملة، تقوم على التنسيق بين القطاعات الحكومية، من أجل الحد من الفوارق الاجتماعية، وتخفيض العجز في الصحة، حيث نص الخطاب الملكي بمناسبة افتتاح البرلمان سنة 2017، على ضرورة تعميم التغطية الصحية، وتسهيل الولوج إلى الخدمات الصحية الجيدة في إطار الكرامة الإنسانية¹⁸³.

وفي هذا السياق تعتمد خطة الصحة بالمغرب، على الاتجاهات الصحية العالمية كإطار مرجعي، حيث حددت منظمة الصحة العالمية في الفترة 2014-2019 أولوياتها في عدة مجالات منها: بلوغ التغطية الصحية الشاملة، والحد من كلفة الأمراض غير المعدية، وتنفيذ قوانين النظام الصحي الدولي، وتحسين إمكانية الحصول على الخدمات الصحية الجيدة دون المخاطرة المالية، والعمل على المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية في مجال الصحة، من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة سنة 2030، لتمكين الجميع من العيش في صحة جيدة وتعزيز الرفاه في كل الأعمار¹⁸⁴.

¹⁸² Ministère de la santé, Plan santé 2025, op.cit., p.4

¹⁸³ Ibid., p.3

¹⁸⁴ Ibidem., p.4

إن استراتيجية التعاون بين منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة بالمغرب، للفترة 2017-2021، هي إطار إستراتيجي لإصلاح المنظومة الصحية في الآجل المتوسط، يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة، ويشتمل على أربعة محاور رئيسية وهي: تعزيز الولوج العادل إلى الخدمات الصحية ذات الجودة وبأسعار معقولة، من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، والإسهام في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، والحد من التفاوت في الصحة ومن عبء الأمراض والوفيات، وتعزيز الوظائف الأساسية للصحة والسلامة الصحية، ومواكبة ورش الجهوية الموسعة، وتعزيز حكمة القطاع الصحي¹⁸⁵.

تعتمد خطة المنظومة الصحية لسنة 2025، على مرجعية البرنامج الحكومي للفترة 2016-2021، وينصُ المحور الرابع من البرنامج على تعزيز التنمية البشرية والتماسك الاجتماعي، من خلال تحسين وتوسيع الخدمات الصحية، وتعميم التغطية الصحية، وتعزيز الحصول على الخدمات الصحية، وتكريس صحة الأم والطفل كأولوية وطنية استراتيجية، وتعزيز الموارد البشرية في مجال الصحة¹⁸⁶.

شَهِدَت الحالة الصحية للسكان بالمغرب، تطوراً هاماً في السنوات الأخيرة، نظراً لتحسن الظروف المعيشية، الشيء الذي ساهم في تحسين عدد من المؤشرات الديمغرافية، وهكذا ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 71,1 سنة في عام 2004 إلى 75,8 سنة في عام 2015.¹⁸⁷ كما أن نسبة وفيات الأمهات عرفت انخفاضاً بنسبة 35% بين عامي 2010 و2016، حيث انخفضت من 112 إلى 72,6 وفاة لكل 100000 ولادة حية، وفي نفس الاتجاه انخفض مُعدل وفيات الرضع والأطفال، إلى 30,5 لكل 1000 ولادة حية سنة 2011، مقابل 47 لكل 1000 ولادة حية سنة 2004.¹⁸⁸

¹⁸⁵ Organisation mondiale de la santé et Ministère de la santé, stratégie de coopération 2017-2021, op.cit., p.6

¹⁸⁶ Ministère de la santé, Plan santé 2025, op.cit., p.3

¹⁸⁷ Ministère de la santé, guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional de l'offre de soins, Maroc, 2015, p.11

¹⁸⁸ Ministère de la santé, santé en chiffres 2015, op.cit., p.10

تمكن المغرب من السيطرة على الأمراض المُعدية خلال السنوات الأخيرة، حيث تم عكس أثر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، والقضاء على مرض الرمد الحبيبي، كما أن العجز المرتبط بالأمراض المُعدية، قد انخفض من 33% سنة 2011 إلى 18% سنة 2016. أما فيما يخص محاربة الأمراض المزمنة، فقد ارتفع عدد مرضى السكري بنسبة 40% بين سنتي 2011 و2016، وتضاعف عدد مرضى ضغط الدم بثلاث مرات، أما عدد مرضى القصور الكلوي المحتاجين إلى عملية تصفية الدم فعرف ارتفاعاً ب 50%.¹⁸⁹

عرفت نسبة ولوج الساكنة إلى الخدمات الاستشفائية زيادة بنسبة 80%， نظراً لتحسين الطاقة الاستيعابية ل 14 مستشفى من المستشفيات العامة، من خلال إضافة 2440 سرير، هذا التحسن في الولوج إلى الخدمات الاستشفائية، قد ساعد على تعزيز إمكانية الحصول على الأدوية والأجهزة الطبية، مع إنخفاض أسعار أكثر من 3600 دواء، وتحسين مُعدل استعمال الأدوية الجنيصة ب 39% مقابل 30% سنة 2012، إضافة إلى تحسين الحماية المالية للأسر عبر انخفاض النفقات المباشرة للصحة¹⁹⁰.

وعلى الرغم من هذه الانجازات، فهناك العديد من التحديات التي تواجه تطوير المنظومة الصحية بالمغرب، حيث أن الحصول على الرعاية والخدمات الصحية شهد تحسناً كبيراً، إلا أنه ما زال يعاني من إشكالية الولوجيات، كما أن معدل الاستشارة الطبية للساكنة لا تتعدى 0,6 اتصال للفرد في السنة، مقابل 2,7 في تونس و6,4 في فرنسا، إضافةً إلى انخفاض معدل مراقبة الحمل والولادة، حيث أن 75% فقط من الولادات، أجريت تحت المراقبة الطبية في المناطق القروية، أما النفقات المباشرة للأسر فبلغت 50,7% من النفقات الإجمالية للصحة، مما يُشكل عقبة إضافية للولوج إلى الخدمات الصحية¹⁹¹.

¹⁸⁹ Ministère de la santé, Plan santé 2025, op.cit., p.1

¹⁹⁰ Ibid., p.2

¹⁹¹ Ibidem., p.3

يُعتبر النقص الحاد في الموارد البشرية، التحدي الرئيسي الذي يواجه المنظومة الصحية، حيث أن الكثافة المهنية الصحية حالياً هي: 1,51 مهني صحي لكل 1000 ساكن، إضافة إلى التوزيع غير المتكافئ بين الجهات والأوساط الحضرية والقروية. ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، يجب أن تصل الكثافة المهنية الصحية بالمغرب إلى 4,45 لكل 1000 ساكن سنة 2021، من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة، وبلوغ التغطية الصحية الشاملة وتعزيز المنظومة الصحية الوطنية¹⁹².

تتكون الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016 من 7 محاور، هدفت إلى: تحسين الولوج للعلاجات وتنظيم الخدمات، وتعزيز صحة الأم والطفل، وتشجيع صحة السكان، وتعزيز المراقبة الوبائية وتطوير اليقظة الصحية، وتعزيز مراقبة الأمراض غير السارية، والتحكم في الموارد الاستراتيجية للصحة وتحسين حكمة النظام الصحي، هذه المحاور السبعة تتكون من 28 خطة عمل خاصة و168 إجراء¹⁹³.

تم تصميم الاستراتيجية القطاعية للصحة للفترة 2012-2016، على أساس مقتضيات الدستور المغربي، وتوجهات البرنامج الحكومي إضافة إلى تحليل ودراسة الوضعية الصحية بالمغرب¹⁹⁴. حيث تم تكريس الحق في الصحة بصفة صريحة في الدستور المغربي لسنة 2011، من خلال الفصل 31 والذي ينص على أن تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية على تعبئة الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة من الحقوق التالية: الولوج إلى العلاج والعناية الصحية، والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة¹⁹⁵.

¹⁹² Ministère de la santé, Plan santé 2025, op.cit., p.3

¹⁹³ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.25

¹⁹⁴ اللجنة الوطنية لحكمة المقاولات، الميثاق المغربي للممارسات الجيدة لحكمة المنشآت والمؤسسات العامة، منشورات

مديرية المنشآت العامة والخصوصية، وزارة الاقتصاد والمالية، الرباط، 2012، ص.14

¹⁹⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.20

إن مسؤولية الحكومة في حماية الصحة وتحسين الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية، تقتضي نهج مقاربات جديدة في تحديد وتنفيذ السياسات العمومية المرتبطة بالصحة مثل: المقاربة المبنية على الحقوق، والتي تهدف إلى تفعيل المقتضيات الدستورية، والوفاء بالتزامات المغرب بالمعاهدات والاتفاقيات الدولية مثل: الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة واتفاقية حقوق الطفل¹⁹⁶.

تستمد هذه المقاربة مرجعيتها من دستور منظمة الصحة العالمية، والذي يَعتَبَرُ أن الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض أو العجز، كما أن استعمال هذه المقاربة في إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب، يقتضي من الحكومة الحرص على ولوج المواطنين، ليس للخدمات الصحية المُتاحة فقط، ولكن أيضاً عبر التحكم في المحددات الأساسية للصحة، كالولوج للماء الشروب والوسائل الملائمة للتطهير والسكن اللائق والتعليم وإلى المعلومة المتعلقة بالصحة¹⁹⁷.

تهدف المقاربة المبنية على الديمقراطية الصحية، إلى توفير الخدمات الصحية للمواطنين، على أساس المشاركة والشفافية والمساءلة المنصوص عليها في الدستور¹⁹⁸. وتُعتبر هذه المقاربة امتداداً للمقاربة المبنية على الحقوق، لكون المُشاركة هي جزء من الحق في الصحة، كما يُوضح ذلك إعلان ألما آتا لسنة 1978 في مادته الرابعة، والتي تنص على أن لكل إنسان الحق في المشاركة الفردية والجماعية، في التخطيط لتنفيذ العلاجات المُوجهة له. ويكمن دور المقاربة الديمقراطية من خلال تصديق الخطاب السياسي حول الديمقراطية التشاركية، وتوجيه السياسات الصحية نحو احتياجات المواطنين¹⁹⁹.

¹⁹⁶ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.22

¹⁹⁷ وزارة الصحة، البرنامج الحكومي على مستوى قطاع الصحة، المغرب، 2012، ص.11

¹⁹⁸ Marie-Pierre Gagnon et Ghandour Elkebir, proposition d'un modèle de santé communautaire au Maroc, Québec, 2011, p.4

¹⁹⁹ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.20

وفي هذا الإطار تهدف المقاربة المنظوماتية المبنية على النظام الصحي، إلى ضمان تناسق في تطور السياسة الصحية، عبر تعزيز الوظائف الستة للمنظومة الصحية، كما أوصت بذلك منظمة الصحة العالمية، وهذه الوظائف هي: وظيفة الخدمات العلاجية ومصالح الصحة، ووظيفة الموارد البشرية، ووظيفة تمويل قطاع الصحة، ووظيفة التكنولوجيا الصحية والمستلزمات الطبية، ووظيفة النظام الإعلامي والمقاييس الصحية ووظيفة الحكامة²⁰⁰.

هدفت الاستراتيجية القطاعية لوزارة الصحة للفترة 2012-2016 إلى تفعيل عدة إجراءات مشتركة بين القطاعات الحكومية، من أجل أجراً الجهوية الموسعة ودعم اللاتمرکز، من خلال مراجعة التقسيم الجهوي، وتشجيع التعاقد، وتوطيد الشراكة بين القطاعين العام والخاص، ووضع نظام جهوي للحصول عن المعلومات والإحصائيات، فضلاً عن تدارك العجز الحاصل في البنية التحتية الأساسية والخدمات الاجتماعية، عبر دعم صندوق التأهيل الاجتماعي وصندوق التضامن ما بين الجهات²⁰¹.

عملت استراتيجية وزارة الصحة للفترة 2012-2016، على إصدار عدة مراسيم وقرارات وهي : المرسوم المتعلق بتنظيم وضعية خريجي مدارس تكوين الأطر الشبه الطبية، والرسوم المتعلقة بتنظيم وضعية الممرضين الحاصلين على دبلوم الاجازة للتعليم العالي، والرسوم المتعلقة بإصلاح نظام المعهد الوطني للإدارة الصحية، والرسوم المتعلقة بإصلاح نظام معاهد تكوين المهن الصحية، والقرار المتعلق بتعويضات الأطباء الداخليين والمقيمين بالمراكز الجامعية الاستشفائية، والقرار المتعلق بإحداث معاهد تكوين المهن الصحية، وتعديل القرار المتعلق بإنشاء معاهد لتدريب تقنيين للنقل والاسعاف²⁰².

²⁰⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.23

²⁰¹ جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الانسان، في التأسيس لمقاربة مدنية لتقييم السياسات العمومية، بدعم من

الصندوق الوطني للديموقراطية، 2008، ص.116

²⁰² وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.85

وفي هذا السياق يتطلب تدبير الموارد البشرية بقطاع الصحة، إعداد أو تعديل مجموعة من النصوص التنظيمية مثل: المرسوم المتعلق بتعديل النظام ما بين القطاعي للأطباء، والرسوم المتعلق بتعديل القانون الأساسي للأطباء الداخليين والمقيمين بالمراكز الاستشفائية الجامعية، والرسوم المتعلق بالأجرة التكميلية للأساتذة الباحثين، والرسوم المتعلق بتعويضات المسؤولية للعاملين بالمؤسسات الاستشفائية الأساسية، والرسوم المعدل للرسوم المتعلق بالتعويضات عن الحراسة والمسؤولية²⁰³.

هدف برنامج وزارة الصحة للفترة 2012-2016 إلى سنّ وتحديث عدة قوانين معمول بها، من أجل تنظيم العرض الصحي للعلاجات عبر التراب الوطني، ووضع أسس إدارة ديمقراطية وتشاركية للمنظومة الصحية، وتوطيد الشراكة بين القطاعين العام والخاص، وتنمية أخلاق الممارسة الطبية، وتعزيز اليقظة والسلامة الصحية، وإصلاح بعض المؤسسات العمومية للصحة، وتوسيع التغطية الصحية الأساسية، وتحسين الوضع الإداري والمادي للعاملين بالقطاع الصحي، من خلال تنفيذ الاتفاقات التي تم التوصل إليها في عام 2011 بين الحكومة السابقة والنقابات²⁰⁴.

تتضمن إستراتيجية وزارة الصحة للفترة 2012-2016 إصدار عدة قوانين أهمها: قانون مهام وتشكيلة مجالس إدارة المستشفيات الجامعية، وقانون المجلس الاستشاري الوطني للصحة، وقانون نظام المعلومات الصحية الوطنية، وقانون الخريطة الصحية والمخططات الجهوية للعرض الصحي، وقانون اللجنة الوطنية واللجان الجهوية للعرض الصحي، وقانون اللجنة الاستشارية الوطنية للتنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص، وقانون نظام الاعتماد للمؤسسات الصحية العامة والخاصة²⁰⁵.

²⁰³ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص. 86.

²⁰⁴ نفس المرجع، ص. 81.

²⁰⁵ نفس المرجع، ص. 82.

وفي هذا الصدد بادرت وزارة الصحة إلى إعداد ومراجعة عدة قوانين، تتعلق بتأطير وممارسة المهن الصحية مثل: القانون المتعلق بالهيئة الوطنية للأطباء، والقانون المتعلق بممارسة المهن الطبية المساعدة، والقانون المتعلق بممارسة الطب وطب الأسنان والصيدلة، والقانون المتعلق بمدونة أخلاقيات الطب.²⁰⁶ أما في مجال السلامة الصحية فقد أصدرت وزارة الصحة: القانون المتعلق بالصحة العامة والليقظة والسلامة الصحية، والقانون والمرسوم المتعلقين باللجنة الوطنية لليقظة والسلامة الصحية²⁰⁷.

قامت وزارة الصحة من خلال الاستراتيجية القطاعية للفترة 2012-2016، بإصدار ومراجعة القوانين المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية، قصد توسيعها لتشمل: الطلبة والقطاع الخاص والمهن الحرة.²⁰⁸ كما عملت على صياغة النصوص التشريعية المتعلقة بحماية صحة الأشخاص مثل : قانون متعلق بحماية الأشخاص المشاركين في البحوث الطبية الحيوية، وقانون متعلق بالمساعدة على الإنجاب، وقانون متعلق بالتحاليل الجينية والكشف بواسطة الحمض النووي، وقانون متعلق بإعلام المريض، وقانون متعلق بحماية المرضى المصابين بالأمراض العقلية والنفسية وقانون متعلق بلجنة الأخلاقيات الوطنية²⁰⁹.

عملت وزارة الصحة خلال الفترة 2012-2016 على إصدار مجموعة من القرارات التنظيمية، من أجل تعزيز الولوج إلى الأدوية منها: القرار المتعلق بالممارسة الجيدة للصيديات، والقرار المتعلق بالممارسة الجيدة لتصنيع وتوزيع الأدوية، والقرار المُحدّد لقائمة التحاليل السريرية والكواشف، والقرار المُحدّد لقواعد الممارسات التصنيعية الجيدة، لتغليف وتخزين وحفظ ونقل وتوزيع الأدوية²¹⁰.

²⁰⁶ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.82

²⁰⁷ نفس المرجع، ص.82

²⁰⁸ Ministère de la santé, principales réalisations du ministère de la santé 2012-2014, 2015, Maroc, p.13

²⁰⁹ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.84

²¹⁰ نفس المرجع، ص.84

المبحث الثاني: تمويل السياسة الصحية والتقائية السياسات القطاعية

إن حفظ الصحة هو أمر أساسي لمعافاة الإنسان، ولتحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية مستدامة، وقد أدرك الموقعون على إعلان آلتا، كما لاحظوا أن توفير الصحة للجميع، يُمكن أن يُسهم في تحقيق جودة أفضل للحياة. غير أن حصول السكان على الخدمات الصحية في الوقت المناسب، يستدعي من الدول إقامة نظام تمويل صحي جيد الأداء، لهذا التزمت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية سنة 2005، بتطوير آليات لتمويل المنظومة الصحية، تجعل الخدمات الصحية مُتاحة لكل المواطنين دون أن يواجهوا مصاعب مالية²¹¹.

يقتضي التطرق إلى تمويل السياسة الصحية والتقائية السياسات القطاعية، تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين، حيث يتناول المطلب الأول ميزانية القطاع الصحي في قانون المالية، ثم نتطرق في المطلب الثاني إلى المحددات الاجتماعية للصحة وتتأسق السياسات القطاعية.

المطلب الأول: ميزانية القطاع الصحي في قانون المالية

الفرع الأول: مصادر تمويل المنظومة الصحية

إن تحسين مستوى النظام الصحي هو أحد العناصر الأساسية، ذات الأولوية في سياسة التنمية الاجتماعية، وعملت الحكومة على تكريس مبادئ التضامن والتماسك الاجتماعي، من أجل ضمان الحق في الصحة المنصوص عليه في الدستور المغربي. حيث شرعت المملكة المغربية في إصلاح تمويل المنظومة الصحية، من خلال اعتماد القانون رقم 00-65، المتعلق بالتغطية الصحية الأساسية سنة 2002، والذي يهدف إلى تعزيز المساواة والإنصاف في ولوج المواطنين إلى الخدمات الصحية²¹².

²¹¹ منظمة الصحة العالمية، تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم،

مصر، 2010، ص.1

²¹² Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé, 2015, op.cit., p.9

وفي هذا السياق يستوجب إصلاح المنظومة الصحية، معلومات دقيقة وموثوقة عن مصادر تمويل القطاع الصحي، حيث تظهر أهمية الحسابات الوطنية للصحة، بكونها تقدم وصفاً شاملاً للتدفقات المالية، في إطار نظام التغطية الصحية، وهي تشير إلى مصادر التمويل وعن كيفية استخدامها، وتتيح أيضاً تقييم فعالية السياسات العمومية في مجال الصحة.²¹³ كما تساعد أيضاً على إجراء متابعة منتظمة وشاملة للتدفقات المالية للنظام الصحي، مما يجعلها أداة عملية تسمح للحكومة باتخاذ القرار، وتقييم وإعادة تشكيل نظام التمويل الصحي، وتحديد التدخلات المناسبة لتحسين صحة السكان²¹⁴.

بلغ الإنفاق الإجمالي للصحة سنة 2013 بالمغرب 52 مليار درهم، أي 1578 درهم للفرد الواحد، أو ما يعادل 188 دولار أمريكي، وهي تمثل نسبة 5,8% من الناتج الداخلي الخام، مقابل 6,2% سنة 2010. ورغم الجهود المبذولة منذ الفترة 1998/1997، من أجل تحسين الإنفاق الإجمالي للمنظومة الصحية بالمغرب، نجد أن مصادر التمويل سنة 2013 تتكون من الأداء المباشر للأسر بنسبة 50,7%، والمداخيل الضريبية الوطنية والمحلية 24,4%، والتغطية الصحية الأساسية 22,4%، والمُشَغَّلُون 1,2%، والتعاون الدولي 0,6% ومصادر أخرى 0,7%.²¹⁵

تشير الحسابات الوطنية للصحة بالمغرب لسنة 2010، أن الإنفاق الإجمالي للصحة بلغ 47,8 مليار درهم، أي 1498 درهم للفرد الواحد أو ما يعادل 181 دولار أمريكي، وهي تمثل نسبة 6,2% من الناتج الداخلي الخام، مقابل 5,3% سنة 2006، كما أن مصادر تمويل القطاع الصحي سنة 2010، اشتملت على الأداء المباشر للأسر بنسبة 53,6%، والمداخيل الضريبية الوطنية والمحلية 25,2%، والتغطية الصحية الأساسية 18,8%، والمُشَغَّلُون 1,1% والتعاون الدولي 0,9%.²¹⁶

²¹³ Gouitaa Ahmed, Gouvernance et accélération du développement humain, Maroc, 2003, p.14

²¹⁴ Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé, 2015, op.cit., p.10

²¹⁵ Ibid., p.11

²¹⁶ Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé, 2010, op.cit., p.14

وحسب التصنيف الوظيفي لإنفاق المنظومة الصحية، نجد أن العلاجات المتقنة استهلكت 38% من الموارد المُعبأة، من طرف النظام الصحي الوطني مُقابل 29,4% سنة 2010، تليها الأدوية والمستلزمات الطبية بنسبة 26,2% مقابل 31,7% سنة 2010، ومثلت الخدمات الاستشفائية نسبة 23,2% من إجمالي النفقات، مقابل 25,4% سنة 2010. أما فيما يخص الخدمات الصحية الوقائية الجماعية، مثل مراقبة جودة مياه الشرب والتعليم والإعلام الصحي، فقد استقادت من 2,2% فقط من مجموع النفقات الصحية مقابل 2,1% سنة 2010.²¹⁷

وفي هذا الصدد تستفيد وزارة الصحة من 27,3% من مصادر تمويل المنظومة الصحية، رغم أنها تمثل المُقدم الأول للرعاية الصحية لكونها تمتلك 77% من عدد الأسر الاستشفائية، أما المستشفيات الوطنية بما في ذلك المراكز الاستشفائية الجامعية، فتستهلك 53% من النفقات الإجمالية للصحة، مقابل 33% لفائدة شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، أما المعاهد والمختبرات الوطنية والتي تقوم بدعم المؤسسات الصحية، إضافةً إلى وظيفة التكوين فتحظى بنسبة 3% فقط من الإنفاق الصحي، في حين أن 10% من مصادر التمويل تُخصص للإدارات المركزية والجهوية والإقليمية.²¹⁸

وانطلاقاً من تحليل الأداءات المباشرة للتغطية الصحية الأساسية بالمغرب، نجد أن المستشفيات العامة لم تُحصّل سوى 10,3% من مجموع المدفوعات، من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مقابل 7,1% سنة 2010 و 9,8% في عام 2006. ويستحوذ القطاع الخاص بالمغرب على معظم الأداءات المباشرة للتغطية الصحية الأساسية، حيث بلغت هذه النسبة 65% سنة 2013، مُقابل 59% سنة 2010 و 62% في عام 2006.²¹⁹

²¹⁷ Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé, 2015, op.cit., p.13

²¹⁸ Ibid., p.13

²¹⁹ Ibidem., p.11

يتطلب تحقيق التغطية الصحية الشاملة إعادة تقييم المنظومة الصحية، بحيث يتم التركيز على التمويل وعلى طريقة تدبير موارد النظام، والكيفية التي يتم بها تقديم الخدمات الصحية، مما يستلزم من الحكومة صياغة أهداف واضحة، وتحديد الأولويات مع الأخذ بالاعتبار محدودية الموارد. ويُمكن بناءً على نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام، تقسيم الدول إلى ثلاث مجموعات وهي: البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل والبلدان الضعيفة الدخل. ويعتمد اتجاه التغطية الصحية الشاملة على توافر الموارد المالية، لذلك فالدول مُلزَمة باتخاذ التدابير الضرورية لتحقيق التغطية الشاملة للمواطنين²²⁰.

وفي هذا الإطار تُوصي منظمة الصحة العالمية الدول الأعضاء، بتخصيص 10% من الناتج الداخلي الخام، كحدٍ أدنى لميزانية المنظومة الصحية، من أجل بلوغ أهداف التنمية المستدامة وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ويرتبط الانفاق الإجمالي للصحة بالناتج القومي للفرد والدولة، مما يستوجب زيادة النفقات مع حكمة تدبير الموارد المالية، لأن انخفاض ميزانية الصحة، لا يعكس عدم التزام أو التزام الدولة، حيث أن العديد من الدول حققت نتائج جيدة في أداء المنظومة الصحية، مثل الولايات المتحدة الأمريكية والتي أنفقت 17%، بينما هناك عدة دول أنفقت نسباً أقل دون تحقيق النجاعة الصحية²²¹.

قامت العديد من دول العالم وفي إقليم شرق المتوسط في السنوات الأخيرة، باتخاذ إجراءات تهدف لتقليص حصة الإنفاق المباشر على الصحة من جيوب المواطنين، وتوضيح الجدوال أسفله النسبة المئوية من الميزانيات الحكومية المخصصة للمنظومة الصحية، والتي تتعلق بالناتج القومي الإجمالي للدولة، حيث يلاحظ أن نسبة النفقات الصحية في بعض الدول تبدو ضعيفة مقارنة مع دول أخرى رغم توصيات

²²⁰ منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية في

إقليم شرق المتوسط: التحرك باتجاه التغطية الشاملة 2011-2015، الدورة السابعة والخمسون، 2010، ص.11

²²¹ منظمة الصحة العالمية، التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط، مرجع سابق،

منظمة الصحة العالمية. ونتيجة لذلك، فإن وزارات الصحة في هذه البلدان، قد لا تتمكن من القيام بالدور المنوط بها، بوصفها المؤسسة التي تعمل على تحقيق التنمية الصحية في هذه الدول²²².

جدول رقم 1: نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2014.²²³

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	الدخل القومي الإجمالي للفرد بالدولار الأمريكي	مجموع النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي	الإنفاق الإجمالي للصحة من الناتج القومي (%)	الرتبة العالمية لأداء المنظومة الصحية ²²⁴
فرنسا	64	37	4508	11,5%	9
بريطانيا	65	35	3377	9,1%	19
ألمانيا	81	44	5182	11,3%	7
إسبانيا	46	31	2966	9%	22
الولايات المتحدة	322	53	9403	17,1%	1
روسيا	143	23	1836	7,1%	44
كندا	36	42	4641	10,4%	11
المملكة السعودية	32	53	2466	4,7%	45
الإمارات	9,27	58,09	2405	3,6%	37

نلاحظ من خلال الجدول أن الولايات المتحدة الأمريكية، سجلت أعلى نسبة في الإنفاق الصحي بمعدل 17,1%، وحصلت بذلك على الرتبة الأولى لفعالية أداء المنظومة الصحية، واحتلت المملكة العربية السعودية الرتبة 45 من بين هذه الدول، حيث أنفقت 4,7% كميزانية للقطاع الصحي، وهذا يدل على أن أداء النظام الصحي يرتبط بالدخل الفردي ومجموع النفقات الصحية للفرد، لأن الإمارات العربية المتحدة تمكنت من تحقيق المرتبة 37 دولياً، فيما يتعلق بنجاعة وفعالية النظام الصحي، رغم أنها أنفقت 3,6% كميزانية للقطاع الصحي، وهي أقل من التي خصصتها ميزانية المملكة العربية السعودية²²⁵.

²²² منظمة الصحة العالمية، التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص. 17.

²²³ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

²²⁴ www.prosperity.com/The Legatum Index 2014.

²²⁵ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 2: نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2014.²²⁶

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	الدخل القومي الإجمالي للفرد بالدولار الأمريكي	مجموع النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي	الإنفاق الإجمالي للصحة من الناتج القومي (%)	الرتبة العالمية لأداء المنظومة الصحية ²²⁷
لبنان	6	17	987	6,4%	64
الجزائر	40	12	932	7,2%	73
تايلاند	68	13	600	4,1%	59
تونس	11	10	785	7%	70
مصر	95	10	594	5,6%	85
الأردن	9,45	11	798	7,5%	61
المكسيك	127	16	1122	6,3%	49
الغابون	1,98	17	599	3,4%	132

يُوضح هذا الجدول أن الأردن سجلت أعلى نسبة في الإنفاق الصحي بمعدل 7,5%، بينما لم تُخصص الغابون سوى 3,4% من الناتج القومي لتمويل القطاع الصحي، كما يتبين أن أداء المنظومة الصحية يرتبط بالدخل الفردي ومجموع النفقات الصحية للفرد، لأن المكسيك أنفقت 6,3% وتمكنت من تحقيق المرتبة 49 عالمياً، لكن لبنان خصصت نفس معدل الإنفاق الصحي بنسبة 6,4%، إلا أنها لم تتمكن من تحقيق نتيجة إيجابية واحتلت المرتبة 64 في التصنيف العالمي لأداء المنظومات الصحية²²⁸.

تُواجه الدول ثلاث مُشكلات أساسية، تحدُّ من قدرتها على تحقيق التغطية الصحية الشاملة، أولاً توافر الموارد المالية لضمان حصول كل فرد من السكان على الخدمات الصحية، أما الحاجز الثاني فهو ارتفاع نسبة المدفوعات المباشرة للأسر، بينما تتمثل العقبة الثالثة في عدم حكمة المنظومة الصحية في تدبير الموارد المالية، حيث يتم إهدار ما بين 7,20% و 7,40% من موارد النظام الصحي²²⁹.

²²⁶ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

²²⁷ www.prosperity.com/The Legatum Index 2014.

²²⁸ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

²²⁹ منظمة الصحة العالمية، تمويل النظم الصحية، مرجع سابق، ص.1

جدول رقم 3: نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للدول الضعيفة الدخل سنة 2014.²³⁰

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	الدخل القومي الإجمالي للفرد بالدولار الأمريكي	مجموع النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي	الإنفاق الإجمالي للصحة من الناتج القومي (%)	الرتبة العالمية لأداء المنظومة الصحية ²³¹
المغرب	35	07	447	5,8%	76
تركيا	79	05	1036	5,4%	55
الهند	1000	05	267	4,7%	109
نيجيريا	185	05	217	3,7%	132
السنغال	15	02	107	4,7%	104
ساحل العاج	23	02	187	5,7%	128
غينيا	12	01	68	5,6%	134

نلاحظ من خلال الجدول أن المغرب يحتل المرتبة 76 عالمياً، رغم أن الإنفاق الصحي لم يتعدى 5,8%، وهذا راجع لإرتفاع النفقات الصحية للفرد. حيث يُنفق المواطن المغربي 447 دولار أمريكي سنوياً، وهي نسبة جِد مرتفعة مقارنة مع الدخل القومي للفرد، والذي يصل إلى 7 دولارات. بينما لم تُخصّص نيجيريا سوى 3,7% من الناتج القومي وحققت بذلك المرتبة 132 عالمياً، أما السنغال فقد أنفقت نسبة 4,7% واستطاعت تحقيق الرتبة 104 دولياً، وهي مرتبة أفضل من تركيا، والتي أنفقت 5,4% كميزانية للنظام الصحي وحققت الرتبة 55 في التصنيف العالمي لأداء المنظومات الصحية²³².

تُعدُّ إتاحة حزمة أساسية ومجانية من خدمات الرعاية الصحية الأولية للجميع، البديل الممكن الوحيد في الوقت الراهن، بالنسبة للبلدان الضعيفة الدخل، حيث تُموّل هذه الخدمات من الإيرادات الحكومية العامة، والمانحين أو من خلال منظمات غير حكومية متعاقد معها. ويُمكن أن يكون التأمين الصحي للفئات الغير المشمولة مُكملاً للتغطية الصحية الأساسية، للتمكن من تنظيم المجتمعات المحلية

²³⁰ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

²³¹ www.prosperity.com/the legatum index 2014.

²³² <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

بالكفاءة المطلوبة للقيام بالدور المنوط بها. كما يُمكن استهداف عدد محدود من برامج مكافحة ومعالجة الأمراض، وذلك كي تحظى بدعم مالي حكومي بالقدر الذي تسمح به الموارد العامة²³³.

أظهرت العديد من البلدان المتوسطة والضعيفة الدخل، أن التحرك صوب التغطية الصحية الشاملة ليس حقاً حصرياً على الدول ذات الدخل المرتفع.²³⁴ حيث خُطت المكسيك وتايلاند خطوات في معالجة المشكلات الثلاث المذكورة آنفاً. كما أدخلت الغابون طرقاً مبتكرة لجمع الأموال من أجل الصحة، عبر فرض ضريبة على استخدام الهاتف النقال. أما الدول ذات الدخل المرتفع فأصبحت تدرك أنه يتعين عليها إعادة تقييم التكاليف الآخذة في الارتفاع، حيث قامت ألمانيا بضخ أموال إضافية، من الإيرادات العامة إلى نظام التأمين الصحي الاجتماعي، بسبب تدني نسبة الأجور نظراً لشيخوخة السكان²³⁵.

وفي هذا الصدد التزمت الدول المرتفعة الدخل مثل الصين والولايات المتحدة الأمريكية، باستخدام آليات السوق الحرة كأساس لتمويل المنظومة الصحية²³⁶. يهدف القانون الإطار رقم 09-21 المتعلق بالحماية الاجتماعية بالمغرب إلى توسيع التغطية الصحية الإلزامية بحلول نهاية سنة 2022، بحيث سيتمكن 22 مليون مستفيد إضافي من الاستفادة من التأمين الإلزامي عن المرض وتعميم التعويضات العائلية التي سيستفيد منها حوالي سبعة ملايين طفل في سن التمدرس وتوسيع قاعدة الانخراط في أنظمة التقاعد، من خلال دمج حوالي خمسة ملايين شخص من الساكنة النشيطة التي لا تتوفر على أي تغطية متعلقة بالتقاعد وتعميم التعويض عن فقدان الشغل لفائدة الأشخاص الذين يتوفرون على شغل قار²³⁷.

²³³ منظمة الصحة العالمية، التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية، مرجع سابق، ص. 16.

²³⁴ الفاتح محمد مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، 2013، ص. 11.

²³⁵ منظمة الصحة العالمية، تمويل النظم الصحية، مرجع سابق، ص. 2.

²³⁶ نفس المرجع، ص. 139.

²³⁷ المواد 5 و 6 من القانون الإطار رقم 09-21 المتعلق بالحماية الاجتماعية الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.21.30 في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021)، الجريدة الرسمية، عدد 6975، بتاريخ 5 أبريل 2021، ص. 2180.

الفرع الثاني: الإنفاق الصحي على ضوء القانون التنظيمي للمالية

يُعتبر إصلاح القانون التنظيمي لقانون المالية، رافعة محورية للارتقاء بتدبير المالية العامة، من إطارها النمطي المؤسّس على الاعتبارات القانونية والمحاسبية، إلى إطار منطقي للتدخل العمومي، يستجيب للانشغالات المرتبطة بالإنصاف في الولوج للخدمات العمومية وفعالية إجراءات محاربة الفقر، كما يكتسي البعد التدبيري والمالي للسياسات العمومية، أهمية بالغة باعتباره ضمان تنفيذ هذه السياسات، حيث ينص الدستور المغربي، على الآليات الأساسية المتعلقة بوظائف السلط الدستورية، على مستوى إعداد وتنفيذ السياسات العمومية في صياغة البرامج والمخططات الاستراتيجية²³⁸.

ينص القانون التنظيمي للمالية على عدة مقتضيات، تتعلق بتتبع السياسات العمومية وتقييمها، وتحليل تكلفتها المالية خاصةً على مستوى الوثائق والتقارير، حيث أن الحكومة ملزمة بتقديمها للبرلمان، من قبيل التقارير الوزارية حول الأداء وفعالية التدبير، وهي آليات ستسمح بتتبع دقيق لإنجاز وتنفيذ السياسات العمومية، ودراسة آثارها الاقتصادية والاجتماعية.²³⁹ وهذه الآلية ستجعل المناقشة البرلمانية ذات أهمية بالغة، لأنها تمتد لمناقشة طرق إعداد وتنفيذ السياسات العمومية، والتي ترتبط بها هذه الأوراش الاستراتيجية، وكذا الأثر المتوقع وحصيلة تنفيذ هذه السياسات²⁴⁰.

وفي هذا السياق يتم إعداد قانون المالية للسنة، استناداً إلى برمجة ميزانية لثلاث سنوات، وتُحِين هذه البرمجة كل سنة لملائمتها مع تطور الظرفية المالية والاقتصادية والاجتماعية للبلاد.²⁴¹ كما يُعتبر البرنامج عبارة عن مجموعة متناسقة، من المشاريع أو العمليات التابعة لنفس القطاع الوزاري، تُقرن

²³⁸ وزارة الصحة، مشروع نجاعة الأداء، 2016، مرجع سابق، ص.32

²³⁹ عسو منصور، قانون الميزانية العامة وهران الحكامة المالية الجيدة، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 2017، ص.9

²⁴⁰ مجلس النواب المغربي، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، مرجع سابق، ص.47

²⁴¹ المادة 5 من القانون التنظيمي رقم 13-130 لقانون المالية، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.15.62، صادر في 14 من شعبان 1436 (2 يونيو 2015)، الجريدة الرسمية، عدد 6370، بتاريخ 18 يونيو 2015، ص.5810

به أهداف محددة وفق غايات ذات منفعة عامة، وكذا مؤشرات مُرقمة لقياس النتائج المتوخاة. والتي ستخضع للتقييم قصد التحقق من شروط الفعالية والنجاعة والجودة المرتبطة بالإنجازات²⁴².

يشتمل المشروع على عدة أنشطة يتم إنجازها بهدف الاستجابة لاحتياجات محددة، كما يُعَيَّن بكل قطاع وزاري مسؤول عن كل برنامج، يُعهد له بتحديد أهداف ومؤشرات القياس المرتبطة به وتتبع تنفيذه، وتُضمّن أهداف البرنامج ومؤشراته في مشروع نجاعة الأداء، المُعد من طرف القطاع الوزاري، ويُقدّم هذا المشروع للجنة البرلمانية المعنية رفقة مشروع ميزانية القطاع الوزاري²⁴³.

تُعتبر الحكومة مُلزَمة بإعداد قانون التصفية، وتقديم الحساب الختامي لتنفيذ الميزانية السنوية للبرلمان، قبل نهاية السنة الثانية المُؤالية للسنة المالية المعنية. كما يتعين أن يتضمن قانون التصفية حصيلة ميزانيات التجهيز التي تم تنفيذها بشكل كامل، وهي تكاليف ترتبط بتنفيذ المخططات متعددة السنوات، والتي تُعدّ تنزيلاً مالياً للسياسات العمومية، حيث تسمح المسطرة التشريعية المتعلقة بالدراسة والتصويت على مشروع قانون التصفية، بمناقشة السياسات المرتبطة بالبرامج والاستراتيجيات القطاعية²⁴⁴.

تبنّت وزارة الصحة كل أهداف إصلاح القانون التنظيمي رقم 13-130 المتعلق بقانون المالية، وارتكازاً على التجارب التي راكمتها كقطاع سباق ورائد، في أجراًة محاور إصلاح الإنفاق العمومي منذ سنة 2001، حيث وضع القطاع الصحي آلياته قيد التنفيذ التدريجي في إطار المرحلة التجريبية الثانية، كما أن تدبير هذا الورش سيُغيّر معالم المالية العامة، بفضل مُواكبة وإنخراط جميع الفاعلين²⁴⁵.

²⁴² المادة 39 من القانون التنظيمي رقم 13-130 لقانون المالية، مرجع سابق، ص. 5817.

²⁴³ المادة 40 من القانون التنظيمي رقم 13-130 لقانون المالية، مرجع سابق، ص. 5817.

²⁴⁴ الفصل 76 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3615.

²⁴⁵ وزارة الصحة، مشروع نجاعة الأداء: مشروع قانون المالية، المغرب، 2018، ص. 6.

جدول رقم 4: ميزانية المنظومة الصحية بالمغرب على ضوء القوانين المالية للفترة 2015-2021.

نققات الاستثمار (مليار درهم)		نققات التسيير (مليار درهم)		موارد وزارة الصحة (مليار درهم)		عدد المناصب المالية المُخصّصة لوزارة الصحة	الميزانية المُخصّصة لقطاع الصحة (مليار درهم)	قوانين المالية
إعتمادات الإلتزام	إعتمادات الأداء	نققات المُعدّات	نققات الموظفين والأعوان	الإدارة العامة لوزارة الصحة	المرافق المُسيّرة بطريقة مستقلة			
5	1,5	4,15	7,44	1,05	0,12	2000	13,09	السنة المالية 2015
2,5	2,5	4,25	7,52	1,04	0,12	2000	11	السنة المالية 2016
2	2,4	4,25	7,64	0,96	0,16	1500	14,11	السنة المالية 2017
2	2,55	4,3	7,94	0,96	0,16	4000	14,79	السنة المالية 2018
3,5	3,25	4,5	8,58	1,01	0,16	4000	28	السنة المالية 2019
4	3,35	4,42	10,9	0,94	0,20	4000	18,6	السنة المالية 2020
4	4,2	5,14	10,43	0,94	0,20	5500	20	السنة المالية 2021

عرف قانون المالية للسنة المالية 2021 تخصيص 5500 منصب مالي لقطاع الصحة، من بين

20956 من المناصب المالية المُخصّصة لمختلف القطاعات الحكومية بمعدل 26,24%.²⁴⁶ أما قانون

المالية للسنة المالية 2020، والذي تم تعديله بموجب القانون رقم 20-35، حيث أُضيفت 2,2 مليار

درهم لقطاع الصحة من أجل مواجهة تداعيات وباء فيروس كورونا، فقد خصص 4000 منصب مالي

لقطاع الصحة، من بين 23062 منصب للقطاعات الحكومية بمعدل 17,34%.²⁴⁷

²⁴⁶ قانون المالية رقم 20-65، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.20.90، في 1 جمادى الأولى 1442 (16 دجنبر 2020)، بتنفيذ قانون السنة المالية 2021، الجريدة الرسمية، عدد 6944 مكرر، بتاريخ 18 دجنبر 2020، ص. 8348-8453

²⁴⁷ قانون المالية رقم 19-70، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.19.125، في 16 ربيع الثاني 1441 (13 دجنبر 2019)، بتنفيذ قانون السنة المالية 2020، الجريدة الرسمية، عدد 6838 مكرر، بتاريخ 14 دجنبر 2019، ص. 11086-11194

عرف قانون المالية للسنة المالية 2019 تخصيص 4000 منصب مالي لقطاع الصحة، من بين 25322 منصب للقطاعات الحكومية بمعدل 15,79%، وبلغت نفقات التسيير 8,58 مليار درهم للموظفين والأعوان و 4,5 مليار درهم للمعدات و 6,75 مليار درهم نفقات الإستثمار. وقُدِّرت موارد الإدارة العامة لوزارة الصحة 1,62 مليون درهم، وموارد المرافق المُسيرة بطريقة مستقلة التابعة لوزارة الصحة 1,01 مليار درهم. وبلغت الميزانيات الخصوصية المُساهمة في المجال الصحي: صندوق دعم التماسك الإجتماعي 3 مليار درهم، وصندوق دعم المبادرة الوطنية للتنمية البشرية 3,1 مليار درهم، وصندوق التنمية القروية 3,52 مليار درهم والحساب الخاص للصيدلية المركزية 1 مليار درهم²⁴⁸.

خُصص لوزارة الصحة بالمغرب في إطار قانون المالية للسنة المالية 2018، 4000 منصب مالي من بين 19265 منصب للقطاعات الحكومية بمعدل 20,77%. وبلغت نفقات التسيير 7,94 مليار درهم للموظفين والأعوان، و 4,3 مليار درهم للمعدات، و 4,55 مليار درهم نفقات الإستثمار. وقُدِّرت موارد الإدارة العامة لوزارة الصحة 1,62 مليون درهم وموارد المرافق المُسيرة بطريقة مستقلة التابعة لوزارة الصحة 964 مليون درهم. وبلغت الميزانيات الخصوصية المُساهمة في المجال الصحي: صندوق دعم التماسك الإجتماعي 3 مليار درهم، وصندوق دعم المبادرة الوطنية للتنمية البشرية 3,09 مليار درهم، وصندوق التنمية القروية والمناطق الجبلية 3,50 مليار درهم والحساب الخاص للصيدلية المركزية 1 مليار درهم²⁴⁹.

²⁴⁸ قانون المالية رقم 18-80، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.18.104، في 12 ربيع الثاني 1440 (20 دجنبر 2018)، بتنفيذ قانون السنة المالية 2019، الجريدة الرسمية، عدد 6736 مكرر، بتاريخ 21 دجنبر 2018، ص. 9655-9713

²⁴⁹ قانون المالية رقم 17-68، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.17.110، في 6 ربيع الثاني 1439 (25 دجنبر 2017)، بتنفيذ قانون السنة المالية 2018، الجريدة الرسمية، عدد 6633، بتاريخ 25 دجنبر 2017، ص. 7388-7447

حدد قانون المالية للسنة المالية 2017، 1500 منصب مالي للصحة، من بين 23718 منصب للقطاعات الحكومية بمعدل 6,32%، وبلغت نفقات التسيير 7,64 مليار درهم للموظفين والأعوان، و4,25 مليار درهم للمعدات، و4,4 مليار درهم نفقات الإستثمار. كما قُدرت موارد الإدارة العامة لوزارة الصحة 1,62 مليون درهم، وموارد المرافق المُسيرة بطريقة مستقلة التابعة لوزارة الصحة 963 مليون درهم. وبلغت الميزانيات الخصوصية المُساهمة في المجال الصحي: صندوق دعم التماسك الإجتماعي 3 مليار درهم، وصندوق دعم المبادرة الوطنية للتنمية البشرية 3,09 مليار درهم، وصندوق التنمية القروية والمناطق الجبلية 1,32 مليار درهم والحساب الخاص للصيدلية المركزية 1 مليار درهم²⁵⁰.

وفي هذا الإطار خُصص لوزارة الصحة بالمغرب في إطار قانون المالية للسنة المالية 2016، 2000 منصب مالي من بين 25948 منصب للقطاعات الحكومية بمعدل 7,70%. كما بلغت نفقات التسيير 7,52 مليار درهم للموظفين والأعوان، و4,25 مليار درهم للمعدات، و5 مليار درهم نفقات الإستثمار. حيث قُدرت موارد الإدارة العامة لوزارة الصحة 1,25 مليار درهم وموارد المرافق المُسيرة بطريقة مستقلة التابعة لوزارة الصحة 1,04 مليون درهم. وبلغت الميزانيات الخصوصية المُساهمة في المجال الصحي: صندوق دعم التماسك الإجتماعي 4,2 مليار درهم، وصندوق دعم المبادرة الوطنية للتنمية البشرية 3,09 مليار درهم، وصندوق التنمية القروية والمناطق الجبلية 1,32 مليار درهم والحساب الخاص للصيدلية المركزية 1 مليار درهم²⁵¹.

²⁵⁰ قانون المالية رقم 16-73، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.17.13، في 14 رمضان 1438 (12 يونيو 2017)، بتنفيذ قانون السنة المالية 2017، الجريدة الرسمية، عدد 6577، بتاريخ 9 يونيو 2017، ص. 3504-3533

²⁵¹ قانون المالية رقم 15-70، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.15.150، في 7 ربيع الأول 1437 (19 دجنبر 2015)، بتنفيذ قانون السنة المالية 2016، الجريدة الرسمية، عدد 6423، بتاريخ 21 دجنبر 2015، ص. 10121-10159

بلغت عدد المناصب المالية المخصصة لقطاع الصحة في قانون المالية للسنة المالية 2015، 2000 منصب من بين 22460 منصب للقطاعات الحكومية بمعدل 8,90%، وبلغت نفقات التشغيل 7,44 مليار درهم للموظفين والأعوان، و4,15 مليار درهم للمعدات و6,5 مليار درهم نفقات الإستثمار. وقُدرت موارد الإدارة العامة لوزارة الصحة 1,21 مليون درهم، وموارد المرافق المُسيرة بطريقة مستقلة التابعة لوزارة الصحة 1,05 مليار درهم. كما بلغت الميزانيات الخصوصية المُساهمة في المجال الصحي: صندوق دعم التماسك الإجتماعي 4,2 مليار درهم، وصندوق دعم المبادرة الوطنية للتنمية البشرية 3,09 مليار درهم، وصندوق التنمية القروية والمناطق الجبلية 1,32 مليار درهم والحساب الخاص للصيدالية المركزية 1 مليار درهم²⁵².

يستحوذ موضوع تمويل المنظومة الصحية على الإهتمام الكبير لمعظم الحكومات نظراً للإرتفاع المستمر والمتزايد في التكلفة.²⁵³ وتحاول معظم الدول إيجاد صيغ جديدة ومستحدثة للتمويل، تهدف إلى الحد من التكلفة، مع ضمان الحد الأدنى المقبول من الخدمات الصحية للأفراد. وفي الوقت الذي ترتفع فيه التكلفة، تعاني معظم الدول النامية من كساد اقتصادي ونقص في الموارد، بدأ في منتصف السبعينات ولا يزال تأثيره ملموساً حتى الآن، ما حدا بمعظم هذه الدول إلى تخفيض نسبة الإنفاق العام المُخصص للصحة، حيث عجزت الدول النامية عن تلبية الخدمات الصحية الأساسية للمواطنين²⁵⁴.

تقوم عملية تمويل الخدمات الصحية على مبدئين أساسيين، الأول هو عدالة التمويل، وهي تعني أن يكون تمويل الخدمات الصحية مُنصفاً، بحيث يشارك كل فرد من أفراد المجتمع، بحصة أو نسبة

²⁵² قانون المالية رقم 14-100، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.14.95، في 1 ربيع الأول 1436 (24 دجنبر 2014)، بتنفيذ قانون السنة المالية 2015، الجريدة الرسمية، عدد 6320، بتاريخ 25 دجنبر 2014، ص.8662-8709

²⁵³ Michel Gagneux, l'accès aux soins, la responsabilité des assurés et l'égalité devant la santé, école nationale d'administration, Strasbourg, 2008, p.13

²⁵⁴ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.152

متناسبة مع دخله أو راتبه، وهذا مبدأ استعملته منظمة الصحة العالمية، في تقويمها لأداء النظم الصحية على المستوى الدولي. أما المبدأ الثاني فهو فعالية أنظمة التمويل، والذي يؤكد على توفير خدمات صحية جيدة، ذات نوعية مميزة وذلك لترشيد الإنفاق وتخفيض الكلفة الإدارية لنظام التمويل الصحي²⁵⁵.

إن قطاع الصحة بالدول العربية يستفيد حالياً من 7,6% من مجموع النفقات العمومية، والتي تقل عن نسبة 15% والتي اعتمدها إعلان أبوجا سنة 2015 كسقف لتحقيقها، كما أن نسبة كبيرة تفوق نصف النفقات الصحية الوطنية، تأتي عن طريق المساهمات المباشرة للأسر 53,3% سنة 2009.²⁵⁶ حيث يساهم ارتفاع نسبة الأداءات المباشرة، في زيادة حدة الفوارق ويُعرض الأسر إلى التفتير. كما أنه إلى حد الآن لا يتوفر المغرب على دراسات، حول آثار هذا النمط لتمويل العلاجات، ليس فقط على ميزانيات الأسر وإنما على مستوى التحفيزات السلبية غير المنتظرة والاختلالات في تقديم الخدمات²⁵⁷.

يبلغ المعدل المسجل لمصاريف الصحة 6,5% لدى الدول الـ 194 الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، حيث أن نسبة 6% هي الحد الأدنى الضروري لضمان العلاجات الصحية الأساسية، وفيما يخص مصاريف وزارة الصحة بالمغرب فقد بلغت 4,1% من نفقات الميزانية العامة للدولة سنة 2012، رغم أن منظمة الصحة العالمية توصي بأن تصل تلك المصاريف إلى 9%، وعلى سبيل المقارنة نجد أن المصاريف الصحية تمثل 10,4% من نفقات الميزانية العامة للدولة في تونس و 10,6% في الجزائر²⁵⁸، و 11,6% في السنغال، و 12,8% في تركيا و 16,3% في الأردن²⁵⁹.

²⁵⁵ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص. 185.

²⁵⁶ عبد المجيد عثمان موسى، تحديات الرعاية الصحية الأولية في إفريقيا، مجلة دراسات إفريقية، 2016، ص. 18.

²⁵⁷ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 11.

²⁵⁸ قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري، دفا تر السياسة والقانون، العدد 6، الجزائر، ص. 3.

²⁵⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 71.

يُمثل تمويل العلاجات بالمغرب عائقاً أساسياً للولوج إلى الخدمات الصحية، لأنه يعتمد بالدرجة الأولى على الأداء المباشر من قبل الأسر، حيث تتحمل هذه الأخيرة نسبة مباشرة تصل إلى 59,2%، من حصة المصاريف الصحية أي ما يعادل 802 درهماً للفرد سنوياً. بينما تبلغ هذه النسبة في عدة دول 16,8% تركيا، و 26,4% الجزائر، و 36,4% تونس، و 22% الأردن و 6,4% فرنسا و 11,5% الولايات المتحدة الأمريكية²⁶⁰. وتصبح الكلفة الاجتماعية أكبر إذا أضفنا إليها تكاليف مرتبطة بالنقل والايواء²⁶¹.

إن تمويل المصاريف الصحية من قبل الأداء المباشر للأسر، هو النمط السائد في البلدان الفقيرة أو ذات الدخل المتوسط²⁶². حيث يضع الأداء المباشر الأسر أمام تحديات صعبة، مثل هل تعطى الأولوية لمصاريف الخدمات الصحية أو لمصاريف تغذية الأطفال وتربيتهم؟ لأن هذا المبلغ مهما كان ضئيلاً، إلا أنه يحد من الولوج إلى الخدمات الصحية، ويدفع بالمواطنين إلى هاوية الفقر، لذلك يجب تخفيض نسبة الأداء المباشر للأسر إلى 15% أو 20% من مجموع مصاريف الصحة²⁶³.

يُمكن تقسيم المصاريف المباشرة للأسر إلى عدة أجزاء، حيث نجد أن تبلغ تكلفة شراء الأدوية 48,6%، والعيادات والمصحات الخاصة 38,7%، لأن المستشفيات العمومية لا تجتذب سوى 4,4% من المصاريف المباشرة للأسر. حيث أن أغلب المواطنين الذين يمتلكون القدرة على الأداء، يلجؤون إلى المؤسسات الخاصة، لأنها تُقدِّم خدمات علاجية ذات جودة مثل ظروف الاستقبال وتوافر التجهيزات²⁶⁴.

²⁶⁰ Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé, 2015, op.cit., p.22

²⁶¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.71

²⁶² المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، الصحة والتنمية المستدامة، الدورة التنظيمية لمؤتمر القمة العالمي المعني بالتنمية المستدامة، لجنة التنمية المستدامة، 2001، ص.9

²⁶³ ديفيد نيكلسن، توفير التغطية الصحية الشاملة: دليل إرشادي لصناع السياسات، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، قطر، 2015، ص.12

²⁶⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.71

تستفيد المستشفيات العمومية بالمغرب من 46,9% من الموارد المالية، التي تُخصّصها وزارة الصحة، مقابل 34% لمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، لذلك تتحمل الدولة عبء التمويل، فيما يخص مجانية العلاجات والأدوية في هذه المؤسسات بالنسبة لجميع المرضى. كما أن إحداث صندوق مُشترك بمساهمة من الدولة والجماعات المحلية والمنخرطين، سيُمكن من أداء مستحقات المستشفيات حسب فواتيرها، لكن مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، لن تستفيد بصفة مباشرة من هذا التمويل، رغم أنها تعتبر المدخل الاجباري للمستفيدين من نظام المساعدة الطبية²⁶⁵.

يرتبط تمويل الخدمات الصحية بالمغرب بعدة عوامل منها بنية الاقتصاد، والذي يُعاني العديد من الصُعوبات مثل: إقرار الضريبة على الدخل واقتطاع المساهمات من أجور متدنية وغير مُصرح بها، لأن أغليبتها ينتمي إلى القطاع غير المهيكل، كما أن الاقتطاع من الأجور يُؤثر سلباً على القدرة الشرائية، أما العامل الثاني فهو التضامن، أي مدى تقاسم المخاطر بين الأغنياء والفقراء، ثم مسؤولية الأمرين بالعلاجات من مُومنين ومقدمي الخدمات العلاجية، بالإضافة إلى نجاعة وحكامة المنظومة الصحية²⁶⁶.

وفي هذا الصدد أظهرت العديد من الدراسات، أن هناك صلة وثيقة بين الحالة الاقتصادية لأي دولة، ومستوى الإنفاق على الخدمات الصحية. حيث عانت البلدان النامية أكثر من غيرها من الكساد الاقتصادي العالمي، فازدادت الدول الفقيرة فقراً، وانخفض المستوى الصحي بصفة عامة، ففي تشيلي وكوستاريكا مثلاً، أدى الكساد الاقتصادي وخفض الإنفاق الصحي، إلى تزايد وفيات الأطفال والرضع، كما أدى أيضاً إلى تدني المستوى الغذائي للأطفال في بعض الدول الإفريقية مثل غانا وزامبيا²⁶⁷.

²⁶⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 72-73

²⁶⁶ نفس المرجع، ص. 74

²⁶⁷ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص. 152

إن العوامل الاقتصادية لا ينبغي أن تُشكل ذريعة لتدني مستوى الخدمات الصحية، فمن المستطاع فعل الكثير للاستفادة من الموارد المحدودة المتاحة على نحو أفضل، ووضع حدٍ لتبديدها وزيادة فعاليتها عن طريق التخطيط، فمثلاً يمكن التوسع في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية المنخفضة التكاليف، وذلك للحد من خدمات المُستشفى، التي تستحوذ على الجزء الأكبر من الموارد المتاحة للقطاع الصحي، كما يُمكن ترشيد استعمال الدواء إلى درجة كبيرة. وتحتاج المنظومة الصحية إلى مشاركة القطاعات الأخرى والقطاع الخاص، بشكل قوي في جميع النشاطات الصحية التي تنفذ على كافة المستويات²⁶⁸.

وفي هذا السياق تُشكل النسبة المرتفعة للإنفاق المباشر، ضمن المصاريف المُخصصة للصحة، إحدى الإشكاليات الكبرى في منظومة العلاجات²⁶⁹. وقد لوحظ أن نسبة إنفاق المغرب على الصحة، تضاعفت ثلاث مرات خلال العقد الأخير، وهذا محبذ غير أنه لا زالت هناك اختلالات مهمة، حيث أن نسبة الإنفاق على الأدوية وحدها بلغت 31,7%، في حين تبقى حصة الإنفاق المباشر للأسر من إجمالي الإنفاق الصحي، مرتفعة حيث بلغت 53.6% سنة 2010.²⁷⁰

يُشكل الإنفاق المباشر للأسر عائقاً كبيراً أمام الولوج إلى الصحة، لأنه يفرض على المواطنين نفقات باهظة، ويساهم في تفكير الساكنة وتعميق الفوارق الاجتماعية، مما يؤدي إلى عدم فعالية المنظومة الصحية. ويُعتبر تخفيض النفقات المباشرة، والتوجه نحو أنظمة الأداءات المسبقة المبنية على التضامن، مع تمديد العرض وتوسيع سلة العلاجات ذات الجودة، أحد الأوراش المهمة للوصول إلى التغطية الشاملة، لهذا ينبغي اتخاذ العديد من المبادرات والإجراءات لإدخال آليات الحماية الاجتماعية²⁷¹.

²⁶⁸ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.154

²⁶⁹ Observatoire régional de la santé, démocratie sanitaire : mythe ou réalité, les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé en France, p.1-6

²⁷⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.30

²⁷¹ نفس المرجع، ص.31

ينبغي على وزارة الصحة تحسين الإنصاف ونجاعة آليات رصد الموارد، لفائدة الجهات والأقاليم والجماعات ومستويات العلاجات. لأن هناك مشاكل تتعلق بكيفية رصد الموارد، وشراء الخدمات الصحية من طرف الأنظمة التعاقدية، حيث أن عملية الاقتناء تبقى غير متطورة، لعدم خضوع مجموعة من الخدمات الصحية لمعايير الجودة، والتي تُقدّم بشكل أساسي في مؤسسات القطاع العام أو في حالات نادرة، عن طريق المناولة من طرف القطاع الخاص²⁷².

وفي هذا الإطار تتمثل الأولوية في توسيع تغطية نظام المساعدة الطبية، ليشمل مجموع الساكنة المؤهلة، والتي تُقدر بحوالي 8,5 مليون شخص، كما يجب التفكير في أشكال بديلة، لتغطية العاملين في القطاع غير النظامي، وغير المؤهلين لنظام المساعدة الطبية، من خلال إدماجهم في الأنظمة الإجبارية الموجودة، مع أنه يستحسن أن يتم ذلك تحت المراقبة الإدارية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي من أجل تغطية مجموع الساكنة²⁷³.

يُشكّل توسيع التغطية الصحية لتشمل القطاع غير النظامي، تحدياً كبيراً لمستقبل تمويل الصحة بالمغرب، وهو ما يفرض إما خلق بنية مؤسساتية جديدة، شبيهة بالمؤسسات التي تُدبر التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، أو من خلال إدماج العاملين بالقطاع غير النظامي في المؤسسات القائمة، خاصةً صندوق الضمان الاجتماعي²⁷⁴. حيث أن وضع نظام للتأمين الطبي للمستقلين، مع ضرورة التوجه نحو الإلتقائية لمختلف هذه الأنظمة، والتوصل إلى إجماع حول خريطة طريق لإعمال آليات مالية، تسمح بالتطور في اتجاه خفض النفقات المباشرة وتحسين آليات التضامن والحماية المالية²⁷⁵.

²⁷² وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.31

²⁷³ نفس المرجع، ص.32

²⁷⁴ Ozden Melik, le droit à la santé : un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales, collection du programme droits humains du centre europe-tiers monde, Caire, 2000, p.16

²⁷⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.34

المطلب الثاني: المحددات الاجتماعية للصحة وتناسق السياسات القطاعية

الفرع الأول: أهمية العمل على المحددات الاجتماعية للصحة

يَعترف الدستور المغربي بسمو الاتفاقيات الدولية في مجال حقوق الإنسان، وتجمع المقترضات الدستورية للفصل 31، بين الولوج إلى الخدمات الصحية والتنمية البشرية والإنصاف وتكافؤ الفرص، لذلك فالدستور لا يتوقف فقط على ضمان الحق في الصحة، بل يسعى إلى تفعيل سياسة صحية، ذات بعد أفقي ومقاربة تشاركية بين القطاعات الحكومية، حيث يكتسي التعاون المشترك بين قطاع الصحة وباقي الوزارات، أهمية بالغة في معالجة الفوارق في مجال الصحة وتحسين الولوج إلى الخدمات الصحية²⁷⁶.

تعهد المغرب على الالتزام بحقوق الإنسان كما هي مُعترف بها عالمياً، حيث عَمِلت الحكومة على تعبئة الموارد المتاحة، من أجل تيسير المساواة بين المواطنين، في الحقوق الدستورية مثل: الحق في الولوج إلى العلاج، والتغطية الصحية، والتعليم، والتكوين المهني، والسكن، والتشغيل، والعيش في بيئة سليمة والتنمية المستدامة. إن هذه الحقوق غير قابلة للتجزئة، حيث أن الحرمان من حق يؤثر سلباً على الحقوق الأخرى، مما يتطلب من الدولة اتخاذ إجراءات مُنسقة ومتكاملة بين عدة قطاعات حكومية²⁷⁷.

ينص الدستور المغربي على مبدأ الشمولية والإنصاف، أي التغطية العادلة للتراب الوطني، وتقديم الخدمات الصحية في المدن والمناطق القروية المعزولة، ويعتبر مبدأ الاستمرارية نتيجة طبيعية لتكريس مبدأ المساواة، حيث أن أي انقطاع يمكن أن يؤدي إلى التمييز بين الساكنة، وهذا المبدأ يعني أن المرافق العمومية، مدعوة إلى العمل بشكل مستمر، من أجل تلبية احتياجات وتوقعات المواطنين²⁷⁸.

²⁷⁶ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.79

²⁷⁷ Ministère délégué auprès du chef du gouvernement chargé des affaires générales et de la gouvernance et programme des nations unies pour le développement au Maroc, op.cit., p.10

²⁷⁸ Ibid., p.11

وفي هذا السياق يتطلب تخطيط السياسات العمومية للصحة، ضمن الإطار التشاركي بين مختلف القطاعات الحكومية، تحديد الأولويات ذات الصلة، وصياغة الأهداف الطويلة الأمد، وتخصيص الموارد المادية والبشرية، ومعرفة الخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية للمستفيدين، وتحديد الإطار المؤسسي لتنفيذ البرنامج الحكومي، إضافة إلى تعريف آليات الرصد والتقييم، في جميع مراحل الأجراء، من أجل مواجهة العقبات المقبلة وتوضيح مسار الإصلاح عبر البحث عن الاتجاهات المحتملة، واقتراح بدائل التنمية ذات الصلة، لبناء مستقبل واضح وثابت في جميع القطاعات²⁷⁹.

إن تحقيق مبادئ حقوق الإنسان، يستوجب النقائية السياسات والاستراتيجيات القطاعية للحكومة، ضمن إطار السياسة العامة، من خلال عملية التنسيق في إعداد وتنفيذ جميع البرامج، وبالتالي العمل وفق مقاربة تشاركية، عبر مشاركة مختلف القطاعات الحكومية، وهيئات الإدارة والتنظيم، والفعاليات الاقتصادية والاجتماعية، والنقابات المهنية وجمعيات المجتمع المدني. هذا الإطار يُعطي قاعدة متينة وشرعية، لوضع استراتيجيات وبرامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية، مع مراعاة الاستراتيجيات الحالية واحترام الالتزامات الدولية والأخذ بعين الاعتبار التحديات الإنمائية²⁸⁰.

تتمثل النقائية الاستراتيجية القطاعية، في تنظيم وتنسيق السياسات العمومية، عبر رؤية جماعية تحترم المبادئ والقيم الأساسية للمرافق العامة، حيث تتم عملية صنع القرار السياسي لعدة قطاعات، من خلال إعادة الهيكلة والقضاء على الازدواجية، التي تعوق تنفيذ الإجراءات المرتبطة بالسياسات العمومية، كما أن أهداف كل قطاع تبدو واضحة عبر مجالات عمل مندمجة، ومخططات تحترم الأولويات الوطنية على مستوى الإنفاق العام، من خلال تنسيق وتنفيذ البرامج القطاعية²⁸¹.

²⁷⁹ Ministère délégué auprès du chef du gouvernement chargé des affaires générales et de la gouvernance et programme des nations unies pour le développement au Maroc, op.cit., p.21

²⁸⁰ Ibid., p.22

²⁸¹ Ibidem., p.23

ساهم الملتقى الأول حول الحكامة والذي نظّمته وزارة الشؤون العامة والحكامة سنة 2015، في إبراز مشكلة تعدد الاستراتيجيات القطاعية، والتي يتم وضعها دون منظور منسجم، وفي غياب لآليات التنسيق، ودون تقييم لفعاليتها وتكاملها وتأثيرها. وقد كان مما اتفقت عليه الآراء، خلال هذا الملتقى أن ضعف اللامركزية واللامركز، يحد من صلاحيات المصالح اللامركزية لمختلف الوزارات، ومن قدرتها على الاندماج والانخراط في الشؤون المحلية²⁸².

وفي هذا الصدد أوصى الملتقى بتبني مقاربة ترابية، في إعداد استراتيجيات وبرامج التنمية، من أجل ضمان تأزر التدخلات القطاعية، وتحسين الولوج إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية. إضافة إلى ذلك أشار الملتقى إلى ضرورة إحداث هيئة أفقية تابعة مباشرة لرئيس الحكومة، تسهر على إعداد وتنسيق وتقييم السياسات العمومية، وينبغي أن تتكون هذه الهيئة من ممثلين عن مختلف القطاعات الحكومية، والجماعات الترابية والقطاع الخاص والمجتمع المدني، وأن تشغل عبر مجموعات عمل موضوعاتية²⁸³.

يتطلب وضع الصحة في صلب السياسات العمومية، التأكيد على أن صحة السكان هي مسؤولية مشتركة بين الجميع، وأنها نتاج اجتماعي لمختلف السياسات القطاعية، مما يفرض على الحكومة الانطلاق من سياسة القطاع الآخر، كما تم وضعها بأهدافها وتدابيرها، ثم بعد ذلك وبشراكة مع هذا القطاع، نعمل على تقييم الآثار الإيجابية والسلبية لسياساته القطاعية على صحة السكان²⁸⁴.

تعتبر المحددات الاجتماعية للصحة، كمجموعة من العوامل المتغيرة التي تساهم مباشرة في تخفيض أو ارتفاع المؤشرات الصحية، والتي بطبيعتها تبقى خارج سيطرة الفاعلين في المنظومة الصحية،

²⁸² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعهم، مرجع سابق، ص.37

²⁸³ نفس المرجع، ص.40

²⁸⁴ Mouline Mohammed Tawfik, l'opérationnalisation de la constitution : impacts sur la gouvernance des politiques publiques, Maroc, 2013, p.14

لذلك فمسؤولية الدولة واضحة اتجاه مشاكل الصحة، لأن هذه المحددات تمثل أحد أهم أسباب الفوارق الصحية. حيث قامت منظمة الصحة العالمية سنة 2005، بإحداث لجنة عالمية للمحددات الاجتماعية للصحة، والتي تهدف لتزويد الحكومات بالوسائل العملية لضمان أفضل الظروف الاجتماعية للصحة²⁸⁵.

ترتبط الحالة الصحية للسكان بعوامل اجتماعية واقتصادية، وبسياسات وأنشطة لا تدخل ضمن مجال اختصاص المنظومة الصحية، ويمكن أن ينتج عن ظروف السكن أو الشغل، آثار حاسمة على الصحة، لأنه في بعض الأحيان لا تستطيع السلطات الصحية، التأثير إلا هامشياً على هذه العوامل²⁸⁶. نظراً لأنه ليس بمقدور قطاع الصحة التأثير على نسبة البطالة، أو ضبط الهجرة القروية، أو القضاء على دور الصفيح، أو الحد من آثارتلوث الهوائي، مع أنه لكل هذه التدابير تأثير على الصحة²⁸⁷.

هناك عدة عوامل متباينة تتحكم في الولوج إلى العلاجات الصحية، كنوعية الخدمات المقدمة، والمداخل، ومستوى التربية والتعليم، والوضعية الاجتماعية، إضافةً إلى محددات إجتماعية أخرى، مثل النوع ومحل الإقامة، كما أن أوجه التفاوت في توزيع الموارد، تزيد من حدة الفوارق في الصحة وتؤدي إلى ارتفاع الوفيات²⁸⁸. حيث غالباً ما تُشكل الظروف المحلية تهديداً على الصحة، ولتقليل هذه المخاطر الصحية يجب التعرف عليها وحلها محلياً، وذلك بإدماج عمل مصالح القرب ومشاركة السكان²⁸⁹.

تُعتبر أدوار الفاعلين في مجال محددات الصحة غير واضحة، وتُفضي في حالات عديدة إلى تداخل في الاختصاصات، وأطلقت وزارة الصحة تجارب عديدة في مجال تفعيل برامج الصحة العمومية

²⁸⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.80

²⁸⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، إدماج مقننات التغيرات المناخية في السياسات العمومية، إحالة ذاتية رقم 21، مطبعة سيياما، الرباط، 2015، ص.88

²⁸⁷ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.19

²⁸⁸ Wafa Moussa, Le droit à la santé, les panels périodiques sur le DESC, Rabat, 2009, p.11

²⁸⁹ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.16

مثل: حملات التلقيح، والصحة المدرسية، وبرامج التوعية الصحية، حيث يتم بانتظام إبرام اتفاقيات شراكة مع مختلف الوزارات لتفعيل هذه البرامج، لكن النتائج المرجوة من تلك الشراكات لا يتم تحقيقها في جميع الحالات، نظراً لعدم احترام التزامات معظم الاتفاقيات، وبسبب غياب آليات التنسيق والتتبع والتقييم²⁹⁰.

إن إعلان منظمة الصحة العالمية بأديلايد، والمتعلق بدمج الصحة في جميع السياسات العمومية، يشير إلى محدودية المقاربة التقليدية للصحة رغم أهميتها²⁹¹. حيث يُوصي هذا الإعلان الدولي بإرساء الحوار والتنسيق بين مختلف القطاعات الحكومية، وذلك من خلال الانطلاق من مشكل صحي مُعين، ثم طلب مساعدة باقي الوزارات في مراحل صياغة وإعداد الاستراتيجيات القطاعية، من أجل معرفة الآثار الإيجابية والسلبية لهذه السياسات على الصحة²⁹².

وفي هذا الصدد سٌساهم اتباع أسلوب تقييم الآثار الصحية، في إرساء قاعدة جيدة للحوار بين القطاعات الحكومية، إذا ما تمت إدارتها بشكل منتظم وموضوعي وعلمي²⁹³. كما يجب أن تُشكل لجنة وطنية للمحددات الاجتماعية للصحة، تعود قيادتها إلى أعلى مستوى ممكن، وأن تكون أرضية للتفاعل المتعدد القطاعات، أو قيادة آليات كتنظيم الوقع الصحي، بشرط أن تتوفر وزارة الصحة على القدرات والمعلومات والتقنيات الضرورية، والتي ستمكن من تعزيز وتطوير آليات الحوار والتعاون²⁹⁴.

اختار المكتب الإقليمي لشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية سنة 2011، أربعة دول منها المغرب، كموقع رائد لبدء العمل في إنشاء اللجنة الوطنية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، حيث قامت وزارة الصحة بإجراء دراسة اجتماعية، حول وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، ومكنت هذه

²⁹⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.40

²⁹¹ Gladys Mutangadura, inégalités dans l'accès aux services de santé pour une sélection de pays d'Afrique : situation et conséquences pour la politique publique, actes de la conférence de la CEA, 2007, p.13

²⁹² وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.19

²⁹³ Belghiti Alaoui Abdelali, la réforme de santé au Maroc : pertinence et opportunités, Maroc, 2011, p.2

²⁹⁴ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.20

الدراسة من التعرف على المحددات الاجتماعية الصحية، والتي تتمثل أساساً في: الهشاشة الاقتصادية، والعزلة المجالية والثقافية، والأمية والولوج إلى المعلومة، كما أوصت الدراسة بتعزيز التعاون والتنسيق بين القطاعات، عبر إنشاء اللجنة الوطنية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة في المغرب²⁹⁵.

وفي هذا السياق فقد أشارت هذه الدراسة، إلى أن سياق المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، هو فرصة لتعزيز التنسيق بين القطاعات، ودعوة فعالة من أجل أخذ الصحة بعين الاعتبار في إعداد السياسات العمومية²⁹⁶. كما أن الحكومة مُلزمة بالقيام بعدة إجراءات وتدابير مثل: إنشاء وتفعيل اللجنة الوطنية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة، وتنظيم ورشة عمل لعرض نتائج الدراسة النوعية، والتي هي في طور الانجاز، وتحديد أعضاء اللجنة الوطنية وتفعيل صلاحياتها²⁹⁷.

وفرت المبادرة الوطنية للتنمية البشرية عدة فرص، لتقوية العمل على المحددات الاجتماعية للصحة، حيث مكن هذا المشروع الملكي من تعبئة جميع الكفاءات والمنظمات المحلية، من أجل محاربة الفقر في إطار منظم ومنسق²⁹⁸. وهناك إمكانية لتقوية التفاعلات والتنسيقات بين المبادرة الوطنية للتنمية البشرية ومجموع القطاعات، ذات الأنشطة المؤثرة على محددات الصحة²⁹⁹. حيث تُعتبر المبادرة إطاراً مرجعياً لمؤسسات صحة القرب، وعنصراً لتقييمها المستمر، كما أنها تعمل على وضع آليات لامركزية، من أجل دعم المبادرات المحلية بالوسائل والخبرات من خلال عدة برامج وطنية³⁰⁰.

²⁹⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.80

²⁹⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، المبادرة الوطنية للتنمية البشرية: تحليل وتوصيات، إحالة رقم 2، مطبعة سيياما، الرباط، 2013، ص.24

²⁹⁷ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.81

²⁹⁸ البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة: مؤشرات التنمية الدولية، الطبعة الأولى، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، 1993، ص.11

²⁹⁹ Martine Audibert, Accès aux soins, financement de la santé et performance, facts reports, Paris, 2012, p.3

³⁰⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.22

الفرع الثاني: دور اللاتمرکز الإداري في إتقائية السياسات العمومية

يهدف الميثاق الوطني للاتمرکز الإداري بالمغرب، إلى نقل السلط والوسائل وتخويل الاعتمادات لفائدة المصالح اللاممركزة على المستوى الترابي، من أجل تمكينها من القيام بالمهام المنوطة بها، واتخاذ المبادرة تحقيقاً للفعالية والنجاعة³⁰¹. مما سيساهم في تعزيز صلاحيات المنتخبيين المحليين، وتطوير قدرات الجهات في انسجام مع السياسات العمومية، كما أن الحد من تجزئة السياسات القطاعية، سيعزز التضامن والتماسك الاجتماعي، إضافةً إلى توطيد دعائم الديمقراطية المحلية وتعبئة الجهات الاجتماعية والاقتصادية، حول المشاريع المشتركة بما في ذلك مراعاة ترشيد النفقات العامة³⁰².

وفي هذا الصدد تقوم سياسة اللاتمرکز الإداري بالمغرب، على مرتكزين أساسيين: أولهما اعتبار الجهة الفضاء الترابي الملائم لبلورة السياسة الوطنية للاتمرکز الإداري، بالنظر لما تحتله من صدارة في التنظيم الإداري للمملكة، بإعتبارها مستوى بنيّاً لتدبير العلاقة بين الإدارات المركزية للدولة وبين تمثلياتها على المستوى الترابي، ويتعلق المرتكز الثاني للمرسوم بتحديد الدور المحوري لوالي الجهة، باعتباره مُمثلاً للسلطة المركزية على المستوى الجهوي، ويعمل على تنسيق أنشطة المصالح اللاممركزة، لضمان حسن سيرها ومراقبتها تحت سلطة الوزراء المعنيين، لتحقيق النجاعة والفعالية والالتقائية في تنفيذ السياسات العمومية على مستوى الجهة وتتبعها³⁰³.

إن الميثاق الوطني للاتمرکز الإداري بالمغرب، يرمي إلى تحقيق عدة أهداف تتعلق بالتقائية السياسية العامة عبر: التوطين الترابي للسياسات العمومية من خلال أخذ الخصوصيات الجهوية والإقليمية بعين الاعتبار في إعداد هذه السياسات وتنفيذها وتقييمها، وضمان التقائية السياسات العمومية وتجانسها

³⁰¹ المادة 3 من مرسوم رقم 2.17.618، صادر في 18 ربيع الثاني 1440 (26 دجنبر 2018)، بمثابة ميثاق وطني

للاتمرکز الإداري، الجريدة الرسمية، عدد 6738، بتاريخ 27 دجنبر 2018، ص.9788

³⁰² Ministère délégué auprès du chef du gouvernement chargé des affaires générales et gouvernance, op.cit., p.38

³⁰³ المادة 5 من مرسوم رقم 2.17.618، بمثابة ميثاق وطني للاتمرکز الإداري، ص.9788

وتكاملها على مستوى الجهة وعلى مستوى العمالة أو الإقليم، وتحقيق الفعالية والتجاعة في تنفيذ البرامج والمشاريع العمومية، التي تتولى مصالح الدولة اللامركزية الإشراف عليها أو إنجازها أو تتبع تنفيذها، وتقريب الخدمات العمومية التي تُقدمها الدولة إلى المرتفقين وتحسين جودتها وتأمين استمراريته.³⁰⁴

يَسْتَد اللاتمرکز الإداري لمصالح الدولة إلى المبادئ والآليات التالية: الإنصاف في تغطية التراب الوطني من خلال ضمان التوزيع الجغرافي المتكافئ لمصالح الدولة اللامركزية، والتفريع في توزيع المهام وتحديد الاختصاصات، وتبسيط إجراءات الولوج إلى الخدمات العمومية، وتخصيص موارد مالية وبشرية للمصالح اللامركزية، والكفاءة والاستحقاق وتكافؤ الفرص في إسناد المسؤولية في تدبير المصالح اللامركزية وربطها بالمحاسبة في تقييم الأداء، وإعادة انتشار الموظفين بين الإدارات والمصالح اللامركزية من خلال تشجيع الحركة الإدارية، وذلك لتمكين هذه المصالح من الكفاءات اللازمة للقيام بمهامها.³⁰⁵

تتألف المصالح اللامركزية للدولة من تمثيلات إدارية مشتركة بين القطاعات الوزارية، ومن تمثيلات إدارية قطاعية اعتباراً لحجم وتنوع المهام المنوطة بها.³⁰⁶ ويُعتبر إحداث هذه التمثيلات أولوية في سياسة اللاتمرکز الإداري، بهدف تحقيق وحدة عمل مصالح الدولة على المستوى الجهوي والإقليمي، ومن أجل تعزيز مناهج عملها وتحسين إلتقائيتها وفعالية أدائها، والارتقاء بجودة خدماتها المُقدمة، وترشيد النفقات العمومية، عبر اعتماد مبدأ التعاقد في الوسائل المادية والبشرية وتقاسمها بين التمثيلات.³⁰⁷

وفي هذا الإطار تُكَلَّفُ المصالح اللامركزية للدولة، بتنفيذ البرامج والمشاريع المندرجة ضمن السياسات العمومية للدولة أو إحدى هيئاتها، وفق أهداف وإجراءات وآجال محددة، وذلك تحت إشراف

³⁰⁴ المادة 7 من مرسوم رقم 2.17.618، بمثابة ميثاق وطني للاتمرکز الإداري، ص. 9789

³⁰⁵ المادة 8 من مرسوم رقم 2.17.618، بمثابة ميثاق وطني للاتمرکز الإداري، ص. 9789

³⁰⁶ Magali Coldefy et Lucas Véronique, le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé : évolution de 2003 à 2011, Questions d'économie de la santé, n°175, 2002, p.7

³⁰⁷ المواد 9 و 10 من مرسوم رقم 2.17.618، بمثابة ميثاق وطني للاتمرکز الإداري، ص. 9789

والي الجهة أو عامل العمالة أو الإقليم، والذي يتولى تنسيق التنفيذ تحت سلطة الوزراء المعنيين، حيث تُدَوَّن هذه البرامج والمشاريع في اتفاقيات، أو عقود تُبرم بين الأطراف المعنية وتحدد التزاماتها بكيفية دقيقة، وكذا آليات مواكبة تنفيذها وكيفيات تقييم إنجازها، وتُحَالُ وجوباً مشاريع هذه الاتفاقيات والعقود، على اللجنة الجهوية للتنسيق أو اللجنة التقنية، قصد إبداء الرأي في شأنها قبل الشروع في تنفيذها³⁰⁸.

عملت وزارة الصحة على نهج سياسة تشاركية مع مختلف الفاعلين سواء المحليين أو الدوليين، وذلك انسجاماً مع التوجيهات الملكية السامية في هذا المجال³⁰⁹. وترتكز الشراكة القطاعية المندمجة لوزارة الصحة مع الجماعات الترابية، على عدة مرجعيات دستورية وقانونية، والتي تنص على أن تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة لتيسير أسباب استفادة المواطنين، على قدم المساواة من العلاج والعناية الصحية، والحفاظ على البيئة، وتحقيق الأهداف والأعمال الصحية³¹⁰. كما تُساهم الجهات والجماعات الترابية في تفعيل السياسة العامة للدولة³¹¹.

إن الجماعات الترابية للمملكة هي الجهات والعمالات والأقاليم والجماعات الحضرية والقروية، وهي أشخاص معنوية خاضعة للقانون العام، تُسِيرُ شؤونها بكيفية ديمقراطية، ويقوم رؤساء مجالسها بتنفيذ مداولات هذه المجالس ومقرراتها. وللجماعات الترابية اختصاصات ذاتية واختصاصات مشتركة مع الدولة وأخرى تنقلها إليها هذه الأخيرة. وتتوفر على موارد مالية ذاتية وأخرى ترصدها الدولة. حيث ينقسم تراب المملكة إلى 12 جهة تضم 75 عمالة وإقليم، كما أن الجماعات الترابية منصوص عليها دستورياً³¹².

³⁰⁸ المواد 23، 30 و 34 من مرسوم رقم 2.17.618، بمثابة ميثاق وطني للالتزام الإداري، ص. 9792-9793

³⁰⁹ وزارة الصحة، تقرير حول التعاون مع الجماعات الترابية حتى ممت سنة 2017، مرجع سابق، ص. 4.

³¹⁰ المادة 5 من القانون 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3470.

³¹¹ الفصول 31 و 137 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3606-3622.

³¹² وزارة الصحة، تقرير حول التعاون مع الجماعات الترابية حتى ممت سنة 2017، مرجع سابق، ص. 6.

عملت وزارة الصحة على توقيع عدة اتفاقيات للشراكة مع الجماعات الترابية، لإعداد مخططات تنموية مندمجة ومستدامة، تراعي مبادئ التخطيط الاستراتيجي، وفق رؤية تنموية ذات أبعاد جهوية، ويتعلق الأمر ب: 18 اتفاقية إطار تتعلق بتنفيذ البرامج التنموية، وكذا البرامج الخاصة بعملية إعادة الإيواء، لفائدة قاطني دور الصفيح بجهة الدار البيضاء الكبرى، ومواكبة إنجاز المدن الجديدة للمملكة، حيث بادرت الوزارة إلى التوقيع على 7 اتفاقيات، تُبين تفاصيل هذه المشاريع وكذا كلفتها المالية³¹³.

يقتضي النهوض بالأحوال الاجتماعية للسكان، تظافر جهود الجماعات الترابية مع القطاعات الوزارية المعنية، عبر التمثيليات المحلية من أجل تقريب الخدمات الاجتماعية للمواطنين، حيث بادرت وزارة الصحة إلى البحث عن الشراكة، مع الجماعات الترابية لإنجاز مشاريع صحية، وجرى التوقيع على العديد من اتفاقيات الشراكة، منها ما تم الانتهاء من أشغالها، وحققت النتائج المرجوة منها، ومنها ما زالت مشاريع قيد التنفيذ، ويتعلق الأمر ب: 85 اتفاقية شراكة مع عدد من الجماعات الترابية، وباقي الفاعلين المحليين من المبادرة الوطنية للتنمية البشرية وجمعيات المجتمع المدني ومؤسسات عمومية³¹⁴.

تمت برمجة إنجاز 396 مشروعاً صحياً في 7 جهات بالمملكة، حيث تم الانتهاء من إنجاز 179 مشروعاً، في إطار هذه الشراكة و118 مشروع في طور الانجاز، حيث تهدف هذه المشاريع إلى تعزيز وتأهيل الشبكة الاستشفائية، ودعم شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية، وتنظيم وتطوير الشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية، ومواصلة تنمية الخدمات الطبية، وتعزيز شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية وتحسين التغطية الصحية المتنقلة بالعالم القروي³¹⁵.

³¹³ وزارة الصحة، تقرير حول التعاون مع الجماعات الترابية حتى متم سنة 2017، مرجع سابق، ص.9

³¹⁴ نفس المرجع، ص.4

³¹⁵ نفس المرجع، ص.17

وفي هذا السياق التزمت كل الأطراف الموقعة على الاتفاقيات، برصد اعتمادات مالية تناهز 2,86 مليار درهم، موزعة على الشكل الآتي: وزارة الصحة بنسبة 55%، والجماعات الترابية بنسبة 32%، وباقي المتدخلين بمساهمة 13%، لكن أهم الاكراهات والصعوبات التي اعترضت إنجاز المشاريع الصحية المبرمجة في الآجال المحددة هي: تجاوز الاعتمادات المالية الأولية المقترحة لكل المشاريع، وعدم تصفية أو توفير الأوعية العقارية، وعدم برمجة الاعتمادات المالية للشركاء أو بطء في تعبئتها³¹⁶.

تبرز قاعدة الرعاية الصحية المعكوسة في العالم القروي، لأن السكان الأكثر حاجة هم الأقل استفادة من الموارد المالية، كما أن 20% من الساكنة بالمغرب تتواجد على بُعد أكثر من 10 كيلومترات، من أقرب مركز للعلاجات الصحية الأولية. حيث أن العرض الصحي بهذه المراكز مبني على برامج صحية، وعلى علاجات غالباً ما تكون جودتها موضوع نقاش، بدلاً من اعتماد المقاربة المجالية للخدمات المندمجة في شبكة القرب، وتعزيزها بشبكة المستشفيات، كما أن ضعف القدرة الشرائية للساكنة القروية، لها انعكاسات خطيرة على النفقات المباشرة، بالنسبة للاستشارات الطبية والإحالات والأدوية³¹⁷.

إن تجنب بقاء العالم القروي مجالاً للمواكبة الاجتماعية واللاحق الدائم، يقتضي من الحكومة حل إشكالية الولوج إلى العلاج، عبر تعميم نظام المساعدة الطبية وتوفير الموارد البشرية، والاستفادة من برنامج المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، كما أن الكيفية التقليدية لعمل القطاع العام، من خلال الاشتغال بالبرامج العمودية بشكلٍ موازي، راسخٌ جداً في هذه المناطق، أما القطاع الخاص فلا يُقدّم سوى بعض البدائل، لذلك يجب الإستثمار في الصحة الجماعية والعمل على المحددات الاجتماعية للصحة³¹⁸.

³¹⁶ وزارة الصحة، تقرير حول التعاون مع الجماعات الترابية حتى متم سنة 2017، مرجع سابق، ص.18

³¹⁷ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.33

³¹⁸ Gumucio Sybille et collaborateurs, Planification de projets de santé : promotion de la santé et action humanitaire, France, 2015, p.13

يرتبط العالم القروي بالمغرب بتطور الفلاحة، مما يُحتم على الحكومة التطلع إلى مستقبل حقيقي، واقتصاد واضح ومنسجم لهذه المناطق، والذي لن تكون له مصداقية، إلا بفضل ارتباط مفصلي ذكي مع المدن، في إطار رؤية ترابية ومجالية متفاوض حولها ومدعمة من طرف الدولة. وهنا تطرح إشكالية الإرتباط بين مبادرة الصحة بالعالم القروي، وبين سياسة تنمية قروية مندمجة، تُسهل أو تُبطئ الحصول على نتائج مستدامة.³¹⁹ وهذا الاختيار يتعدى النقاشات التي تجري داخل قطاع الصحة³²⁰.

يُعتبر إحداث صندوق خاص بالصحة بالعالم القروي مبادرة لإتمام الإصلاحات، عبر إجراءات محددة ومستهدفة، تساهم في تنسيق الأنشطة الجهوية بغرض تجنب الازدواجية، وتسمح بتحديد البرامج الحكومية وغير الحكومية الملائمة، ذات الصلة بالصحة القروية ومنحها المساعدة التقنية، إضافةً إلى توسيع شبكة الخدمات الصحية، وتحسين جودة العلاجات وتشجيع المهنيين للمزاولة بالعالم القروي، أو من خلال الدعم المباشر للساكنة. إلا أنه لا يُمكن للصندوق الخاص بالعالم القروي، أن يحل المشاكل والتأخيرات المتراكمة للساكنة، بل هو مجرد وسيلة لتحسين الولوج إلى الخدمات الصحية³²¹.

حقق المغرب عدة إنجازات صحية، مرتبطة بضبط الخصوبة ومحاربة الرماد الحبيبي، والملاريا والبلهارسيا، إلا أنه سجل مجموعة من الإختلالات، ترجع بالأساس إلى تشتت المسؤولية وضعف التنسيق بين وزارة الصحة والقطاعات الحكومية الأخرى في عدة تدخلات، كما تُمكن فرص التعاون بين الوزارات، من الحصول على نتائج جيدة ولمموسة، ويتعين استثمار التجربة المكتسبة وتوسيعها، لتشمل مجالات صحية أخرى، مع اقتراح مقاربات خلاقية من أجل تكريس الحق في الصحة³²².

³¹⁹ المندوبية السامية للتخطيط، المغرب بين أهداف الألفية وأهداف التنمية المستدامة، المغرب، 2015، ص. 11.

³²⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 32.

³²¹ نفس المرجع، ص. 33.

³²² نفس المرجع، ص. 19.

الفصل الثاني: الإطار القانوني للسياسات العمومية المرتبطة الصحة

يعتبر الحق في الصحة جزء أساسي من حقوق الإنسان، فقد تم التعبير عنه للمرة الأولى على الصعيد الدولي، في ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية لسنة 1946، والتي اعتبرت الصحة كحالة من إكمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد إنعدام المرض أو العجز، وينص التصدير أيضاً على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان³²³.

تُعرف المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر سنة 1948، الصحة بإعتبارها جانباً من الحق في مستوى معيشة كافٍ³²⁴. كما أن المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الصادر سنة 1966، تضمنت الاعتراف بالحق في الصحة، بإعتباره أحد حقوق الإنسان، وهي مقتضيات مُلزمة من الناحية القانونية³²⁵. حيث أن كل البلدان قد صدقت على معاهدة دولية واحدة على الأقل لحقوق الإنسان تعترف بالحق في الصحة³²⁶.

إرتأينا تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين، نتطرق في المبحث الأول إلى الحق في الصحة على ضوء القانون الدولي والوطني، أما المبحث الثاني فنخصصه لمعالجة صعوبات الولوج إلى الحق في الصحة.

المبحث الأول: الحق في الصحة في القانون الدولي والوطني

تعهدت كل دولة بحماية هذا الحق، من خلال إعلانات دولية وتشريعات وسياسات عمومية، كما التزمت بذلك في مؤتمرات دولية. وتجدر الإشارة إلى تزايد الإهتمام، بالحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة في السنوات الأخيرة، من خلال هيئات رصد معاهدات حقوق الإنسان، ومنظمة الصحة

³²³ منظمة الصحة العالمية، دستور منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق، ص.1

³²⁴ المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص.4

³²⁵ المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مرجع سابق، ص.14

³²⁶ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.1

العالمية، ومجلس حقوق الإنسان، والذي قام بإنشاء ولاية المقرر الخاص، المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية سنة 2002.³²⁷

ترتكز دراسة هذا المبحث في مطلبين، يتم من خلالهما التعرف إلى الحق في الصحة على ضوء الاتفاقيات الدولية (المطلب الأول)، ثم نتطرق إلى الحق في الصحة في دستور 2011 (المطلب الثاني).

المطلب الأول: الحق في الصحة على ضوء الاتفاقيات الدولية

إن الحق في الصحة هو حق شامل، فرغم ارتباطه بالحصول على الرعاية الصحية، إلا أنه يمتد إلى ما هو أبعد من ذلك، فهو يشمل مجموعة من العوامل، التي يمكن أن تساعد الإنسان في العيش بصحة جيدة. وهنا تشير اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وهي الهيئة المسؤولة عن رصد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، إلى هذه العوامل باعتبارها مقومات أساسية للصحة مثل: مياه الشرب المأمونة والإصحاح المناسب، والتغذية، والمسكن، والظروف الصحية للعمل، والبيئة، والحصول على التوعية والمعلومات فيما يتصل بالصحة³²⁸.

يتضمن الحق في الصحة مجموعة من الحريات، والتي تشمل الحق في عدم الخضوع للعلاج الطبي بدون موافقة، كما يحدث في حالة التجارب، والأبحاث الطبية أو التعقيم الإجباري، ويشتمل على مجموعة من الإستحقاقات، مثل الحق في نظام لحماية الصحة يتيح للجميع، فرصة متساوية للتمتع بالحق في الصحة، والحق في الوقاية والعلاج ومكافحة الأمراض، والحصول على الأدوية، وصحة الأم والطفل، والوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، مع احترام المساواة وتوفير المعلومات المتعلقة بالصحة³²⁹.

³²⁷ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة: رقم 2200 ألف (د-21)، مرجع سابق، ص.1

³²⁸ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.1

³²⁹ البنك الدولي، التنمية الصحية: استراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان، واشنطن،

2008، ص.3

يُعتبر عدم التمييز مبدأً أساسياً في حقوق الإنسان، وهو مبدأ حاسم في التمتع بالحقوق في أعلى مستوى ممكن من الصحة، لهذا يجب على الدولة توفير خدمات صحية فعالة وكافية بدون أي تمييز، كما أن إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية يجب أن تكون ملائمة، ومقبولة ثقافياً ومن نوعية جيدة، تتيح الحصول عليها مادياً ومالياً.³³⁰ حيث تنطوي هذه الإمكانية، على الحق في طلب المعلومات المتصلة بالصحة، دون المساس بمبدأ السرية في معالجة البيانات الصحية واحترام الأخلاقيات الطبية³³¹.

يهدف التمييز إلى تفويض أو إلغاء الاعتراف بحقوق الإنسان والحريات الأساسية، أو التمتع بها أو ممارستها، عن طريق التفرقة أو الاستبعاد أو التقييد على أساس أسباب مختلفة، ويعتبر التمييز السبب الجذري، لحالات عدم المساواة الهيكلية والأساسية في المجتمع، حيث يؤدي إلى زيادة ضعف المجموعات المهمشة وتعرضها للفقر وسوء الصحة. ولذلك لم يكن غريباً، أن المجموعات التي تتعرض تقليدياً للتمييز والتهميش، تتحمل في كثير من الأحيان نصيباً غير متوازن من المشاكل الصحية³³².

وطبقاً لمقتضيات المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد، اتخاذ مجموعة من التدابير لتأمين الممارسة الكاملة للحق في الصحة، من خلال خفض معدل وفيات المواليد والرضع، وتأمين نمو الطفل نمواً صحياً، وتحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية، والوقاية من الأمراض البوائية والمتوطنة والمهنية، وعلاجها ومكافحتها، وتهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض³³³.

³³⁰ الأمم المتحدة، قرار الجمعية العامة رقم 134/48، مبادئ باريس للمؤسسات الوطنية، نيويورك، 1993، ص.8
³³¹ الأمم المتحدة، تقرير عن مؤشرات رصد الإمتثال لصكوك حقوق الإنسان الدولية، رقم HRI/MC/2006/7، نيويورك، 2007، ص.4

³³² مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.7

³³³ نفس المرجع، ص.10

تعترف عدة معاهدات دولية لحقوق الإنسان بالحق في الصحة مثل: الإتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز لسنة 1965: الفقرة (هـ) من المادة 5، وإتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لسنة 1979: الفقرة (1)(و) من المادة 11 والمادة 12 ولفقرة (2)(ب) من المادة 14، وإتفاقية حقوق الطفل لسنة 1989 المادة 24، والإتفاقية الدولية لحماية حقوق المهاجرين وأفراد أسرهم لسنة 1990: المواد 28 و 43 و 45 وإتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة لسنة 2006: المادة 25.³³⁴

هناك العديد من المؤتمرات والإعلانات مثل المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية، والذي صدر عنه إعلان آلا-آتا سنة 1978، ويؤكد في مادته السابعة على الدور الحاسم للرعاية الصحية الأولية، في توفير الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية، وتنص المادة الخامسة على أن الرعاية الصحية الأولية، هي مفتاح تحقيق أعلى مستوى صحي يمكن بلوغه. كما أن إعلان الألفية الصادر عن الأمم المتحدة، والأهداف الإنمائية للألفية، وإعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية، قد ساعدت على توضيح مختلف الجوانب المتعلقة بالحق في الصحة، وأكدت من جديد الإلتزامات بتحقيقها.³³⁵

يحظى الحق في الصحة بالإعتراف من عدة صكوك إقليمية مثل: الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لسنة 1981، والبروتوكول الإضافي للإتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان، أو بروتوكول سان سلفادور لسنة 1988، والميثاق الإجماعي الأوروبي لسنة 1996. كما تتضمن الإتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان لسنة 1950، عدة أحكام تتصل بالصحة، وهناك 115 دستوراً على الأقل تعترف بالحق في الصحة.³³⁶ وتتضمن 6 دساتير أخرى على الأقل واجبات تتعلق بالصحة.³³⁷

³³⁴ البنك الدولي، الصحة والنمو، اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، عدد خاص، واشنطن، 2009، ص.13

³³⁵ الأمم المتحدة، تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، 2010، ص.2

³³⁶ لجنة الدول الأمريكية لحقوق الإنسان، التقرير رقم 29/11، قرار القضية 12-249، واشنطن، 2001، ص.1

³³⁷ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.12-13

وفي هذا الصدد ينص الفصل 47 من دستور الهند لسنة 1949، على أن رفع مستوى التغذية ومستوى المعيشة للشعب، وتحسين الصحة العامة من بين الواجبات الأولية للدولة. أما مقتضيات الفصل 27 من دستور جنوب إفريقيا لسنة 1996، والمتعلقة بالرعاية الصحية والغذاء والمياه والأمن الاجتماعي، فتتص على أنه من واجب الدولة اتخاذ التدابير التشريعية المعقولة، وغيرها من التدابير في حدود الموارد المتاحة، لإحراز الأعمال التدريجي للحق في الصحة، حيث يحق لكل فرد الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بما فيها رعاية الصحة الإنجابية، ولا يجوز منع العلاج الطبي الطارئ عن أي شخص³³⁸.

وينص الفصل 42 من دستور إكوادور لسنة 1998، على أنه من واجب الدولة ضمان الحق في الصحة، وتعزيزها وحمايتها من خلال تطوير الأمن الغذائي، وتوفير مياه الشرب والإصحاح الأساسي، وتعزيز الصحة الجيدة في الأسرة والعمل والبيئة المجتمعية³³⁹. مع إمكانية الوصول بصورة دائمة وغير منقطعة إلى الخدمات الصحية، امتثالاً لمبادئ الإنصاف والتضامن والمساواة³⁴⁰.

الفرع الأول: الحق في الصحة بالنسبة للأمهات والأطفال

هناك عدة صعوبات تواجه النساء والأطفال، والأشخاص ذوي الإعاقة، والمهاجرين والأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية للتمتع بالحق في الصحة، رغم كونه حقاً من حقوق الإنسان، حيث ينبغي على الدول اتخاذ تدابير إيجابية، لكفالة عدم التمييز ضد الأفراد أو المجموعات، كما يجب عليها سن القوانين وتخطيط السياسات الصحية، وتوجيهها لملائمة أكثر الأشخاص حاجة إلى المساعدة، بدلاً من السماح بصورة سلبية لقوانين وسياسات محايدة، في ظاهرها تُفيد أساساً مجموعات الأغلبية³⁴¹.

³³⁸ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص. 14.

³³⁹ وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، المبادرة المصرية للحقوق، الحق في الصحة، مصر، 2011، ص. 22.

³⁴⁰ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص. 11.

³⁴¹ نفس المرجع، ص. 12.

وفي هذا الإطار تنص الفقرة الأولى للمادة 12، من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، على ضرورة عمل الدول الأطراف، على اتخاذ جميع التدابير المناسبة، للقضاء على التمييز ضد المرأة في مجال الصحة.³⁴² من أجل ضمان حصولها، على أساس المساواة مع الرجل على الرعاية الصحية، فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة، مُوفرة لها خدمات مجانية عند الإقتضاء، وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة، إضافة إلى الخدمات الصحية المتعلقة بتنظيم الأسرة.³⁴³

وطبقاً لمقتضيات الفقرة الثانية من المادة 10 من العهد الدولي، ينبغي على الدول الأطراف توفير حماية خاصة للأمهات خلال فترة معقولة قبل الوضع وبعده.³⁴⁴ كما تنص أحكام المادة 14 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، على أن الدول الأطراف مطالبة بأن تكفل للمرأة القروية، المشاركة في التنمية المحلية والاستفادة منها.³⁴⁵

لقد أبرز برنامج العمل للمؤتمر الدولي المعني بالسكان والتنمية³⁴⁶ ومنهاج عمل بيجين³⁴⁷ حق الرجل والمرأة في الحصول على المعلومات، والوصول إلى وسائل يختارونها لتنظيم الأسرة، بحيث تكون آمنة وفعالة ومقبولة التكلفة، إضافةً إلى الحق في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، والتي تُمكن المرأة من الحمل والوضع بسلامة، وتزويد الأزواج بفرص الحصول على طفل في صحة جيدة.³⁴⁸

³⁴² الأمم المتحدة، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الملاحظات الختامية عن المغرب، الدورة السادسة والثلاثون، نيويورك، 2006، ص.16

³⁴³ الأمم المتحدة، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة بالمغرب، اللجنة المعنية، الدورة الأربعين، نيويورك، 2008، ص.14

³⁴⁴ فتحي إدريس علي، الحق في الصحة في الدستور الليبي: قراءة الماضي واستشراف المستقبل، 2014، ص.6

³⁴⁵ منظمة الصحة العالمية، العمل معاً من أجل الصحة، التقرير الخاص بالصحة في العالم، فرنسا، 2002، ص.38

³⁴⁶ الأمم المتحدة، تقرير المؤتمر الدولي المعني بالسكان والتنمية، العدد 1.XIII.95.A، القاهرة، 1994، ص.2

³⁴⁷ الأمم المتحدة، منهاج عمل بيجين، تقرير المؤتمر العالمي حول المرأة، العدد 13.IV.96.A، بيجين، 1995، ص.1

³⁴⁸ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الانسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.16

جدول رقم 5: مؤشرات صحة الأم بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2015.³⁴⁹

الدول	نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي	نسبة عمليات الولادة تحت إشراف عاملين صحيين	نسبة النساء الحوامل اللاتي يتلقين رعاية سابقة للولادة	نسبة احتياجات منع الحمل غير الملباة للنساء المتزوجات 15-49 عاماً
فرنسا	8	98%	100%	2%
بريطانيا	9	92%	100%	2%
ألمانيا	6	99%	100%	1%
إسبانيا	5	97%	99%	12%
الولايات المتحدة	14	99%	98%	9%
روسيا	25	99%	99%	8%
كندا	7	98%	100%	4%
المملكة العربية السعودية	12	88%	97%	4%
الإمارات	6	99%	100%	4%

يُبين الجدول أن إسبانيا إستطاعت تحقيق أفضل المؤشرات فيما يتعلق بوفيات الأمهات، حيث بلغت نسبة الوفيات في هذا البلد 5 وفيات في كل 100 ألف ولادة حية، مقابل 25 حالة وفاة في روسيا، أما نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين رعاية سابقة للولادة، فقد بلغت في كل من فرنسا، وألمانيا، وبريطانيا وكندا 100%، وسُجّلت أدنى نسبة في المملكة العربية السعودية بمعدل 97%. أما نسبة إحتياجات منع الحمل غير الملباة للنساء المتزوجات، فسُجّلت أدنى نسبة في ألمانيا بمعدل 1%، مقابل أعلى نسبة في إسبانيا ب 12%. وحصلت ألمانيا، والولايات المتحدة الأمريكية، وروسيا على أعلى نسبة لعمليات الولادة، تحت إشراف عاملين صحيين بمعدل 99%، مقابل 88% للمملكة العربية السعودية كأدنى نسبة³⁵⁰.

³⁴⁹ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

³⁵⁰ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 6: مؤشرات صحة الأم بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2015.³⁵¹

الدول	نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي	نسبة عمليات الولادة تحت إشراف عاملين صحيين	نسبة النساء الحوامل اللاتي يتلقين رعاية سابقة للولادة	نسبة احتياجات منع الحمل غير الملباة للنساء المتزوجات 15-49 عاماً
لبنان	15	69%	96%	5%
الجزائر	140	77%	93%	7%
تايلاند	20	66%	98%	6%
تونس	62	69%	98%	7%
مصر	33	35%	90%	13%
الأردن	58	87%	99%	12%
المكسيك	38	69%	99%	13%
الغابون	291	86%	95%	27%

يوضح الجدول أن لبنان إستطاعت تحقيق أفضل نسبة فيما يتعلق بوفيات الأمهات، وهي 15 وفاة في كل 100 ألف ولادة حية، مقابل 291 حالة وفاة في الغابون، وحققت الأردن أعلى نسبة لعمليات الولادة، تحت إشراف عاملين صحيين، بمعدل 87% وسُجلت أدنى نسبة في مصر بمعدل 35%. أما نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين رعاية سابقة للولادة، فقد بلغت في كل من الأردن والمكسيك 99%، وسُجلت أدنى نسبة في مصر بمعدل 90%. وفيما يخص نسبة إحتياجات منع الحمل غير الملباة للنساء المتزوجات، فسُجلت أدنى نسبة في لبنان بمعدل 5%، مقابل أعلى نسبة في الغابون ب 27%.³⁵²

³⁵¹ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

³⁵² <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 7: مؤشرات صحة الأم بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2015.³⁵³

الدول	نسبة وفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي	نسبة عمليات الولادة تحت إشراف عاملين صحيين	نسبة النساء الحوامل اللاتي يتلقين رعاية سابقة للولادة	نسبة احتياجات منع الحمل غير الملباة للنساء المتزوجات 15-49 عاماً
المغرب	72,6	74%	77%	11%
تركيا	16	76%	97%	6%
الهند	174	34%	62%	13%
نيجيريا	814	47%	66%	28%
السنغال	315	53%	63%	24%
ساحل العاج	645	45%	93%	31%
غينيا	679	43%	84%	28%

يتبين من خلال الجدول أن تركيا استطاعت تحقيق أفضل المؤشرات فيما يتعلق بوفيات الأمهات، حيث بلغت نسبة الوفيات في هذا البلد 16 وفاة في كل 100 ألف ولادة حية، مقابل 72,6 حالة وفاة في المغرب، وأعلى نسبة سُجلت في نيجيريا بمعدل 814 حالة وفاة. وحققت تركيا أعلى نسبة لعمليات الولادة، تحت إشراف عاملين صحيين، بمعدل 76%، مقابل 74% للمغرب وسُجلت أدنى نسبة في الهند بمعدل 34%. أما نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين رعاية سابقة للولادة، فقد بلغت 97% في تركيا، و77% في المغرب وسُجلت أدنى نسبة في الهند بمعدل 62%. أما نسبة إحتياجات منع الحمل غير الملباة، للنساء المتزوجات فسُجلت أدنى نسبة في تركيا بمعدل 6%، 11% في المغرب، مقابل أعلى نسبة في ساحل العاج ب 31%.³⁵⁴

³⁵³ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

³⁵⁴ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

ترتبط صحة الرضع ارتباطاً وثيقاً بصحة المرأة الإنجابية والجنسية، لأن خطر الوفاة يزيد في السنوات الأولى من الطفولة في حالة المولود الذي يفقد أمه بسبب مضاعفات الحمل والولادة. لهذا فإن اتفاقية حقوق الطفل، توصي الدول الأطراف بتوفير سبل وصول الطفل وأسرته إلى خدمات الصحة الأساسية، بما في ذلك خدمات رعاية الأم في فترتي ما قبل الولادة وبعدها. وطبقاً لمقتضيات المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل، تعترف الدول الأطراف بحق الطفل، في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، وبحقه في مرافق علاج الأمراض، وإعادة التأهيل الصحي، وعدم حرمان أي طفل من حقه في الصحة³⁵⁵.

وفي هذا الإطار تتابع الدول الأطراف أعمال هذا الحق كاملاً، وتتخذ بوجه خاص التدابير المناسبة من أجل: خفض وفيات الأطفال الرضع، وكفالة توفير المساعدة الطبية، والرعاية الصحية اللازمتين لجميع الأطفال، والتشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية، وكفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة وبعدها، ومكافحة الأمراض وسوء التغذية، عن طريق توفير الأغذية الكافية ومياه الشرب النظيفة³⁵⁶.

إن الأطفال يواجهون مجموعة من التحديات الصحية، تتعلق أساساً بمرحلة النمو الجسدي والعقلي، مما يجعلهم معرضين لعدة أمراض كسوء التغذية والأوبئة. كما تُعزى معظم الوفيات في مرحلة الطفولة، إلى أمراض الجهاز التنفسي الحادة، والإسهال، والحصبة والملاريا. حيث ينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية واتفاقية حقوق الطفل، على الالتزام الواقع على الدول، لتقليل وفيات الرضع والأطفال، ومكافحة الأمراض وسوء التغذية³⁵⁷.

³⁵⁵ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص. 17.

³⁵⁶ نفس المرجع، ص. 18-19.

³⁵⁷ منظمة الصحة العالمية، تعزيز النظم الصحية: الاتجاهات والتحديات الراهنة، جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون،

جنيف، 2011، ص. 3.

يُعتبر حق الطفل في الصحة، وفقاً للتعريف الوارد في المادة 24 على أنه حق شامل، لا يقتصر على تقديم خدمات صحية مناسبة في مجالات الوقاية، والإرشاد الصحي والعلاج والتأهيل والتخفيف من الألم فقط، بل يشمل أيضاً حق الطفل في النماء والتطور، لتحقيق قدراته كاملة والعيش في ظروف، تمكنه من بلوغ أعلى مستوى صحي، من خلال تنفيذ برامج تتناول المحددات الأساسية للصحة، وتضع مسألة إعمال حق الطفل في الصحة في الإطار الأوسع للالتزامات الدولية الخاصة بحقوق الإنسان³⁵⁸.

إن الدول مُلزمة بخفض وفيات الأطفال، وتحت اللجنة الدولية على إيلاء اهتمام خاص لوفيات المواليد، والتي تشكل نسبة متزايدة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة، من خلال تعزيز رعاية الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات والمواليد والأطفال، بما في ذلك تشخيص العيوب الخلقية، وتقديم خدمات الولادة المأمونة ورعاية المواليد. وينبغي إجراء تدقيق منتظم للإحصاءات المتعلقة بوفيات الأمهات، ووفيات المواليد من أجل الوقاية والمساءلة، وينبغي للدول أن تركز تحديداً على توسيع نطاق التدخلات، البسيطة والمأمونة وغير المكلفة التي أثبتت نجاعتها³⁵⁹.

يقع على عاتق الدول ثلاثة أنواع من الالتزامات المتعلقة بحقوق الإنسان وهي: احترام الحريات والاستحقاقات، وحماية الحريات والاستحقاقات من الأطراف الثالثة أو من التهديد الاجتماعي أو البيئي، وإعمال هذه الاستحقاقات، عن طريق تيسير الحصول عليها أو تقديمها مباشرة. وطبقاً للمادة الرابعة من الاتفاقية، على الدول الأطراف أن تفي بالتزام تقديم الاستحقاقات، التي يشملها حق الأطفال في الصحة، إلى أقصى ما تسمح به مواردها المتاحة وحيثما يلزم في إطار التعاون الدولي³⁶⁰.

³⁵⁸ الأمم المتحدة، لجنة حقوق الطفل، اتفاقية حقوق الطفل: التعليق العام رقم 15، بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، الدورة الثانية والستين، نيويورك، 2013، ص.1. [وَقَعَ عليها المغرب في 21 يونيو 1993].

³⁵⁹ الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الطفل، مرجع سابق، ص.8.

³⁶⁰ الأمم المتحدة، لجنة حقوق الطفل، اتفاقية حقوق الطفل، مرجع سابق، ص.17.

وفي هذا الصدد على جميع الدول، بصرف النظر عن مستوى تطورها، أن تتخذ إجراءات لتنفيذ هذه الالتزامات على سبيل الأولوية، ودون تمييز من أي نوع كان، وحيثما تكون الموارد المتاحة غير كافية على نحو ظاهر، تظل الدول مُطالبَة باتخاذ تدابير محددة الأهداف، للانتقال بأسرع وأنجع اتجاه ممكن، صوب الأعمال الكامل لحق الأطفال في الصحة، كما أن الدول مُلزمة، بصرف النظر عن الموارد المتيسرة لديها، بعدم اتخاذ أية تدابير تراجعية، من شأنها أن تعوق تمتع الأطفال بحقهم في الصحة³⁶¹.

تشمل الالتزامات الأساسية في إطار حق الأطفال في الصحة ما يلي: استعراض بيئة القوانين والسياسات الوطنية وتعديلها عند الاقتضاء، وضمان التغطية الصحية الشاملة، والاستجابة للعوامل الأساسية المحددة لصحة الأطفال، ووضع سياسات وخطط عمل مدرجة في الميزانية، وتنفيذها ورصدها وتقييمها، بحيث تُشكل نهجاً قائماً على حقوق الإنسان، إزاء أعمال حق الأطفال في الصحة. وينبغي للدول أن تبدي التزامها بالإعمال التدريجي، لجميع الالتزامات المنصوص عليها في المادة 24، وأن تولي أولوية لذلك، حتى في سياق الأزمات السياسية أو الاقتصادية أو في حالات الطوارئ³⁶².

وفي هذا السياق ينبغي أن تعالج الدول الأطراف، أيضاً مسألة اعتلال المراهقين ووفياتهم، وهو مجال لا يحظى عموماً بالأولوية الكافية. وينبغي أن تشمل التدخلات الاهتمام بمشكلة المواليد الأموات، والمضاعفات المرتبطة بولادة الخُدج، واختناق المواليد، ونقص وزن المواليد، وانتقال عدوى فيروس نقص المناعة البشرية، والأمراض الأخرى المنقولة جنسياً من الأم إلى الطفل، والأمراض المعدية التي تصيب المواليد، والسل، والإسهال، والحصبة، ونقص وسوء التغذية، والملاريا، والحوادث، والعنف، والانتحار واعتلال صحة الأمهات المراهقات ووفياتهن³⁶³.

³⁶¹ الأمم المتحدة، لجنة حقوق الطفل، اتفاقية حقوق الطفل، مرجع سابق، ص.18.

³⁶² نفس المرجع، ص.19.

³⁶³ Ministère de la santé, état de santé de la population marocaine, Maroc, 2012, p.44

جدول رقم 8: مؤشرات صحة الطفل بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2017.³⁶⁴

الدول	معدل وفيات المواليد لكل 1000 مولود حي	معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي	نسبة التحصين من الحصة للأطفال ما بين 12 و 23 شهراً	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي
فرنسا	2	4	90%	4
بريطانيا	3	4	92%	4
ألمانيا	2	3	97%	4
إسبانيا	2	3	96%	3
الولايات المتحدة	4	6	92%	7
روسيا	3	7	98%	8
كندا	4	5	89%	5
المملكة السعودية	4	6	96%	7
الإمارات	5	8	99%	9

يتضح من خلال الجدول أعلاه، أن إسبانيا استطاعت تحقيق أفضل المؤشرات، فيما يتعلق بمعدل وفيات المواليد والرضع، حيث بلغ هذا المعدل 2 و 3 وفيات على التوالي لكل 1000 مولود حي، مقابل 5 و 8 وفيات على التوالي في الإمارات العربية المتحدة، أما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، فبلغت نسبته في إسبانيا 3 وفيات لكل 1000 مولود حي، مقابل 9 وفيات في الإمارات العربية المتحدة، وفيما يتعلق بنسبة التحصين من الحصة للأطفال ما بين 12 و 23 شهراً، فسُجّلت أعلى نسبة في الإمارات العربية المتحدة بـ 99%، مقابل 89% في كندا كأدنى نسبة³⁶⁵.

³⁶⁴ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

³⁶⁵ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 9: مؤشرات صحة الطفل بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2017.³⁶⁶

الدول	معدل وفيات المواليد لكل 1000 مولود حي	معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي	نسبة التحصين من الأمراض للأطفال ما بين 12 و 23 شهراً	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي
لبنان	5	7	79%	8
الجزائر	15	21	88%	24
تايلاند	5	8	99%	10
تونس	8	11	98%	13
مصر	12	19	94%	22
الأردن	10	15	93%	17
المكسيك	8	12	96%	13
الغابون	22	35	63%	48

يتبين من خلال الجدول أن لبنان إستطاعت تحقيق أفضل المؤشرات، فيما يتعلق بمعدل وفيات المواليد والرضع، حيث بلغ هذا المعدل 5 و 7 على التوالي لكل 1000 مولود حي، مقابل 22 و 35 حالة وفاة على التوالي في الغابون، أما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، فبلغت نسبته في لبنان 8 وفيات لكل 1000 مولود حي، مقابل 48 حالة وفاة في الغابون، وفيما يتعلق بنسبة التحصين من الحصبة للأطفال ما بين 12 و 23 شهراً، فسُجّلت أعلى نسبة في تايلاند بـ 99%، مقابل 63% في الغابون كأدنى نسبة³⁶⁷.

³⁶⁶ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

³⁶⁷ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 10: مؤشرات صحة الطفل بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2017.³⁶⁸

الدول	معدل وفيات المواليد لكل 1000 مولود حي	معدل وفيات الرضع لكل 1000 مولود حي	نسبة التحصين من الأمراض للأطفال ما بين 12 و 23 شهراً	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي
المغرب	14	20	99%	23
تركيا	6	10	96%	12
الهند	24	32	88%	39
نيجيريا	33	65	42%	100
السنغال	21	33	90%	45
ساحل العاج	34	64	78%	89
غينيا	24	56	48%	86

يوضح الجدول أعلاه أن تركيا تمكنت من تحقيق أفضل المؤشرات، فيما يتعلق بمعدل وفيات المواليد والرضع، حيث بلغ هذا المعدل 6 و 10 على التوالي لكل 1000 مولود حي، مقابل 14 و 20 حالة وفاة في المغرب، وسجلت أعلى نسبة في ساحل العاج بمعدل 34 و 64 حالة وفاة، أما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، فبلغت نسبته في تركيا 12 وفيات لكل 1000 مولود حي، وفي المغرب 23، مقابل 100 حالة وفاة في نيجيريا، وفيما يتعلق بنسبة التحصين من الحصبة للأطفال ما بين 12 و 23 شهراً، فسُجِّلَت أعلى نسبة في المغرب بـ 99%، مقابل 42% في نيجيريا كأدنى نسبة³⁶⁹.

³⁶⁸ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

³⁶⁹ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

الفرع الثاني: الحق في الصحة لذوي الإعاقة والمهاجرين والمصابين بالإيدز

تُشكل الإعاقة قلقاً متزايداً حيث أن أكثر من 650 مليون شخص في العالم يعانون هذه الوضعية، ويتعرضون للحرمان والتمييز من جانب الدولة والمجتمع، لأن هناك نقص فيما يتعلق بالسياسات، والبرامج والقوانين والموارد، لإعمال الحق في الصحة للأشخاص ذوي الإعاقة، كما أن معظم الدول حَصَصت أقل من 1%، من نفقاتها الصحية للأشخاص في وضعية إعاقة سنة 2001.³⁷⁰

وفي هذا السياق تمت المصادقة على الاتفاقية المتعلقة بالأشخاص في وضعية إعاقة، من طرف الجمعية العامة للأمم المتحدة في 13 دجنبر 2006، وتم التوقيع عليها في 30 مارس 2007، وتشكل الاتفاقية ميثاقاً كونياً لحقوق الإنسان ومُلزماً للدول الأعضاء، وقد تم تحديد التزامات هذه الدول في المادة الرابعة من ذات الاتفاقية، ويتعلق الأمر أساساً باعتماد إطار تشريعي، يُشكل القاعدة القانونية لمحاربة التمييز على أساس الإعاقة وتفعيل الحقوق السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية³⁷¹.

تنص المادة الثالثة من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، على أنه لا يمكن إعمال الحق في الصحة، بمعزلٍ عن غيره من الحقوق، لأن هذا الحق يرتبط ارتباطاً وثيقاً بعدم التمييز وبمبادئ كالمشاركة والإستقلالية الفردية، والإدماج الإجتماعي واحترام الاختلافات، وإمكانية الوصول والمساواة في الفرص، واحترام الطاقات المُتطورة لهؤلاء الأشخاص.³⁷² كما تنص المادة 20 على أن الدول مُطالبَة، بتعزيز وكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية³⁷³.

³⁷⁰ منظمة الصحة العالمية، تقرير أطلس للصحة العقلية، جنيف، 2005، ص.21

³⁷¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، احترام حقوق وإدماج الأشخاص في وضعية إعاقة، إحالة ذاتية رقم 5، مطبعة سيياما، الرباط، 2012، ص.4

³⁷² الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الجمعية العامة، قرار 11/106، نيويورك، 2006، ص 11

³⁷³ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.22

وتنص مقتضيات التعليق العام رقم 5 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية، والمادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، على أن تشمل التدابير المتخذة من طرف الدول، كفالة حصول الأشخاص ذوي الإعاقة على الخدمات الطبية والاجتماعية³⁷⁴. بما في ذلك الكشف المبكر، والخدمات التي تهدف إلى التقليل إلى أدنى حد من الإصابات، وكذلك خدمات جراحة العظام وإعادة التأهيل، والتي تمكنهم من التمتع بالاستقلال ومنع زيادة الإعاقة ودعم إدماجهم الاجتماعي³⁷⁵.

تبلغ نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة في المغرب 12,5%، وحسب البحث الوطني حول الإعاقة لسنة 2004، حيث أن هؤلاء الأشخاص يجدون صعوبات كثيرة للحصول على الخدمات الصحية، كما أن 12% فقط من هؤلاء الأشخاص يستفيدون من الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، ورغم أن الوصول إلى هذه الأنظمة أخذ في التحسن، لاسيما بفضل تعميم نظام المساعدة الطبية، أما الخدمات الصحية الخاصة والترويض والأطراف الصناعية، فهي شبه مستحيلة نظراً لارتفاع كلفتها³⁷⁶.

قام المغرب من خلال دستور سنة 2011، باتخاذ الخطوات اللازمة لملائمة التشريعات الوطنية، مع احترام حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، في جميع التدابير المنصوص عليها. حيث أن الدستور المغربي لسنة 2011 أدخل بشكلٍ صريح، مادتين هامتين لتفعيل حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، كما نص في ديباجته على حظر ومكافحة كل أشكال التمييز، بسبب الجنس أو اللون أو المعتقد أو الثقافة أو الانتماء الاجتماعي أو الجهوي أو اللغة أو الإعاقة أو أي وضعٍ شخصي مهما كان³⁷⁷.

³⁷⁴ منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل، الدورة التاسعة والخمسون، جنيف، 2013، ص.3.

³⁷⁵ الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مرجع سابق، ص.21.

³⁷⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، احترام حقوق وادماج الأشخاص في وضعية إعاقة، مرجع سابق، ص.31.

³⁷⁷ نفس المرجع، ص.32.

وفي هذا الصدد ينص الفصل 34 من دستور المملكة، على أن السلطات العمومية مُلزَمة، باتخاذ التدابير الضرورية لضمان إدماج الأشخاص في وضعية إعاقة في المجتمع، حيث أقر المغرب على غرار الدول المتقدمة حقوق هذه الفئة الاجتماعية في الدستور المغربي³⁷⁸. ويتضمن الإطار القانوني بالمغرب، نصوصاً خاصة بوضعية الإعاقة وهي: القانون رقم 5-81 المتعلق بالرعاية الاجتماعية للمكفوفين وضعاف البصر والمصادق عليه سنة 1982، والقانون رقم 7-92 المتعلق بالحماية الاجتماعية، والمُصادق عليه سنة 1993 والقانون رقم 10-03 المتعلق بالولوجيات لسنة 2003.³⁷⁹

إحتل الحصول على الخدمات الصحية، حسب البحث الوطني حول الإعاقة بالمغرب، الدرجة الأولى من حيث الخدمات الضرورية لسنة 2004، والتي عَبر عنها الأشخاص في وضعية إعاقة، حيث تم تفسير الصعوبات في الحصول على الرعاية الصحية، بغياب الإمكانيات المالية 80%، والبُعد الجغرافي 25%، والصورة السلبية عن الخدمات الصحية 21% وغياب التجهيزات 18%.³⁸⁰ أما فيما يتعلق بالتغطية الصحية فقد تبين أن 12% فقط، من هؤلاء الأشخاص مُنخرطون في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، أو في مؤسسة للتأمين أو تعاقدية، و11% فقط صرحوا بأن تأمينهم يُغطي 100% من مجموع النفقات المترتبة عن إعاقته³⁸¹.

لا يتعدى عدد الأطر الطبية وشبه الطبية، المتخصصة في الترويض الطبي وإعادة التأهيل، والعاملة بوزارة الصحة 8 أطباء، مختصين في الطب الفيزيائي وإعادة التأهيل، و305 إختصاصي في

³⁷⁸ Agence des États-Unis pour le développement international, Bonne gestion des ressources : pour un renforcement des systèmes de santé, Maroc, 2014, p.3

³⁷⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، احترام حقوق وادماج الأشخاص في وضعية إعاقة، مرجع سابق، ص.46

³⁸⁰ Programme des Nations Unies pour le développement, guide de la planification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats du développement, New York, 2009, p.64

³⁸¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، احترام حقوق وادماج الأشخاص في وضعية إعاقة، مرجع سابق، ص.33

الترويض الوظيفي، و 42 إختصاصي في ترويض النطق، و 11 إختصاصي في تقويم البصر، و 47 إختصاصي في صنع آلات تقويم الأعضاء، و 7 إختصاصيين في العلاج النفسي الحركي. مع العلم بأن بعض التخصصات غير موجودة مثل العلاج الوظيفي أو المهراتي³⁸².

أما على مستوى البنيات التحتية المتخصصة، فإن المراكز العمومية لإعادة التأهيل، شهدت تطوراً طفيفاً في الستينات، حيث تم في هذه الفترة إنشاء 4 مراكز جهوية لإعادة التأهيل، للتكفل بضحايا الزيوت المسمومة، في كل من فاس ومكناس وسلا ومراكش، وتم إنشاء 57 وحدة لإعادة التأهيل موزعة كالآتي: 45 وحدة في المستشفيات الاقليمية، و 6 وحدات في المراكز الاستشفائية، و 6 وحدات في مراكز صحية أو مراكز للفحص، وتتضمن 19 وحدة لعلاج النطق، و 3 وحدات لتقويم البصر، و 11 معمل لتجهيزات اعادة تقويم الأعضاء، وتبقى هذه الانجازات متواضعة مقارنة بالنسبة للحاجيات³⁸³.

يُحدِّد المرسوم رقم 2-01-409 والصادر بتاريخ 29 مارس 2002، شروط وأشكال استخدام القروض المرصودة، لتغطية بعض تكاليف الحصول على التجهيزات والمعدات الممنوحة، للأشخاص في وضعية إعاقة من الفئات المحرومة، من خلال اعتمادات ميزانية الإدارة المُكلفة بالأشخاص في وضعية إعاقة، وتُقدم مساعدات لاقتناء معدات تقنية، ويتم تغطية تكلفتها كلياً أو جزئياً من طرف الوزارة، 100% لكل 1000 درهم، و 95% لكل مبلغ من 1000 درهماً إلى 2000 درهماً، و 75% لكل مبلغ يساوي أو يفوق 10 000 درهماً³⁸⁴.

³⁸² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، احترام حقوق وادماج الأشخاص في وضعية إعاقة، مرجع سابق،

ص.49

³⁸³ نفس المرجع، ص.51

³⁸⁴ نفس المرجع، ص.52

لكن هذه المبادرة تعاني من عدة تحديات منها: ضعف الميزانية المخصصة لاقتناء المُعدات، وعدم تحديد معايير انتقاء الطلبات، ويجب أن تُقدم إلى الإدارة المركزية في الرباط، مما يشكل صعوبة بالنسبة للأشخاص المقيمين في المناطق البعيدة، والتأخر في اتخاذ القرار، ولا سيما بالنسبة للمبالغ التي تفوق 10000 درهماً، إذ يتطلب الأمر عقد اجتماع للجنة المكونة من ممثلي وزارة الصحة، ووزارة الداخلية والوزارة المكلفة بالمالية³⁸⁵.

إن الحكومة المغربية مُلزمة بوضع مصالح مختصة، في الطب الترويضى وإعادة التأهيل، داخل المراكز الاستشفائية والمستشفيات والمراكز الصحية، لفائدة لأشخاص في وضعية إعاقة، ووحدات متنقلة لتقريب هذه الخدمات من المواطنين، وتعزيز الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية، وإصلاح برامج التأهيل، وخلق برامج جديدة في المناطق المعزولة، وتسهيل الحصول على المساعدات التقنية والأجهزة الضرورية، وذلك بتعديل المرسوم رقم 2-01-409، والذي يُحدد شروط وظروف استخدام القروض الممنوحة، لتغطية بعض التكاليف للحصول على التجهيزات، والمُعدات المرصودة للأشخاص في وضعية إعاقة³⁸⁶.

تُعتبر الهجرة ظاهرة سياسية واجتماعية واقتصادية، تتطوي على آثار كبيرة في مجال حقوق الإنسان، وحسب تقديرات المنظمة الدولية للهجرة، فإن هناك اليوم قرابة 200 مليون مهاجر دولي في جميع أنحاء العالم³⁸⁷. وتُسبب الهجرة أثراً على الحق في الصحة، حيث أن تمتع المهاجرين بهذا الحق، يتقيد كثيراً لمجرد أنهم مهاجرون، بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل التمييز واللغة والوضعية القانونية³⁸⁸.

³⁸⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، احترام حقوق وادماج الأشخاص في وضعية إعاقة، مرجع سابق، ص.53

³⁸⁶ نفس المرجع، ص.54

³⁸⁷ منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، تطوير النظم الصحية، الدورة الثامنة والأربعون، جنيف، 2001، ص.3

³⁸⁸ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.22

حددت معظم الدول التزامات صحية واضحة نحو المهاجرين، في إطار الرعاية الجهرية أو الرعاية الصحية الطارئة فقط، ونظراً لأن معنى هذه المفاهيم يختلف من بلد لآخر، فإن تفسيرها كثيراً ما يُترك لأفراد موظفي الرعاية الصحية³⁸⁹. ولذلك فإن الممارسات والقوانين قد تكون تمييزية، وقد أعلنت الدول صراحةً أمام هيئات حقوق الإنسان الدولية، أو في تشريعات وطنية أنها لا تستطيع أو لا ترغب، في أن تُوفّر للمهاجرين نفس مستوى الحماية الذي توفره لمواطنيها³⁹⁰.

ويُعاني المهاجرون من عدة عقبات تعترض التمتع بحقوقهم في الصحة، لأن الأنظمة الصحية للدول لا تُوفّر لهم تغطية صحية كافية، ولا يستطيعون في كثير من الأحيان، دفع نفقات التأمين الصحي، كما تقل الفرص بالتحديد أمام المهاجرين والمشتغلين بدون وثائق، في الوصول إلى الخدمات الصحية، حيث يُواجه المهاجرون العديد من الصعوبات، للحصول على معلومات كافية عن الموضوعات الصحية، والخدمات الاجتماعية المتاحة، ولا تُقدّم الدولة المعلومات بقدر كافٍ³⁹¹.

تنص المادة 28 من الاتفاقية الدولية لحماية حقوق المهاجرين وأفراد أسرهم، على أن الدول الأطراف مُطالبّة بتوفير الرعاية الصحية، بغض النظر عن الوضعية القانونية للمهاجرين، لذلك يحق لهؤلاء الأشخاص وأفراد أسرهم، الحصول على الخدمات الطبية الطارئة. كما أن الاتفاقية تُطالب الدول بحماية العمال المهاجرين في أماكن العمل، وتنص على أنهم يتمتعون بمعاملة لا تقل شروطها، عما ينطبق على المواطنين بدولة العمل، من ناحية شروط العمل والسلامة والصحة³⁹².

³⁸⁹ منظمة الصحة العالمية والمفوضية السامية للأمم المتحدة، حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، منشورات الصحة وحقوق الإنسان، جنيف، ص.12

³⁹⁰ منظمة الصحة العالمية، الهجرة الدولية: الصحة وحقوق الإنسان، سلسلة منشورات الصحة، العدد 4، جنيف، 2003، ص.4

³⁹¹ نفس المرجع، ص.23

³⁹² مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.24

أشارت لجنة القضاء على التمييز العنصري في توصيتها العامة رقم 30 بشأن المهاجرين، على أن الدول الأطراف ينبغي أن تحترم حق المهاجرين، في الحصول على مستوى كافٍ من الصحة الجسدية والعقلية، وذلك عبر الإمتناع عن حرمانهم من الوصول إلى الخدمات الصحية، والوقائية والعلاجية والتأهيلية. كما أوصى المقرر الخاص المعني بالصحة، واللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم 14، أنه ينبغي عدم حرمان ملتمسي اللجوء المرضى، أو الأشخاص الذين لا يحملون وثائق، من حقهم في الرعاية الطبية باعتبارهم من أكثر الأشخاص ضِعْفاً بين السكان³⁹³.

يتعلق حق المهاجرين في الصحة بظروف عملهم ومعيشتهم ومركزهم القانوني، ولمعالجة القضايا الصحية للمهاجرين بطريقة شاملة، ينبغي على الدول أيضاً أن تتخذ خطوات لإعمال حقوقهم، عن طريق مجموعة من التدابير منها: المسكن المناسب، وظروف العمل الصحية، والمستوى المعيشي الملائم، والغذاء، والمعلومات، والأمن الشخصي، والإجراءات القانونية، والحرية من الرق والسخرة³⁹⁴.

يرتبط كثير من حقوق الإنسان بفيروس نقص المناعة البشرية، مثل الحق في الحرية من التمييز، والحق في الحياة، والمساواة أمام القانون، والحق في الخصوصية، والحق في أعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. حيث أدى هذا الوباء منذ ظهوره كحالة طارئة صحية كبرى، إلى آثار خطيرة على حقوق الإنسان والتنمية، فحسب الإحصائيات توفي أكثر من 25 مليون شخص بالإيدز في 25 سنة الماضية، وهذا ما جعل الإيدز من أكثر الأوبئة دماراً في السنوات الأخيرة، وهناك الآن قرابة 33 مليون شخص مُصاب بفيروس نقص المناعة البشرية³⁹⁵.

³⁹³ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.24.

³⁹⁴ نفس المرجع، ص.25.

³⁹⁵ نفس المرجع، ص.25.

إن الحق في الصحة للأشخاص المصابين بالإيدز، يتعرض للتقويض بسبب التمييز، وعلى سبيل المثال فإن الخوف من الربط بين الشخص وفيروس الإيدز، قد يمنع الأشخاص الذين يعانون من التمييز، مثل المشتغلين بالجنس أو مستعملي المخدرات عن طريق الحقن، من إلتماس المشورة أو الإختبار أو العلاج. لهذا فالعلاقة بين وباء الإيدز والفقر والوصم والتمييز، بما في ذلك التمييز على أساس جنساني، هي موضع إعتراف واسع³⁹⁶.

وفي هذا الإطار نجد أن الإيدز يثير كثيراً من قضايا حقوق الإنسان، لأن حماية وتعزيز حقوق الإنسان يتسمان بأهمية جوهرية، لمنع انتقال الفيروس وتقليل تأثير الإيدز على حياة الأشخاص، كما ترتفع معدلات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، وانتشاره بصورة غير متناسبة بين شرائح معينة من السكان، مثل النساء، والأطفال والأشخاص الذين يعيشون تحت وطأة الفقر³⁹⁷.

يقترح برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، على الدول الأطراف مجموعة من التدابير، لمعالجة آثار التمييز والوصم على أساس الحالة الصحية، بما في ذلك الحالة الفعلية أو المفترضة للإصابة بفيروس الإيدز³⁹⁸. كما ينبغي أن تشمل تشريعات الدول وسياساتها وبرامجها تدابير إيجابية، لمعالجة العوامل التي تعوق المساواة، في وصول هذه المجموعات السكانية الضعيفة، إلى الوقاية والعلاج والرعاية مثل مركزهم الإقتصادي³⁹⁹.

³⁹⁶ الأمم المتحدة، تقرير البرنامج المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، نيويورك، 2006، ص.26
³⁹⁷ الأمم المتحدة، السياسة الاجتماعية، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الاستراتيجيات الإنمائية الوطنية، مذكرات توجيهية في السياسات، نيويورك، 2007، ص.11

³⁹⁸ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، المبادئ التوجيهية الدولية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وحقوق الإنسان، الصيغة المجمع، منشور رقم A.06.XIV.4، نيويورك، 2006، ص.1

³⁹⁹ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.25

جدول رقم 11: مؤشرات ديموغرافية ووبائية بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2016.⁴⁰⁰

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	العمر المتوقع عند الميلاد بالسنوات	معدل انتشار داء السل لكل 100 ألف شخص	معدل انتشار فيروس الإيدز 15-49 سنة	عدد المهاجرين الدوليين (% من السكان)
فرنسا	64	82	8	0,5%	12,1%
بريطانيا	65	81	10	--	13,2%
ألمانيا	81	81	8	0,2%	14,9%
إسبانيا	46	83	10	0,4%	12,7%
الولايات المتحدة	322	79	3	--	14,5%
روسيا	143	72	66	1,2%	8,1%
كندا	36	82	5	--	21,8%
المملكة السعودية	32	75	10	--	32,3%
الإمارات	9,27	77	1	--	88,4%

يتبين من خلال الجدول أن إسبانيا تمكنت من تحقيق أفضل المؤشرات المرتبطة بالعمر المتوقع عند الميلاد بالسنوات، حيث سجّلت معدل 83 سنة مقابل 72 سنة لفائدة روسيا، وفيما يتعلق بمعدل انتشار داء السل لكل 100 ألف شخص، فيبلغ أدنى معدل في الولايات المتحدة الأمريكية بـ 3 حالات مقابل 66 حالة في روسيا، أما فيما يخص معدل انتشار فيروس الإيدز للبالغين بين 15-49 سنة، فقد سجّلت أعلى نسبة بروسيا 1,2% مقابل 0,2% في ألمانيا كأدنى نسبة، كما يبلغ عدد المهاجرين الدوليين مقارنة بنسبة السكان، 88,4% في الإمارات العربية المتحدة كأعلى نسبة، مقابل 8,1% في روسيا كأدنى

نسبة⁴⁰¹.

⁴⁰⁰ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

⁴⁰¹ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

--: عدم وجود إحصائيات للمؤشرات الديموغرافية والوبائية تخص هذه الدول.

جدول رقم 12: مؤشرات ديموغرافية ووبائية بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2016.⁴⁰²

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	العمر المتوقع عند الميلاد بالسنوات	معدل انتشار داء السل لكل 100 ألف شخص	معدل انتشار فيروس الإيدز 15-49 سنة	عدد المهاجرين الدوليين (% من السكان)
لبنان	6	79	12	0,1%	34,1%
الجزائر	40	76	70	0,1%	0,6%
تايلاند	68	75	172	1,1%	5,8%
تونس	11	76	38	0,1%	0,5%
مصر	95	71	14	0,1%	0,5%
الأردن	9,45	74	6	0,1%	41%
المكسيك	127	77	22	0,3%	0,9%
الغابون	1,98	66	485	4,2%	15,6%

يتضح من هذا الجدول أن لبنان تمكنت من تحقيق أفضل المؤشرات المرتبطة بالعمر المتوقع عند الميلاد بالسنوات، حيث سجلت معدل 79 سنة مقابل 66 سنة لفائدة الغابون، وفيما يتعلق بمعدل انتشار داء السل لكل 100 ألف شخص، فيبلغ أدنى معدل في الأردن ب 6 حالات مقابل 485 حالة في الغابون، أما فيما يخص معدل انتشار فيروس الإيدز للبالغين بين 15-49 سنة، فقد سُجِلت أعلى نسبة في الغابون ب 4,2% مقابل 0,1% في لبنان، الجزائر، مصر والأردن كأدنى نسبة، كما يبلغ عدد المهاجرين الدوليين مقارنة بنسبة السكان، 41% في الأردن كأعلى نسبة، مقابل 0,5% في تونس ومصر كأدنى نسبة⁴⁰³.

⁴⁰² <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

⁴⁰³ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 13: مؤشرات ديموغرافية وبائية بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2016.⁴⁰⁴

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	العمر المتوقع عند الميلاد بالسنوات	معدل انتشار داء السل لكل 100 ألف شخص	معدل انتشار فيروس الإيدز 15-49 سنة	عدد المهاجرين الدوليين (% من السكان)
المغرب	35	76	103	0,1%	0,3%
تركيا	79	76	18	--	3,8%
الهند	1000	69	211	0,2%	0,4%
نيجيريا	185	53	219	2,8%	0,7%
السنغال	15	67	140	0,4%	1,7%
ساحل العاج	23	54	153	2,8%	9,6%
غينيا	12	60	176	1,5%	1,8%

يشير الجدول أعلاه إلى أن المغرب وتركيا، تمكنا من تحقيق أفضل المؤشرات المرتبطة بالعمر المتوقع عند الميلاد بالسنوات، حيث سجل كل منهما معدل 76 سنة مقابل 53 سنة لفائدة نيجيريا، وفيما يتعلق بمعدل انتشار داء السل لكل 100 ألف شخص، فيبلغ أدنى معدل في تركيا بـ 18 حالة، المغرب بـ 103 حالة، مقابل 219 حالة في نيجيريا، أما فيما يخص معدل انتشار فيروس الإيدز للبالغين بين 15-49 سنة، فقد سُجِلت أعلى نسبة بـ 2,8% في كل من نيجيريا وساحل العاج مقابل 0,1% في المغرب كأدنى نسبة، كما يبلغ عدد المهاجرين الدوليين مقارنة بنسبة السكان، 9,6% في ساحل العاج كأعلى نسبة، مقابل 0,3% في المغرب كأقل نسبة⁴⁰⁵.

⁴⁰⁴ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

⁴⁰⁵ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

المطلب الثاني: التزامات الدول والحق في الصحة على ضوء دستور 2011

وضَعَ القانون الدولي والمعاهدات الدولية على الدول التي صدقت عليها، مجموعة من الالتزامات لإعمال الحقوق، حيث يقع على هذه الدول الالتزام الأولي بحماية وتعزيز حقوق الإنسان، وتنص أحكام المادة الثانية من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، على أن الدول الأطراف مُلزمة بمفردها، أو عن طريق المساعدة والتعاون الدوليين، وبأقصى ما تسمح به مواردها المتاحة، باتخاذ خطوات لضمان التمتع الفعلي التدريجي، بالحقوق المعترف بها في هذا العهد، سالكةً إلى ذلك جميع السبل المناسبة وخصوصاً سبيل اعتماد تدابير تشريعية⁴⁰⁶.

الفرع الأول: الإلتزام الأدنى الأساسي للدول وإحترام الحق في الصحة

تتعهد الدول الأطراف في هذا العهد، بأن تضمن جعل ممارسة الحقوق المنصوص عليها، بريئةً من أي تمييز، كما تؤكد الفقرة الأولى من المادة الثانية من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، على التزام الدول بضمان التمتع الفعلي التدريجي بالحقوق المشمولة بالعهد، ويمثل ذلك اعترافاً ضمينياً، بأن الدول قد تواجه تقييدات في الموارد، حيث تتطلب بالضرورة وقتاً لتنفيذ أحكام المعاهدات، وبالتالي تعتبر بعض عناصر الحقوق، التي تتمتع بالحماية بموجب العهد، بما فيها الحق في الصحة خاضعة للإعمال التدريجي⁴⁰⁷.

وفي هذا السياق يجب على الدولة أن تبذل كل جهد ممكن، في حدود الموارد المتاحة لتحسين الحماية وتعزيز جميع الحقوق المشمولة بالعهد، حيث تنص الفقرة الثالثة من المادة الأولى، والمادتان 55 و56 من ميثاق الأمم المتحدة، والمادتان 22 و28 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والمادتان 4

⁴⁰⁶ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.28

⁴⁰⁷ منظمة الصحة العالمية، المياه والإصحاح والنظافة العامة: التحديد الكمي للأثر الصحي على الصعيدين الوطني والمحلي والعبء البيئي للمرض، العدد رقم 15، جنيف، 2007، ص.3

و24 من اتفاقية حقوق الطفل، على دور التعاون الدولي في الأعمال التدريجي لحقوق الإنسان، وليس هذا بديلاً عن الالتزامات الوطنية ولكنه يكتسب أهمية خاصة، إذا لم تكن الدولة قادرة على إعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بنفسها، وتتطلب مساعدة من دول أخرى للقيام بذلك.⁴⁰⁸

ويُشير التعليق العام رقم 3 إضافةً إلى الفقرات 38 و42 من التعليق العام رقم 14، للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بأهمية التعاون الدولي في مجال حقوق الإنسان، حيث أنه مطلوب خاصةً من تلك الدول، التي تستطيع مساعدة غيرها في هذا الصدد، ولذلك ينبغي للدول أن تضع برنامجاً نشطاً للمساعدة والتعاون الدوليين، وتقديم المساعدة الاقتصادية والتقنية، لتمكين الدول الأخرى من الوفاء بالتزاماتها المتصلة بالحق في الصحة.⁴⁰⁹

ينطبق مفهوم الأعمال التدريجي على جميع الحقوق المشمولة بالعهد، لكن بعض الالتزامات فورية الأثر، وخاصة العهد بضمنان ممارسة جميع الحقوق، على أساس عدم التمييز والالتزام باتخاذ خطوات، صوب إعمال الحقوق بما فيها الحق في الصحة، وهي خطوات يجب أن تكون ملموسة ومتعمدة وهادفة، حيث لا يُسمح بالتدابير التراجعية إلا إذا استطاعت الدولة، أن تثبت أنها بذلت كل جهدٍ لاستعمال كل الموارد الموجودة تحت تصرفها للوفاء بالتزاماتها.⁴¹⁰

تنص الفقرة الأولى في المادة الثانية من العهد الدولي، الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بأن الأعمال الكامل للحقوق الواردة في المعاهدة، يجب أن يتحقق من خلال قيام الدولة بجميع السبل المناسبة، وخصوصاً اعتماد تدابير تشريعية، لهذا فإن اتخاذ الخطوات لإعمال الحق في الصحة،

⁴⁰⁸ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.28-29

⁴⁰⁹ الأمم المتحدة، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 3، نيويورك، 1990، ص.14

⁴¹⁰ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان: المبادئ العامة والمبادئ التوجيهية لنهج يركز على حقوق الإنسان يتبع في استراتيجيات الحد من الفقر، جنيف، 2006، ص.11-12

من طرف الدول الأطراف، قد يتطلب مجموعة من التدابير، لذلك نجد أن المعاهدات الدولية لا تعرض حلولاً محددة، نظراً لكون أكثر التدابير جدوى، لتنفيذ الحق في الصحة تتباين من دولة لأخرى.⁴¹¹

فقد دعت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الدول لاعتماد إستراتيجية وطنية، لكفالة تمتع الجميع بالحق في الصحة، إستناداً إلى مبادئ حقوق الإنسان، مع وضع مؤشرات قياس مدى تنفيذ هذه الإستراتيجية، ولأن الحق في الصحة يخضع للإعمال التدريجي، فإن الإنجاز المتوقع من الدولة يتباين مع مرور الوقت، وهكذا تحتاج الدولة إلى وجود جهاز، لرصد وقياس هذه المؤشرات المرتبطة بإعمال الحق في الصحة⁴¹².

أما فيما يخص الالتزام الأدنى الأساسي، حرصت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، على أن الدول مُطالبة بكفالة الوفاء بالمستويات الجوهرية الدنيا لكل حق من الحقوق، حيث يجب عليها أن تكفل ما يلي، فيما يتعلق بالحق في الصحة: حق الوصول إلى الخدمات الصحية على أساس عدم التمييز، وخاصةً لصالح الفئات الضعيفة أو المهمشة، والحصول على الحد الأدنى من الأغذية الكافية والأمن، والحصول على الإسكان والإصحاح، وعلى كمية كافية من مياه الشرب الآمنة، وتوفير العقاقير الأساسية والتوزيع المُنصف لجميع المرافق والسلع والخدمات الصحية⁴¹³.

تنقسم التزامات الدول المتعلقة بالحق في الصحة، إلى ثلاث أقسام وهي: التزامات الاحترام والحماية والأداء، ويتطلب الالتزام بالاحترام في مجال حقوق الإنسان، من الدول أن تمتنع عن التدخل، بشكل مباشر أو غير مباشر في التمتع بالحق في الصحة، وأبرزت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم 14، أنه يتعين على الدول أن تحترم التمتع بالحق في الصحة

⁴¹¹ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.29

⁴¹² نفس المرجع، ص.30

⁴¹³ نفس المرجع، ص.31

في بلدان أخرى، كما ينبغي أن تمتنع الدولة عن تقييد الوصول إلى الخدمات الصحية، وتسويق الأدوية غير الآمنة وفرض ممارسات تمييزية تتصل بالحالة الصحية للمرأة وإحتياجاتها الصحية⁴¹⁴.

إن الالتزام بحماية الحق في الصحة، يفرض أن تتخذ الدول تدابير من شأنها، أن تمنع أطرافاً ثالثة من التدخل في هذا الحق، لهذا شددت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم 14، على أنه ينبغي لهذه الدول أن تمنع الأطراف الثالثة، من انتهاك الحق في الصحة في بلدان أخرى، وأن تتخذ خطوات لكفالة عدم ظهور أثر عكسي لهذه الصكوك على هذا الحق⁴¹⁵.

ينبغي على الدول الأطراف سن تشريعات أو تدابير، تكفل امتثال الفعاليات الخاصة لمعايير حقوق الانسان عند تقديم الرعاية الصحية، ومراقبة تسويق المُعدات الطبية والأدوية من قبل القطاع الخاص، والتأكيد على أن الخصوصية لا تشكل تهديداً لتوافر الخدمات الصحية، وإمكانية الوصول إليها ومقبوليتها ونوعيتها، وحماية الأفراد من الأفعال التي تقوم بها أطراف ثالثة قد تضر بحقهم في الصحة، والتأكد على أن هذه الأطراف لا تُقيد حصول الساكنة على الرعاية الصحية⁴¹⁶.

يؤكد إعلان المؤتمر الوزاري لمنظمة التجارة العالمية سنة 2001، بشأن الاتفاق المتعلق بالحقوق الملكية الفكرية والتجارة والصحة العامة، أن على الدول الأعضاء اتخاذ تدابير لحماية الصحة العامة، حيث تنص الفقرة السادسة لهذا الإعلان، على إعفاء يسمح في حالات محددة للدول التي تنتج الأدوية، بموجب ترخيصات إلزامية، بتصدير منتجاتها إلى البلدان التي لا تستطيع صناعة الأدوية بنفسها⁴¹⁷.

⁴¹⁴ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الانسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.30

⁴¹⁵ نفس المرجع، ص.31

⁴¹⁶ نفس المرجع، ص.32

⁴¹⁷ نفس المرجع، ص.33

إن الإلتزام بالأداء يقتضي من الدول الأطراف، اعتماد تدابير قانونية وإدارية ومالية وقضائية، من أجل الأعمال الكامل للحق في الصحة، كما يجب صياغة سياسة صحية وطنية، تشمل القطاعين العام والخاص، ووجود منظومة صحية فعالة ومتكاملة، تضمن تقديم الرعاية الصحية وكفالة المساواة في الولوج إلى العلاج، والتأكد من أن هذه المؤسسات تُوفر الخدمات الصحية، وتُقدم المعلومات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، وأن الأطباء والمرضى متوفرون بأعداد كافية ويتم تدريبهم تدريباً صحيحاً⁴¹⁸.

يؤكد دستور المملكة المغربية لسنة 2011، توجّه دستور منظمة الصحة العالمية فيما يخص الحق في الصحة، والذي ينص على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، كما يؤكد الدستور على أن المغرب ملتزم، بمنع ومكافحة كل أشكال التمييز، بسبب الجنس أو اللون أو المعتقد أو الثقافة أو الانتماء الاجتماعي أو الجهوي أو اللغة أو الإعاقة، وينص كذلك على مقتضيات أخرى، كاحترام السلامة الجسدية، واحترام الحق في الحياة والحق في المشاركة⁴¹⁹.

إن الحق في الصحة هو حق إنساني أساسي، تطوّر مع تغيّر المجتمع المغربي، إلى أن تم تكريسه في الدستور المغربي لسنة 2011، حيث ينص الفصل 31 على أن الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، تعمل على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، في الحق في العلاج، والعناية الصحية والتغطية الصحية، ومن ثم الحاجة إلى التعامل مع الفئات الضعيفة من السكان لتجنب كل تمييز، وإشراك جميع المتدخلين في إتجاه التكامل الفعال في إطار تقاسم الأدوار، والإلتزام بتعبئة الموارد اللازمة لتحقيق الحقوق الاقتصادية والاجتماعية⁴²⁰.

⁴¹⁸ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص. 34.

⁴¹⁹ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 54.

⁴²⁰ نفس المرجع، ص. 55.

تؤكد المقتضيات الدستورية للفصل 31 من دستور المملكة على واقعية الولوج للعلاجات، على قدم المساواة بالنسبة لجميع المواطنين، لذلك ينبغي على الحكومة خلق الظروف الملائمة، لتمكين كل مواطن بالتمتع بأفضل وضع صحي، حيث يصبح الحق في الصحة حقيقة وواقعاً، ويتطلب تحقيق مبدأ الإنصاف، محاربة عدم المساواة والقضاء تدريجياً على المشاكل المتعلقة بالمرض أو الإعاقة⁴²¹.

يُكرس الدستور المغربي أولوية الاتفاقيات الدولية التي صادق عليها المغرب، على حساب القوانين الداخلية للبلد، حيث أن الحكومة مُلزمة بملائمة مقتضيات التشريعات الوطنية، خاصة المتعلقة بصحة الطفل والأم، نظراً لأن لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة، تُفسر الحق في الصحة على أنه ضمان للرعاية الصحية الأولية المرتبطة بالصحة الجنسية والإنجابية، لذلك فتحقيق الحق في الصحة يتطلب تلاحم عدة عناصر منها: توافر الخدمات والولوج الجغرافي والمالي والمقبولية والجودة⁴²².

لقد تم التكريس الدستوري للحق في الصحة لأول مرة من قبل المشرع المغربي سنة 2011، لكن هذا لا يعني بالضرورة، أن الحق في الصحة لم يكن موضوع ضمانات قانونية سابقة، حيث تكفي الإحالة إلى العديد من النصوص التشريعية والتنظيمية، يعود بعض منها إلى مرحلة الحماية، والتي تشكل الإطار التشريعي للصحة العمومية ويمكن الإقرار بأن التشريع الحالي، ينظم مجالات واسعة الارتباط بضمان الحق في الصحة، من قبيل حماية الصحة والتغطية الصحية الأساسية ونظام المساعدة الطبية⁴²³.

يطرح الفصل 31 من الدستور المغربي عدة تحديات، حيث أن الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية مُلزمة بتعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية، والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية والتضامن

⁴²¹ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.53

⁴²² نفس المرجع، ص.54

⁴²³ نفس المرجع، ص.55

التعاضدي، والحصول على تعليم عصري ميسر الولوج وذي جودة، والتنشئة على التشبث بالهوية المغربية والثوابت الوطنية الراسخة، والتكوين المهني والاستفادة من التربية البدنية والفنية، والسكن اللائق، والشغل، والولوج إلى الوظائف العمومية، والحصول على الماء، والعيش في بيئة سليمة والتنمية المستدامة⁴²⁴.

إن ضمان الحق في الصحة يعني ولوج كافة المواطنين إلى الخدمات الصحية، حيث لا يمكن تحقيق هذه المساواة، دون الانتباه إلى المحددات الصحية والفوارق الاجتماعية، مما يتطلب إعداد برامج موجهة للمجموعات الهشة، وقد يؤدي إهمال هذا المعطى، إلى وقوع التمييز في الولوج إلى الخدمات الصحية، لكون البرامج المقترحة ضعيفة الاستهداف، ولا تخضع لمنطق التمييز الإيجابي لفائدة الفئات المهمشة في المجتمع⁴²⁵.

وفي هذا الإطار يؤكد الفصل 31 من الدستور المغربي لسنة 2011، ضرورة إنخراط جميع السلطات العمومية، من أجل تفعيل مقتضيات هذا الفصل، مما يعني من الناحية القانونية، توزيع الاختصاصات في مجال ضمان الحق في الصحة، وكذا تقسيم الأدوار على مستوى السياسات العمومية، ذات الصلة بالصحة في أفق الجهوية المتقدمة، حيث سبق للجنة الاستشارية للجهوية بالمغرب، أن قدمت في تقريرها الموضوعاتي المخصص للجوانب المؤسساتية عدة توجيهات في هذا الصدد⁴²⁶.

⁴²⁴ الفصل 31 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3606-3607

⁴²⁵ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 57.

⁴²⁶ نفس المرجع، ص. 55.

الفرع الثاني: الأعمال التدريجي للحق في الصحة من طرف الدول

يتطلب الأعمال التدريجي للحق في الصحة، ضرورة التزام الدولة بتعبئة كل الموارد المتوفرة، والمنصوص عليها في المادة الثانية من العهد الدولي المتعلق بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والتي تنص على أن تتعهد كل دولة طرف في هذا العهد، بأن تتخذ بمفردها أو عن طريق المساعدة والتعاون الدوليين، ما يلزم من خطوات لضمان التمتع الفعلي التدريجي، بالحقوق المعترف بها في هذا العهد، سالكةً إلى ذلك جميع السبل المناسبة وخصوصاً سبيل اعتماد تدابير تشريعية⁴²⁷.

وفي هذا السياق تنص المادة الثانية من العهد الدولي المتعلق بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بأن تتعهد الدول الأطراف في هذا العهد، بضمان جعل ممارسة الحقوق المنصوص عليها، في هذا العهد بريئة من أي تمييز، بسبب العرق أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي سياسياً أو غير سياسي، أو الأصل القومي أو الاجتماعي أو الثروة أو النسب أو غير ذلك من الأسباب، وللدول أن تقرر إلى أي مدى ستضمن الحقوق الاقتصادية المعترف بها في هذا العهد لغير المواطنين⁴²⁸.

ينص الفصل 13 من الدستور المغربي على مشاركة مختلف المعنيين في إعداد وتفعيل وتنفيذ وتقييم السياسات العمومية، وتؤكد الفصول 20 و22 على حماية الحق في الحياة، وعدم جواز المس بالسلامة الجسدية أو المعنوية للأشخاص، كما ينص الفصل 34 على ضرورة قيام السلطات العمومية، بوضع وتفعيل سياسات مُوجهة إلى النساء والأمهات والأطفال والأشخاص المسنين أو في وضعية إعاقة، وضرورة إدماجهم في الحياة الاجتماعية، وتسيير تمتعهم بالحقوق والحريات المعترف بها للجميع⁴²⁹.

⁴²⁷ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.56

⁴²⁸ نفس المرجع، ص.57

⁴²⁹ الفصول 13، 20، 22 و34 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3604-3607

تَسْمُو الاتفاقيات الدولية كما صادق عليها المغرب، وفي نطاق أحكام الدستور وقوانين المملكة، وهويتها الوطنية الراسخة فور نشرها على التشريعات الوطنية، ومن بين الالتزامات الدولية الأساسية، للمملكة المغربية والمتعلقة بالحق في الصحة نجد بما يلي: التدابير الواردة في الفقرة الثانية من المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وهي خفض معدل وفيات الأمهات والمواليد والرضع، والوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية وعلاجها ومكافحتها، وتأمين الخدمات الصحية والعناية الطبية للجميع وتحسين جوانب الصحة البيئية⁴³⁰.

وفي هذا الصدد نجد أن الالتزامات المنصوص عليها في المادة 12، من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، تُلزم الدول بضمان الحق في الصحة للمرأة، على أساس المساواة مع الرجل، إضافةً إلى حصولها على خدمات الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة، وكذا التزام السلطات العمومية بتقديم خدمات صحية مناسبة، فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة مجاناً عند الاقتضاء، وكذلك تغذية كافية أثناء الحمل والرضاعة⁴³¹.

وتتص الالتزامات الواردة في المادة 24 من إتفاقية حقوق الطفل، على اتخاذ الدول مجموعة من التدابير منها: الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة وبعدها، وخفض وفيات الرضع والأطفال، وتوفير المساعدة الطبية والرعاية الصحية اللازمتين لجميع الأطفال، وتزويد الوالدين بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته ومزايا الرضاعة الطبيعية، ومكافحة الأمراض، وحفظ الصحة والإصحاح البيئي، وتطوير الرعاية الصحية الوقائية والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة⁴³².

⁴³⁰ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 58.

⁴³¹ نفس المرجع، ص. 56.

⁴³² نفس المرجع، ص. 57.

تنص المادة 28 من اتفاقية حماية حقوق العمال المهاجرين وعائلاتهم، ولا سيما حق العمال المهاجرين وأفراد أسرهم في تلقي العناية الطبية بصورة عاجلة، لحفظ حياتهم أو لتلافي ضرر لا يمكن علاجه يلحق بصحتهم، وذلك على أساس المساواة في المعاملة مع رعايا الدولة المعنية. وعدم حرمان هؤلاء من هذه العناية الطبية الطارئة، بسبب أية مخالفة فيما يتعلق بالإقامة، كما تنص المادة 43 على تمتع العمال المهاجرين بالمساواة في المعاملة، مع رعايا دولة العمل فيما يتعلق بإمكانية الحصول، على الخدمات الاجتماعية والصحية، شريطة الوفاء بمتطلبات الاشتراك في برامج هذه الخدمات⁴³³.

تتضمن المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، التدابير التي يتعين على السلطات العمومية اتخاذها، من أجل تمكين حصول هؤلاء الأشخاص على خدمات صحية منها: توفير رعاية وبرامج صحية تعادل في نطاقها ونوعيتها ومعاييرها، تلك التي توفرها الدولة للآخرين، والطلب إلى مزاولي المهن الصحية تقديم رعاية صحية على أساس الموافقة الحرة والمستنيرة، ومنع الحرمان على أساس التمييز من الخدمات الصحية أو الغذاء بسبب الإعاقة⁴³⁴.

تُعرف لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحق في الصحة، كحق شامل تدرج في إطاره، ليس فقط الخدمات الصحية الملائمة في التوقيت المناسب، ولكن أيضا العوامل الأساسية المحددة للصحة، كالولوج إلى الماء النقي والصالح للشرب، ووسائل ملائمة للتطهير، والولوج إلى كمية كافية من الأغذية الصحية والسكن والشروط الصحية للعمل والبيئة، والولوج إلى التربية المتعلقة بالصحة، ومشاركة السكان في اتخاذ القرار في مجال الصحة على المستويات المحلية والوطنية والدولية⁴³⁵.

⁴³³ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 58.

⁴³⁴ نفس المرجع، ص. 57.

⁴³⁵ نفس المرجع، ص. 58-59.

يتطلب إعمال الحق في الصحة من الحكومة، اعتماد مقارنة مندمجة وشمولية بين القطاعات في صياغة السياسات العمومية، حيث أكدت منظمة الصحة العالمية على أن تأمين الحق في الصحة، في مختلف أشكاله ومستوياته، يفترض وجود عدة عناصر مترابطة وأساسية، وهي عناصر يمكن أن تُشكل مؤشرات للمنظومة الصحية مثل: التوافر والولوجية وهي مفاهيم شمولية تُحيل على عدم التمييز، وتشمل الولوجية الجغرافية والاقتصادية، وكذا الولوجية إلى المعلومة الصحية، ثم عنصر المقبولية والتي تحيل في آن واحد، على احترام الأخلاقيات الطبية واعتماد الملائمة على المستوى الثقافي والجودة⁴³⁶.

إن المقاربة المرتكزة على حقوق الإنسان، من أجل إعادة صياغة المنظومة الوطنية للصحة، تتطلب بالأساس إعطاء الأولوية، لمسألة وفيات الأمهات والأطفال عند الولادة، والاستجابة بشكل خاص لحاجيات الأطفال، والمجموعات الموجودة في وضعية الهشاشة والتهميش، من أجل التأمين الفعلي لحق الجميع، في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، كما ينبغي إيلاء اهتمام خاص لحقوق المعاقين ولمسألة الصحة الإنجابية⁴³⁷.

يُذكر المجلس الوطني لحقوق الإنسان بالمغرب، بتوصيات الخطة الوطنية للديمقراطية وحقوق الإنسان، من أجل التقائية وانسجام السياسات العمومية المتعلقة بالصحة، حيث تم اقتراح عدد من التدابير الهادفة، لضمان تأهيل المنظومة الصحية وتوسيع الولوج إلى العلاجات، عبر وضع إطار للمشاركة الاستراتيجية بين القطاعين العام والخاص، وإعادة انتشار مُنصفة لمهنيي الصحة على مستوى التراب الوطني، واعتبار بُعد النوع الاجتماعي في السياسات العمومية للصحة واحترام التنوع اللغوي والثقافي⁴³⁸.

⁴³⁶ أنور قوناش، الصحة وقضايا الصحة العامة: العلاقة بين الدخل والصحة، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الإسلامية، 2004، ص.13

⁴³⁷ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.58

⁴³⁸ نفس المرجع، ص.59

يظهر اهتمام المجلس الوطني لحقوق الإنسان بمسألة الحق في الصحة، عبر نشر تقريرين حول مستشفيات الأمراض العقلية والمؤسسات السجنية، كما يستمر المجلس في عمله التحليلي، لشروط إعمال الضمانة الدستورية للحق في الصحة، مع الدراسات قيد النشر في أقرب الآجال، حول الطب الشرعي ووضعية الأشخاص المُسنين والأجانب بالمغرب.⁴³⁹ كما أن إحدى جوانب الاهتمام التي يوليها المجلس، مسألة ولوج المجموعات في وضعية هشاشة لحقهم في الصحة، تتمثل حالياً في البرنامج الذي يديره المجلس، بشراكة مع برنامج الأمم المتحدة لمكافحة داء فقدان المناعة المكتسبة وحقوق الإنسان⁴⁴⁰.

وفي هذا الصدد تم تكريس الحق في الصحة عالمياً، من خلال العديد من النصوص والمعاهدات الدولية، كما أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، وضروري لممارسة الحقوق الأخرى، وأي شخص له الحق في التمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه، الشيء الذي سيسمح له بالعيش في كرامة. كما أن تحقيق الحق في الصحة يُمكن ضمانه من خلال العديد من الإجراءات المُكَمِّلة، وبالخصوص صياغة السياسات العمومية المرتبطة بالصحة، وتنفيذ البرامج الصحية واعتماد آليات قانونية محددة⁴⁴¹.

تنص المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، على أن لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة، كافٍ للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الصحية، وله الحق في تأمين معيشته في حالات البطالة والمرض، كما أن للأمومة والطفولة الحق في مساعدة ورعاية خاصتين، لينعم كل الأطفال بنفس الحماية الاجتماعية⁴⁴².

⁴³⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الاقتصاد الاجتماعي والتضامني: رافعة لنمو مندمج، إحالة ذاتية رقم 19، مطبعة سيياما، الرباط، 2015، ص.44

⁴⁴⁰ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.59

⁴⁴¹ نفس المرجع، ص.60

⁴⁴² إليزابيث لونغينيس، الصحة العامة، مهنة الطب وبناء الدولة في العالم العربي: نظرة تاريخية، مركز دراسات الوحدة العربية، مجلة "المستقبل العربي"، العدد 419، كانون الثاني يناير 2014، ص.12

إن هذا المفهوم المرتبط ارتباطاً وثيقاً بحقوق الإنسان الأخرى، يحيل إلى حق الاستفادة من التنوع في الخدمات والبنية التحتية والشروط اللازمة لإنجازها، وكذا الحق في التمتع بالصحة البدنية والعقلية، المُمكن بلوغها للتمتع بصحة جيدة. كما أن الاهتمام بالفئات الضعيفة، يجد قاعدته في مبدأ عدم التمييز، الذي يمنع كل تفرقة أو استبعاد أو تقييد يُبنى على أسباب مختلفة، وله تأثير أو هدف إضعاف أو تدمير الاعتراف بالتمتع أو ممارسة حقوق الإنسان والحريات الأساسية⁴⁴³.

يُقرّ النص القانوني المتعلق بمدونة التغطية الصحية الأساسية، صراحةً الحق في الصحة لأول مرة في المغرب. ويذكر في ديباجته على أنه من أجل بلورة هذا الالتزام، الذي يكرس مبدأ الحق في الصحة، كما تنص عليه المواثيق الدولية، فإن هذا القانون يأتي تنويعاً لتجربة المغرب في مجال التغطية الصحية، وتعزيزاً للحقوق التي اكتسبها المواطنون المغاربة المتمتعون حالياً بتأمين صحي، حيث سيتم العمل تدريجياً على توسيع هذا التأمين، ليشمل جميع المواطنين بمختلف شرائحهم الاجتماعية⁴⁴⁴.

إن الحق في الصحة هو حق أساسي من حقوق الإنسان المعترف بها دولياً، وهو حق يمتلكه جميع الناس، بمعزل عن عنصر أو لون أو معتقد ديني أو سياسي، يهدف إلى توفير الصحة للجميع، تجاوزاً لاعتبارات أخرى من نزاعات أهلية، وخلافات سياسية وعقائدية لصالح الشعوب وتنميتها الصحية. وقد شكل الحق في الصحة تحديات كبيرة للدول النامية، حيث النظم السياسية والاقتصادية وأسلوب إدارة الدولة وسوء استخدام مواردها، تُحد من الطموحات في هذا المجال، كما أن بعض هذه الدول لا زالت لم تتعافي بعد من أمراض تفتك بالأطفال والكبار، أمراض تخطتها الدول المتقدمة وقايةً وعلاجاً⁴⁴⁵.

⁴⁴³ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 61.

⁴⁴⁴ نفس المرجع، ص. 62.

⁴⁴⁵ سكرية اسماعيل، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان: الحق في الصحة، لجنة حقوق الإنسان النيابية، سلسلة الدراسات الخلفية، بيروت، 2007، ص. 3.

يُعتبر الحق في الصحة، في هذه الدول قضية بالغة الأهمية، حيث تلاحقت خطوات التطوير والتوسع بإطار مفهوم للصحة وتعريفها، والإشارات باتجاه مسؤولية الدولة عنها، بدءاً من أقدم القوانين في حقبة التصنيع عام 1802 في بريطانيا، وقانون الصحة العامة عام 1848، مروراً بالدستور المكسيكي عام 1843، وتتويجاً بإنشاء منظمة الصحة العالمية عام 1946، والتي قامت بوضع مفهوم اجتماعي للصحة، يقوم على اعتبارها حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً لا مجرد انعدام المرض⁴⁴⁶.

تؤكد هذا الاعتراف من خلال مجموعة من الإعلانات والعهد والمواثيق الدولية، مثل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والتي تقر فيها الدول الأطراف، بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه، وتأخذ التدابير لتأمين الممارسة الكاملة لهذه الحقوق. كما أن هناك العديد من الاتفاقيات، التي تنطبق إلى أوجه الصحة المتعلقة بالبيئة وسلامة العمل، وخدمات الصحة المهنية، وحقوق الأطفال الصحية، وحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، وحقوق المهاجرين كالاتفاقية العربية رقم 7 لسنة 1977.⁴⁴⁷

يُعزّز إعلان آما-آتا الصادر سنة 1978، والخاص بالرعاية الصحية الأولية، التأكيد على الحق بالصحة، حيث تعهدت الدول بوضع أنظمة شاملة للرعاية الصحية، وأطلقت معه منظمة الصحة العالمية شعار الصحة للجميع بحلول عام 2000. كما أن هناك عدة مؤتمرات دولية ناقشت تعزيز الصحة، مثل مؤتمرات كندا سنة 1986 وجاكرتا سنة 1997، والذي صدر عنه إعلان وضع تطوراً جديداً للصحة، وضم متطلبات مثل: السلم والاستخدام المستدام للموارد، والعدالة الاجتماعية واحترام حقوق الإنسان⁴⁴⁸.

⁴⁴⁶ سكرية اسماعيل، الخطة الوطنية لحقوق الإنسان: الحق في الصحة، لجنة حقوق الإنسان النيابية، مرجع سابق، ص.4

⁴⁴⁷ منظمة العمل العربية، إتفاقية رقم 7 للصحة والسلامة المهنية، الإسكندرية، مؤتمر العمل العربي، 1977، ص.4

⁴⁴⁸ عبد الحي محمود، الصحة العامة بين البعدين الثقافي والاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر،

إن الحكومات مُطالبَة بأن تستثمر أموالها في الصحة، من خلال تعزيز أنماط حياة صحية، وتوعية المجتمع على الأساليب الصحية التي تمنع الأمراض، وليس مجرد التفكير في بناء مستشفيات، ومرافق للعلاج بعد فوات الأوان، وقد تم اعتماد عدة مؤشرات للقياس منها: معدل الوفيات مقارنة بمعدل عدد المواليد، ونسبة الميزانية المخصصة للصحة في الميزانية العامة، ووجود الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، ومدى انتشار الأمراض السارية والحصول على الأدوية بأسعار معقولة⁴⁴⁹.

يعرف المستوى الدولي تفاوتاً واضح المعالم، في رسم سياسة تحقق الرعاية الصحية للجميع، تبعاً لتركيبية النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي، مع تشابه يكاد يكون الوحيد، وهو عدم قدرة أي دولة في العالم، على توفير كافة أشكال الرعاية الصحية لكل فرد في المجتمع وبالمستوى المطلوب. حيث نذكر أن هناك ثروة هائلة في نصيب الفرد من الإنفاق الصحي، بين أفقر البلدان وأغناها، كما أظهرت إحدى الدراسات سنة 1980، حصول الفرد في البلدان الفقيرة على 2 دولار، مقابل 60 دولار في الدول الغنية، حيث نصيب الإنفاق الصحي من مُجمل الناتج القومي يرتفع مع ارتفاع معدلات الدخل⁴⁵⁰.

تتمتع البلدان الصناعية جميعها بنظم رعاية صحية، تساهم فيها الحكومات بدور جوهري، حيث أن هذه البلدان وفرت الكثير من سُبل الدعم الاجتماعي، الذي أثر إيجابياً على الصحة العامة، مثل توفير نُظم الإصحاح لمكافحة انتشار أمراض الإسهال وغيرها، وتوفير دخل للمواطنين في فترات المرض أو الترمل أو الشيخوخة. أما دول العالم النامي، فهي تعاني من صعوبات وتحديات، تثبت مُعادلة: تغطية صحية أوسع لمواجهة تصاعد التكاليف والمتطلبات المتعلقة بتكريس الحق في الصحة⁴⁵¹.

⁴⁴⁹ سكرية اسماعيل، الخطة الوطنية لحقوق الانسان: الحق في الصحة، لجنة حقوق الإنسان النيابية، مرجع سابق، ص.8

⁴⁵⁰ منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية: بما في ذلك تعزيز النظم الصحية، جمعية الصحة العالمية الثانية والستون، جنيف، 2009، ص.4

⁴⁵¹ سكرية اسماعيل، الخطة الوطنية لحقوق الانسان: الحق في الصحة، لجنة حقوق الإنسان النيابية، مرجع سابق، ص.9

المبحث الثاني: صعوبات الولوج إلى الحق في الصحة

تساهم عدة عوامل في تحديد الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية، كالمسافة والجغرافيا، ومكان الإقامة والتربية، والنوع والمستوى الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، والمرتبطة أساساً بالتغطية الصحية، كما يُعتبر دور شبكة مؤسسات العلاجات الصحية، هاماً في الاستراتيجية القطاعية لوزارة الصحة، حيث تمثل تلك الشبكة مدخلاً للمنظومة الصحية، وآلية للوقاية والمرجعية والمراقبة الوبائية⁴⁵².

من بين أسباب التفاوت بين الجهات والأوساط الحضرية والقروية، وجود تخطيط ممرز لشبكة مؤسسات العلاجات الصحية، دون الآخذ بعين الاعتبار البُعد المجالي في التنمية الترابية الشاملة، وعدم تفعيل الخريطة الصحية والمخططات الجهوية للعروض العلاجية، والتي تعتبر الأدوات الرئيسية للتخطيط الصحي، رغم صدور القانون الإطار 09-34 والمتعلق بالمنظومة الصحية سنة 2011، إضافةً إلى نمط السكن القروي، والذي يتميز بمساكن شديدة التشتت والتنوع حسب الموقع الجغرافي⁴⁵³. تتطلب دراسة صعوبات الولوج إلى الحق في الصحة تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين، ونتطرق في المطلب الأول إلى إشكالية الولوج إلى العلاج، وضعف جودة الخدمات الصحية، ثم نتناول في المطلب الثاني التغطية الصحية الشاملة للحد من التفاوتات المجالية والترابية.

المطلب الأول: إشكالية الولوج إلى العلاج وضعف جودة الخدمات الصحية

الفرع الأول: نقائص الولوجيات الجغرافية والاقتصادية والثقافية للعلاج

يؤدي بناء مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، من قبل المنتخبين والمُحسنين والجمعيات دون أدنى استشارة مع وزارة الصحة، إلى عدم اشتغال تلك الوحدات منذ إنشائها. كما نجد أن تكييف المرافق

⁴⁵² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 47.

⁴⁵³ نفس المرجع، ص. 48.

مع نمط العيش المحلي، يُعد أيضاً جانباً من بين جوانب جاهزية تلك المرافق والخدمات، فساعات العمل المعتمدة في المراكز الصحية، لا تتلائم مع ظروف عيش الساكنة في الوسط القروي، حيث يستيقظ الناس باكراً، ويريدون إجراء الفحص قبل الذهاب إلى الحقول، وفي كثير من الجماعات القروية، لا ترتاد الساكنة مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية إلا أيام السوق⁴⁵⁴.

إن أحد أهم إشكاليات العالم القروي، تهم المناطق المعزولة الجبلية أو الصحراوية المُرتَهنة بعدة محددات كالبنيات التحتية والظروف المناخية، كما يبقى الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية، شديد الصعوبة بالنسبة إلى 24% من الساكنة، بسبب إقامتها على بُعد أكثر من 10 كيلومترات، عن أقرب مؤسسة علاجية أساسية، حيث يتعين عليها المشي لساعات طَوَال، أو تَحْمَل ركوب بهيمة للولوج إلى بنية علاجية، وهذه العوائق تجعلها لا تلجأ إلى الخدمات الصحية إلا في الحالات القصوى والمستعجلة⁴⁵⁵.

يؤدي غياب منظور شامل لإعداد التراب في الوسط القروي، إلى فوضى في عملية التعمير، فنجد مثلاً المدرسة أو المركز الصحي، قد يبقيان بعيداً عن متناول قسم هام من الساكنة القروية. أما فيما يخص تغطية وانتاجية الاستراتيجية الصحية المتنقلة، من خلال تنقل الممرضين والوحدات المتنقلة، والتي تم تبنيها كوسيلة لتعويض العجز الناتج عن صعوبة الولوج الجغرافي، فإنها تتآكل مع مرور الزمن⁴⁵⁶.

وفي هذا الصدد أشار تقرير الخمسينية إلى عدم فعالية هذه الاستراتيجية، لأن إنجازات هذا النمط المتحرك في مجال التغطية والمساهمة في العرض العلاجي تبقى ضعيفة، حيث يُمكن القول أن جزءاً من الساكنة القروية، لا يتوفر إلا على ولوج ضعيف جداً إلى العلاجات، وترجع هذه الوضعية بالخصوص،

⁴⁵⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، تنمية العالم القروي: التحديات والآفاق، إحالة ذاتية رقم 29، مطبعة سبياما، الرباط، 2017، ص.13

⁴⁵⁵ Banque Mondiale, programme pour résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales : évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale, Maroc, 2015, p.5

⁴⁵⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.48

إلى تناقص أعداد الممرضين، وعدم كفاية وسائل النقل، وظروف العمل في الدواوير وأوجه الاختلال في التنظيم والتدبير⁴⁵⁷.

يُضاف إلى بُعد المسافة العديد من المشاكل المرتبطة بالنقل، فمثلاً بالنسبة إلى النساء الحوامل اللاتي هن على وشك الوضع، من المفترض توفر سيارات إسعاف وهي متوفرة نظرياً، ولكن أثناء الزيارات الميدانية والاجتماعات، التي عقدتها مجموعة العمل للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مع مهنيي الصحة الذين يشتغلون في الوسط القروي، استطعنا الوقوف على أن هاته السيارات، قد تطول مدة بقائها متوقفة، مركونة لأشهر متتالية، بسبب مشاكل وأعطاب تقنية أو لعدم توفر الوقود⁴⁵⁸.

وفي هذا الإطار لا يمثل اللجوء إلى سيارات الإسعاف التابعة للجماعات حلاً مقبولاً، لما ينتج عن ذلك من تأخر قد يكون خطيراً على حياة الأم والطفل، حيث يتعين انتظار جاهزية السائق، والحصول على الإذن بمهمة، كما أن رؤساء الجماعات يشتكون من كونهم متى وضعوا سيارة الإسعاف، رهن إشارة المركز الصحي على سبيل الاستثناء، سرعان ما يصبح الاستثناء هو القاعدة. ويكمن حل هذا المشكل، في تفويض نقل النساء الحوامل والمرضى، إلى مقاولات صغيرة خاصة، وقد تم ذلك بالفعل من قبل، وهو أمر يستحق التقييم والتعميم إذا اتضحت فعاليته⁴⁵⁹.

أما فيما يتعلق بدور الأمومة، وهي بنيات استقبال تتيح للنساء الحوامل اللواتي هن على وشك الوضع، الحصول على مأوى لبضعة أيام قبل وبعد الوضع، على مقربة من المراكز الصحية المتوفرة على جناح للتوليد، فلم تُحل مشكلة البعد الجغرافي، وغالبية النساء اللواتي يلجأن إلى تلك الدور، هن من المقيمات على مقربة منها. كما أن القوانين المتعلقة بالولوجية الجسمانية بقيت حبراً على ورق، مما يتعين

⁴⁵⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص. 49.

⁴⁵⁸ نفس المرجع، ص. 48.

⁴⁵⁹ نفس المرجع، ص. 50.

معه إصلاحها وتطبيقها، لأن غالبية مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، ليست سهلة الولوج بالنسبة إلى الأشخاص ذوي الحركة المحدودة، والمكفوفين والأشخاص الذين يُعانون من عجز عقلي⁴⁶⁰.

قد تكون النساء محرومات من كل إستقلالية، في القرار فيما يتعلق بصحتهن، لأن الولوج إلى العلاجات، يرتبط بإكراهات إجتماعية وثقافية خصوصاً في العالم القروي، ويُلاحظ أنه عند اتخاذ النساء، لقرارات تتعلق بصحتهن، فهناك العديد من الأزواج الذين لا يقبلون أن تُفحص زوجاتهم من طرف رَجُل، إضافةً إلى وجود بعض الممارسات التقليدية، راجعة بالأساس إلى نسبة الأمية، لأن الساكنة التي تعيش في الوسط القروي، معنية أكثر من غيرها بالأمية، ومعلوم أن هناك ارتباط وثيق بين الأمية والصحة⁴⁶¹.

إن توافر العلاجات الصحية الأساسية وسهولة الولوج إليها غير كافٍ، بل يجب أيضاً أن تكون مقبولة من فئات الساكنة، وأن تكون نوعيتها متلائمة، مع انتظارات المرضى وحاجياتهم. كما أن مفهوم النوعية هو مفهوم نسبي وقابل للتطور مع الزمن، لأن تعريفه يبقى رهيناً بعدة عوامل مثل: حجم الطلب، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للمواطنين، ويقتضي تقييم نوعية الخدمات الصحية، التتبع ووضع إجراءات تصحيحية، من أجل التحسين المستمر والتحكم في المخاطر والتكاليف والآجال⁴⁶².

يساهم غياب تعريف مُوحد لنوعية الخدمات الصحية المنتظرة، في صعوبة الحكم بموضوعية على نوعية هذه العلاجات، حيث أن لجوء المواطنين إلى القطاع الصحي العمومي يبقى جد محدود، بمعدل 0,6 إتصال لكل ساكن سنة 2010، مما يوضح عدم رضا الساكنة على نوعية الخدمات⁴⁶³.

⁴⁶⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.49

⁴⁶¹ نفس المرجع، ص.50

⁴⁶² نفس المرجع، ص.51

⁴⁶³ نفس المرجع، ص.50

يقع عبء الولوجية الاقتصادية للعلاجات الصحية الأساسية، على عاتق الأسر رغم أن الخدمات الوقائية، كالتلقيح ومراقبة الحمل والولادة وخدمات فترة بعد الولادة، مجانية بالنسبة لكل مرتادي مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية. كما سَيُمْكِنُ تعميم نظام المساعدة الطبية، من تحسين الولوج إلى العلاجات الاستشفائية بالنسبة للسكان الفقيرة، غير أن هذا لن يحل مشكلة ولوجها الاقتصادي، لأن هذه المؤسسات تمثل المستوى الأول من مسار مسلك العلاجات، لكنها لا تستفيد من تمويل نظام المساعدة الطبية⁴⁶⁴.

تنص المقتضيات الدستورية للفصل 19 على تمتع الرجل والمرأة، على وجه المساواة، بالحقوق والحريات المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية.⁴⁶⁵ كما أن هناك هدفان اثنان تم تحديدهما، في مرجعية من أجل ميثاق اجتماعي جديد، المتبناة من قِبل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي سنة 2011، يهتمان تحسين صحة المرأة والطفل، حيث يتعلق الأمر بالهدف السابع: تحسين صحة الأم والطفل، والهدف الثامن: تحسين الإطار الطبي والقانوني للإجهاض⁴⁶⁶.

تتميز النساء بعدة خاصيات بيولوجية، لكنهن أيضاً يعانين من أوجه هشاشة نوعية، مثل غياب المساواة في مجال التربية والدخل والشغل، والتي من شأنها أن تجعل ولوجهن إلى العلاجات الصحية، أصعب مما هو بالنسبة إلى الرجال. كما يؤدي الحمل والوضع إلى العديد من المشاكل الصحية، مثل الوفاة والاكنتاب والنقص الغذائي والمشاكل الاجتماعية مثل: التخلي عن الزوجة أو تطليقها، متى كان الوليد مصاباً بتشوهات خلقية، أو كان يعاني من عاهة تمثل إعاقة⁴⁶⁷.

⁴⁶⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 51.

⁴⁶⁵ Ben Ammar Sghari, inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé, Éthique et santé, France, 2016, p.3

⁴⁶⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، من أجل ميثاق اجتماعي جديد: معايير يجب احترامها وأهداف ينبغي التعاقد بشأنها، إحالة ذاتية رقم 1، مطبعة سيياما، الرباط، 2011، ص. 8.

⁴⁶⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص. 52.

تقوم العلاجات الصحية الإنجابية بتغطية مجموعة من الخدمات، كما هي محددة في برنامج عمل المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية وهي: الاستشارة والإعلام والتربية، وخدمات التخطيط العائلي، والفحوص قبل وبعد الولادة، والولادة الآمنة، والعلاجات المقدمة للأم وللطفل، والوقاية من العقم والعلاج الملائم له، والوقاية من الإجهاض، والتكفل بالمضاعفات الصحية المرتبطة به⁴⁶⁸. إضافة إلى معالجة إصابات الأعضاء التناسلية والأمراض المنقولة جنسياً، بما فيها مرض فقدان المناعة المكتسب، ومعالجة سرطان الثدي وسرطان الأعضاء التناسلية، وكذا كل أشكال المرض المرتبطة بالصحة الإنجابية⁴⁶⁹.

حققت برامج التخطيط العائلي منذ إطلاقها سنة 1996 خطوات ملموسة، تمثلت في انتقال مؤشر الخصوبة من 4,5 أطفال لكل امرأة، سنة 1987 إلى 2,2 سنة 2011، كما أن 67,4% من النساء، استعملن وسيلة من وسائل منع الحمل سنة 2011، مقابل 28,9% سنة 1987. لكن هناك فوارق، حيث تستفيد 58% من النساء المقيمات في الوسط الحضري مقابل 48% في الوسط القروي⁴⁷⁰.

انخفضت نسبة الوفيات بأكثر من 50% على مدى خمس سنوات، لتستقر في 2010 عند 112 لكل 100000 ولادة حية⁴⁷¹. لكن هذه النسبة تبقى غير كافية، كما أنها غير مقبولة، لأن أغلب حالات الوفيات بين الأمهات يكون سببها نقص العلاجات المناسبة في وقت الوضع، وأن 92% من تلك الوفيات كان بالإمكان تفاديها، وأكثر من ثلثها يقع في البيت، أو أثناء التوجه بالحامل نحو مؤسسة التوليد⁴⁷².

⁴⁶⁸ Organisation mondiale de la santé, 25 questions réponses sur la santé et les droits humains, Genève, 2002, p.18

⁴⁶⁹ المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان، والمكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالشرق المتوسط، حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد رقم 5، شتبر 2010، ص.3

⁴⁷⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.52

⁴⁷¹ Frank Von Lenep, accès aux soins, quels outils pour les territoires, Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques, actes du colloque, Maroc, 2012, p.2

⁴⁷² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.53

وفي هذا السياق ما زالت نصف النساء القرويات يضعن اليوم حملهن في البيت، حيث لا يمكن التنبؤ بما يقارب 50% من المضاعفات الصحية التي تظهر أثناء الوضع، حتى في حال مراقبة ناجعة لفترة الحمل. كما أنه في حالة حدوث نزيف للأُم أو اختناق للوليد، يكون الأجل المتاح لإنقاذهما محدوداً: ساعتان اثنتان بالنسبة إلى نزيف الخلاص، والذي يُعتبر أحد أهم أسباب وفاة الأمهات عند الوضع⁴⁷³.

انخفضت نسبة وفيات الأمهات خلال الخمس السنوات الأخيرة، إلا أن نسبة وفيات الرضع ما زالت مرتفعة 28,8 لكل 1000 ولادة حية سنة 2011.⁴⁷⁴ ويرجع السبب الرئيسي لهذه الوفيات، إلى عدم توفر العلاجات المناسبة عند الوضع، أما فيما يخص نسبة الوفيات لدى الأطفال، فقد استقرت عند معدل 30,47 لكل 1000 ولادة حية سنة 2011، بنسبة 25,42 في الوسط الحضري و 35,07 في الوسط القروي، مقابل 47% في الفترة ما بين 2003 و 2004.⁴⁷⁵

تُعتبر نسب الوفيات بين الأمهات والرضع والأطفال في المغرب، من بين الأكثر ارتفاعاً في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا والمغرب العربي، وذلك راجع إلى مشكل اللوجية إلى العلاجات الأساسية، إضافة إلى محددات أخرى مثل: الفقر والعيش في منطقة قروية. حيث أن الفقر يزيد من احتمال الوفاة في أوساط الأمهات والأطفال، كما أنه في الوسط القروي ترتفع نسب وفيات الأمهات بما قدره 75%، إضافةً إلى أن الأطفال من أبناء الفئات الأكثر عوزاً بين الساكنة، يتهددهم ثلاث أضعاف الخطر، بأن يموتوا صغاراً من أثر مرض من أمراض الأطفال والممكن علاجها بسهولة⁴⁷⁶.

⁴⁷³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.51

⁴⁷⁴ Programme des Nations Unies pour le développement, la convergence des politiques publiques : pistes d'action, Maroc, 2015, p.17

⁴⁷⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.52

⁴⁷⁶ Royal collège, Définir les besoins de la société en matière de santé, Québec, 2012, p.7

يتعلق السبب الثاني بعدم إستفادة الأمهات من تتبع طبي أثناء الحمل، حيث يُمكن الحد إلى درجة كبيرة من المخاطر المرتبطة بالحمل، إذا تمت استفادة الحامل من أربعة فحوصات على الأقل، على يد قابلة أو طبيب خلال فترة حملها، وكذلك إذا كان الوضع بمساعدة طبية، وإذا استفادت الحامل من مراقبة بعد الوضع، مع الإشارة إلى أن 91,6% من نساء الوسط الحضري يلجأن للفحص في فترة الحمل، بالمقارنة مع النساء القرويات، واللواتي لا يلجأن لهذا الفحص إلا بنسبة 62,7%.⁴⁷⁷

قامت وزارة الصحة بعدة اجراءات من أجل تخفيض نسب وفيات الأمهات، وتحسين نوعية طرق كشف وتتبع حالات الحمل المعرضة للخطر، حيث تم تجهيز أكثر من 300 مركز صحي جماعي سنة 2010، بأجهزة للكشف بالتردد الصوتي، والتي تُشجع النساء على عملية تتبع الحمل، لكن وضع هذه التجهيزات، لم يصاحبه إجراءات مواكبة، خصوصاً تكوين الأطباء على استعمالها. حيث نجد أن غالبية هذه الأجهزة، لا تعمل إلا في المراكز الصحية التي يعمل بها أطباء، يتمتعون بقدر من الدينامية شجعتهم على تكوين أنفسهم، في مجال الكشف بالتردد الصوتي في مركز ولادة استشفائي.⁴⁷⁸

تحول المغرب خلال السنوات العشر الأخيرة، إلى بلد عبور بالنسبة للمهاجرين والمتققلين صوب أوروبا، وبلد استقرار في حال تعذر الانتقال إلى الضفة الأخرى. حيث نجد من بين هؤلاء المهاجرين: النساء الحوامل واللواتي يصطحبن معهن أطفال في سن صغيرة، وهن يُمثلن الفئة الأكثر هشاشة وتعرضاً للمخاطر المرتبطة بالهجرة السرية، كظروف العيش الصعبة، والعنف الإجرامي المرتكب عليهن. كما تُحدد هذه الظروف، حاجيات المهاجرين إلى الخدمات الصحية والتي غالباً لا يتم توفيرها.⁴⁷⁹

⁴⁷⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.53

⁴⁷⁸ نفس المرجع، ص.57

⁴⁷⁹ نفس المرجع، ص.53

تتص مواد القانون رقم 03-02 والمتعلق بمسألة دخول وإقامة الأجانب في المغرب، والهجرة من البلاد والهجرة غير الشرعية إليها، على أن كل أجنبي لا يتوفر على أوراق رسمية للإقامة في البلد، يُعتبر مُجرماً. ونلاحظ أن عدداً من المواطنين، يُحاولون تقديم الدعم والمساعدة للمهاجرين، لكن رغم ذلك يُواجه الأجانب عدة صعوبات للولوج إلى المنظومة الصحية، ناتجة عن عدم إتقانهم للغتين العربية والفرنسية، إضافةً للمشاكل المتعلقة بالخوف من الاعتقال والعنف الاجتماعي والتمييز والتهميش⁴⁸⁰.

تقوم المنظمات غير الحكومية الدولية والجمعيات الوطنية، بالدفاع عن حقوق المهاجرين من بلدان جنوب الصحراء، بما في ذلك الحق في الصحة، لأن الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية، يشهد تحسناً في المناطق التي تشغل فيها المنظمات غير الحكومية، حيث يجب الاعتراف بالجهود التي بذلتها مصالح الشرطة في وجدة، للانخراط مع منظمة أطباء بلا حدود وغيرها من الجمعيات، والبحث عن النصح والدعم، في مسألة تدبير حالة النساء والأطفال والمرضى والجرحى الذين يتم اعتقالهم⁴⁸¹.

وفي هذا الإطار فقد أعلنت وزارة الصحة سنة 2003، من خلال دورية وزارية، أن العلاج الطبي والخدمات الصحية لفائدة المهاجرين السريين، سُمح به لأسباب تتعلق بالتحكم في الأمراض المُعدية. حيث تم اعتماد هذه الدورية، والتي أفضت إلى الحصول على تكفل طبي مجاني، لمهاجري جنوب الصحراء المُصابين بعدوى فيروس فقدان المناعة المكتسب⁴⁸².

إن تصنيف المهاجرين من بلدان جنوب الصحراء، كأشخاص دون محل إقامة ثابت، قد سمح لهذه الفئة من الاستفادة من خدمات صحية عمومية، بناءً على نظام شهادة الاحتياج. لكن اعتماد نظام

⁴⁸⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.54

⁴⁸¹ نفس المرجع، ص.58

⁴⁸² نفس المرجع، ص.59

المساعدة الطبية سنة 2012، أقصى الأجانب بمن فيهم مهاجرو بلدان جنوب الصحراء. رغم إمكانية إدماجهم في فئة دون محل إقامة ثابت، بمقتضى المادة 118 من القانون 00-65، والمتعلق بالتأمين الصحي الأساسي لكن هذا غير مطبق⁴⁸³.

وفي هذا الصدد يُوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، في تقريره المعنون من أجل ميثاق اجتماعي جديد: ضوابط يجب احترامها وأهداف يتعين التعاقد بشأنها، أن على المملكة المغربية، بصفتها بلد استقبال للعمال الأجانب، وصادقت على اتفاقية الأمم المتحدة، المتعلقة بحماية العمال المهاجرين وأسرهم، أن تضمن عدم التمييز، وأن تعمل على إنعاش المساواة اتجاه العمال المهاجرين. كما أن تتبع هذا الهدف، يقتضي تطوير مؤشرات حول التشريع، ووضعية المهاجرين في وضعية قانونية⁴⁸⁴.

تُمثل الوقاية جانباً هاماً من الخدمات الصحية الأساسية، حيث ساهم تفعيل البرامج الوطنية المُهيكلّة منذ ستينات القرن الماضي، خصوصاً البرنامج الوطني للتمنيع، في تحقيق نسبة 88% في تلقيح الأطفال ما بين 12 و24 شهراً، مما أتاح القضاء على العديد من الأمراض المُعدية أو الحد من انتشارها، لكن هناك عدة تحديات تتمثل بالأساس في الفشل النسبي، في البرنامج الوطني لمحاربة داء السل، لأنه رغم الجهود المبذولة، إلا أنه تم تسجيل ما يقارب من 28.000 حالة جديدة سنة 2012.⁴⁸⁵

وتزايدت نسبة انتشار داء الالتهاب الكبدي الفيروسي C، حيث تبلغ نسبة الإصابة 2,5% من مجموع الساكنة و80% لدى مدمني المخدرات، لهذا تبقى الوقاية ضرورية، في ظل غياب لقاح فعال ضد داء التهاب الكبد C. كما تبلغ نسبة انتشار داء فقدان المناعة المكتسب 0,1% من مجموع الساكنة،

⁴⁸³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.60

⁴⁸⁴ نفس المرجع، ص.59

⁴⁸⁵ نفس المرجع، ص.60

ويطرح هذا المرض عدة مشاكل تتعلق بحقوق الإنسان، منها حماية الحق في عدم التمييز، والحق في الحياة، والحق في المساواة أمام القانون، والحق في الحياة الخاصة، والحق في أفضل حالة صحية⁴⁸⁶.

وفي هذا السياق هناك تراجع فيما يخص انتشار الأمراض المعدية، والأمراض المرتبطة بسوء التغذية، وتزايداً فيما يتعلق بانتشار الأمراض غير المنقولة أو الأمراض المزمنة مثل: أمراض القلب والشرابيين، وأمراض السرطان، والاكتئاب، والربو، والسكري والبدانة. حيث تبلغ نسبة الوفاة المرتبطة بهذه الأمراض 75% في المغرب، وهي واحدة من أعلى النسب في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، كما أن أمراض السرطان تمثل 12% من حالات الوفاة بالأمراض غير المنقولة⁴⁸⁷.

تتميز الأمراض المزمنة بكلفتها المالية، حيث بلغت نسبة التكفل بالمرضى المصابين 50%، من مصاريف التأمين الاجباري على المرض سنة 2012، رغم أن هؤلاء المرضى لا يمثلون إلا 3,3% من مجموع أعداد المرضى. كما أن هناك علاقة وطيدة بين هذه الأمراض والعوامل السلوكية والبيئية المرتبطة بنمط العيش، وهي أسباب من الممكن الوقاية منها، لأن تفعيل التدخلات الصحية، القائمة على أساس الكلفة والفعالية، ستحد من تعرض الساكنة، لعوامل الإصابة بالأمراض غير المنقولة، وبالتالي تخفيض نسبة الوفيات المبكرة إلى حدود الثلثين⁴⁸⁸.

لم تصادق المملكة المغربية إلى حدود اليوم، على الاتفاقية الإطار لمنظمة الصحة العالمية، والمتعلقة بمحاربة التدخين، رغم أن هذه الآفة تهم 15% من الساكنة. كما أن هناك عدة أمراض مرتبطة بالعادات الغذائية منها: مرض السكري، والبدانة، وارتفاع الضغط الدموي، وأمراض القلب والأوعية،

⁴⁸⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.60

⁴⁸⁷ نفس المرجع، ص.61

⁴⁸⁸ Ministère de la santé, Enquête nationale sur la population et la santé familiale : principaux indicateurs régionaux, Maroc, 2011, p.12

وبعض أنواع السرطان. حيث نجد أن مرض السكري من الصنف الثاني، صار من أكثر الأصناف انتشاراً بنسبة 90%، أما نسبة ارتفاع الضغط الدموي فتبلغ 33,6% من مجموع الساكنة، ويمكن تقادي المضاعفات الصحية المرتبطة بهذه الأمراض، عبر اتباع بعض القواعد الوقائية والغذائية⁴⁸⁹.

تُشير منظمة الصحة العالمية إلى أن سوء التغذية وقلة الحركة، يُساهمان في الإصابة بعدة علل مثل: السكري والبدانة وأمراض القلب والأوعية. كما تبنت الجمعية العامة للصحة سنة 2013، خطة العمل العالمية لمحاربة الأمراض غير المنقولة للفترة 2013-2020، والتي تشمل عدداً من الاجراءات، يتعين على الدول الأعضاء اتخاذها، من أجل تعزيز التغذية الصحية والرياضة البدنية. ويُسبب تلوث الهواء أزيد من 30.000 حالة وفاة مبكرة سنوياً في فرنسا. كما أن ظروف العيش والسكن غير اللائق، تؤدي إلى الإصابة بعدة أمراض تنفسية وجلدية، راجعة بالأساس إلى مشاكل في التهوية والتدفئة⁴⁹⁰.

وفي هذا الإطار فإن المغرب مُطالب بإعداد مخطط وطني للصحة والبيئة، على غرار ما هو معمول به في فرنسا، للتحكم بشكل أفضل في العوامل البيئية، لأن الوقاية في المجال الصحي ليست أمراً، من شأن وزارة الصحة وحدها، بل يجب تظافر جهود كل من الجماعات الترابية، والقطاعات الوزارية المعنية مثل وزارات السكنى، والتربية الوطنية والبيئة⁴⁹¹.

قامت منظمة الصحة العالمية سنة 2007 بتبني خطة العمل الدولية، من أجل صحة العاملين للفترة 2008-2017، وتتص هذه الخطة على: الوقاية الأولية من المخاطر المهنية وظروف العمل، إضافةً إلى التدابير الواجب اتخاذها، بشكل أكثر فعالية من أجل صحة العاملين، وهنا تجدر الإشارة، إلى

⁴⁸⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.62

⁴⁹⁰ Ministère de la santé, Enquête nationale sur la population et la santé familiale, Maroc, 2018, p.15

⁴⁹¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.61

أن عدد حوادث الشغل في العالم، يبلغ 317 مليون حادث سنوياً، لذلك أصدرت المنظمة الدولية للشغل عدداً من الاتفاقيات الدولية، ويُعتبر المغرب من بين الدول التي صادقت على أغلب هاته الاتفاقيات⁴⁹².

أولت وزارة الصحة بالمغرب في إطار الاستراتيجية الوطنية للفترة 2012-2016، فيما يتعلق بمجال الصحة والسلامة في العمل والوقاية من حوادث الشغل، عناية خاصة لاكتشاف الأمراض المهنية، كداء الحرير الصخري، والاضطرابات النفسية والعضلية والعظمية. غير أن الوضعية الحالية لصحة الشغل، تكشف العديد من الاختلالات مثل: إعداد مشروع قانون إطار حول الصحة والسلامة في العمل، دون الأخذ بعين الاعتبار توصيات واقتراحات العديد من الفئات المهنية⁴⁹³.

يبلغ عدد أطباء الشغل حالياً 900 طبيب شغل، بينما الحاجيات النظرية تتاهز 2.500 طبيب، كما أن التغطية الصحية للعاملين غير كافية، وتعاني من عدة تحديات أهمها: تغطية طب الشغل ل 350.000 عامل فقط، أي ما يقارب 3,5% من الساكنة، وعدم كفاية وسائل الوقاية والسلامة بالنسبة لمهنيي الصحة، رغم ارتفاع المخاطر المهنية، مما يستدعي تحيين التشريع المتعلق بصحة الشغل⁴⁹⁴.

أحدثت وزارة الصحة بالمغرب، وحدات للصحة في الشغل في المنوبيات، نظراً لتعرض مهنيي الصحة لمخاطر متعددة، خصوصاً الأمراض التي تصيبهم أثناء تأدية عملهم. ولأن صحة وسلامة المهنيين من أطباء وممرضين، تُعدُّ بمثابة مؤهل وعنصر إيجابي، فإن وضع هذه الوحدات في مجموع المؤسسات الصحية مسألة تفرض نفسها، لتأمين الوقاية والتتبع الطبي لفائدة جميع مهنيي الصحة⁴⁹⁵.

⁴⁹² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.61

⁴⁹³ نفس المرجع، ص.62

⁴⁹⁴ نفس المرجع، ص.63

⁴⁹⁵ نفس المرجع، ص.64

الفرع الثاني: مُعَوِّقات الولوج إلى الأدوية

إن مستوى استهلاك الأدوية بالمغرب ما يزال ضعيفاً، بالمقارنة مع بلدان أخرى، حيث يبلغ 524 درهم لكل مواطن في السنة. كما تمثل مصاريف الأدوية والمعدات الطبية، ما نسبته 31,7% من مجموع مصاريف الصحة لأن أسعار الأدوية مرتفعة. كما نشرت لجنة المالية والتنمية الاقتصادية بمجلس النواب، سنة 2009 تقريراً يُحْمِلُ المسؤولية الرئيسية في ارتفاع ثمن الدواء بالمغرب، إلى الصناعة الصيدلانية، بالإضافة إلى المساطر الإدارية التي تحدد الأسعار، حيث توصي اللجنة البرلمانية، وزارة الصحة باتخاذ مجموعة من التدابير التي من شأنها تيسير الولوجية إلى الأدوية⁴⁹⁶.

أصدرت وزارة الصحة قراراً بتخفيض أسعار 320 دواء، بنسبة 60% لبعض تلك الأدوية، إلا أن خفض ثمن الدواء غير كافٍ، لأن ولوجية الأدوية تتطلب إصلاحاً شاملاً للمنظومة الصحية، ونجاح التغطية الصحية الأساسية، إضافةً إلى تدابير أخرى، تتعلق بتحسين القوانين المنظمة لأسعار الأدوية، لأنها أصبحت متجاوزة ولا تطبق إلا جزئياً، ولا تشجع على استعمال الأدوية الجنيسة⁴⁹⁷.

وفي هذا الصدد لم يطرأ أي تحيين ولا مراجعة على القرار رقم 69-465، الصادر بتاريخ 18 شتنبر 1969، والمتعلق بتحديد أسعار الأدوية المُصَنَّعة محلياً، حيث يمكن القول أن هذا القرار يعتبر اليوم متجاوزاً، لذلك أصبح من الضروري، تبني مسطرة خاصة لتحديد ثمن الدواء الجنيس، للمساهمة في تحقيق تخفيض يتجاوز 80%، مع تخفيض ثمن الدواء الجنيس الذي ينزل إلى السوق، بما مقداره 30% بالنسبة إلى سعر الدواء الاصلي، ثم بنسبة 5% للأدوية الجنيسة التي تليه في ما بعد⁴⁹⁸.

⁴⁹⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 64.

⁴⁹⁷ نفس المرجع، ص. 65.

⁴⁹⁸ نفس المرجع، ص. 66.

تعاني هذه المسطرة من العديد من النواقص، فالتخفيض الأولي البالغ 30% غير كافٍ، ويمكن أن يكون على الأقل ب 50%، كما أن التخفيض بنسبة 5% من أسعار الأدوية الجنيسة التالية، يؤدي إلى إعطاء الامتياز للمختبرات التي تباع بأسعار أعلى، مما يسمح لها بإطلاق حملات دعائية لصالح منتجاتها، وهو ما يعني زيادة في كميات المبيعات من الأدوية الأغلى ثمنًا⁴⁹⁹.

أما القرار رقم 93-2365 المتعلق بتحديد أسعار الأدوية المستوردة، فأصبح بدوره متجاوزاً في الوقت الحالي، حيث صارت بعض الأدوية المستوردة تباع في المغرب، بأسعار أعلى من أسعارها في البلدان الأوروبية، وأدى القرار إلى رفع حصة الأدوية المستوردة، مقارنةً بحصة الأدوية المصنعة بالمغرب. كما يعاني قطاع الدواء بالمملكة، من ضعف أداء وزارة الصحة، في صياغة وتطبيق النصوص التشريعية والتنظيمية، أما في فرنسا على سبيل المثال، فإن قانون الصحة العمومية يتطور بإطراد⁵⁰⁰.

إن هوامش الربح في توزيع الأدوية بالمغرب، تستقر عند حدود 30% من السعر العمومي، بالنسبة للصيدي و 7% لموزع الجملة. وبالتالي يُصبح مجموع هامش التوزيع، يُمثل 37% من السعر العمومي، أي 58,7% من سعر الدواء عند خروجه من المختبر. لقد قامت دول مثل فرنسا وتونس، بمراجعة نظام الهوامش، حيث قد يبلغ الهامش 5% فقط، بالنسبة إلى أكثر الأدوية غلاءً، كما فرضت هذه الدول صيغةً يتراجع الهامش معها، كلما ازداد ثمن الدواء ارتفاعاً⁵⁰¹.

أما فيما يخص المغرب فنجد أن هامش الربح يبقى ثابتاً، لهذا فالهوامش الثابتة تُحفز على بيع الأدوية الغالية، ولا تشجع الصيدلي على بيع الأدوية الأدنى سعراً. ثم أن هناك قسماً كبيراً من الأدوية

⁴⁹⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.65

⁵⁰⁰ نفس المرجع، ص.66

⁵⁰¹ نفس المرجع، ص.67

غالبية السعر، يتم وصفها في العلاجات غير الاستشفائية، لا تحمل إشارة إلى السعر العمومي بالمغرب، لكي لا يُنتقص منه سعر التوزيع، مما يُرغم العديد من المرضى، على التزود بتلك الأدوية مباشرة من المختبرات، وهو ما يخلق مساراً موازياً لتوزيع الأدوية. إن حل هذه الاشكالية، يكمن في تعيين هوامش توزيع دُنيا لهذه الأدوية، حتى يمكن توزيعها في الصيدليات⁵⁰².

تلعب الأدوية الجنيسة دوراً رئيسياً في الولوج إلى العلاجات الأساسية بالمغرب. حيث ساهمت خلال العقود الأخيرة، في الرفع من أعداد المرضى الخاضعين للعلاج، وأتاحت كذلك توفير ميزانية هامة على المرضى، ووزارة الصحة ومؤسسات التأمين على المرض. حيث أن الانتقال من الأدوية الأصلية إلى نظيرتها الجنيسة، ذات الأسعار المقبولة، سيُمكن من تخفيض سعر الدواء بنسبة 60%، لكن نسبة انتشار الأدوية الجنيسة في المغرب، لا تتعدى 34% في الصيدليات، و42% من الاستهلاك الإجمالي للأدوية، وهو ما يمثل نسبة ضعيفة جداً، مقارنة بالولايات المتحدة حيث تبلغ تلك النسبة 70%.⁵⁰³

يُساهم انتشار الأدوية الجنيسة في تطوير الصناعة الصيدلانية بالمغرب، رغم أن معاييرها لا تستجيب للمعايير الدولية، مما يفتح باب التصدير أمامها نحو عدد من الدول، خاصةً البلدان الأوروبية، حيث أعطت المديرية الأوروبية لجودة الدواء بالمجلس الأوروبي، ترخيصاً للمختبر الوطني لمراقبة الأدوية، من شأنه أن يدعم سياسة الأدوية الجنيسة ويخلق مناصب للشغل بالمملكة المغربية⁵⁰⁴.

علاوة على ذلك، هناك مجموعة من التدابير، لتحسين نسبة استعمال الأدوية الجنيسة، حيث تقوم عدد من الدول بفهرسة تعويض مصاريف الأدوية، من قِبَل مؤسسات التأمين عن المرض، على أساس

⁵⁰² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.66

⁵⁰³ نفس المرجع، ص.67

⁵⁰⁴ نفس المرجع، ص.68

سعر الدواء الجنيس، إضافةً إلى إعطاء الصيدلي، الحق في استبدال الدواء الأصلي بدواء جنيس، كما هو الحال في فرنسا. وتطبيق هذا التدبير الأخير في المغرب، يقتضي توفر بعض الشروط المسبقة، منها وجود نظام معلوماتي مُعمم، من أجل المعالجة المعلوماتية للوصفات الطبية، ووجود بطاقة إلكترونية للمرضى، وتتبع أعمال الاستبدال لتفادي عمليات الغش وآلية للتعويض عن الخسارة للصيدلي⁵⁰⁵.

قامت الوكالة الوطنية للتأمين على المرض سنة 2009، بحملة تحسيسية للنهوض بالأدوية الجنيسة، صرح خلالها المواطنون أنهم لن يشتروا الدواء الجنيس، إلا إذا أكد لهم الطبيب أو الصيدلي فعاليته. وتفتني وزارة الصحة عن طريق طلبات عروض، من 70% إلى 80% من هذه الأدوية. كما يُسجل انخفاض في أسعار الأدوية، التي تقتنيها الوزارة سنة بعد أخرى بفضل تأثير الأدوية الجنيسة. حيث تدفع الوزارة 5 دراهم مقابل عُلبة أموكسيسيلين، بينما لا يقل أدنى أسعار هذا الدواء في الصيدلية، عن 37 درهماً، علماً أن شكل الدواء وتقديمه لا يختلفان بين هذا وذاك⁵⁰⁶.

أصبح المغرب منذ سنة 2005 عضواً في منظمة التجارة العالمية، مُلزماً بتطبيق الاتفاقية حول حقوق الملكية الفكرية المُطبقة على التجارة⁵⁰⁷. وإذا كانت الاتفاقية تحمي الأدوية عبر براءات اختراع، فإنها تُبقي على بعض المرونة، مما يسمح بتجاوز الحماية التي توفرها البراءة، وذلك في بعض الحالات الخاصة مثل: حماية الصحة العمومية، والولوج إلى الأدوية. وهو ما أكدته إعلان الدوحة لمنظمة التجارة العالمية سنة 2001، والموقع عليه من قبل كل الدول الأعضاء ومن ضمنها المغرب⁵⁰⁸.

⁵⁰⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 66

⁵⁰⁶ نفس المرجع، ص. 67

⁵⁰⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تجانس السياسات القطاعية واتفاقيات التبادل الحر: مرتكزات استراتيجية من أجل تنمية متواصلة ومستدامة، إحالة ذاتية رقم 16، مطبعة سيباما، الرباط، 2014، ص. 12

⁵⁰⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص. 66

يتعرض الولوج إلى الأدوية الجنيسة إلى تهديد متزايد، يتمثل في ممارسات تسعى إلى استمرارية الاحتكار التجاري للدواء الأصلي. وهذا ما يقع مثلاً حين يتم إحداث بعض التغييرات، في تركيبة العناصر النشطة في الدواء الأصلي، عند انتهاء مدة حماية البراءة، مما يعطي للدواء الأصلي من جديد صفة الجدة، والتي تؤخر من إمكانية إنتاج نظيره الجنيس. ونجد نفس الشيء في الاتفاقية التجارية المناهضة للتزوير، والتي تمنع بذريعة محاربة التزوير، كل استعمال للمادة الخام من قبل أي كان، قبل انتهاء مدة حماية البراءة وهو ما يؤخر إنتاج الأدوية الجنيسة⁵⁰⁹.

قام المغرب بتوقيع اتفاقيات تبادل حر مع الولايات المتحدة الأمريكية، تفرض معايير حمائية، تذهب إلى أبعد من متطلبات منظمة التجارة العالمية، وهذه الاتفاقيات تمثل حاجزاً كبيراً، يقف دون الولوج إلى الأدوية بثمان في المتناول، وكانت موضوعاً لانتقادات شديدة من قبل المؤسسات الدولية والأممية، العاملة في مجال الصحة والتنمية، ومن قبل صانعي الأدوية الجنيسة والمجتمع المدني⁵¹⁰.

وفي هذا السياق ساهمت الصناعة الصيدلانية الأمريكية في اعتماد دول أخرى، لنظام للملكية الفكرية يفتقر إلى التوازن، وهو نظام تم وضعه من أجل محاربة الأدوية الجنيسة، ولذلك فهو يولي الأهمية للربح، أكثر مما يوليها لحياة الناس الذين ينتظرون أن ينقذهم الدواء. ووقع المغرب كذلك على الاتفاقية المناهضة للتزوير، وهي بانتظار المصادقة عليها من قبل البرلمان. كما أن هناك مخاطر أخرى، أحدث منها عهداً، تتهدد الولوج إلى الأدوية الجنيسة في المغرب، ويتعلق الأمر باتفاقية يجري التفاوض حولها مع الاتحاد الأوروبي⁵¹¹.

⁵⁰⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 67.

⁵¹⁰ نفس المرجع، ص. 68.

⁵¹¹ نفس المرجع، ص. 69.

إن القانون المغربي رقم 05-31 المتعلق بحماية الملكية الصناعية، يُعدّ من بين القوانين الأكثر تضيقاً والأكثر وقوفاً، في وجه الولوج إلى الأدوية الجنيسة في البلدان السائرة في طريق النمو. حيث يتخلّى عن العديد من الحقوق، والتي تمنحها منظمة التجارة العالمية للدول، من أجل حماية الصحة العمومية. وهو قانون منسوخ عن قوانين الدول المتقدمة، ولا يتلائم مع الموارد التي تتوفر عليها البلاد، لمواجهة المشاكل الصحية، وصب في عكس اتجاه مصالح الصناعة الصيدلانية الوطنية، والتي صار محكوماً عليها بأن تنتج نسخاً جنيسة، من جزيئات جرى تجنيسها من قبل مع قيمة مضافة أدنى⁵¹².

من هذا المنطلق تتضح ضرورة العمل، على تحقيق الانسجام بين سياسة وزارة الصحة المُشجعة للأدوية الجنيسة، وبين سياسات وزارات الشؤون الخارجية والصناعة والتجارة والتكنولوجيات الحديثة، وكذا إقرار اصلاح للمكتب الوطني للملكية الصناعية والتجارية⁵¹³.

إن نجاعة وفعالية نظام التموين، تعد بمثابة عوامل حاسمة لنجاح كل سياسة صيدلانية وطنية، حيث تمتاز شبكة الصيدليات في القطاع الخاص، والتي تقدر بحوالي 11.000 صيدلية وشبكة للموزعين بالجملة، بتنظيمهما المُحكم وانتشارهما على امتداد التراب الوطني. أما في القطاع العمومي، فإن تخزين وتوزيع الأدوية يطرحان مشاكل كبرى، كما تشهد بذلك الكميات المهولة من الأدوية منتهية الصلاحية، وحالات التأخر في التسليم، وحالات نفاذ المخزون، وإكتظاظ الأماكن المُعدة للتخزين وعدم ملائمتها لهذه الوظيفة، ونقص في الوسائل اللوجستية، سواء على المستوى المركزي أم على المستوى المحلي⁵¹⁴.

⁵¹² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 68.

⁵¹³ البنك الدولي، المساهمة الاجتماعية داخل القطاع العام، وحدة التدريب والنقاش الفكري، واشنطن، 2005، ص. 6.

⁵¹⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 69.

تعاني شبكة توزيع الأدوية من نقص في التنسيق والتدبير، ومن غياب نظام إعلامي مندمج، يتيح قيادة عملية التموين بالمواد الصيدلانية. كما أن الوسائل اللوجستكية المستعملة في التوزيع غير كافية، لسد حاجيات نظام شديد المركزة، عليه التكفل بتزويد مؤسسات مشتتة جغرافياً، وهو نظام له كلفته، وبالتالي أصبح من الضروري الإسراع بإصلاحه، والتفكير في تفويض تدبيره للقطاع الخاص⁵¹⁵.

لم تكن الكميات التي يتم تزويد الأقاليم بها تُغطي سنة 2007، إلا ما يقارب 30% من حاجيات المؤسسات الصحية من المنتجات الصيدلانية. أما خلال السنوات الأخيرة فقد ارتفعت تلك الكميات، لكن دون الاستجابة مع ذلك للحاجيات، وفي ظل النظام التدبيري الحالي، تُعبر كل مؤسسة من مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية، عن حاجتها من الأدوية طبقاً للتوصيف الوطني للسنة المالية لسنة معينة، بناء على معدل الاستهلاك للسنوات الماضية، وليس بناء على الحاجيات الحقيقية للوصفات الطبية⁵¹⁶.

بعد ذلك يجري تجميع الطلبات على المستوى الإقليمي، قبل أن يجري توجيهها إلى قسم التموين، والذي يتكفل باقتناء المشتريات المجمعة وتموين الصيدليات الإقليمية، والتي تقوم بدورها بتموين مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية. ومن جانب آخر فإن مديريات أخرى، مثل مديرية السكان ومديرية الأوبئة ومحاربة الأمراض، تلجأ كذلك إلى شراء أدوية، بكميات تزيد أو تنقص، لتلبية حاجيات برامج الصحة العمومية⁵¹⁷.

يتميز التدبير اليدوي للأدوية بطول المسار، والعدد الكبير من المتدخلين والإمكانيات المحدودة لتتبع آثار المنتجات الصيدلانية الموزعة، مما يُفضي بالضرورة إلى عدد من حالات الاختلال، على

⁵¹⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 69.

⁵¹⁶ نفس المرجع، ص. 70.

⁵¹⁷ نفس المرجع، ص. 69.

مستوى مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية. ويؤدي هذا التدبير غير الفعال، إلى الكثير من حالات نفاذ المخزون، وسوء التوجيه، وسخط المرضى الذين ينفرون من مراكز الخدمات الصحية، إضافة إلى إحباط المهنيين، كما أن هذا التسيير يتسبب أيضاً، في خسارة مالية ناجمة عن انتهاء مدة صلاحية كميات كبيرة من الأدوية، ووقوع عبء مالي هام على كاهل المرضى والذين كثيراً ما يكونون معوزين⁵¹⁸.

حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن أقل من نصف المرضى في البلدان ذات الدخل الضعيف والمتوسط، يتلقون علاجات صحية أولية، تستجيب للتوجيهات السريرية والبروتوكولات العلاجية، في مجال الأمراض العادية، كما أن أكثر من نصف الأدوية، يجري توصيفها أو تسليمها أو بيعها بطريقة غير ملائمة. وقد أكدت هذه الملاحظة دراسة تم إجراؤها، على شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية في ولاية الدار البيضاء الكبرى⁵¹⁹.

إن نشر وتوزيع البروتوكولات العلاجية التي أعدتها وزارة الصحة، سيساعد على عقلنة الوصفات الطبية، حيث تهم على الخصوص برامج الصحة العمومية. وقد تمت بلورة توصيات بالممارسات الطبية الجيدة، تهم التكفل بالأمراض المزمنة، وذلك في إطار اتفاقية للشراكة، تم إبرامها بمبادرة من الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، وتم التوقيع عليها من قبل وزير الصحة، والجمعية المغربية للعلوم الطبية، والوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، وفي هذا الإطار تم نشر 9 بروتوكولات علاجية، على الموقع الإلكتروني للوكالة، وهناك 25 بروتوكولا آخر في طور الإعداد⁵²⁰.

⁵¹⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.70

⁵¹⁹ نفس المرجع، ص.71

⁵²⁰ نفس المرجع، ص.70

المطلب الثاني: التغطية الصحية الشاملة للحد من التفاوتات المجالية والترابية

الفرع الأول: نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

اعتمد التأمين الصحي في بادئ الأمر مبدأ التعويض المالي، والذي يُدفع للمؤمن الذي يدخل المستشفى، فتُسدد شركة التأمين تعويضاً مالياً يومياً، أثناء وجوده في المستشفى، فيقوم المريض بتسديد فاتورة المستشفى ويستلم التعويض من شركة التأمين، وهذا هو مبدأ التعويض، فشركة التأمين تقوم فقط بتعويض المريض، دون مسؤولية توفير العلاج الملائم للمريض، لأن المبدأ هو التغطية المالية، حيث إن هذه الطريقة تسمح للمريض، باختيار طبيبه والمرفق الذي يريده، ضمن التعويض الذي تسدده مؤسسة التأمين، ويُفرض على المؤمن تسديد الفرق من جيبه الخاص، إذا تجاوز السقف المُعَيّن للتعويض⁵²¹.

برزت بعد فترة وجيزة مهمة جديدة لمؤسسات التأمين، وهي مهمة توفير العناية الصحية، إضافة إلى تحمل كلفتها، فأصبحت التعويضات مبنية على الخدمات الطبية، وليس على التعويض المالي المُقطّع، أي أن مؤسسة التأمين تقوم بتسديد الأعمال الطبية بنفسها، فيستفيد المريض منها دون تحمل كلفتها، ولا يحصل بالتالي على تعويض مادي مُقطّع⁵²². ومع هذا التحول أصبح ضرورياً لمؤسسة التأمين أن تُوفر العناية الصحية، للمنتسبين لبرامج التأمين الصحي، فأصبحت بالفعل "الفريق الثالث"، وكان على مؤسسات التأمين توفير العلاج، من خلال مرافقتها الخاصة بها والتعاقد مع مرافق قائمة⁵²³.

أدى هذا التحول إلى دخول مؤسسات التأمين في عملية ترشيد الإنفاق، حيث أصبحت معنية بتطوير النظم الصحية لخفض الكلفة، وتوفير العناية الصحية الجيدة ومراقبة الجودة. كما بدأت مؤسسات

⁵²¹ البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، الأولويات في الصحة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، البلاغ للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006، ص.169

⁵²² منظمة الصحة العالمية، بحوث التغطية الصحية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم، لكسمبرغ، 2013،

ص.14

⁵²³ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.170

التأمين بالتعاقد مع مرافق صحية مستقلة، وذلك ضمن تعريفاتٍ محددة لكل عملٍ طبي، أو لكل إقامة مرضية، أو لكل يومٍ مرضي، فتحصل مؤسسات التأمين على تخفيضاتٍ من المرافق الصحية المتعاقدة، والتي تستفيد هي الأخرى من تمويل المرضى لها، وتأتي التخفيضات بحسب حجم التعاقد، فكلما كثر المرضى، يُصبح من الطبيعي أن يُخَفِّض المرفق الصحي تعريفته⁵²⁴.

وفي هذا السياق عملت الدول حتى الحرب العالمية الأولى، على تأمين الرعاية الصحية العامة، لمواجهة ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية وترشيد الإنفاق الصحي، حيث انحصر دور الحكومة في توفير مياه الشرب، والوقاية من الأوبئة، ودعم الجمعيات الخيرية ولا سيما الدينية منها، للقيام بعلاج الفقراء والمعوزين في مستشفياتها، وبعد الحرب العالمية الثانية، تزايد اهتمام الدول بتوفير الرعاية الصحية، كحق من حقوق الإنسان، وازداد تدريجياً دور الحكومة، من خلال تخصيص ميزانية للقطاع الصحي⁵²⁵.

أصبح التمويل الحكومي مصدراً هاماً من مصادر التمويل الصحي، وهو المصدر الأكثر انتشاراً في الدول النامية، حيث يعتمد أساساً على الضرائب العامة، وغيرها من إيرادات الدولة، والتي يُخصص جزء منها للإنفاق الصحي. كما عملت الحكومات في بعض الأحيان، على تخصيص إحدى الضرائب، بدلاً من الضرائب العامة للقطاع الصحي، فيتاح له بالتالي مصدر دخل ثابت، يُمكن تقدير حصيلته لعدة سنوات مقبلة، فمثلاً اختارت بعض الدول في أمريكا اللاتينية، تخصيص القطاع الصحي بحصيلة الضرائب المفروضة على التبغ والكحول وما شابه ذلك⁵²⁶.

يتميز تمويل المنظومة الصحية بعدم الكفاية، خصوصاً في البلدان النامية، والتي تلجأ إلى فرض ضرائب غير مباشرة، مما يؤثر تأثيراً عكسياً على الفقراء ومحدودي الدخل، والذين يُنفقون جزءاً كبيراً من

⁵²⁴ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص. 171.

⁵²⁵ نفس المرجع، ص. 172.

⁵²⁶ نفس المرجع، ص. 173.

دخلهم على السلع، والخدمات الخاضعة لهذه الضرائب غير المباشرة. أما في الدول ذات الدخل المرتفع، فيُمثل التمويل الحكومي المباشر، الجزء الأكبر من تكاليف الخدمات الصحية، حيث توفر هذه الدول الخدمات الصحية بدون مقابل، ضمن سياسة عامة، تدعو إلى توفير الرعاية الصحية للمواطنين، دون النظر إلى وضعهم المادي، كانوا من الفقراء أو من الميسورين⁵²⁷.

تبلغ نسبة التمويل الصحي من القروض الخارجية في العالم حوالي 8% إلى 10%، ويتم التمويل الخارجي في الغالب، عن طريق اتفاقيات ثنائية، أو عن طريق المؤسسات التنموية، والمنظمات المتعددة الأطراف، ويَمر التعاون المالي عموماً عبر سلطة مركزية، في البلد المُتلقّي مثل وزارة المالية أو الصحة، حيث تكون المساعدة الخارجية، موجهة للمنظومة الصحية عموماً، أو لبرنامج صحي محدد ومستقل، كما يحدد ذلك الاتفاقات المبرمة بين الهيئة المانحة والدولة المتلقية⁵²⁸.

تم اعتماد نظام التأمين الصحي، في أواخر العشرينيات من القرن العشرين، نتيجة للركود الاقتصادي العالمي، لأن الكثير من الأفراد أصبحوا عاجزين، عن تسديد نفقات العلاج، وازداد الإقبال عليها بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، حيث أعلنت معظم الدول المتقدمة، أن الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان. إن التأمين الصحي ليس تأميناً ضد المرض، ولكنه تأمين ضد تكلفة الخدمات الصحية، أي أن الفرد يدفع مُقدّماً قِسط التأمين، وتوضع حصيلة هذه الأقساط جميعاً في صندوق خاص، تُدفع منه نفقات العلاج، حسب الأسس والنظم التي تحددها اتفاقية التأمين⁵²⁹.

يعتمد التأمين الصحي على مبدأ تجميع الموارد، وتوزيع المخاطر وعلى العديد من الأفراد، أي أن الفرد المشترك في نظام التأمين الصحي، يستطيع أن يدفع مبلغاً مُحددًا ومقبولاً ومناسباً، لحالته

⁵²⁷ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.174.

⁵²⁸ نفس المرجع، ص.175.

⁵²⁹ نفس المرجع، ص.175.

الاقتصادية على فترات منتظمة، بدلاً أن يواجه تكلفة طبية كبيرة في حالة المرض. كما أن نظام التأمين الصحي مبني أيضاً، على مقدرة التكهن بحجم الخطر، بالنسبة لمجموعة كبيرة من الأفراد، وصعوبة التكهن بالنسبة للفرد الواحد. حيث يكون في استطاعة هيئات التأمين، تقدير التكلفة المتوقعة لمجموعة من الأفراد على مدار السنة، وأخذ ذلك في الاعتبار عند تحديد قيمة الأقساط⁵³⁰.

يُعتبر التأمين الصحي الإلزامي الصنف الأكثر انتشاراً، من بين أنظمة التأمين الصحية، حيث يكون الاشتراك مُلزماً لجميع الأفراد، مثل الموظفين والعمال والطلبة، وقد يمتد هذا النظام ليشمل أيضاً، الزوجة والأولاد، ويتم تمويله عن طريق اشتراكات المنخرطين ومساهمات المُشغّلين. تعتمد الحكومات نظام التأمين الصحي الإلزامي تدريجياً، وتبدأ بالفئات المُمكن حصرها، مثل الموظفين والطلبة، ثم تنتقل إلى فئات أخرى من المجتمع، وإذا اكتمل إمتداد النظام، يُطلق عليه نظام التأمين الصحي الوطني⁵³¹.

إن مؤسسات نظام التأمين الصحي غير الهادفة للربح، هي هيئات غير حكومية، أو اجتماعية أو مهنية، تهدف إلى تقديم خدمات صحية، للأفراد وليس لغرض تحقيق الربح، حيث تخضع للرقابة الحكومية كأى نظام تأميني آخر، حتى لا يساء استخدامه، وإذا حقق هذا النظام أى ربح مادي، فلا بد أن يعود هذا الربح للمشاركين، إما عن طريق زيادة في الخدمات الصحية، أو خفض في قيمة الاشتراك. وأكبر مثال لهذا النظام، هو هيئة الذرع الأزرق في الولايات المتحدة، وهي هيئة تقدم نظاماً تأمينياً شاملاً لا استثمارياً، ويشترك فيه أكثر من ستين مليون من المواطنين⁵³².

قد يكون نظام التأمين الصحي شاملاً، أي يُغطي معظم الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية، أو قد يكون محدوداً، وهناك نوع من التأمين الصحي، يُغطي الكوارث الصحية فقط، لا تتم الاستفادة من هذا

⁵³⁰ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.176

⁵³¹ نفس المرجع، ص.177

⁵³² نفس المرجع، ص.178

النظام إلا في حالة الأمراض، ذات الفترة العلاجية الطويلة والتكلفة العالية، مثل الأمراض المزمنة، والسرطان، وعمليات القلب المفتوح ونقل الأعضاء. حيث لا يستفيد المشترك أو عائلته من نظام التأمين، إلا بعد أن تبلغ النفقات الطبية للفرد أو لعائلته، حداً سنوياً معيناً تنص عليه وثيقة التأمين، أي أن الشخص في هذه الحالة، يُعتبر مسؤولاً عن النفقات الطبية العادية بالنسبة له ولأفراد عائلته⁵³³.

انتشر نظام التأمين الاجتماعي بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، وذلك رغبة من الحكومات في نشر العدالة الاجتماعية، عبر توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والمالية للأفراد، خصوصاً بعد التقاعد أو المرض. ويقوم مبدأ التكافل الاجتماعي، على تضامن جميع أفراد المجتمع، عن طريق دفع مبالغ محددة، هي في الغالب نسبة معينة من الدخل، يتحملها العامل وصاحب العمل، وتودع هذه المبالغ في صناديق خاصة، تُدار بطريقة مستقلة، بحيث لا تستخدم حصيلتها إلا للأغراض المحددة لها⁵³⁴.

وفي هذا السياق تختلف نظم التأمين الاجتماعي اختلافاً كبيراً، في حجمها وشموليتها وخدماتها، نظراً لتوجهات الدول وإمكانياتها، والقوانين الصادرة لهذا الغرض. ويتكون البرنامج الوطني للتأمين الاجتماعي، من عدة صناديق مستقلة لأغراض معينة أهمها: تعويض نهاية الخدمة، والتقاعد، وإصابات العمل، والأمراض المزمنة، وإجازات الأمومة، ورعاية الطفولة، والمكفوفين، والعجزة والتأمين الصحي، حيث يدفع الفرد ذو الدخل المرتفع، مبلغاً أكبر مما يدفعه الفرد ذو الدخل المحدود، ويُحدد النظام الداخلي لكل صندوق، حقوق المشترك وواجباته وسبل استفادته من الخدمات⁵³⁵.

يُجسد القانون 65-00 التزام الدولة المغربية، بضمان الحق في الولوج إلى العلاج، وتمويل الخدمات الصحية، ويقوم على عدة مبادئ: التضامن، والإنصاف، والتدرج، وتقاسم المخاطر، والمساهمة

⁵³³ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.179

⁵³⁴ نفس المرجع، ص.178

⁵³⁵ نفس المرجع، ص.179

المالية. حيث تم العمل تدريجياً، على توسيع هذا التأمين ليشمل جميع المواطنين، بمختلف شرائحهم الاجتماعية، وذلك بسن إجبارية التغطية الصحية، قصد تحقيق استفادة الجميع من الخدمات الصحية، مع حرص الدولة على تحقيق التوازن المالي، عبر تأطير منظومة التغطية بصفة مستديمة. وتشتمل التغطية الصحية الأساسية، على نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية⁵³⁶.

ينطبق نظام التأمين الإجباري الأساسي، على موظفي وأعوان الدولة والجماعات المحلية والمؤسسات العمومية، والأشخاص الخاضعين لنظام التضامن الاجتماعي بالقطاع الخاص، وأصحاب المعاشات بالقطاعين العام والخاص، وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير. ويشمل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بالإضافة إلى الشخص الخاضع لإجبارية التأمين، أفراد عائلته مثل الزوجة، والأولاد البالغين 21 سنة على الأكثر، و26 سنة بالنسبة للأولاد الذين يتابعون دراسات عليا، شريطة عدم استفادتهم من أي تأمين صحي آخر⁵³⁷.

يضمن التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، للمؤمنين ولأفراد عائلاتهم المتكفل بهم، تغطية المخاطر ومصاريف الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية، الناجمة عن مرض، أو حادث، أو ولادة، أو تأهيل طبي عضوي أو وظيفي. كما تُستثنى من نطاق هذه الخدمات، عمليات الجراحة التجميلية، والعلاج بالحامات، والوخز بالإبر، والميزوتيرابيا، والعلاج بمياه البحر، والطب التجانسي والطب الهادي⁵³⁸.

يؤدي منخرطو القطاع العام حصة اشتراك، للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، تُقدَّر ب 5% من مجموع الأجر، توزع على أساس نسبة 50% يتحملها المُشغِّل، ونسبة 50% يتحملها الموظف، ولا تقل هذه الحصة الشهرية عن 70 درهماً، ولا تزيد عن 400 درهم. كما تُحدد نسبة الاشتراك

⁵³⁶ المادة 1 من القانون 65-00، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، ص. 3449

⁵³⁷ المادتان 2 و 5 من القانون 65-00، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص. 3450

⁵³⁸ المادتان 7 و 8 من القانون 65-00، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص. 3451

الواجب أدائه، من لدن أصحاب المعاشات في 2,5% من المبلغ الإجمالي للمعاش.⁵³⁹ أما فيما يخص مأجوري القطاع الخاص، فتبلغ النسبة المؤداة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، 4% من مجموع الأجر، وتوزع على أساس نسبة 50% يتحملها المُشغِّل، ونسبة 50% يتحملها المأجور⁵⁴⁰.

تبلغ نسبة تغطية الخدمات الصحية من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بالنسبة لموظفي القطاع العام 80%، من التعريف المرجعية الوطنية للفحوصات الطبية والجراحية، و70% من الثمن العمومي للأدوية المقبول إرجاع مصاريفها، و90% العلاجات الاستشفائية والعمليات الجراحية و80% لعلاجات الفم والأسنان⁵⁴¹. كما تبلغ نسبة تغطية الخدمات الصحية من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة لأجراء القطاع الخاص، 70% من التعريف المرجعية الوطنية للفحوصات الطبية والجراحية و90% في حالة الأمراض الخطيرة والمكلفة⁵⁴².

ينطبق نظام التأمين الإجباري الأساسي على الطلبة، ويُقصد بهذه الفئة في مدلول القانون رقم 116-12، الأشخاص الذين: يُعتبرون طلبة طبقاً للمادة 69 من القانون رقم 00-01 المتعلق بتنظيم التعليم العالي، والذين يتابعون تكوينهم في مؤسسة للتعليم العالي أو لتكوين الأطر، تابعة لقطاع وزاري أو

⁵³⁹ المادتان 1 و2 من المرسوم رقم 2.05.735 صادر في 11 من جمادى الثانية 1426 (18 يوليوز 2005)، بتحديد نسبة الاشتراك الواجب أدائه للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الجريدة الرسمية، عدد 5344، بتاريخ 18 غشت 2005، ص.2314.

⁵⁴⁰ المادة الأولى من المرسوم رقم 2.05.734 صادر في 11 من جمادى الثانية 1426 (18 يوليوز 2005)، بتحديد نسبة الاشتراك الواجب أدائه للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الجريدة الرسمية، عدد 5344، بتاريخ 18 غشت 2005، ص.2313.

⁵⁴¹ المادتان 1 و2 من المرسوم رقم 2.05.736 صادر في 11 من جمادى الثانية 1426 (18 يوليوز 2005)، بتحديد نسبة تغطية الخدمات الطبية، التي يتحملها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، عدد 5344، بتاريخ 18 غشت 2005، ص.2315.

⁵⁴² المادة الثانية من المرسوم رقم 2.05.737 صادر في 11 من جمادى الثانية 1426 (18 يوليوز 2005)، بتحديد نسبة تغطية الخدمات الطبية، التي يتحملها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، عدد 5344، بتاريخ 18 غشت 2005، ص.2316.

موضوعة تحت وصايته في إطار سلك للتكوين، ويشترط التوفر من أجل الولوج إليه، على الأقل على شهادة الباكوريا أو ما يعادلها، والذين يتابعون دراستهم بطور التعليم النهائي، المشار إليه في المادة 2 من القانون رقم 13-01 في شأن التعليم العتيق⁵⁴³.

يشمل التأمين الإجباري الأساسي الخاص بالطلبة، الأشخاص الذين: يتابعون تكوينهم بمؤسسات التعليم العام أو الخاص، بالأقسام التحضيرية لولوج المعاهد والمدارس العليا، أو لتحضير دبلوم التقني العالي، طبقاً للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، ويتابعون تكوينهم في سلك التقني المتخصص، المحدث بموجب النصوص التنظيمية الجاري بها العمل، ويتابعون تكوينهم بمؤسسة للتكوين المهني الخاص، مرخص لها في إطار سلك التقني المتخصص، وذلك طبقاً لأحكام القانون رقم 13-00، بمثابة النظام الأساسي للتكوين المهني الخاص، وتحدد قائمة المؤسسات بقرار لوزير التعليم العالي⁵⁴⁴.

تقتضي الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الخاص بطلبة التعليم العالي العام والخاص بالمغرب، توفّر الطالب على الشروط التالية: أن يكون مقيداً بكيفية قانونية في إحدى المؤسسات المشار إليها أعلاه، وألا يتجاوز عمره 30 سنة، غير أن هذا الشرط لا يسري على الطلبة، الذين يتابعون دراستهم بطور التعليم النهائي المشار إليه في القانون رقم 13-01 في شأن التعليم العتيق، وأن لا يكون مستفيداً بصفته مؤمناً، أو بصفته من ذوي حقوق المؤمن من أي تغطية صحية أخرى. كما لا يستفيد من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة إلا الطالب دون غيره⁵⁴⁵.

⁵⁴³ المادة الثالثة من القانون 116-12 الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.15.105، في 18 من شوال 1436 (4 غشت 2015)، المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة، الجريدة الرسمية، عدد 6384، بتاريخ 6 غشت 2015، ص. 6902.

⁵⁴⁴ المادة الثالثة من القانون 116-12، المتعلق بنظام التأمين الخاص بالطلبة، مرجع سابق، ص. 6902.

⁵⁴⁵ المادتان 4 و 5 من القانون 116-12، المتعلق بنظام التأمين الخاص بالطلبة، مرجع سابق، ص. 6903.

تتكون الموارد المالية لنظام التأمين الصحي الخاص بالطلبة، من مساهمة الدولة والتي تتحمل المساهمة السنوية، لاشتراكات طلبة المؤسسات التابعة للقطاع العام، أما مبلغ الاشتراك الجزافي لطلبة القطاع الخاص، فيَصِلُ إلى 400 درهم عن كل فترة، تقل أو تساوي 12 شهراً⁵⁴⁶. إضافةً إلى الزيادات والغرامات وجزاءات التأخير، والعائدات المالية، والهبات والوصايا وجميع الموارد الأخرى، والتي يُمكن أن تُرصد للنظام، بموجب نصوص تشريعية أو تنظيمية. كما يُعهد بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة، إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الإجتماعي⁵⁴⁷.

يتعين على الأشخاص الخاضعين للقانون العام أو للقانون الخاص، القيام بانخراط المؤسسات التابعة لهم، لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، داخل الخمسة عشر يوماً الموالية، لتاريخ نشر القرار المُحدد لقائمة المؤسسات. حيث يتسلم هؤلاء الأشخاص شهادة انخراط عن كل مؤسسة، وعليهم أن يَطلبوا سنوياً من الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، تسجيل الطلبة المُقيدين أو الذين تمت إعادة تقييدهم. كما يجب على كل طالب، قبل تقييده أو إعادة تقييده، الإدلاء بتصريح حول تغطيته الصحية، مَوْقع من طرفه ومصادق عليه ومؤشر عليه، من طرف المؤسسة التي ينتمي إليها⁵⁴⁸.

عند إنطلاق نظام التأمين الإجباري عن المرض، قُدِّر عدد الطلبة برسم السنة الجامعية 2015-2016 ب 288815، لكن لم يبلغ العدد المُسجَّل في نهاية 2016 سوى 56404 طالب، 12% منهم ينتمون للتعليم العالي العمومي، و88% للتكوين المهني. كما بلغت نسبة المؤسسات المنخرطة، في الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الإجتماعي 20%، أي 288 مؤسسة ويُعزى هذا إلى: ضعف نسبة

⁵⁴⁶ المادة الخامسة من المرسوم رقم 2.15.675 صادر في 18 من ذي القعدة 1436 (3 شتبر 2015)، بتطبيق القانون رقم 12-116 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة، الجريدة الرسمية، عدد 6395، بتاريخ 14 شتبر 2015، ص.7652

⁵⁴⁷ المادتان 8 و 18 من القانون 12-116، المتعلق بنظام التأمين الخاص بالطلبة، مرجع سابق، ص.6903-6904

⁵⁴⁸ المادتان 8 و 9 من المرسوم رقم 2.15.675، بتطبيق القانون رقم 12-116، مرجع سابق، ص.7653

انخراط المؤسسات، وتَحْمُل الطالب لواجب الإشتراك بالنسبة لمؤسسات التعليم العالي والتكوين المهني الخاصة، وضعف التواصل حول نظام التأمين خصوصاً كفاءات الانخراط والتقييد⁵⁴⁹.

يخضع لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين المستقلين، والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطاً خاصاً، والأشخاص الذين يستفيدون من معاش برسم نظام المعاشات الخاضعين له، والمحدث لفائدة الفئات المذكورة أعلاه بموجب تشريع خاص، شريطة ألا يكونوا خاضعين لأي نظام آخر للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض. كما يُصَنَّف الأشخاص المشار إليهم أعلاه، حسب المهن والأنشطة التي يزاولونها، وتحدد قائمة الأصناف والأصناف الفرعية، للأشخاص المزاولين للمهن بنص تنظيمي، لكن المراسيم التطبيقية لهذا النص لم يتم إصدارها بعد⁵⁵⁰.

يتعين على المهنيين المستقلين، والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء، الذين يزاولون نشاطاً خاصاً، أن يطلبوا تسجيل أنفسهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والذي يقوم بتسجيل هؤلاء الأشخاص وتسليمهم بطاقة تسجيل، ويجب تعليل كل رفض لطلب التسجيل. كما ينبغي على كل مؤمن، أن يدفع بانتظام الاشتراكات المستحقة، ويوجه الصندوق إلى كل شخص، لم يطلب تسجيله رغم أنه يستوفي الشروط، رسالة مضمونة مع إشعار بالتوصل، يدعوه فيها إلى تقديم طلب التسجيل. وتقوم الهيئة تلقائياً بتسجيل المعني بالأمر، بعد إنصرام أجل ثلاثين يوماً من تاريخ توجيه الرسالة المضمونة⁵⁵¹.

وفي هذا الإطار يتعين على كل سلطة حكومية، أو جماعة ترابية أو مؤسسة عمومية أو هيئات مهنية مثل: الجمعيات المهنية، وغرف التجارة والصناعة والخدمات، وغرف الصناعة التقليدية، وغرف

⁵⁴⁹ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التقرير السنوي العام، المغرب، 2016، ص. 82-83-86

⁵⁵⁰ المواد 1، 3 و 5 من القانون 15-98 الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.17.15، في 28 من رمضان 1438 (23 يوليوز 2017)، المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين، والأجراء الذين يزاولون نشاطاً خاصاً، الجريدة الرسمية، عدد 6586، بتاريخ 13 يوليوز 2017، ص. 3960-3961

⁵⁵¹ المواد 7، 12 و 15 من القانون 15-98، مرجع سابق، ص. 3961-3962

الزراعة والصيد البحري، وبيد المغرب، والتعاونيات والجمعيات، موافاة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بالمعلومات المتوفرة لديها حول المهنيين المستقلين والأجراء والزامة لتسجيلهم⁵⁵².

تشير الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض بالمغرب، أن عدد الساكنة الخاضعة للتأمين الإجباري عن المرض بلغ سنة 2016: 9,1 مليون مستفيد من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، منهم 6,08 مليون مستفيد بالقطاع الخاص، و3,02 مليون مستفيد بالقطاع العام. كما اشتملت موارد هذا النظام، على 10 مليار درهم من اشتراكات ومساهمات المأجورين النشيطين و1,05 مليار درهم من اشتراكات ومساهمات أصحاب المعاشات، أما مصاريف العلاجات فقد بلغت 7,8 مليار درهم، خُصصت 30% منها للأدوية، و47,7% منها نسبة المصاريف الخاصة بالأمراض المزمنة⁵⁵³.

بلغت نسبة الساكنة الخاضعة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفئة المأجورين، 26% من مجموع الساكنة المغربية برسم سنة 2016، مقابل 16% سنة 2006، ونتج ذلك عن تسجيل المأجورين وأحساب المعاشات وذوي حقوقهم، الذين لم يكونوا يستفيدون من التغطية الصحية، وكذا عن الإدماج الإرادي للساكنة الخاضعة لمقتضيات المادة 114. كما عرف حجم الساكنة التابعة للقطاع الخاص، المشمولة بالتغطية ضمن مجموع الساكنة المؤمنة، برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض إرتفاعاً، حيث انتقل من 59,9% سنة 2010 إلى 66,8% سنة 2016، في حين عرفت الساكنة التابعة للقطاع العام تراجعاً، لأنها انتقلت من 40,1% سنة 2010 إلى 33,2% سنة 2016.⁵⁵⁴

⁵⁵² المادتان 10 و 11 من القانون 98-15 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطاً خاصاً، مرجع سابق، ص.3961

⁵⁵³ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التقرير السنوي العام لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، مرجع سابق، ص.5

⁵⁵⁴ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التقرير السنوي العام لسنة 2016، مرجع سابق، ص.10-11

بلغت نسبة المؤمنين بالقطاعين الخاص والعام بالمغرب سنة 2016: 43,4% و 37,3% على التوالي، وبخصوص نسبة الأزواج المرتبطين بالنشيطين، فتبقى المستويات متقاربة نسبياً، بين القطاع الخاص 16,2% والقطاع العام 15,6%، أما بالنسبة للأولاد المرتبطين بالمؤمنين النشيطين في القطاع الخاص، فتصل نسبهم إلى 40,4% مقابل 47,1% بالنسبة للأطفال التابعين للمؤمنين النشيطين بالقطاع العام. ومن جهة أخرى، فإن فئة أصحاب المعاشات، والتي تضم المتقاعدين والأرامل واليتامى، فتصل نسبة المؤمنين منهم في القطاعين الخاص والعام إلى 55,8% و 45,4% على التوالي⁵⁵⁵.

تتمركز أكثر من 50% من الساكنة المشمولة بالتغطية الصحية في جهات: الدار البيضاء-سطات 24,8%، والرباط-سلا-القنيطرة 16,8% ومراكش-أسفي 10,9%. كما تضم جهات فاس-مكناس، وسوس-ماسة، وطنجة-تطوان-الحسيمة على التوالي: 10,2% و 9,1% و 8,7%، أي ما يمثل 28% من الساكنة. وتبلغ هذه النسبة بجهات الشرق وبنى ملال-خنيفرة ودرعة-تافيلالت، على التوالي 5,4% و 5,1% و 4,8%، أي بنسبة 15,3%، وتبلغ هذه النسبة 3,1% في جهات الجنوب: 1,1% في جهة كلميم-وادي نون، و 1,6% في العيون-الساقية الحمراء، و 0,4% في جهة الداخلة-وادي الذهب⁵⁵⁶.

وفي هذا الصدد اقترحت الوكالة الوطنية للتأمين على المرض سنة 2010، خارطة طريق لبلوغ التغطية الصحية الشاملة في أفق 2020، تتكون من أربعة محاور وهي: تعميم التغطية الصحية، وتحقيق الانسجام بين أنماط التأمين، وتنسيق مسارات العلاج، وتحقيق التوازن بين حكمة وقوانين التغطية الصحية الأساسية وبين الرهانات الجديدة، لكن وزارة الصحة لم تؤخذ بعين الاعتبار هذه الخارطة⁵⁵⁷.

⁵⁵⁵ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التقرير السنوي العام لسنة 2016، مرجع سابق، ص.12

⁵⁵⁶ نفس المرجع، ص.19-20

⁵⁵⁷ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، خارطة الطريق 2014-2018، المغرب، 2014، ص.8

الفرع الثاني: تحديات نظام المساعدة الطبية

يقوم نظام المساعدة الطبية، على أساس مبدأ التضامن الوطني لفائدة الساكنة المعوزة، حيث لا تخضع هذه الساكنة، لأي نظام للتأمين الإجباري عن المرض. كما يتم تمويل هذا النظام، من قِبَل الدولة والجماعات المحلية والمستفيدين. ويُغطي نظام المساعدة الطبية، ما يقارب 8,5 مليون شخص معوز، وقد وضع حداً لاستعمال شهادة الاحتياج. ويُمكنُ وصل إيداع الملف من ولوج العلاجات المستعجلة، وهو ما يجعل النظام يغطي 77% من الساكنة المستهدفة⁵⁵⁸.

منذ إطلاق صاحب الجلالة الملك محمد السادس، لعملية تعميم نظام المساعدة الطبية في 13 مارس 2012، تمكن هذا النظام من تغطية 10 ملايين شخص سنة 2016، أي أزيد من 4 مليون أسرة، ينتمي 48% من الأشخاص المُسجلين للوسط القروي، ويظل التوزيع حسب الجنس شبه متساوي، مع ارتفاع طفيف للإناث ب 53%، ويُشكل الأشخاص في وضعية الفقر أغلبية المسجلين بنسبة 88%.⁵⁵⁹

إن سلة العلاجات المتنقلة والإستشفائية لدى نظام التأمين الإجباري عن المرض، لا تختلف في شيءٍ عنها لدى نظام المساعدة الطبية، فحسب القانون 00-65 تُستثنى من هذه العلاجات، فقط عمليات نقل المرضى بين المستشفيات، بيد أن المرسوم التطبيقي لنظام المساعدة الطبية، أشار إلى أن هذه الخدمات متوفرة في المستشفيات العمومية. وتُحدّد معايير الأهلية على أساس الدخل والأموال وظروف عيش الراغبين، في الاستفادة من نظام المساعدة الطبية، حيث يتم احتساب النقط، كما يصدر قرار الأهلية، عن اللجان الدائمة المحلية، التي تشتغل في 1770 ملحقة إدارية، من قيادات وياشويات⁵⁶⁰.

⁵⁵⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.76

⁵⁵⁹ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص.12

⁵⁶⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.76

وفي هذا الصدد يشير الفصل 118 من القانون 00-65، على أنه تُمنح الأهلية بالصفة في نظام المساعدة الطبية، لنزلاء المؤسسات الخيرية، ودور الإحسان والميتم والملاجئ، وكذا نزلاء الإصلاحات، ونزلاء كل مؤسسة عمومية أو خاصة، ذات مصلحة عامة ودون هدف ربحي، تؤوي أطفالاً متخلى عنهم أو بالغين دون أسرة، ونزلاء المؤسسات السجنية، والأشخاص الذين لا يتوفرون على محل إقامة قار، لكن حين يتعذر على هؤلاء الأشخاص، الإدلاء بشهادة السكنى، وهم الأكثر هشاشة على المستوى الاجتماعي.⁵⁶¹ يجدون أنفسهم اليوم خارج نظام المساعدة الطبية⁵⁶².

يخضع نظام المساعدة الطبية حالياً لتدبير وزارة الصحة، بينما ينص الفصل 127 من القانون 00-65، على أن تدبير هذا النظام بما في ذلك موارده المالية، من شأن الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض. لقد قامت اللجنة التقنية الوزارية المختلطة، بعد اتخاذ الحكومة قرار تعميم نظام المساعدة الطبية، بدراسة خطة تعميم النظام، على جميع جهات المملكة، لكن اللجنة لاحظت مجموعة من الاختلالات مثل: ضعف الحكامة والقيادة، وعدم وضوح أدوار المتدخلين، وتمويل غير كافٍ، ووجود تعقيدات في مساطر تحديد الأهلية واحتساب النقط، وصعوبة ولوج المستفيدين إلى العلاجات⁵⁶³.

وهناك إشكالية تعترض المهاجرين من بلدان جنوب الصحراء، تتعلق بالولوج إلى العلاجات، حيث أنهم يوجدون خارج نظام المساعدة الطبية. لأن كل شخص لا يستطيع الإدلاء بشهادة للسكنى، لا يمكنه التسجيل في نظام المساعدة الطبية، رغم أن هذه الفئات هي الأكثر هشاشة من بين فئات الساكنة⁵⁶⁴.

⁵⁶¹ Ministère de la prévision économique et du plan, accessibilité aux soins de santé et niveau de vie, Maroc, 2002, p.33

⁵⁶² المادة 118 من القانون 00-65، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.3465

⁵⁶³ المادة 127 من القانون 00-65، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.3466

⁵⁶⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.77

يتم تمويل نظام المساعدة الطبية من قبل مساهمة المستفيدين، ومساهمة الجماعات المحلية والتي تبلغ 40 درهماً، عن كل شخص في وضعية فقر مُطلق، إضافةً إلى صندوق دعم التماسك الاجتماعي، والذي تم إحداثه سنة 2012، حيث خُصصت له ميزانية قدرها 2 مليار درهم لتمويل ثلاثة برامج وهي: تفعيل نظام المساعدة الطبية، ومساعدة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، ومحاربة الانقطاع عن الدراسة. لكن الموارد المخصصة لهذا الصندوق، ليست حِكراً على نظام المساعدة الطبية، مما لا يتيح التمييز بين المصاريف المُخصصة لأداء خدمات هذا النظام وبين تلك الموجهة إلى البرامج الأخرى⁵⁶⁵.

تتمثل مهمة الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، حسب مقتضيات القانون 00-65، في ضمان التأطير التقني، لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، إضافة إلى الحرص على وضع أدوات لتنظيم سير هذا النظام، في احترام للمقتضيات التشريعية والتنظيمية المتعلقة به. كما ينص الفصل 60 من القانون 00-65 على أن الوكالة مُكلفة بتدبير الموارد المالية لنظام المساعدة الطبية، حسب الشروط، رغم أن المقتضيات التنظيمية المتعلقة بأنماط التدبير المالي لنظام المساعدة الطبية لم تُنشر بعد⁵⁶⁶.

حققت الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بالمغرب خلال سنة 2016، عدة إنجازات منها: تسجيل 1.155.300 مستفيد، وتسليم أكثر من 600.000 بطاقة، ومعالجة أكثر من 12.000 طلب، وإعداد البيانات التقديرية المتعلقة بمساهمات الجماعات المحلية، والتي بلغت 200 مليون درهم، وتحصيل مبلغ 16,5 مليون درهم، مُوداة من طرف المستفيدين في وضعية الهشاشة، ومراقبة التسجيل المزدوج لأكثر من 1,2 مليون ملف، مما ساعد على تجنب تسجيل حوالي 122.000 شخصاً⁵⁶⁷.

⁵⁶⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 78.

⁵⁶⁶ المادة 60 من القانون 00-65، بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص. 3457.

⁵⁶⁷ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص. 9.

بلغت نسبة التغطية الصحية للسكان بالمغرب بنظام المساعدة الطبية سنة 2016، حوالي 39% على الصعيد الوطني، مُوزعة كالتالي: 59% جهة الداخلة-وادي الذهب، و47% جهة سوس-ماسة، و45% جهة بني ملال-خنيفرة، و43% طنجة-تطوان-الحسيمة، و43% جهة كلميم-وادي نون، و40% جهة مراكش-أسفي، و40% جهة العيون-الساقية الحمراء، و39% جهة الدار البيضاء-سطات، و38% جهة الرباط-سلا-القنيطرة، و35% درعة-تافيلالت، و34% جهة فاس-مكناس و34% بجهة الشرق.

كما تمثل نسبة المستفيدين من هذا النظام في وضعية الفقر 88% وفي وضعية الهشاشة 12%.⁵⁶⁸

رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة، لاسيما في إطار المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، بلغ عدد الأشخاص الذين يعيشون تحت عتبة الفقر بالمغرب 1,6 مليون شخص، و4,2 مليون نسمة تعاني من الهشاشة، ويقطن هؤلاء الأشخاص أساساً في الوسط القروي، حيث تعيش 79% من الساكنة في وضعية الفقر و64% منها تعاني من الهشاشة. كما بلغت نسبة المستفيدين من نظام المساعدة الطبية، في الوسط الحضري، 87% من فئة الفقر و13% من المُسجلين من فئة الهشاشة، أما في المجال القروي فقد بلغت هذه النسبة 89% من فئة الفقر و11% من فئة الهشاشة.⁵⁶⁹

منذ تعميم نظام المساعدة الطبية سنة 2012، مَنَح مُقدمو العلاجات العمومية خدمات صحية، رغم العديد من الإكراهات، والتي تتعلق أساساً بالتمويل، حيث تم تسجيل: أزيد من 1.052.290 حالة استشفاء، وأكثر من 1.741.487 حالة مستعجلة، وأزيد من 3 مليون إستشارة طبية متخصصة خارجية، وأكثر من مليوني تَحْمُل للأمراض المزمنة والمكلفة.⁵⁷⁰

⁵⁶⁸ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص.16-17

⁵⁶⁹ نفس المرجع، ص.12-16

⁵⁷⁰ نفس المرجع، ص.28-32

قام معهد باستور منذ تعميم نظام المساعدة الطبية، في المساهمة في تحمل الأمراض المُزمنة، حيث تكفل بأزيد من 15.000 فحص بيولوجي، بالنسبة لإلتهابات الكبد الفيروسي من نوع B و C، كما قدم أكثر من 6000 تحليل طبي خاص بزرع الأعضاء. لكن رغم إيجابية هذه الحصيلة، لا بد من التنكير بصعوبة إستمرارية هذه الخدمات، من طرف المؤسسات الصحية العمومية، دون أي تمويل مالي موازي، وهُنا تكمن أهمية ضبط نظام المساعدة الطبية، عبر ترشيد النفقات الصحية والتحكم في المصاريف⁵⁷¹.

تُحدّد المساهمة المالية السنوية الجزئية للمستفيدين من نظام المساعدة الطبية في وضعية الهشاشة في 120 درهم للفرد، في حدود سقف 600 درهم للأسرة المعيشية مهما كان عدد الأفراد⁵⁷². حيث قُدرت المبالغ المحصلة من طرف المستفيدين من فئة الهشاشة سنة 2016، 16,5 مليون درهم أي بانخفاض بنسبة 38% مقارنة مع سنة 2015، والتي شَهدت تحصيل مبلغ 25,9 مليون درهم⁵⁷³.

تساهم الجماعات الترابية في تحمّل مجانية العلاجات على مستوى دائرتها الترابية، حيث يتم التحصيل على أساس 40 درهم، للشخص المستفيد سنوياً من نظام المساعدة الطبية، تُحول إلى الحساب الخصوصي للصيدلية المركزية⁵⁷⁴. بلغت نسبة التحصيل سنة 2016، على الصعيد الوطني 76,68%، لكن غياب آلية لتتبع مساهمات الجماعات الترابية، لا يُمكن من معرفة المبلغ الذي تم تحويله فعلياً، ومساهمة كل جماعة مقارنة بالمبالغ المتوقعة، حيث تتوصل وزارة الداخلية سنوياً، بتقديرات تُعدها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، دون أن تتلقّى أي ردٍ بخصوص المبالغ التي تم تحويلها⁵⁷⁵.

⁵⁷¹ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص.33

⁵⁷² المادة 25 من المرسوم رقم 2-08-177، صادر في 28 من رمضان 1429 (29 شتنبر 2008)، بتطبيق القانون

65-00 المتعلق بنظام المساعدة الطبية، الجريدة الرسمية، عدد 5672، بتاريخ 9 أكتوبر 2008، ص.2760

⁵⁷³ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص.34

⁵⁷⁴ المادة 26 من المرسوم رقم 2-08-177، المتعلق بنظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص.2761

⁵⁷⁵ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص.33-36

إن تحسين حكمة نظام المساعدة الطبية، يستدعي وضع الشروط المسبقة والتدابير المصاحبة، لإنشاء هيئة مُدبرة خاصة بنظام المساعدة الطبية، وذلك وفق مُقاربة تشاركية تضم القطاعات المتدخلة، مثل وزارة الصحة، ووزارة الداخلية، ووزارة المالية، والوكالة الوطنية للتأمين الصحي. كما أن إستمرارية نجاعة النظام والتحمل الأمثل للمستفيدين يتطلب: تمديد نظام التعاقد مع مصالح الدولة الصحية، ذات استقلالية التسيير، على غرار الاتفاقات المُبرمة بين المراكز الاستشفائية الجامعية ووزارة المالية⁵⁷⁶.

تعاني أنماط تدبير نظام المساعدة الطبية من العجز المالي، حيث أصبح من الضروري اتخاذ تدابير عاجلة لضمان حكمة تدبير الموارد المخصصة لهذا النظام، من أجل تلبية الطلب المتزايد على العلاج، حيث أن عدم الاستجابة لحاجيات المواطنين، يُمكن أن يخلق شعوراً بالحرمان والظلم. وينبغي أن يستهدف تمويل نظام المساعدة الطبية الخدمات الصحية الأساسية، مما سُمساهم في الرفع من نسبة إقبال المواطنين، على المؤسسات الصحية وتحسين جودة خدماتها، من أجل اجتذاب تمويلات للتأمين⁵⁷⁷.

يعتمد تمويل الصحة بالمغرب على مصاريف التغطية الصحية الأساسية، وبالرغم من كونها في توسع مستمر منذ تفعيلها، فما تزال غير كافية، بالنظر إلى المصاريف المرتفعة التي تتحملها الأسر، إضافةً إلى اشكالية تفعيل نظام المساعدة الطبية، والذي يعتمد بالأساس على تمويل الدولة والجماعات المحلية. كما أن الدولة مُلزمة قانونياً، بتوفير الموارد المالية الضرورية لهذا النظام، لأن مجموع الساكنة المُتمتعة بالتغطية يبلغ فقط نسبة 54%، وبالتالي فإن ما يقارب 46% من الساكنة بالمغرب، لا تتمتع حالياً بأي تغطية صحية أساسية⁵⁷⁸.

⁵⁷⁶ الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، مرجع سابق، ص. 39.

⁵⁷⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 78.

⁵⁷⁸ نفس المرجع، ص. 79.

إن تمويل المنظومة الصحية يفرضُ توسيع التغطية الصحية الأساسية من أجل تحقيق الإنصاف، لتشمل الأشخاص المستقلين وأصحاب المهن الحرة، بحُكم أن فئات كبيرة من هذه الساكنة قادرة على الأداء. كما يجب على المدى المتوسط والبعيد، إحداث صندوق وحيد، يجمع بين المؤسسات المتدخلة، في تدبير التأمين الإجباري عن المرض ونظام المساعدة الطبية، من أجل الحد من مصاريف التدبير والاستفادة المثلى منها، وتحقيق الانسجام بين مساطر المراقبة وأنماط دفع التعويضات⁵⁷⁹.

حقق المغرب الانخراط التدريجي في سبيل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، حيث تم تكريس الحق في الولوج إلى العلاج، لأول مرة في دستور 2011، كما عمل على إصدار مجموعة من القوانين: القانون 00-65 المتعلق بالتغطية الصحية الأساسية سنة 2002، والقانون 09-34 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات سنة 2011. ومن جهة أخرى، فإن بلوغ التغطية الصحية الشاملة، يقتضي الإرادة السياسية، لتحقيق وتفعيل الحق للجميع في الرعاية الصحية المنصوص عليه في الدستور⁵⁸⁰.

يَطْرَحُ بلوغ التغطية الصحية الشاملة عدة تحديات أمام المغرب، كما هو الشأن بالنسبة للدول الأخرى، تتمثل في إيجاد التوازن بين ثلاث مكونات أساسية وهي: أن يجد الناس أين يلجؤون، حيث يجب بذل مجهود كبير لتوسيع وتقريب العرض الصحي، ثانياً يجب أن يجد المرتفقين أجوبةً على انتظاراتهم الصحية، لذلك يجب تحسين جودة المرافق الصحية وتوسيع سلة العلاجات. وأخيراً من أجل تجنب إفلاس المواطنين وهم يتعالجون، ينبغي تخفيض نسبة الأداء المباشر عن النفقات الصحية، والرفع من نسبة الأداء المبني على التضامن، من أجل ولوج منصف وعادل للخدمات الصحية⁵⁸¹.

⁵⁷⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.80

⁵⁸⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.22

⁵⁸¹ نفس المرجع، ص.23

إن ضمان التغطية الصحية الشاملة، يتم من خلال تمكين كل الساكنة من الولوج، إلى الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية، وهناك ثلاثة أبعاد مرتبطة فيما بينها، أولها إنصاف المواطنين في الولوج إلى الخدمات الصحية، ثانياً يتعين على الدولة توفير سلة علاجات، موسعة وذات جودة مقبولة، من أجل الاستجابة للانتظارات المشروعة للساكنة، أما البُعد الثالث فيتمثل في الحماية المالية، حيث يجب ألا يتعرض المرتفقون إلى صعوبات مالية، بسبب الثمن المؤدى عن العلاجات⁵⁸².

لقد تم التنصيص على التغطية الصحية الشاملة في دستور المنظمة العالمية للصحة، المصادق عليه سنة 1948، والذي جعل من الصحة أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، إضافةً إلى إستراتيجية الصحة للجميع والتي كانت انطلاقتها سنة 1979. حيث حققت الدول الصناعية تقدماً كبيراً، في النصف الثاني من القرن العشرين، باستثناء الولايات المتحدة التي انخرطت حديثاً. أما دول أمريكا اللاتينية، والتايلاند والصين، ودول سائرة في طريق النمو كرواندا، فقد شهدت تسارعاً في تحقيق التغطية الصحية الشاملة مع بداية القرن الحالي، وفيما يخص باقي دول العالم، فهناك تقدم بطيء لبلوغ هذه الأهداف⁵⁸³.

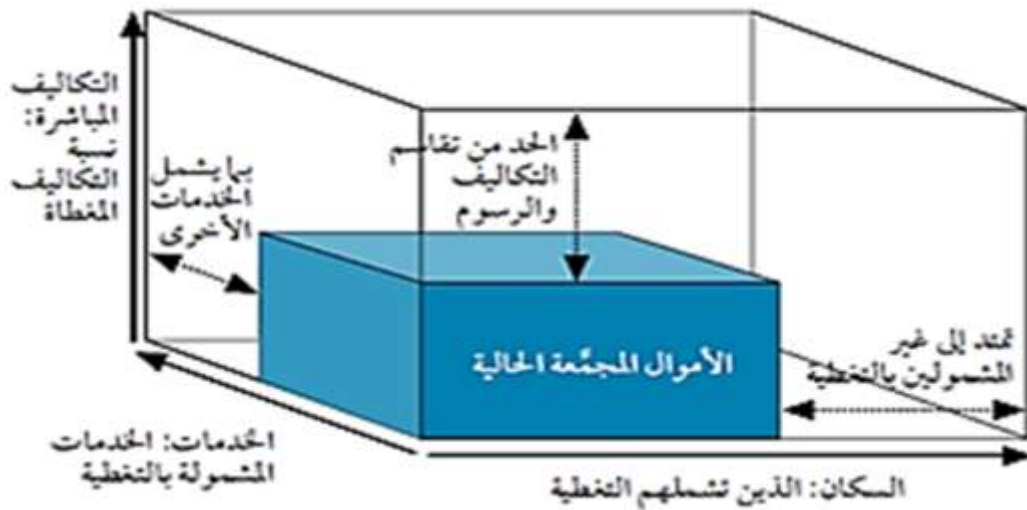
تُعتبر المنظمة العالمية للصحة المحرك الأساسي، لتعزيز التغطية الصحية الشاملة، حيث أصدرت عدة تقارير منها: التقرير العالمي حول الصحة لسنة 2008، والذي يشير إلى أن استراتيجية هذه التغطية، هي واحدة من الاستراتيجيات الأربع لتفعيل العلاجات الصحية الأولية، كما قدم التقرير العالمي حول الصحة لسنة 2010، عرضاً تفصيلياً حول انعكاسات تمويل المنظومة الصحية، على بلوغ أهداف التغطية الصحية الشاملة، جعلت العديد من الدول تتبنى الحكامة الصحية كمفهوم لإدارة الصحة⁵⁸⁴.

⁵⁸² وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 23.

⁵⁸³ نفس المرجع، ص. 24.

⁵⁸⁴ نفس المرجع، ص. 25.

إن كل دولة تتخبط في نهج التغطية الصحية الشاملة، كيفما كان مستواها الاقتصادي، تواجه ثلاث تحديات أساسية وهي: توسيع العرض الصحي لفائدة السكان غير المشمولين، وتحسين جودة سلة العلاجات، وتقليص الأداءات المباشرة للأسر. ومن أجل التغلب على هذه الصعوبات، تعمل الدول على إصلاح المنظومة الصحية، وتحسين حكمة القطاع الصحي، بالإضافة إلى تفعيل الجهوية المتقدمة⁵⁸⁵.



شكل رقم 6: الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة⁵⁸⁶.

تعاني المنظومة الصحية بالمغرب، من عدة اشكاليات تَمَسُّ معظم أنظمة العلاج، في الدول التي توجد في مرحلة انتقالية وهي: التركيز الإستشفائي عل حساب تطوير علاجات القُرب، وتجزئ الخدمات الصحية الأساسية، على حساب تطوير نموذج مُندمج للصحة العائلية، بُغية ضمان الرعاية الصحية الأولية، والتطور العشوائي للقطاع الخاص المُنظم بشكلٍ سيء وغير مندمج، وإهمال الجودة في القطاع العام على حساب حماية المنتفعين، مما يؤدي إلى بروز مظاهر عدم الرضا على الخدمات الصحية⁵⁸⁷.

⁵⁸⁵ اللجنة الاستشارية للجهوية بالمغرب، دراسة عن الجهوية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، الطبعة الثالثة، 2013، ص.12

⁵⁸⁶ منظمة الصحة العالمية، تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة، مرجع سابق، ص.10

⁵⁸⁷ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.27

تعتبر الساكنة بالمغرب على أن العلاجات، هي ذات جودة متدنية ولا ترقى إلى تطلعاتها، ويتجلى ذلك في انخفاض نسبة الاستعمال: حيث تصل إلى 0,6 حالة جديدة، للشخص الواحد في السنة بالنسبة للعلاجات الأولية، و 5% من نسبة القبول في المستشفيات العمومية، كما أن تداعيات الخصائص في الجودة تُعدُّ خطيرة مثل: نقص في النتائج وتبذير للموارد، نظراً لعدة أسباب: توزيع غير متكافئ للعرض الصحي، ونقص الموارد البشرية، وكلفة الأدوية، ووجود حواجز مالية تحول دون الولوج إلى العلاج⁵⁸⁸.

وفي هذا السياق لا يمكن حل مسألة علاجات القرب، بأنشطة مُتفرقة بل من خلال رؤية واضحة، وذلك عبر تغيير بنىات علاجات القرب، سواء كان يديرها ممرض أو طبيب، وإعادة توجيه العلاجات، من نظام يركز على المستشفى، نحو نظام يركز على شبكة من وحدات الصحة الأسرية. كما أن توسيع العرض الصحي على مستوى التراب الوطني، يقتضي إحداث شبكة صحية تضم القطاعين العام والخاص، وتُقدم علاجات صحية أولية للطب الأسري، بمسؤولية واضحة ومُوجهة لساكنة محددة، مما سيُمكن من تجميع المقاربة الطبية بالمقاربة الاقتصادية، من أجل تقييم مشاكل صحة السكان⁵⁸⁹.

كما يجب دمج المؤسسات الصحية العامة والخاصة، داخل هذه الشبكة في شكل شراكات وتساويات تعاقدية. إن توفر قاعدة من خدمات القرب ناجعة الأداء، سيساهم في تقوية المستشفيات والمصالح المرجعية المتخصصة، لأن حاجيات الساكنة في المستقبل، لن تركز على المستشفيات والطب المتخصص كما هو الحال الآن، بل ستركز على وحدات الطب الأسري⁵⁹⁰.

إن تطوير شبكات علاجات القرب على امتداد التراب الوطني، يصطدم بمشكل الموارد البشرية، لأن النقص في الأعداد، وتوزيع وطريقة اشتغال المهنيين الصحيين، لا يتناسب مع خدمات القرب. حيث

⁵⁸⁸ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 26.

⁵⁸⁹ نفس المرجع، ص. 28.

⁵⁹⁰ نفس المرجع، ص. 27.

أن ضرورة القرب وجودة العلاجات، يقتضيان الإبداع والعمل الجماعي، مع استقلالية أكبر وبمسؤولية، الشيء الذي يعني تعزيز الاستثمار في الموارد البشرية، والعمل على استقلالية التنظيمات الصحية، خاصةً على المستوى الجهوي وخلق التزامات تعاقدية ونظام أداء مرتبط بالنتائج⁵⁹¹.

إن إستعانة بنيات القرب بالتكنولوجيا الحديثة، سيُمكنها من أن تلعب دوراً محورياً، في إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب. حيث ساهم توسيع انتشار التكنولوجيا الحديثة، في التكفل الأولي بالمشاكل، التي كانت تستلزم سابقاً المستشفيات، كما أن استعمال الإمكانيات المتاحة، كالتطبيب عن بعد، والولوج الالكتروني للمعلومة، سيساهم في فك العزلة عن المهنيين العاملين بمؤسسات القرب، وسيمكنهم من التواصل بكل سهولة مع باقي زملاءهم، لكن في المقابل يجب العمل، على تنظيم الولوج الشامل إلى الأدوية الأساسية، بأثمان معقولة مع ضمان الجودة والفعالية والسلامة⁵⁹².

يقتضي تفعيل الجهوية المتقدمة، بأن تصبح المجالات الترابية أدوات وفضاءات للتنمية، ووحدة لتدبير المنظومة الصحية، تسمح بالعمل على شكل شبكة لعلاجات القرب، من خلال استقلالية كافية، تساعد على الابتكار، في تفعيل السياسات الوطنية في المجال الصحي، إلا أن هذا سيطرح على وزارة الصحة، تحدي وجود طرق جديدة للاشتغال، في انسجام مع المعطيات الجديدة للتركيز، كالتركيز على بنيات القرب وعلى معلومات مختلفة، حول عمل منظومة العلاجات في القطاعين العام والخاص⁵⁹³.

وفي هذا الإطار تشير مجموعة من الاحصائيات، المتعلقة ببلدان منطقة شرق المتوسط وشمال إفريقيا، ذات الدخل الضعيف والمتوسط، وكذا داخل بلدان منظمة التجارة والتنمية الاقتصادية، أن هناك علاقة بين ضعف الانفاق العمومي على الصحة، وأهمية النفقات المباشرة للأسر. كما أن احرار تقدم نحو

⁵⁹¹ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.28

⁵⁹² نفس المرجع، ص.29

⁵⁹³ نفس المرجع، ص.30

التغطية الصحية الشاملة، يتم عبر توسيع نطاق الرعاية الصحية الأساسية، لتشمل الساكنة غير المشمولة بالتغطية، وخفض الحصة المباشرة للأسر في الإنفاق الصحي. إضافةً إلى ضرورة قيام المنظومة الصحية، بوظائف كالتمويل والانصاف المالي، حيث يبدأ نظام التمويل بالسكان وينتهي بالسكان⁵⁹⁴.

ونجد أن الرهانات والتحديات، تتلخص في القيود السياسية المتعلقة بمخصصات ميزانية القطاع الصحي، إضافةً إلى القيود المتصلة بزيادة الضرائب، والطابع الخاص لسوق الشغل، والقدرة التنافسية للبلاد. لذلك فإن تدبير هامش ميزانية المنظومة الصحية، يقتضي تحسين الحالة الماكرو-اقتصادية، والزيادة في الدخل/الضرائب، وتقليص القروض الوطنية أو الدولية، فضلاً عن الجهود المبذولة في تحديد الأولويات والكفاءات⁵⁹⁵.

كما تبقى التجارب الدولية متباينة، في مدة تنفيذ مراحل التغطية الشاملة، التي لا تزال هي نفسها، ومع ذلك تبقى المبادئ العامة بارزة، حيث لا يوجد نموذج مثالي للتمويل. كما أن غالبية البلدان تتوفر على نماذج مختلطة تعتمد على الماضي والحاضر، لأن التغطية الصحية الشاملة هي بحث عن التوازن، بين مدى تطبيق الأبعاد الثلاثة، والحصول على تمويل يتجاوز جمع الأموال. إن تحقيق هذه الاهداف، يستوجب اعتماد مقارنة طويلة الأمد، والمحافظة على الجودة ومدى توافر الخدمات الصحية. ويبقى دراسة النمط التركي مصدرراً للإلهام، نظراً لأوجه التشابه مقارنة مع الأمثلة السابقة⁵⁹⁶.

يقتضي تحقيق التغطية الصحية الشاملة توفر الإرادة القوية، والالتزام السياسي على أعلى مستوى، والتوقيت، إضافةً إلى أهمية الوضع الماكرو-اقتصادي ومرونة الميزانية، كما أن تأهيل العرض الصحي، لتلبية طلبات السكان المتزايدة على العلاجات، هو ضمان دعم للتغطية الصحية. أما انضباط

⁵⁹⁴ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.68

⁵⁹⁵ نفس المرجع، ص.69

⁵⁹⁶ نفس المرجع، ص.70

الميزانية والانتاجية، فتبقى مجرد وسيلة لتحسين مستوى وتوزيع النتائج الصحية، بينما تبقى ضرورية، بالنسبة للتنمية البشرية، لكن التغطية الصحية الشاملة وحدها لا تزال غير كافية⁵⁹⁷.

لا يمكن تحقيق التغطية الصحية الشاملة، إذا لم تتحمل الدولة النفقات الصحية، حيث توصي منظمة الصحة العالمية، على أن لا تقل حصة ميزانية الصحة، عن 8% من ميزانية الدولة كحد أدنى، وفي المغرب 3% من السكان المؤمّنين يعانون من مرض مزمن، ويستهلكون 30% من الإنفاق الصحي، كما عرفت التغطية الصحية تطوراً مهماً، حيث انتقلت من 16% سنة 2005، إلى حوالي 54% في شهر يونيو 2013. وهناك ثلاثة إجراءات رئيسية، سوف تساعد في نجاح التغطية الصحية الشاملة وهي: تعبئة الموارد الكافية، والقضاء على المخاطر المالية، وتشجيع الكفاءة والقضاء على التبذير، لأن 20% إلى 40% من النفقات الصحية يتم تبذيرها⁵⁹⁸.

إن إصلاح التغطية الصحية بالمغرب، يقتضي اتخاذ مجموعة من الإجراءات، منها توسيع نطاق التغطية الصحية، والعمل على توحيد الأنظمة والإجراءات، وتوحيد سلة العلاجات، وإقرار الحكامة، والتنظيم المناسب للنظام الصحي. كما أن هناك مجموعة تدابير أخرى، من الواجب اتخاذها مثل: العمل على أجراً نظام المساعدة الطبية، عبر تخفيف وتبسيط معايير الأهلية، وتأهيل المؤسسات الصحية الأساسية كمدخل للنظام الصحي، بالنسبة للمستفيدين من هذا النظام، والحاجة إلى وضع تعاقد بين الدولة، ومديري التغطية الصحية الأساسية وبين هؤلاء ومقدمي الخدمات⁵⁹⁹.

إن التمويل العمومي لقطاع الصحة، يحتاج إلى الجمع بين تعبئة الموارد، ومحاسبة النظام الصحي على أساس النتائج، لأن هناك عدة اشكاليات مرتبطة بالتمويل الصحي منها: هيمنة النفقات

⁵⁹⁷ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.69

⁵⁹⁸ نفس المرجع، ص.70

⁵⁹⁹ نفس المرجع، ص.71

المتعلقة بالموارد البشرية داخل النفقات الإجمالية للصحة، وضعف حصة الاستثمار، وتَحَكُّم الوزارة في النفقات الصحية، عبر وضع معايير لتوزيع الموارد، لذلك من الواجب التوسع في استعمال الإنفاق الصحي، عن طريق الاستهداف، للحد من الفوارق الصحية القائمة، كما أن كثرة التمويل لا تضمن بالضرورة، أداء أفضل للنظام الصحي، لأن هناك حاجة إلى تدابير أخرى⁶⁰⁰.

التزمت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية سنة 2005، بتطوير أنظمتها لتمويل الصحة، من أجل ضمان ولوج الجميع إلى الخدمات الصحية، دون أن يجدوا أي صعوبة عند أداء ثمن تلك الخدمات. وقد تم اختيار مصطلح التغطية الصحية الشاملة، للإحالة على هذا الهدف. حيث تطرقت منظمة الصحة العالمية، في تقريرها حول الصحة في العالم لسنة 2010، لمسألة تمويل الأنظمة الصحية، والسُّبل التي ينبغي للدول أن تُغيّر وفقها أنظمتها التمويلية، من أجل التقدم بسرعة أكبر نحو التغطية الصحية الشاملة⁶⁰¹.

تبين من خلال تجارب العديد من الدول، ذات الدخل المتوسط أو الضعيف، أن الاقتراب من وضعية التغطية الصحية الشاملة، ليس حكرًا على البلدان ذات الدخل المرتفع، حيث أن بلداناً مثل البرازيل وشيلي والصين والمكسيك ورواندا وتايلند قد خطت خطوات هامة، نحو تحقيق أهداف التغطية الصحية الشاملة. كما انخرط المغرب منذ سنة 2002 في إصلاحات، ترمي إلى التزود بمنظومة للتغطية الصحية الأساسية، قد ساهم في وضع نظام التأمين الصحي الإجباري ونظام المساعدة الطبية، والذي يقوم بالأساس على القانون رقم 00-65 المتعلق بسن قانون التغطية الصحية الأساسية⁶⁰².

⁶⁰⁰ جوسيب فيجويراس ومارتن كييري، النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الطبعة الأولى، الكويت، 2015، ص.5

⁶⁰¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.21

⁶⁰² نفس المرجع، ص.22

القسم الثاني: تنفيذ وتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة

يتناول الفصل الأول من القسم الثاني للبحث تنفيذ وتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة، والذي يتطلب تعريف الإطار المؤسسي لتنفيذ السياسة الصحية، المنظومة الصحية والعرض الصحي على المستوى المركزي والجهوي، اختصاصات وزارة الصحة على المستوى المركزي والجهوي.

وفي هذا الإطار تساهم الخريطة الصحية والمخططات الجهوية للعلاجات في تدبير موارد المنظومة الصحية وتنظيم العرض الصحي لمؤسسات العلاجات الأساسية والاستشفائية وتوزيع الموارد البشرية من أجل تحقيق الحكامة الصحية والحد من اختلالات المنظومة الصحية والتي تقتضي تفعيل الشراكة بين القطاعين العام والخاص والاستثمار في المجال الصحي وتخليق المرافق الصحية وتطوير جودة الخدمات الصحية العمومية.

يتطرق الفصل الثاني من هذا القسم إلى الإطار التشريعي لتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة، حيث يقوم مجلس النواب ومجلس المستشارين دوراً هاماً في مراقبة العمل الحكومي وتقييم لسياسات العمومية المتعلقة بالصحة من خلال الأسئلة الشفوية والكتابية والمهام الاستطلاعية.

وفي هذا السياق تقوم المؤسسات الدستورية مثل المجلس الوطني لحقوق الإنسان والمجلس الأعلى للحسابات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بمتابعة ومراقبة احترام الحق في الصحة والسياسة الإستشفائية والصحة العقلية ونسبة تحقيق أهداف التنمية ومدى نجاعة المنظومة الصحية في مواجهة وباء كورونا "فيروس كوفيد-19"

سنحاول في هذا القسم التعرف على خصائص تنفيذ وتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة، وذلك من خلال التطرق إلى الإطار المؤسسي لتنفيذ السياسة الصحية في الفصل الأول، ثم سنحاول تقييم السياسات العمومية للصحة والانعكاسات الاجتماعية والاقتصادية لفيروس كورونا في الفصل الثاني.

الفصل الأول: الإطار المؤسسي لتنفيذ السياسة الصحية

إن دراسة هذا الفصل من البحث تقتضي تقسيمه إلى مبحثين، حيث سنتناول في المبحث الأول المنظومة الصحية والعرض الصحي على المستوى المركزي والجهوي من خلال تسليط الضوء على توزيع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية والتي تتكون من المراكز الصحية الحضرية والقروية، والمستشفيات الجامعية والجهوية والإقليمية عبر التراب الوطني وكذلك مقارنة توزيع الموارد البشرية عبر الجهات. وفي هذا الإطار سنتطرق في المبحث الثاني إلى دور الحكامة الصحية في الحد من اختلالات المنظومة الصحية من خلال تعريف دور الشراكة بين القطاعين العام والخاص والاستثمار في المجال الصحي وتخليق المؤسسات الصحية وتعزيز جودة الخدمات الصحية.

المبحث الأول: المنظومة الصحية والعرض الصحي على المستوى المركزي والجهوي

تتمحور دراسة هذا المبحث في مطلبين، يتم خلالهما التعرف على اختصاصات وزارة الصحة، على المستوى المركزي والجهوي (المطلب الأول)، ثم نتطرق في المطلب الثاني إلى الخريطة الصحية، والمخططات الجهوية وتدبير الموارد البشرية للمنظومة الصحية.

المطلب الأول: اختصاصات وزارة الصحة على المستوى المركزي والجهوي

الفرع الأول: صلاحيات الإدارة المركزية لوزارة الصحة

تتولى وزارة الصحة إعداد وتنفيذ السياسة الحكومية المتعلقة بصحة المواطنين، وتسهر الوزارة على التوفيق بين التوجهات، وعلى تنسيق الأهداف والجراءات والتدابير، التي تساعد على رفع المستوى الصحي في البلاد. وتتدخل بـغية ضمان توزيع أفضل للموارد، في ميدان الوقاية أو العلاج أو المساعدة على المستوى الوطني، ويُعهد إليها بإعداد وتنفيذ السياسة الوطنية للصحة العمومية⁶⁰³.

⁶⁰³ المادة الأولى من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2110.

يَدْخُلُ في مجال اختصاصات الوزارة تتبع السياسة الصحية الدولية، والتي يساهم فيها المغرب، حيث تُحدد باتفاق مع القطاعات الحكومية ومجالات التعاون في الميدان الصحي، وتتولى وزارة الصحة تطبيق وتتبع إنجاز البرامج المتفق عليها، إضافةً إلى قيامها وفق أحكام النصوص التشريعية والتنظيمية، بإجراء المراقبة على ممارسة المهن الطبية والشبه الطبية والصيدلية. ويمارس وزير الصحة العمومية الوصاية على المؤسسات العامة التابعة إليها، كما يُمارس الاختصاصات المسندة إلى السلطة الحكومية المكلفة بالصحة العمومية، ويتولى الوزير السلطة على مجموع الهياكل المركزية واللامركزية المحدث⁶⁰⁴.

يشتمل الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة على: ديوان الوزير وإدارة مركزية ومصالح خارجية، تتكون الإدارة المركزية من: الكتابة العامة، والمفتشية العامة، ومديرية السكان، ومديرية علم الأوبئة ومحاربة الأمراض، ومديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة، ومديرية الأدوية والصيدلة، ومديرية التجهيزات والصيانة، ومديرية الموارد البشرية، ومديرية التنظيم والمنازعات، ومديرية التخطيط والموارد المالية، وقسم التجهيز، وقسم مجموعة السيارات، وقسم المعلوماتية والمناهج، والمعهد الوطني للإدارة الصحية⁶⁰⁵.

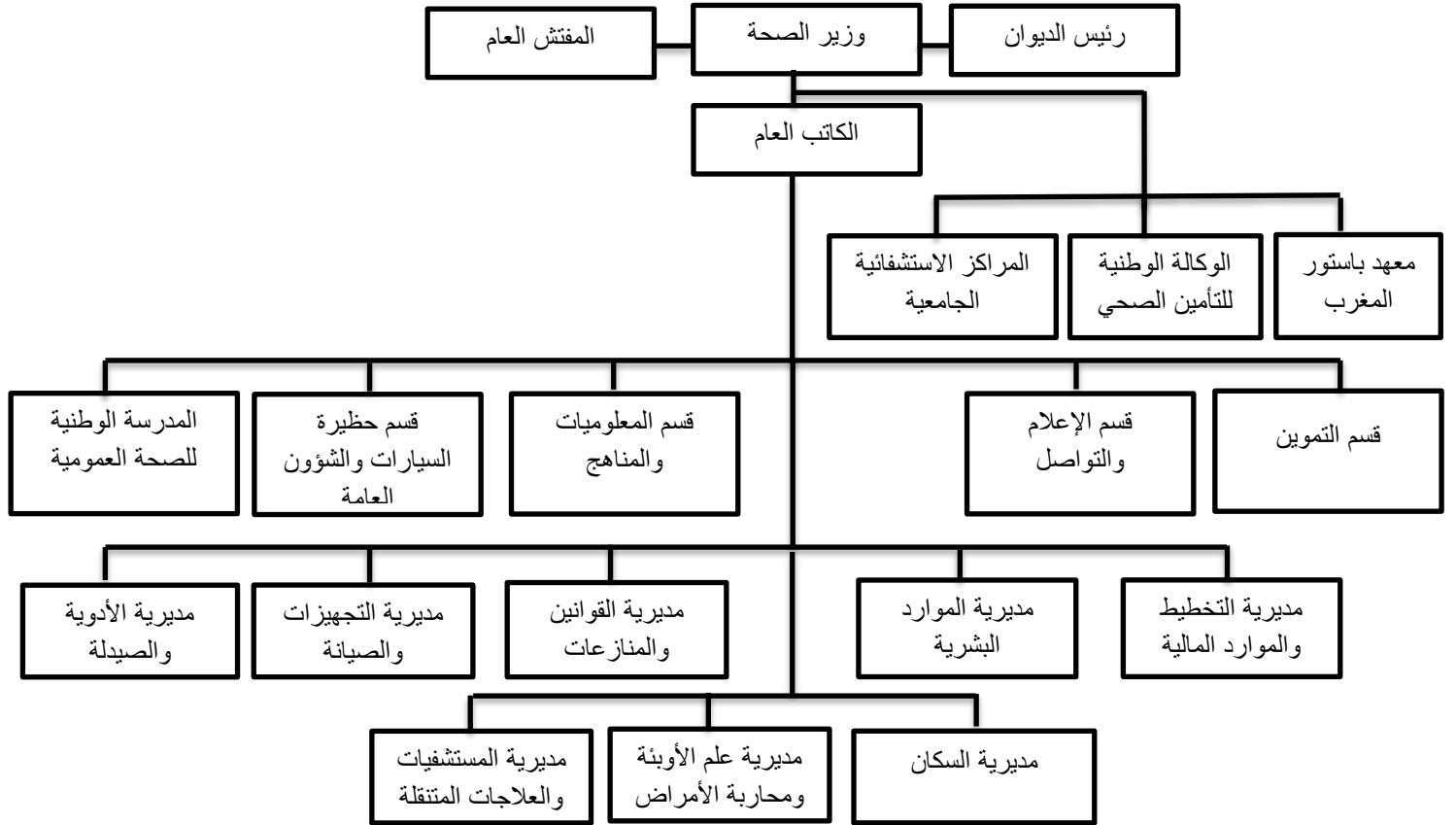
يُمارَس الكاتب العام الصلاحيات المُسندة إليه، حيث يُفَوِّض له الإمضاء والتأشير نيابةً عن وزير الصحة، على الوثائق المتعلقة بالمصالح التابعة للوزارة، ماعدا المراسيم والقرارات التنظيمية⁶⁰⁶. كما يُفَوِّض إليه الإمضاء، على الأوامر الصادرة لموظفي الوزارة للقيام بمأموريات داخل المملكة وخارجها⁶⁰⁷.

⁶⁰⁴ المادة الثانية من المرسوم رقم 2.12.36، صادر في 9 من ربيع الأول 1433 (26 يناير 2012) يتعلق باختصاصات وزير الصحة، الجريدة الرسمية، عدد 6018، بتاريخ 2 فبراير 2012، ص.490

⁶⁰⁵ المادة الثالثة من المرسوم رقم 2.94.285، في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية بالمغرب، مرجع سابق، ص.2111

⁶⁰⁶ المادة 1 من المرسوم رقم 2.05.768 صادر في 30 من شوال 1429 (30 أكتوبر 2008) في شأن تفويض إمضاء الوزراء وكتاب الدولة ونواب كتاب الدولة، الجريدة الرسمية، عدد 5688، بتاريخ 4 دجنبر 2008، ص.4424

⁶⁰⁷ المادتان 1 و2 من قرار لوزير الصحة رقم 470.13 صادر في 11 من ربيع الأول 1434 (23 يناير 2013) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6130، بتاريخ 28 فبراير 2013، ص.2076



شكل رقم 7: الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة على المستوى المركزي⁶⁰⁸.

يُفَوَّضُ إلى الكاتب العام الإمضاء والتأشير على الأوامر، بصرف وتحويل وتقويض الاعتمادات المرصدة بالميزانية العامة لوزارة الصحة، وكذا الحساب الخصوصي للخزينة، والحساب الخاص بالصيدلية المركزية، وعلى الوثائق المثبتة للنفقات والأوامر بقبض الموارد، وعلى جميع الوثائق الحسابية المتعلقة بالميزانية العامة، وكذا الحساب الخصوصي للخزينة السالف ذكرهما، إضافةً إلى ذلك، يُفَوَّضُ إلى الكاتب العام المصادقة على الصفقات المبرمة لفائدة مصالح وزارة الصحة وفسخها⁶⁰⁹.

تُتَنَاطُ بالمفتشية العامة التابعة مباشرةً لوزير الصحة، مهمة إطلاعه بانتظام على سير المصالح، وبحث كل طلب يعهّد به إليها، والقيام تحت سلطة الوزير، بمراقبة استعمال الاعتمادات والوسائل البشرية،

⁶⁰⁸ موقع وزارة الصحة بالمغرب: www.sante.gov.ma

⁶⁰⁹ المادة الثالثة من قرار لوزير الصحة رقم 470.13، بتقويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية،

مرجع سابق، ص. 2068.

والمُعَدات الموضوعة رهن تصرف الإدارة المركزية والمصالح الخارجية. وتسهر المفتشية العامة تحت سلطة الوزير، على التفتيش الإداري والطبي في التشكيلات والمؤسسات الصحية، وتقوم بناءً على طلبه بجميع أعمال البحث والدراسة⁶¹⁰.

تقوم مديرية الموارد البشرية بمجموعة من المهام منها: السهر على التأهيل المهني للموظفين، واستكمال تأهيلهم، والقيام بتعيين أماكن عمل الموظفين وتوظيفهم وتسييرهم، وتبدير شؤونهم والنهوض بأعمال المشاريع الاجتماعية، وتلبية الحاجيات التي عبرت عنها مختلف مصالح الوزارة، على أساس مخططات الاشتراء وتنمية الموارد البشرية.⁶¹¹ إضافةً إلى إعداد وتتبع مخططات تأهيل الأطر في ميادين الإدارة والطب والصيدلة وطب الأسنان والتمريض بتشاور مع الوزارات المعنية⁶¹².

وفي هذا السياق تعمل مديرية الموارد البشرية، على التقييم المستمر لملائمة تأهيل المستخدمين لمتطلبات المهن، وإمساك مجدة معلوماتية للموظفين وكُتَيْب لبيان المناصب، لأغراض التقييم والتخطيط، وتحديد حاجيات الوزارة على أساس الأهداف المرسومة في المخططات، ودراسة الملفات المعروضة على مجلس الصحة المتعلقة بإجازات المرض، والتصديق ومراقبة الأهلية لشغل المنصب، والسهر على تطبيق النصوص المتعلقة بمراقبة صحة الموظفين، والحِرص على حفظ الملفات والمستندات المتعلقة بالموظفين، وتضم هذه المديرية: قسم إدارة شؤون الموظفين، وقسم التأهيل، وقسم مراقبة صحة الموظفين⁶¹³.

تقوم مديرية التنظيم والمنازعات بالدراسات القانونية وإعداد مشاريع النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالصحة، وبحث ملفات المنازعات التي تهتم الوزارة، وتقديم دعمها للمديريات الأخرى في المجال

⁶¹⁰ المادة 5 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2112.

⁶¹¹ المواد 1، 2 و 3 من قرار وزير الصحة رقم 504.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6657، بتاريخ 19 مارس 2016، ص. 1572.

⁶¹² المادة 11 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2115.

⁶¹³ المادة 12 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2116.

القانوني، والتتبع الإداري لعلاقات الوزارة مع القطاعات الحكومية والجماعات المحلية والجمعيات الوطنية، والمساهمة في مراقبة مزاولة المهن، المنظمة وفقاً للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، وتشتمل هذه المديرية على: قسم التنظيم، وقسم المنازعات والشؤون المهنية⁶¹⁴.

تُناط بمديرية التخطيط والموارد المالية المهام التالية: المساهمة في تحديد التوجهات في ميدان التخطيط الصحي بالبلاد، والقيام بالدراسات والأبحاث القطاعية أو المشتركة بين القطاعات، قصد تحليل وتقييم الوضعية الصحية، والحرص باتصال مع المديريات والهيئات العامة أو الخاصة الوطنية، على إعداد وتنسيق برامج العمل وفقاً للتوجهات الوطنية، ولاسيما فيما يتعلق بالوقاية أو العلاج أو التأطير الصحي، والنهوض بالبحث واقتراح مشاريع البنيات التحتية المرتبطة بالخريطة الصحية للبلاد. وتتكون مديرية التخطيط والموارد المالية من قسم التخطيط والدراسات، والقسم المالي وقسم التعاون⁶¹⁵.

وفي هذا الإطار تقوم مديرية التخطيط والموارد المالية، بتنسيق عمل الوزارة فيما يتعلق بالميزانية، وإعداد مشاريع قوانين مالية خاصة بالوزارة، انطلاقاً من الاقتراحات التي تقدمها المديريات، ورصد ومراقبة الاعتمادات، وإمساك محاسبة الوزارة، والقيام بدراسات حول النظام الصحي تنصب على التقييم والتقدير، وإعداد نظام للتأمين عن المرض، والمساهمة في تنفيذه في حدود اختصاصات الوزارة وبالتعاون مع الشركاء الآخرين والإدارات المعنية، والنهوض بالتعاون في ميدان الصحة والبحث عن مساعدات التعاون الدولي، التي يمكن أن تُمنح للمغرب أو يستفيد منها لتنمية الصحة وكذا جردها وتعبئتها⁶¹⁶.

تعمل مديرية السكان على تحديد برامج التخطيط العائلي والنهوض بها وتنفيذها، وتحديد البرامج المتعلقة بصحة الأم والطفل والنهوض بها وتنفيذها، وبرمجة وإنجاز أعمال إعادة الأهلية البدنية، وكذا

⁶¹⁴ المادة 13 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2116

⁶¹⁵ المادة 14 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2117

⁶¹⁶ المادة 15 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2117

الأعمال المتعلقة ببحث أمراض الشيخوخة، والقيام بتنسيق أعمال الإعلام والتربية والتواصل في مختلف البرامج، وتقديم الدعم لمختلف المديریات، وتنفيذ الأعمال لحساب مختلف البرامج، على مستوى التخطيط والإنجاز فيما يتعلق بأعمال الإعلام والتربية والتواصل. وتشتمل هذه المديرية على قسم التخطيط العائلي، وقسم الصحة المدرسية والجامعية، وقسم صحة الأم والطفل، وقسم الإعلام والتربية والتواصل⁶¹⁷.

تقوم مديرية علم الأوبئة ومكافحة الأمراض بالمهام التالية: مراقبة انتشار الأوبئة بين السكان، وإمساك مجدة مركزية للأوبئة، وتقييم خاصیات الأوبئة المنتشرة بين السكان، والقيام بأعمال البحث في مجال علم الأوبئة، وتخطيط إنجاز برامج مكافحة الأمراض، وبرمجة وإنجاز الأعمال الرامية إلى حماية الوسط البيئي، ومراقبة جودة المختبرات البيولوجية التابعة لوزارة الصحة، ومراقبة النشاط الإشعاعي للبيئة، والمراقبة الصحية للمواد الغذائية. وتضم هذه المديرية: قسم المحافظة على البيئة، وقسم الأمراض غير المعدية، وقسم الأمراض المعدية، والمعهد الوطني الصحي، والمركز الوطني للحماية من الأشعة⁶¹⁸.

تقوم مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة بالمهام التالية: تنسيق أعمال الوزارة في الوسط الإستشفائي، وتتبع أعمال المستشفيات من خلال نظام أجهزة المراقبة، والمساهمة في إعداد استراتيجية للوزارة في مجال العلاجات، والقيام بعمل متصل لتقييم الشبكة العلاجية المتنقلة، والمساهمة في تنمية الوسائل اللوجستكية الكفيلة بمواجهة الكوارث، والنقل الطبي للمصابين في حوادث السير، وتحديد استراتيجية إعادة هيكلة مصالح المستعجلات. وتضم هذه المديرية: قسم المستعجلات والإسعافات، وقسم المستشفيات، وقسم العلاجات المتنقلة، وقسم الإسعاف، والمركز الوطني لتحاقن الدم ومبحث الدم⁶¹⁹.

⁶¹⁷ المادة 7 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2117

⁶¹⁸ المادة 8 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2117

⁶¹⁹ المادة 9 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2113

يُفَوَّضُ إلى مدير مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة بوزارة الصحة، الإيمضاء أو التأشير نيابة عن وزير الصحة، على الأوامر المتعلقة بالموظفين، والأوامر للقيام بمأموريات داخل المملكة، ماعدا المراسيم والقرارات التنظيمية، إضافةً إلى الإيمضاء على جميع الوثائق الحسابية المتعلقة بالاعتمادات، وعلى القرارات المتعلقة بإحداث شساعة النفقات والمداخيل، لدى المصالح التابعة لوزارة الصحة المسيرة بصورة مستقلة، والمصادقة على صفقات مصالح مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة وفسخها⁶²⁰.

تتاط بمديرية الأدوية والصيدلة المهام التالية: تحديد معايير صُنع الأدوية والمنتجات الصيدلانية، وتوضيها وترويجها وبيعها وخرنها، وتحديد إطار أسعار الأدوية والمستحضرات الصيدلانية، وفقاً للنصوص التنظيمية المتعلقة بالأسعار وإجراء المراقبة التقنية ومراقبة الجودة، ووضع قائمة الأدوية الأساسية، والقيام بتفتيش الصيدليات، وتسليم الرُخص لبيع المنتجات الصيدلانية، وإدارة بنك للمعطيات التقنية والاقتصادية المتعلقة بالأدوية. تتكون هذه المديرية من قسم المختبر الوطني لمراقبة الأدوية وقسم الصيدلة⁶²¹.

تعمل مديرية التجهيزات والصيانة على تنفيذ ميزانية الاستثمار للوزارة وتتبع إنجاز مشاريع الهندسة المعمارية للمباني، ودراسة مشاريع التجهيز بالأدوات البيوطبية أو التقنية وبرمجتها وتتبع تنفيذها، والسهر على صيانة الممتلكات العقارية والمُعدات وتجهيزها، وتشجيع البحث عن إقامة البنيات والتجهيزات وضبط مواصفاتها، والقيام بالتسيير الإداري وتعهد منشآت المصالح المركزية، ومسك جرد لممتلكات الوزارة العقارية، وتنشيط مهمة تعهد الممتلكات على مستوى العمالات الطبية، وتشتمل هذه المديرية على: قسم المباني والهندسة المعمارية، وقسم المُعدات والتجهيزات البيوطبية، وقسم الممتلكات والبرمجة⁶²².

⁶²⁰ المادتان 1 و2 من قرار لوزير الصحة رقم 2415.18 صادر في 8 من شوال 1439 (22 يونيو 2018) بتفويض

الإيمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6701، بتاريخ 20 غشت 2018، ص.5752.

⁶²¹ المادة 10 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص.2113.

⁶²² المادة 11 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص.2113.

يقوم قسم التجهيز بالمهام التالية: تنفيذ النفقات المشتركة لمختلف المديرات، والقيام بشراء المنتجات الصيدلانية والأدوية ومنتجات التموين وخزنها وتوزيعها، ويضم هذا القسم مصلحة التجهيز، ومصلحة الصفقات، ومصلحة إدارة المخزونات⁶²³. ويُعهد إلى قسم مجموعة السيارات والشؤون العامة، بإدارة وصيانة مجموعة السيارات ووسائل التنقل الخاصة بالوزارة، كما يضم هذا القسم: مصلحة إدارة وسائل التنقل، ومصلحة صيانة مجموعة السيارات ومصلحة الشؤون العامة⁶²⁴.

يعمل قسم المعلومات والمناهج على تنشيط الأعمال المعلوماتية للوزارة، وإعداد وتسيير مخطط توجيهي، والقيام بأعمال الدراسة والإنجاز، وتقديم الدعم التقني في مجال المعلومات، للمصالح المركزية والمصالح الخارجية. ويضم هذا القسم: مصلحة الدراسات والتنسيق ومصلحة الاستغلال والدعم⁶²⁵. يُحدّد التنظيم الداخلي للمصالح المركزية، والتنظيم الداخلي للمصالح الخارجية لوزارة الصحة العمومية، واختصاصاتها ودوائر نفوذها الترابي بقرار لوزير الصحة⁶²⁶.

تتميز المنظومة الصحية في المغرب بهيمنة القطاع العمومي، حيث تقع الدولة في قلب النظام الصحي، وتجمع بين عدة وظائف أساسية، أما القطاع الخاص فهو مقصي تماماً من التنظيم الصحي، كما تخضع المنظومة الصحية لتراتبية هرمية تابعة لوزارة الصحة، حيث تمثل شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، المستوى الأول الذي تلجأ إليه الساكنة لتلقي الخدمات الصحية. وتتكون المستويات الأخرى من المراكز الاستشفائية الإقليمية والجهوية والمستشفيات المشتركة بين عدة جهات⁶²⁷.

⁶²³ المادة 15 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2113.

⁶²⁴ المادة 16 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2113.

⁶²⁵ المادة 17 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2113.

⁶²⁶ المادتان 19 و 20 من المرسوم رقم 2.94.285، اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2113.

⁶²⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 23.

تُعتبر الجهوية بقطاع الصحة خياراً استراتيجياً مُؤكدًا، لكن عملية التفعيل التي شهدت أشكالاً مختلفة من التنفيذ لا زالت بطيئة. حيث أنشأت أول مديرية جهوية للصحة بالمغرب بالجهة الشرقية، ثم أنشأت مديريتين جهويتين للصحة، بكلٍ من جهة الدار البيضاء وجهة تازة-الحسيمة-تاونات، قبل توسيع هذه العملية على الصعيد الوطني، من خلال وضع إطار تنظيمي محدد. ومع ذلك لا يمكن أن يتحقق الأثر المتوقع من الجهوية، دون استثمار حقيقي في قدرات وكفاءات المديريات الجهوية للصحة، والتي تشكل نقطة ارتكاز محورية للسياسة الصحية الوطنية⁶²⁸.

وفي هذا الصدد شملت خطة العمل لوزارة الصحة 2012-2016 مجموعة من التدابير، لتفعيل الجهوية الصحية من خلال تعزيز قدرات المديريات الجهوية للصحة، ووضع ميزانيات برامج جهوية، وآليات للتحفيز من أجل تحسين مردودية المديريات الجهوية للصحة، وتوسيع سلطات المدراء الجهويين، من خلال تفويض بعض الإجراءات الإدارية الجديدة على المستوى الجهوي، وإدخال آليات جديدة للدعم والتنسيق بين الجهات والإدارة المركزية⁶²⁹.

يتميز التنظيم الحالي لوزارة الصحة بمركزية شديدة، وتطوير ضعيف للمصالح الخارجية، والتي أوضح التقييم المُنجَز سنة 2002 حدود فعاليتها، حيث بُدلت بعض الجهود الرامية إلى إقرار اللاتمركز، وتم في هذا الإطار إحداث مديريات جهوية لوزارة الصحة، وحددت مهام هذه المديريات الجهوية، بموجب القرار الوزاري رقم 1363.11 بتاريخ 6 ماي 2011، ولكن بطريقة يَعُوزها شيء من الدقة، فيما يتعلق بصلاحيات المديرين الجهويين وحدود سلطاتهم الحقيقية، خصوصاً فيما يتعلق بتدبير الموارد البشرية⁶³⁰.

⁶²⁸ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، 2012، ص.86

⁶²⁹ نفس المرجع، ص.87

⁶³⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.37

ينص القرار الوزاري المتعلق بتحديد مهام المديريات الجهوية، على دور المدير الجهوي للصحة، في التنسيق والتخطيط الاستراتيجي، لكن إحداث هذه المديريات لم يواكبه نقل للموارد والكفاءات، لذلك فإن الجهة الصحية تمثل مستوى جديداً، وتشكل أحياناً نقطة انحصار بين المستويين الإقليمي والمركزي، والذي يعود إليه أمر إتخاذ كل القرارات، حيث يبقى المستوى الإقليمي في ظل هذا التنظيم الجديد، مشغلاً على الحال التي كان عليها من قبل، ولا يستفيد من آليات اللاتمرکز الإداري⁶³¹.

وفي هذا السياق فضلت وزارة الصحة الحفاظ على الوضعية الحالية، إلى غاية تعميم ورش الجهوية على مجموع المصالح اللامركزة، حيث تصبح المديريات الجهوية للصحة مُؤسسة، قبل الشروع في عملية إعادة الهيكلة. وخلال زيارة أعضاء مجموعة العمل للمجلس الإقتصادي والإجتماعي بالمغرب لجهة تازة- الحسيمة-تاونات، اشتكى والي الجهة من غياب اللاتمرکز في اشتغال وزارة الصحة، حيث يتعين العودة للمستوى المركزي في إتخاذ أدنى قرار، كما أن الموظف الذي يتخذ هذا القرار، غير مُلم بأدنى فكرة عن الواقع المحلي، أما مع وزارة التربية الوطنية فالأمر مُختلف⁶³².

إن تقوية اللاتمرکز على المستوى الإقليمي، سيمُكن من إعطاء سلطة القرار للفاعلين المحليين، وإتاحة الاستجابة بطريقة أكثر فعالية وسرعة لحاجيات وانتظارات الساكنة في المجال الصحي، وتحسين اندماج وتكامل الفاعلين الرئيسيين في القطاعين العام والخاص، وتحسين تنظيم مسلك العلاجات على مستوى شبكة العلاجات الصحية الأساسية، وتسريع وتيرة تنمية قدرات وكفاءات المصالح الخارجية اللامركزة، والتي ستصبح عندئذٍ مسؤولة بالفعل عن قراراتها، وتعزيز التعاون بين القطاعات، وهو تعاون يُمثل آلية لا غنى عنها، من أجل التأثير بفعالية ونجاعة على المحددات الاجتماعية للصحة⁶³³.

⁶³¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.38

⁶³² نفس المرجع، ص.37

⁶³³ نفس المرجع، ص.39

الفرع الثاني: صلاحيات المديريات الجهوية والمندوبيات الإقليمية للصحة

تتألف المصالح اللامركزية لوزارة الصحة، من مديريات جهوية للصحة ومندوبيات وزارة الصحة بالعمالات والأقاليم، حيث تقوم المديريات الجهوية للصحة بتنفيذ السياسات العمومية، والاستراتيجيات القطاعية في مجال الصحة على صعيد الجهات وفي حدود نفوذها الترابي، إضافة إلى تنشيط وتنسيق أعمال الصحة على الصعيد الجهوي، بشراكة مع الإدارات العمومية والمراكز الاستشفائية المحدثة في شكل مؤسسات عمومية، والجماعات الترابية والقطاع الخاص والمجتمع المدني⁶³⁴.

تقوم المديريات الجهوية للصحة بالمهام التالية: تنسيق أعمال المصالح اللامركزية والمؤسسات الصحية، وتخطيط وإعداد البرامج الصحية والسهر على تنفيذها، لاسيما المخططات الجهوية لعرض العلاجات، والإشراف على حماية الصحة العمومية واليقظة الصحية، وإعداد مشروع الميزانية-البرنامج للجهة بتنسيق مع الإدارة المركزية، والتدبير المالي لميزانية التسيير والاستثمار المخصصة للجهة⁶³⁵.

وفي هذا الإطار تعمل المديريات الجهوية للصحة على تدبير الموارد البشرية، والسهر على توافر الأدوية والمنتجات الصحية وتدبيرها وتسهيل الولوج إليها، وتتبع وتقييم تنفيذ نظام المساعدة الطبية، وتنسيق الأعمال المتعلقة بإعداد المخطط الجهوي للتواصل والإعلام والتربية الصحية والتعبئة الاجتماعية والسهر على تنفيذه، والمساهمة في أعمال المراقبة والتفتيش المالي والإداري والطبي للمصالح والمؤسسات الصحية بتنسيق مع الإدارة المركزية، وتقييم أداء المؤسسات الصحية وفعالية البرامج الصحية⁶³⁶.

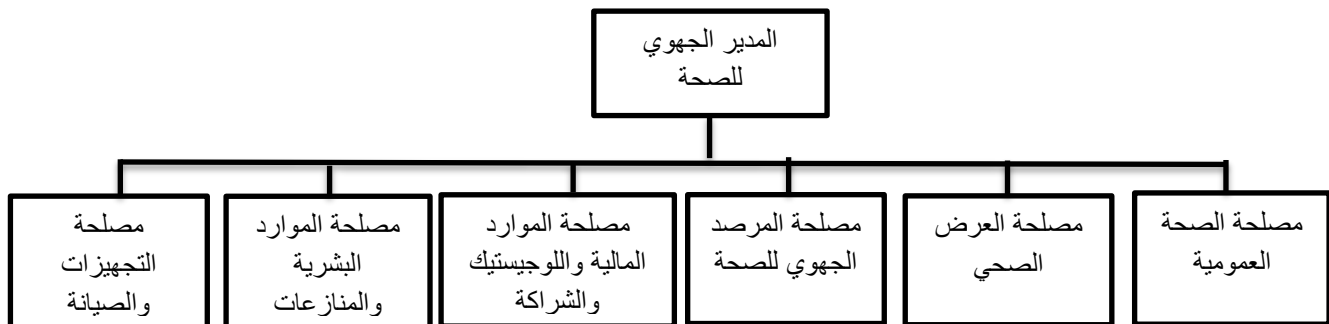
⁶³⁴ المادة 1 من قرار وزير الصحة رقم 003.16 صادر في 23 من ربيع الأول 1437 (4 يناير 2016)، بشأن إحداث وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، الجريدة الرسمية، عدد 6452، بتاريخ 31 مارس 2016، ص.2888

⁶³⁵ المادة 2 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص.2888

⁶³⁶ المادة 3 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص.2889

تُسَيَّرُ كل مديرية جهوية للصحة من لدن مدير، يُعَيَّن من قِبَل وزير الصحة، حيث يُعتبر المدير الجهوي الرئيس الإداري التسلسلي على صعيد الجهة، لمندوبي وزارة الصحة وكافة المسؤولين والموظفين، العاملين بالمصالح وشبكات المؤسسات الصحية ومعاهد التكوين التابعة لوزارة الصحة، ما عدا المراكز الاستشفائية، بالإضافة إلى تنفيذ الاختصاصات الموكولة إليه، يُمَثِّل المدير الجهوي الوزارة على مستوى الجهة، ويمثّل المديرون الجهويون للصحة برؤساء الأقسام بالإدارات المركزية في التعويض، ويمثّل رؤساء المصالح التابعة للمديريات الجهوية للصحة برؤساء المصالح بالإدارة المركزية⁶³⁷.

وفي هذا الصدد تتكون المديريات الجهوية للصحة من المصالح التالية: مصلحة الصحة العمومية، ومصلحة العرض الصحي، ومصلحة المرصد الجهوي للصحة، ومصلحة الموارد المالية واللوجيستيك والشرابة، ومصلحة الموارد البشرية والمنازعات، ومصلحة التجهيزات والصيانة. كما تضم كل مديرية جهوية للصحة، وحدة جهوية للتكوين والصيدلة، ووحدة جهوية للتواصل والإعلام.



شكل رقم 8: الهيكل التنظيمي للمديرية الجهوية للصحة على المستوى الجهوي⁶³⁸.

تتولى مصلحة الصحة العمومية القيام بالمهام التالية: تطوير برامج الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل وتنفيذها، وتطوير وتنفيذ برامج الوقاية، ومحاربة الأمراض السارية وغير السارية، وتنظيم وضمان

⁶³⁷ المادتان 9 و 10 من قرار لوزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2890.

⁶³⁸ المادة 3 من قرار لوزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2889.

المراقبة الوبائية واليقظة والسلامة الصحية، والمساهمة في تعزيز وتطوير برامج الصحة والبيئة، والنهوض بصحة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، وتنسيق أعمال المؤسسات الطبية والاجتماعية العمومية، والمساهمة في تأطير وتكوين مهنيي الصحة العاملين بالجهة⁶³⁹.

تُناط بمصلحة العرض الصحي القيام بتنظيم شبكات المؤسسات الصحية على صعيد الجهة، وكذا البنيات المتخصصة الداعمة لها والتنسيق فيما بينها، ومسك قاعدة البيانات الخاصة بالعرض الصحي الجهوي، وتحديد الحاجيات بالنظر للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، وإعداد المخطط الجهوي لعرض العلاجات وتتبع تنفيذه، والسهر على إرساء وتنظيم وتتبع مسارات ومسالك العلاجات، وتنظيم وتنسيق خدمات المنشآت الصحية، وضمان جودة الخدمات الصحية وسلامة المرضى بالمؤسسات الصحية، والمساهمة في تأطير وتكوين مهنيي الصحة العاملين بالجهة⁶⁴⁰.

وفي هذا السياق تقوم مصلحة المرصد الجهوي للصحة بالمهام التالية: جمع وتحليل المعلومات الصحية الجهوية وتقييمها، وتتبع المؤشرات الصحية على المستوى الجهوي، وتدبير نظام للمعلومات الصحية على المستوى الجهوي، وإعداد تقارير دورية جهوية حول تطور الحالة الصحية والعرض الصحي والخدمات الصحية، والمساهمة في القيام بالدراسات المتعلقة بالمجال الصحي على المستوى الجهوي، وتدبير الأنظمة المعلوماتية وصيانة التجهيزات الخاصة بها، والمساهمة في تأطير وتكوين مهنيي الصحة العاملين بالجهة⁶⁴¹.

⁶³⁹ المادة 4 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2889.

⁶⁴⁰ المادة 5 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2889.

⁶⁴¹ المادة 6 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2889.

تعمل مصلحة الموارد المالية واللوجيستيك والشرابة على القيام بالمهام التالية: إعداد وتتبع مشروع الميزانية-البرنامج للجهة، وتنفيذ وتتبع ميزانيته التشغيل والاستثمار للجهة، وتعبئة موارد إضافية في إطار الشراكة، والعمل على توفير الموارد اللوجيستكية لدعم الأنشطة الصحية الجهوية، وتدبير عقود الشراكة على صعيد الجهة في حدود القرارات المفوضة، وتتبع تنفيذ اتفاقيات الشراكة وتقديمها، وتدبير حظيرة السيارات وصيانتها، والمساهمة في تأطير وتكوين مهنيي الصحة العاملين بالجهة⁶⁴².

تتولى مصلحة الموارد البشرية والمنازعات القيام بالمهام التالية: تدبير الموارد البشرية في حدود القرارات المفوضة لها، ومسك قاعدة بيانات معلوماتية خاصة بالموارد البشرية العاملة بالجهة، وتحديد حاجيات الجهة من الموارد البشرية، واقتراح مخطط أعداد الموظفين، والسهر على تطبيق الدليل المرجعي للوظائف والكفاءات، والإشراف على تنظيم وتنفيذ برامج التكوين المستمر لمهنيي الصحة⁶⁴³. كما تعمل هذه المصلحة على النهوض بأنشطة الصحة والسلامة في العمل لفائدة مهنيي الصحة بالجهة، وتعزيز وتتبع الحوار الاجتماعي مع ممثلي النقابات والفرقاء الاجتماعيين، ودراسة وتتبع ملفات المنازعات⁶⁴⁴.

وفي هذا الإطار تُنَاط بمصلحة التجهيزات والصيانة القيام بالمهام التالية: برمجة وتنفيذ وتتبع المشاريع الاستثمارية المتعلقة بالصحة في الجهة، والسهر على تدبير وصيانة الممتلكات والتجهيزات والمعدات، والمساهمة في تأطير وتكوين مهنيي الصحة العاملين بالجهة⁶⁴⁵.

⁶⁴² المادة 7 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2889.

⁶⁴³ المواد 1، 3 و 6 من المرسوم رقم 2.05.1366 صادر في 29 من شوال 1426 (2 دجنبر 2005)، يتعلق بالتكوين المستمر لفائدة موظفي وأعوان الدولة، الجريدة الرسمية، عدد 5386، بتاريخ 12 يناير 2006، ص. 174-175.

⁶⁴⁴ المادة 8 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب مرجع سابق، ص. 2890.

⁶⁴⁵ المادة 7 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، مرجع سابق، ص. 2889.

يُفَوَّضُ إلى المديرين الجهويين للصحة ونوابهم الإمضاء أو التأشير نيابةً عن وزير الصحة، على الوثائق الإدارية المتعلقة بتدبير شؤون الموظفين العاملين بالمصالح المكونة للمديرية الجهوية وهي: قرار فتح مباريات التوظيف، وقرار تعيين أعضاء لجان المباراة ولجان الحراسة، والإعلان عن نتائج المباريات، وقرار عرض الموظفين الجدد بالمديرية الجهوية على اللجنة الطبية، والترخيص للموظفين العاملين داخل المديرية الجهوية للمشاركة في دورات التكوين المستمر لمدة قصيرة الأمد بالمغرب⁶⁴⁶.

يختص المدير الجهوي للصحة ونائبه بالإمضاء أو التأشير على: الترخيص للموظفين العاملين بالجهة قصد المشاركة في المباريات والامتحانات المنظمة من طرف وزارة الصحة، والترخيص لهؤلاء الموظفين من أجل متابعة الدراسات العليا بالمؤسسات الجامعية وغير التابعة للجامعات، والترخيص للموظفين للقيام بتدريبات داخل النفوذ الترابي للمديرية الجهوية وخارجه، والترخيص لغير موظفي وزارة الصحة بإجراء تدريبات بالمصالح التابعة لوزارة الصحة المتواجدة داخل النفوذ الترابي للمديرية الجهوية⁶⁴⁷.

فوضت وزارة الصحة إلى المديرين الجهويين للصحة ونوابهم الإمضاء أو التأشير على: الترخيص بالتغيب لفائدة الموظفين المدعوين للقيام بتدريبات إعدادية، أو للمشاركة في منافسات رياضية وطنية أو دولية داخل المغرب، والترخيص للموظفين لتقديم دروس في مؤسسات التكوين بصفة مدرسين مؤقتين، والرخص الإدارية داخل المغرب لفائدة مندوبي وزارة الصحة، ومديري المراكز الاستشفائية والموظفين العاملين بالمصالح التابعة للمديرية الجهوية، والترخيص بمغادرة التراب الوطني للموظفين العاملين داخل النفوذ الترابي للمديرية الجهوية بمن فيهم المندوبين بالعمالات والأقاليم⁶⁴⁸.

⁶⁴⁶ المادة 1 من قرار لوزير الصحة رقم 1276.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض

الإمضاء، الجريدة الرسمية، عدد 6675، بتاريخ 21 ماي 2018، ص. 2868.

⁶⁴⁷ نفس المرجع، ص. 2868.

⁶⁴⁸ نفس المرجع، ص. 2868.

يُؤشر المدير الجهوي للصحة على: الرخص لأسباب صحية قصيرة الأمد أقل من 90 يوماً، ورخص الولادة للموظفات التابعات للمديرية الجهوية، وكذا المندوبات ومديرات المراكز الاستشفائية الجهوية، ورخص الحج إلى بيت الله الحرام لفائدة الموظفين العاملين داخل النفوذ الترابي للمديرية الجهوية للصحة، والرخصة الاستثنائية بالتغيب لفائدة موظفي المديرية الجهوية للصحة لمبررات عائلية، ولأسباب خطيرة واستثنائية لا تتعدى مدتها عشرة أيام في السنة، والرخص الاستثنائية بالتغيب لفائدة الموظفين الأعضاء في المجالس الجماعية والإقليمية والجهوية لحضور أشغال دورات المجلس⁶⁴⁹.

وفي هذا السياق يُفوض إلى المديرين الجهويين للصحة ونوابهم الإمضاء على: الترخيص بالتغيب لفائدة الموظفين الأعضاء في الجمعيات ذات المنفعة العامة، والنقابات المهنية، والتعاضديات لحضور مؤتمرات واجتماعات الهيئات التي يمثلونها، وشهادة مشاركة الموظفين في دورات التكوين المستمر، وشهادة التدريب بالنسبة لغير الموظفين، وقرار إعادة انتشار الموظفين داخل النفوذ الترابي للمديرية الجهوية لحاجيات المصلحة، وقرارات الانتقالات داخل الجهة، وأوامر القيام بمأموريات داخل المملكة⁶⁵⁰.

يختص المدير الجهوي للصحة ونائبه بالإمضاء أو التأشير على: البطاقة السنوية لتتقيط وتقييم موظفي المديرية الجهوية للصحة، وكذا مندوبي وزارة الصحة بالعمالات والأقاليم، والإشهاد على مطابقة نسخ الوثائق المتعلقة بالحياة الإدارية للموظفين لأصولها، وشهادة الأجرة، وشهادة العمل، واستدعاء أعضاء اللجان الإدارية المتساوية الأعضاء، واستدعاء الموظفين للمثول أمام المجلس التأديبي، والأمر بإجراء الفحص الطبي المضاد خلال رخص المرض بالنسبة لموظفي المديرية الجهوية للصحة⁶⁵¹.

⁶⁴⁹ المادة 1 من قرار لووزير الصحة رقم 1276.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2868.

⁶⁵⁰ نفس المرجع، ص. 2869.

⁶⁵¹ نفس المرجع، ص. 2869.

تمتد صلاحيات المديرين الجهويين للصحة ونوابهم إلى الإمضاء على: إنذار الموظفين الذين يوجدون في وضعية ترك الوظيفة لأجل استئناف عملهم، واستفسار الموظفين المتغيبين عن العمل بصفة غير مشروعة والمُخْلِين بالتزاماتهم المهنية، وقرار توقيف الأجرة، وقرار الاقتطاع من الأجرة، وقرار تعيين لجنة البحث التمهيدي، والإخبار بالإحالة على التقاعد بسبب بلوغ حد السن القانوني⁶⁵².

يتولى المديرون الجهويون ومندوبي وزارة الصحة الإمضاء نيابةً عن وزير الصحة، للترخيص للجمعيات على المستوى الجهوي والمحلي من أجل تنظيم قوافل طبية، كل حسب اختصاصه الترابي⁶⁵³. إضافةً إلى الإمضاء على الاتفاقيات المبرمة مع مؤسسات التكوين بالقطاع الخاص، من أجل استفادة الطلبة من التداريب الميدانية بالمستشفيات والمصالح الصحية التابعة لنفوذهم الترابي. ويُفَوَّضُ للمديرين الجهويين للصحة المصادقة على الاتفاقيات المبرمة من طرف مندوبي وزارة الصحة⁶⁵⁴.

يُفَوَّضُ إلى المدير الجهوي للصحة الإمضاء نيابةً عن وزير الصحة، في حدود الاختصاص الترابي للجهة، على مقررات التعيين في المناصب التالية: رؤساء الأقطاب بالمراكز الاستشفائية الجهوية والإقليمية والمستشفيات التابعة لهذه المراكز، وطبيب رئيس قسم أو مصلحة طبية أو طبية- تقنية بمركز استشفائي أو بمستشفى، وممرض رئيس بقسم أو بمصلحة طبية أو طبية- تقنية بمركز استشفائي أو بمستشفى، وطبيب رئيس بمركز صحي حضري أو قروي من المستويين الأول والثاني، وممرض رئيس بمركز صحي حضري أو قروي من المستويين الأول والثاني، وممرض رئيس بمستوصف قروي⁶⁵⁵.

⁶⁵² المادة 1 من قرار لوزير الصحة رقم 1276.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2869.
⁶⁵³ المادة 4 من قرار لوزير الصحة رقم 1276.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2870.
⁶⁵⁴ المادة 5 من قرار لوزير الصحة رقم 1276.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2870.
⁶⁵⁵ المادة 1 من قرار لوزير الصحة رقم 851.18، صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018)، المتعلق بتفويض الإمضاء، الجريدة الرسمية، عدد 6669، بتاريخ 30 أبريل 2018، ص. 2509.

يختص المدير الجهوي للصحة ومندوبي وزارة الصحة ومديري المراكز الاستشفائية ونوابهم، بالإمضاء أو التأشير نيابةً عن وزير الصحة، على الوثائق المتعلقة بالمهام والأوامر الصادرة للموظفين والأعوان للقيام بمأموريات داخل المملكة، ما عدا المراسيم والقرارات التنظيمية. كما يُفوض إلى المدير الجهوي للصحة والمندوبين ونوابهم الإمضاء نيابةً عن وزير الصحة، على الأوامر بصرف أو تحويل الاعتمادات الخاصة، بالمصالح التابعة لهم يرسم الميزانية العامة لوزارة الصحة، وعلى الوثائق المثبتة للنفقات، والأوامر بقبض الموارد، وكذا على جميع الوثائق الحسابية المتعلقة بالاعتمادات المذكورة⁶⁵⁶.

يُفوض إلى المدير الجهوي للصحة ومندوبي وزارة الصحة ومديري المراكز الاستشفائية ونوابهم، المصادقة على الصفقات المبرمة لفائدة المصالح التابعة لهم⁶⁵⁷. عن طريق طلبات العروض بكل أشكالها أو عن طريق التفاوض وكذا فسخها، وعلى جميع وثائق الصفقات ما عدا: الصفقات المبرمة عن طريق طلبات العروض والاستشارة المعمارية والمباراة التي يفوق مبلغها 5.000.000 درهم، أو عن طريق الصفقات التفاوضية والتي تفوق 1.000.000 درهم بالنسبة للمديرية الجهوية للصحة، حيث لا يمكن البدء في تنفيذها، إلا بعد المصادقة عليها من طرف السلطات المختصة بالإدارة المركزية⁶⁵⁸.

وفي هذا الصدد تتولى مندوبيات وزارة الصحة بالعمالات والأقاليم في نطاق اختصاصاتها الترابية وفي حدود الصلاحيات المفوضة إليها من طرف وزير الصحة إنجاز المهام التالية: تنظيم المراقبة الوبائية وخدمات حماية الصحة العمومية الوقائية والعلاجية، والإشراف وتنسيق ومراقبة وتقييم أعمال الوقاية

⁶⁵⁶ المادتان 1 و 2 من قرار لوزير الصحة رقم 852.18، صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6669، بتاريخ 30 أبريل 2018، ص. 2510. المواد 1، 2 و 3 من قرار لوزير الصحة رقم 726.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6667، بتاريخ 23 أبريل 2018، ص. 2393-2395

⁶⁵⁸ المادة 3 من قرار لوزير الصحة رقم 852.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2510.

والعلاج المنفذة من طرف شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية والشبكة الاستشفائية وشبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية والشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية، والخدمات المتعلقة بالتغطية الصحية المتنقلة التابعة للنفوذ الترابي للمندوبية⁶⁵⁹.

تقوم مندوبيات وزارة الصحة بالعمالات والأقاليم، بإعداد خطط عمل المندوبية بشأن الوضع الصحي على مستوى الإقليم أو العمالة، والمساهمة في إعداد المخطط الجهوي لعرض العلاجات، وتدبير اعتمادات التسيير، ما عدا الاعتمادات المرصودة لمرافق الدولة المُسيّرة بصورة مستقلة، والمساهمة في تفعيل وتتبع تنفيذ اعتمادات الاستثمار الجهوية على مستوى المندوبية، وجمع واستغلال المعلومات الصحية، وتدبير الموارد البشرية للمندوبية في حدود القرارات المفوضة للمندوبين الإقليميين⁶⁶⁰.

تساهم مندوبيات وزارة الصحة بالعمالات والأقاليم في إعداد خطط عمل التكوين المستمر للموارد البشرية، والسهر على تتبع وتقييم تنفيذها، والنهوض بعلاقات الشراكة مع المتدخلين في ميدان الصحة على مستوى العمالة أو الإقليم، والسهر على تتبع وتقييم الأعمال المنجزة في هذا المجال، والتنسيق بين المؤسسات الصحية التابعة للقطاعين العام والخاص، داخل نفوذها الترابي لا سيما في إطار الشراكة⁶⁶¹.

تتألف كل مندوبيات وزارة الصحة بالعمالات والأقاليم من المصلحتين التاليتين: المصلحة الإدارية والاقتصادية، والتي تتكلف بتنظيم وتنفيذ وتقييم كل الأعمال ذات الطابع الإداري والمالي، وتدبير الموارد البشرية والمنازعات، أما مصلحة شبكة المؤسسات الصحية، فتتكلف بإعداد خطط عمل مؤسسات الرعاية الصحية الأولية بالعمالة أو الإقليم، وتتبع وتقييم تنفيذها، والتنسيق مع الشبكة الإستشفائية⁶⁶².

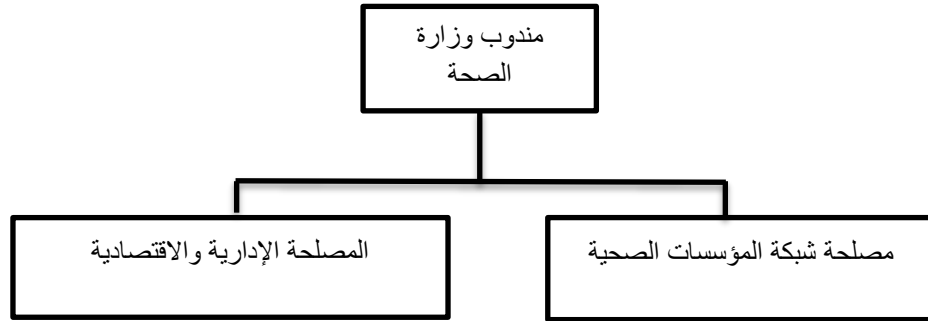
⁶⁵⁹ المادة 11 من قرار لوزير الصحة رقم 003.16، تنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة، مرجع سابق، ص. 2890.

⁶⁶⁰ نفس المرجع، ص. 2890.

⁶⁶¹ نفس المرجع، ص. 2890.

⁶⁶² المادة 12 من قرار لوزير الصحة رقم 003.16، تنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة، مرجع سابق، ص. 2891.

وفي هذا الإطار توضع كل مندوبية تحت سلطة مندوب يُعين من قبل وزير الصحة، حيث يعتبر المندوب الرئيس الإداري التسلسلي لكافة المصالح والمؤسسات الصحية، التابعة لوزارة الصحة على صعيد العمالة أو الإقليم، باستثناء المراكز الاستشفائية والمؤسسات الصحية المُحدثة في شكل مؤسسات عمومية، ويتولى المندوب تنفيذ الاختصاصات الموكولة إليه، كما يُمثل وزير الصحة على مستوى الإقليم أو العمالة مقرر التعيين، ومن أجل تخويل التعويض عن المهام: يُمثل المندوبون برؤساء الأقسام بالإدارات المركزية، ويمثل رؤساء المصالح بمندوبيات الصحة برؤساء المصالح بالإدارة المركزية⁶⁶³.



شكل رقم 9: الهيكل التنظيمي لمندوبية وزارة الصحة على المستوى الإقليمي⁶⁶⁴.

يُفوض إلى مندوبي وزارة الصحة بعمالات وأقاليم المملكة ونوابهم، ضمن حدود النفوذ الترابي لكل مندوبية، الإمضاء أو التأشير نيابةً عن وزير الصحة على الوثائق الإدارية التالية: قرار عرض موظفي المندوبية الجدد على اللجنة الطبية، والرخص الإدارية داخل المغرب للموظفين التابعين للمندوبية، وخصة الولادة للموظفات العاملات بالمندوبية والمصالح التابعة لها الواقعة داخل النفوذ الترابي للمندوبية⁶⁶⁵.

⁶⁶³ المادتان 13 و 14 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2891.

⁶⁶⁴ المادة 12 من قرار وزير الصحة رقم 003.16، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، مرجع سابق، ص. 2891.

⁶⁶⁵ المادة 2 من قرار وزير الصحة رقم 1276.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2869.

يختص مندوبو وزارة الصحة بعمالات وأقاليم المملكة ونوابهم بالإمضاء على: الرخصة الاستثنائية لفائدة موظفي المندوبية بالتغيب لمبررات عائلية، ولأسباب خطيرة واستثنائية لا تتعدى مدتها عشرة أيام في السنة، والرخصة الاستثنائية بالتغيب للموظفين الأعضاء في المجالس الجماعية والإقليمية والجهوية، من أجل حضور أشغال دورات المجالس، والترخيص بالتغيب لفائدة موظفي المندوبية الأعضاء في الجمعيات ذات المنفعة العامة، والنقابات المهنية، والتعاضديات لحضور مؤتمرات واجتماعات الهيئات التي يمثلونها، والبطاقة السنوية لتتقيط وتقييم موظفي المندوبية، وأوامر القيام بمأموريات داخل المملكة⁶⁶⁶.

يقوم مندوبو وزارة الصحة بعمالات وأقاليم المملكة ونوابهم بإصدار: قرار إعادة انتشار الموظفين التابعين للمندوبية داخل النفوذ الترابي للمندوبية لحاجيات المصلحة، وقرارات الانتقالات داخل المندوبية، وشهادة الأجرة، وشهادة العمل، وشهادة المشاركة في دورات التكوين المستمر بالنسبة لموظفي المندوبية، والإشهاد على مطابقة نسخ الوثائق المتعلقة بالحياة الإدارية لموظفي المندوبية لأصولها، والأمر بإجراء الفحص الطبي المضاد، والمراقبة الإدارية خلال رخص المرض لموظفي المندوبية⁶⁶⁷.

وفي هذا الإطار فوضت وزارة الصحة إلى المندوبين بعمالات وأقاليم المملكة ونوابهم، الإمضاء والتأشير على: إنذار الموظفين التابعين للمندوبية والذين يوجدون في وضعية ترك الوظيفة لأجل استئناف عملهم، واستفسار الموظفين التابعين للمندوبية المتغييبين عن العمل بصفة غير مشروعة، والمُخْلِينَ بالتزاماتهم المهنية، وقرار تعيين لجنة البحث التمهيدي بالنسبة لموظفي المندوبية، ودعوة موظفي المندوبية ومصالحها المُخْلِينَ بالتزاماتهم المهنية للإضباط⁶⁶⁸.

⁶⁶⁶ المادة 2 من قرار لوزير الصحة رقم 1276.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2869

⁶⁶⁷ نفس المرجع، ص. 2870

⁶⁶⁸ نفس المرجع، ص. 2870

يَخْتَص مندوبو وزارة الصحة ونوابهم بالمصادقة على الصفقات المبرمة لفائدة المصالح التابعة لهم، عن طريق طلبات العروض بكل أشكالها أو عن طريق التفاوض، وكذا فسخها وعلى جميع الوثائق الخاصة بتلك الصفقات، ما عدا الصفقات المبرمة عن طريق طلبات العروض والتي يفوق مبلغها: 2.000.000 درهم، أو عن طريق الصفقات التفاوضية والتي تفوق 500.000 درهم، حيث لا يمكن البدء في تنفيذها إلا بعد المصادقة عليها من طرف المدير الجهوي للصحة وذلك في حدود 5.000.000 درهم، وإذا فاق مبلغ الصفقة هذا المبلغ وجب عرضها على الإدارة المركزية⁶⁶⁹.

يُفَوَّضُ إلى مديري المراكز الاستشفائية الجهوية والإقليمية التابعة لوزارة الصحة ونوابهم، الإمضاء أو التأشير نيابةً عن وزير الصحة، على الوثائق والتصرفات الإدارية التالية: الرخص الإدارية السنوية داخل المغرب للموظفين المُعينين بالمركز الاستشفائي المعني، والرخصة الاستثنائية لفائدة موظفي المركز الاستشفائي بالتغيب لمبررات عائلية، ولأسباب خطيرة واستثنائية لا تتعدى مدتها عشرة أيام في السنة، والإشهاد على مطابقة نسخ الوثائق المتعلقة بالحياة الإدارية للموظف لأصولها⁶⁷⁰.

يقوم مديرو المراكز الاستشفائية الجهوية والإقليمية التابعة لوزارة الصحة ونوابهم، بالإمضاء أو التأشير على: البطاقة السنوية لتنقيط وتقييم الموظفين، وشهادة الأجرة، وشهادة العمل، وأوامر القيام بمأموريات داخل المملكة، وإعادة انتشار الموظفين على مستوى المصالح التابعة للمركز الاستشفائي، وإنذار الموظفين الذين يوجدون في وضعية ترك الوظيفة، من أجل استئناف عملهم، واستفسار الموظفين المتغييبين عن العمل بصفة غير مشروعة والمُخْلِين بالتزاماتهم المهنية ودعوتهم للإنضباط⁶⁷¹.

⁶⁶⁹ المادة 3 من قرار لوزير الصحة رقم 852.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2510

⁶⁷⁰ المادة 3 من قرار لوزير الصحة رقم 1276.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص. 2870

⁶⁷¹ نفس المرجع، ص. 2870

وفي هذا الإطار تبلغ ميزانية الاستثمار بالنسبة للمركز الاستشفائي الجهوي 1.000.000 درهم، والتي لا يمكن البدء في تنفيذها، إلا بعد المصادقة عليها من طرف المدير الجهوي للصحة، الذي يوجد المركز الاستشفائي داخل نفوذه الترايبي، وذلك في حدود 5.000.000 درهم، وإذا فاق مبلغ الصفقة هذا المبلغ الأخير، وجب عرضها على السلطة المختصة بالإدارة المركزية قصد المصادقة عليها⁶⁷².

تُحدّد ميزانية الاستثمار بالنسبة للمركز الاستشفائي الإقليمي في 1.000.000 درهم، والتي لا يمكن البدء في تنفيذها، إلا بعد المصادقة عليها من طرف مندوب وزارة الصحة بالعمالة أو الإقليم⁶⁷³. والذي يوجد المركز الاستشفائي داخل نفوذه الترايبي، وذلك في حدود 2.000.000 درهم، وإذا فاق مبلغ الصفقة هذا المبلغ الأخير، وجب عرضها على المدير الجهوي للصحة المعني، قصد المصادقة عليها في حدود 5.000.000 درهم، وإذا فاق مبلغ الصفقة هذا المبلغ الأخير، وجب عرضها على السلطة المختصة بالإدارة المركزية قصد المصادقة عليها⁶⁷⁴.

⁶⁷² المادة 3 من قرار لوزير الصحة رقم 852.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص.2510

⁶⁷³ المادة 1 من قرار لوزير الصحة رقم 727.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض

الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6667، بتاريخ 23 أبريل 2018، ص.2396

⁶⁷⁴ المادة 3 من قرار لوزير الصحة رقم 852.18، المتعلق بتفويض الإمضاء، مرجع سابق، ص.2510

المطلب الثاني: الخريطة الصحية والمخططات الجهوية وتدبير موارد المنظومة الصحية

تهدف الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، إلى توقع التطورات الضرورية لعرض العلاجات العمومية والخاصة، وتحفيز إجراءاتها قصد الاستجابة على النحو الأمثل لحاجيات الساكنة من العلاج والخدمات الصحية، وتحقيق الانسجام والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد المادية والبشرية، وتصحيح الاختلالات بين الجهات وداخل كل جهة، والتحكم في نمو العرض الصحي⁶⁷⁵.

تُحدّد الخريطة الصحية على المستوى الوطني والجهوي مكونات العرض الصحي ولا سيما: أنواع البنيات التحتية والمنشآت الصحية ومعايير وكيفيات إحداثها مجالياً، ويتم إعداد الخريطة الصحية استناداً، إلى التحليل الشامل لعرض العلاجات الموجود، وبناءً على المعطيات الجغرافية والديموغرافية والوبائية، مع أخذ التطور التكنولوجي الطبي بعين الاعتبار. كما تُحدّد الخريطة الصحية التقطيع الصحي للتراب الوطني حسب المجال الترابي، والذي تُقدّم فيه الخدمات للساكنة، والخصائص الوبائية والجغرافية، والديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والإدارية⁶⁷⁶.

تقوم الخريطة الصحية على المستوى الوطني، وبين الجهات وعلى مستوى كل جهة، بتحديد مجموع البنيات التحتية الصحية الموجودة، وأهمية وطبيعة البنيات التحتية الصحية، والمنشآت العمومية والخاصة الثابتة والمتنقلة المتوقعة، وكذا المجال الترابي الذي ستقدم فيه خدماتها، ومواصفات ومعايير وكيفيات إحداث البنيات التحتية والمنشآت الصحية⁶⁷⁷. إضافةً إلى تحديد شبكات للتكفل بمشاكل ومخاطر متعلقة بالصحة، كما تُحدد الموارد البشرية حسب الحاجيات والتخصصات⁶⁷⁸. وتوضع الخريطة الصحية

⁶⁷⁵ المواد 19 و20 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3477.

⁶⁷⁶ المادة 21 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3477.

⁶⁷⁷ المادة 22 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3477.

⁶⁷⁸ المادة 23 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3478.

لمدة عشر سنوات بقرار لوزير الصحة، ويُؤشر عليه الوزير المكلف بالمالية، بعد استطلاع رأي اللجنة الوطنية لعرض العلاجات، كما يجب تقييم الخريطة الصحية كل خمس سنوات⁶⁷⁹.

يترأس اللجنة الوطنية لعرض العلاجات وزير الصحة أو من يُعيّنه لهذا الغرض، وتتألف اللجنة بالإضافة إلى رئيسها، من الأعضاء التالي ذكرهم أو من يمثلهم: ممثلين اثنين عن وزارة الداخلية من بينهما المدير العام للجماعات المحلية، وممثل عن وزارة المالية، وممثل عن وزارة إعداد التراب الوطني، وممثل عن وزارة التعليم العالي، وممثل عن وزارة التجهيز، وممثل للمندوبية السامية للتخطيط، ومفتش مصلحة الصحة للقوات المسلحة الملكية، ورئيس المجلس الوطني للهيئة الوطنية للطببيات والأطباء، ورئيس المجلس الوطني للصيادلة، ورئيس المجلس الوطني لهيئة أطباء الأسنان، ومدراء المراكز الاستشفائية المُحدثة في شكل مؤسسات عمومية، والمفتش العام ومدراء الإدارة المركزية لوزارة الصحة⁶⁸⁰.

يمكن أن تدعو اللجنة الوطنية لعرض العلاجات لحضور اجتماعاتها بصفة استشارية، كل شخص ترى فائدة في حضوره، وتجتمع اللجنة الوطنية بمبادرة من رئيسها وبدعوة منه، ويجب أن تُبدي اللجنة الوطنية رأيها حول مشروع الخريطة الصحية المُحالة إليها، في أجل أقصاه 60 يوماً ابتداءً من تاريخ الإحالة. وتُتخذُ قرارات اللجنة بأغلبية أصوات أعضائها الحاضرين، وفي حالة تعادل الأصوات، يُرجحُ الجانب الذي يكون فيه الرئيس، تُضمّنُ أشغال وآراء اللجنة الوطنية في محاضر، وتُوقّعُ من طرف الرئيس، وتتولى مديرية المستشفيات والعلاجات المتنقلة التابعة لوزارة الصحة كتابة اللجنة الوطنية⁶⁸¹.

⁶⁷⁹ المادتان 42 و 43 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7162.

⁶⁸⁰ المواد 49 و 50 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7164.

⁶⁸¹ المواد 51 و 52 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7164.

وفي هذا السياق تتولى المصالح المعنية بوزارة الصحة، مسك قاعدة المعطيات المتعلقة بالخريطة الصحية، وفقاً للكيفيات المحددة بقرار لوزير الصحة. كما يجب أن يتم توقع إحداث وتوطين البنيات التحتية والمنشآت الصحية، وكذا التجهيزات البيوطبية الثقيلة، في إطار الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، حسب عدد سكان المجال الترابي الصحي، والخاصيات الوبائية والجغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وكذا توجهات تصاميم التهيئة المتعلقة بالمجال الترابي المذكور⁶⁸².

يُشكّل المخطط الجهوي لعرض العلاجات أداة لتخطيط وتنظيم عرض العلاجات على المستوى الجهوي، ويحدد المخطط الجهوي بالنسبة إلى كل عمالة أو إقليم، مع مراعاة الخريطة الصحية، وتبعاً للتقطيع الصحي داخل الجهة، وعلى أساس تحليل الحاجيات: جرد البنية التحتية الصحية الموجودة، والتوقعات والتوزيع المجالي للموارد البشرية، وللمؤسسات الصحية العمومية والخاصة والتجهيزات الثقيلة. إن المخطط الجهوي لعرض العلاجات، هو قاعدة لتنظيم العلاقات بين القطاعين العام والخاص، وبين الجهات والعمالات والأقاليم المكونة لها، كما يُمكنه تحديد مجال صحي خاص أو تنظيم موارد نادرة⁶⁸³.

يوضع كل مخطط جهوي لعرض العلاجات من طرف المديرية الجهوية للصحة، لمدة خمس سنوات بعد استشارة اللجنة الجهوية لعرض العلاجات المختصة، ويُمكن مراجعته وفق نفس المسطرة، في حالة حدوث تغييرات في الخريطة الصحية، أو في معايير وكيفيات إحداث المنشآت الصحية⁶⁸⁴.

يتولى رئاسة كل لجنة جهوية لعرض العلاجات، والي الجهة المعنية أو من يُمثله، حيث تتألف اللجنة بالإضافة إلى رئيسها، من الأعضاء التالي ذكرهم أو من يُمثّلهم: عمال عمالات وأقاليم الجهة،

⁶⁸² المادتان 42 و 43 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7162.

⁶⁸³ المادة 24 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3478.

⁶⁸⁴ المادة 25 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3479.

ورئيس مجلس الجهة، وممثل عن وزارة إعداد التراب الوطني على مستوى الجهة، ورئيس المجلس الجهوي للهيئة الوطنية للطببيات والأطباء، ورئيس المجلس الجهوي لهيئة الصيدالة، ورئيس المجلس الجهوي لهيئة أطباء الأسنان، ومدير مركز استشفائي مُحدث في شكل مؤسسة عمومية الموجود مقره بالجهة، وممثلين اثنين عن الإدارة المركزية لوزارة الصحة يُعِينهما وزير الصحة، والمدير الجهوي للصحة، ومندوبو وزارة الصحة بعمالات وأقاليم الجهة⁶⁸⁵.

يُمكن أن تدعو كل لجنة جهوية لعرض العلاجات، لحضور اجتماعاتها بصفة استشارية، كل شخص ترى فائدة في حضوره. وتتولى المديرية الجهوية للصحة كتابة اللجنة الجهوية، كما تجتمع كل لجنة جهوية لعرض العلاجات، بمبادرة من رئيسها وبدعوة منه. ويجب أن تُبدي اللجنة رأيها، حول مشروع المخطط الجهوي لعرض العلاجات المتعلق بالجهة، في أجل أقصاه 60 يوماً ابتداءً من تاريخ إحالته إليها. وتُتخذ قرارات اللجنة بأغلبية أصوات أعضائها الحاضرين، وفي حالة تعادل الأصوات، يُرجح الجانب الذي يكون فيه الرئيس. وتُضمّن أشغال وأراء اللجنة في محاضر، تُوقّع من طرف الرئيس وتُوجّه نسخة منها إلى رئيس اللجنة الوطنية لعرض العلاجات⁶⁸⁶.

يتم إحداث وتوطين كل المؤسسات الصحية العمومية، والمصحات الخاصة، وعيادات الفحص بالأشعة، ومختبرات التحاليل الطبية، طبقاً للخريطة الصحية وللمخطط الجهوي لعرض العلاجات. كما يتم تحديد المناطق الجغرافية التي لن يُسمح فيها بإحداث بعض المؤسسات الصحية الخاصة، اعتباراً لطبيعة هذه المؤسسات وحاجيات السكان⁶⁸⁷.

⁶⁸⁵ المادتان 53 و 54 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7165.

⁶⁸⁶ نفس المرجع، ص. 7165.

⁶⁸⁷ المادة 26 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3479.

إن إحداث كل منشأة ذات تكنولوجيا عالية، أو كل تجهيزات بيوطبية ثقيلة، أو نظام لضبط خدمات المساعدة الطبية الاستعجالية، يجب أن يحترم الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، حيث يُحدَثُ نظام للترخيص لجميع هذه المنشآت، كما يجوز الترخيص بالاستغلال المشترك لهذه المنشآت والتجهيزات من قبل عدة مؤسسات صحية، مع مراعاة الأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالمسافة التي تفصل بين الصيدليات، ويُحدَثُ رقم قافل لإنشاء الصيدليات استناداً إلى الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات⁶⁸⁸.

يُمكن أن يستفيد من تدابير مشجعة على الاستثمار في مجال الصحة، طبقاً للشروط المنصوص عليها في المقتضيات التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، مع مراعاة دفتر تحملات تضعه الإدارة: مؤسسو المؤسسات الصحية الخاصة التي لا تهدف إلى الربح، والذين يقبلون بإحترام الخريطة الصحية، والأطباء وأطباء الأسنان الذين يقبلون الخضوع للخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، إضافةً إلى مؤسسي المؤسسات الصحية الخاصة، والذين يقبلون الانخراط في شبكة علاجات ذات منفعة عامة تحددها الإدارة، في إطار مشروع شراكة بين القطاعين العام والخاص⁶⁸⁹.

تُحدَثُ هيئات للتشاور في المجال الصحي، من أجل ضمان انسجام أعمال المنظومة الصحية، وتحسين حكومتها، وهذه الهيئات هي: مجلس وطني استشاري للصحة، ولجنة وطنية للأخلاقيات، ولجنة وطنية استشارية للتنسيق بين القطاعين العام والخاص، ولجنة وطنية ولجان جهوية لعرض العلاجات، ولجنة وطنية لليقظة والأمن الصحي، ولجنة وطنية للتقويم والاعتماد⁶⁹⁰.

⁶⁸⁸ المادتان 27 و 28 من القانون رقم 09-34، بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3480.

⁶⁸⁹ المادة 29 من القانون رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3480.

⁶⁹⁰ المادة 30 من القانون رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3480.

تقوم آليات خاصة لتنسيق الخدمات العلاجية بين مؤسسات القطاعين العام والخاص، وبين مختلف مستويات التكفل الطبي الاستشفائي والخارجي والمنتقل، من خلال مسالك ومستويات العلاج المنظمة، على أن تبتدئ من أطباء الطب العام بالنسبة للقطاع الخاص، ومن مصالح الخدمات الصحية الأساسية بالنسبة للقطاع العام، وشبكات مُنَسِّقة للعلاج تهم بالخصوص المرضى المصابين بمرض يَستوجب تكفاً شاملاً متعدد التخصصات، وأنظمة لضبط مصالح المساعدة الطبية الاستعجالية⁶⁹¹.

تتولى المنظومة الإعلامية الصحية الوطنية جمع ومعالجة واستغلال كل المعلومات الأساسية، المتعلقة بالمؤسسات الصحية العامة والخاصة وبأنشطتها وبمواردها، وتقييم حجم وجودة العلاجات. كما يتعين جمع المعطيات الضرورية للمنظومة الإعلامية الصحية الوطنية واستغلالها، في احترام التشريع المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين، تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي⁶⁹².

وفي هذا الإطار تُساهم مسطرة الإعتماد في تقييم المؤسسات الصحية، التابعة للقطاعين العام والخاص، من أجل ضمان استمرارية التحسين المستمر للجودة وسلامة العلاجات، كما تهدف مسطرة الاعتماد إلى إنجاز تقييم مستقل لجودة المؤسسات الصحية، أو إن اقتضى الأمر لمصلحة أو عدة مصالح تابعة لها، على أساس مؤشرات ومعايير ومرجعيات وطنية، ويتم إعدادها من طرف اللجنة الوطنية للتقويم والاعتماد التي سيتم إحداثها لهذا الغرض، ويخضع تجديد الاعتماد لنفس المسطرة⁶⁹³.

⁶⁹¹ المادة 16 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3476.

⁶⁹² المادة 17 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3476.

⁶⁹³ المادة 18 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3476.

الفرع الأول: تنظيم العرض الصحي لمؤسسات العلاجات الأساسية والاستشفائية

إن شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية بالمغرب، مُنفصلة إنفصلاً تاماً عن الشبكة الاستشفائية، بسبب عدم تفعيل القانون الإطار رقم 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات والصادر سنة 2011، ويُحدد هذا القانون تخطيط المنظومة الصحية، حسب خريطة صحية وطنية، وسيساهم تفعيله في تغيير الرؤية المُتَحَكِّمة لوزارة الصحة، والتي أفضت إلى إنشاء مؤسسات صحية أساسية في كل الجماعات القروية تقريباً، دون قدرة الوزارة المعنية على تشغيل 143 منشأة صحية مَبْنِيَة استكمل بناؤها، بسبب النقص في مجال الموارد البشرية والمالية⁶⁹⁴.

يشمل العرض الصحي مجموع البنيات التحتية الصحية التابعة للقطاع العام أو الخاص، وكل المنشآت الصحية الأخرى الثابتة أو المتنقلة، وكذا الوسائل المُسَخَّرَة لتقديم العلاجات والخدمات الصحية، إضافة إلى الموارد البشرية. ويجب أن يكون عرض العلاجات موزعاً بشكل متوازن وعادل على مجموع التراب الوطني، وفقاً للخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات. كما يجب أن يُنظَم القطاع العام والقطاع الخاص بشكل منسجم للاستجابة بفعالية للحاجيات الصحية للمواطنين⁶⁹⁵.

وفي هذا السياق يُقَصَدُ بالمؤسسات الصحية مختلف المؤسسات أياً كان نظامها القانوني، والمنظمة بغرض المساهمة في عرض العلاجات، وتقديم خدمات الوقاية أو التشخيص أو العلاج أو إعادة التأهيل، سواء تطلب ذلك الاستشفاء بالمؤسسة الصحية أم لا. وتُنظَّم هذه المؤسسات الصحية وفق المقتضيات القانونية والتنظيمية، لاستقبال المرضى في ظروف ملائمة ومناسبة لحالتهم الصحية⁶⁹⁶.

⁶⁹⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 24.

⁶⁹⁵ المادتان 8 و 9 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3473.

⁶⁹⁶ المادة 10 من القانون رقم 34-09، المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3473.

تُساهم المؤسسات الصحية التابعة للقطاعين العام والخاص فيما يلي: أعمال التكوين في الطب وطب الأسنان والصيدلة والتكوين شبه الطبي، والتكوين المستمر، وإعادة تأهيل مهنيي الصحة، بالتنسيق مع مؤسسات التكوين والمنظمات المهنية التي تستجيب لدفاتر تحملات خاصة، وأعمال البحث في الميدان الصحي، كما يمكنها تطوير علاقات شراكة مع المنظمات المهنية وجمعيات المجتمع المدني، لتشجيع مساهمتها في أعمال الصحة، خاصة الأعمال المتعلقة بالإعلام والتربية الصحية والتحسيس⁶⁹⁷.

تتألف المؤسسات الصحية في القطاع الخاص من: العيادات الطبية للطب العام والمتخصص، وعيادات الفحص بالأشعة والتصوير الطبي، ومنشآت المساعدة الطبية المستعجلة، وعيادات طب الأسنان والمصحات التي تدخل في حكمها، والمؤسسات الطبية الاجتماعية التي تتكفل طبياً بالأشخاص المسنين وبالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة، والمؤسسات الصحية التي تتكفل بالتنعيق والنقاغة، ومختبرات التحاليل الطبية، والصيدليات، ومستودعات الأدوية، والعيادات شبه الطبية. كما تخضع هذه المؤسسات الصحية، فيما يتعلق بشروط ومساطر فتحها واستغلالها لمقتضيات النصوص التشريعية والتنظيمية⁶⁹⁸.

وفي هذا الصدد يُمكن للمؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص، أن تساهم بناءً على دفتر تحملات، في أعمال الصحة العمومية في إطار التكامل بين القطاعين العام والخاص، وسيتم وضع أنماط للشراكة بين القطاعين العام والخاص، لتمكين القطاع الخاص من المشاركة في مهام المرفق العمومي للصحة، لاسيما عن طريق التدبير المفوض والمشاركة لتنفيذ أعمال مشتركة، أو عن طريق شراء خدمات صحية من القطاع الخاص، تكون غير متوفرة في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام⁶⁹⁹.

⁶⁹⁷ المادة 12 من القانون رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3474.

⁶⁹⁸ المادة 14 من القانون رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3474.

⁶⁹⁹ المادة 15 من القانون رقم 09-34، المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 3475.

تعتبر المنشأة الصحية بمثابة المكان الذي تقدم فيه العلاجات الصحية بصفة قانونية ومهنية، ويمكن أن تكون المنشأة الصحية ثابتة في شكل مؤسسة صحية، أو متنقلة في شكل وحدات طبية متنقلة أو وسائل النقل الصحي، أما المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية، فهي المؤسسات الصحية العمومية التي تتكفل طبياً بالأشخاص المسنين والأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة⁷⁰⁰.

يتكون النمط الثابت لعرض العلاجات في القطاع العام، من شبكات المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة أو الموضوعة تحت وصايتها وهي: شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، والشبكة الاستشفائية، والشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية، وشبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية. كما يتضمن النمط الثابت لعرض العلاجات في القطاع العام، بنيات متخصصة لدعم الشبكات السالفة الذكر، وكذا منشآت صحية متنقلة، وتجهيزات بيوطبية ثقيلة ومنشآت ذات تكنولوجيا عالية⁷⁰¹.

وفي هذا الإطار تُقدّم المؤسسات الصحية العمومية المكونة للنمط الثابت، خدمات أخرى من العلاجات والأعمال في إطار النمط المتنقل، استجابةً لحاجيات السكان وذلك من خلال: زيارات منزلية، ووحدات طبية متنقلة، وقوافل طبية متخصصة، ومستشفيات متنقلة. ويمكن أن تُقدّم هذه الخدمات عند الاقتضاء، من قبل المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص، وفقاً للشروط المنصوص عليها في النصوص التشريعية والتنظيمية المطبقة على هذه المؤسسات⁷⁰².

⁷⁰⁰ المادة 1 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، ص. 7156.

⁷⁰¹ المادة 5 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7157.

⁷⁰² المادة 6 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7157.

يُنظَّم عرض العلاجات في القطاع العام بالاستناد إلى مبدأ تدرج مستويات العلاج، والذي يركز على النظام مرجعي-ضد مرجعي المُحدّد لمسارات علاج المرضى خارج الحالات الاستعجالية، إما داخل نفس المجال الترابي الصحي في شكل شبكات منسقة للعلاج، أو بين المجالات الترابية الصحية في شكل مسالك العلاج. كما يُنظَّم عرض العلاجات الاستعجالية في شكل مستعجلات طبية للقرب، ومستعجلات ما قبل الاستشفاء، ومستعجلات طبية استشفائية، وتتولى مصالح المساعدة الطبية الاستعجالية العمومية مهمة ضبطها⁷⁰³.

يتم تقطيع التراب الوطني إلى مجالات ترابية صحية، تُقدَّم فيها الخدمات للسكان من قبل واحدة أو أكثر من المؤسسات الصحية، ويرتكز تحديد المجالات الترابية الصحية على التقسيم الإداري للمملكة، ويمكن تكميم هذا التحديد بتقسيم خاص يضعه وزير الصحة، لضبط المجالات الترابية الصحية الأكثر نجاعة للعمل الصحي. حيث تتكون المجالات الترابية الصحية من: الدوائر الصحية، والعمالات والأقاليم الصحية، والجهات الصحية، والمجالات الترابية الصحية المشتركة بين عدة جهات⁷⁰⁴.

وفي هذا السياق تُمثل الدائرة الصحية المجال الترابي الأساسي في التقطيع الصحي، من أجل التخطيط لعرض العلاجات، وتفعيل الاستراتيجيات والبرامج ومخططات العمل الصحية، والذي يجب أن تتوفر فيه مجموع خدمات الرعاية الصحية الأولية المتعلقة بالوقاية، والنهوض بالصحة وبأنماط العيش السليمة، وكذا بالعلاجات المرتبطة بالولادة، وبمستعجلات القرب والطب العام⁷⁰⁵.

⁷⁰³ المادتان 7 و 8 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7157.

⁷⁰⁴ المادتان 9 و 10 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7158.

⁷⁰⁵ المواد 11 و 12 و 13 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7158.

يمكن أن تكون الدائرة الصحية إما قروية أو حضرية، ويتطابق المجال الترابي للدائرة الصحية القروية مع المجال الترابي لقيادة، كما يتطابق المجال الترابي للدائرة الصحية الحضرية مع المجال الترابي لمقاطعة، في الجماعات الخاضعة لنظام المقاطعات أو مع المجال الترابي لمجموع الجماعة، عندما لا تكون هذه الأخيرة مُقسمة إلى مقاطعات⁷⁰⁶. وتُقسَّم كل دائرة صحية إلى قطاعين صحيين أو أكثر، حيث يُمثل القطاع الصحي المجال الترابي الذي يُقدَّم فيه مركز صحي خدماته للسكان⁷⁰⁷.

يتطابق المجال الترابي للعمالات والأقاليم الصحية، مع المجالات الترابية للعمالات والأقاليم المُحددة بالتقسيم الإداري للمملكة⁷⁰⁸. وتُقسَّم كل عمالة أو إقليم صحي إلى دائرتين صحيتين أو أكثر، ويشمل عرض العلاجات في الإقليم الصحي خدمات الرعاية الصحية الأولية، وخدمات المستوى الأول الاستشفائية. ويُمثل الإقليم الصحي مجال تدخل المندوبية الإقليمية التابعة لوزارة الصحة⁷⁰⁹.

وفي هذا السياق يتطابق المجال الترابي للجهات الصحية مع المجال الترابي للجهات، كما هو مُحدد بالتقسيم الإداري للمملكة، حيث تتكون كل جهة صحية من عاملتين أو إقليمين صحيين، أو عدة عمالات وأقاليم صحية. ويشمل عرض العلاجات في الجهة الصحية، بالإضافة إلى الخدمات المُقدمة على صعيد العمالة أو الإقليم خدمات المستوى الثاني الاستشفائية⁷¹⁰.

⁷⁰⁶ المادة 2 من القانون التنظيمي رقم 14-113، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.15.85، في 20 من رمضان 1436 (7 يوليوز 2015) المتعلق بالجماعات، الجريدة الرسمية، عدد 6380، بتاريخ 23 يوليوز 2015، ص.6660

⁷⁰⁷ المواد 11 و12 و13 من المرسوم رقم 2.14.562، مرجع سابق، ص.7158

⁷⁰⁸ المادة 2 من القانون التنظيمي رقم 14-112، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.15.84، في 20 من رمضان 1436 (7 يوليوز 2015) المتعلق بالعمالات والأقاليم، الجريدة الرسمية، عدد 6380، بتاريخ 23 يوليوز 2015، ص.6625

⁷⁰⁹ المواد 14 و15 و16 من المرسوم رقم 2.14.562، مرجع سابق، ص.7158

⁷¹⁰ المادة 3 من القانون التنظيمي رقم 14-111، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.15.84، في 20 من رمضان 1436 (7 يوليوز 2015) المتعلق بالجهات، الجريدة الرسمية، عدد 6380، بتاريخ 23 يوليوز 2015، ص.6586

تحتضن الجهة الصحية موارد أو منشآت أو تجهيزات أو مؤسسات صحية ذات طابع مشترك بين عدة جهات، وتمثل الجهة الصحية مجال تدخل المديرية الجهوية للصحة التابعة لوزارة الصحة، وتتولى هذه المديرية التنسيق بين القطاعين العام والخاص⁷¹¹. كما يتطابق المجال الترابي الصحي المشترك بين عدة جهات، مع المجال الترابي الذي تقدم فيه الخدمات الصحية المشتركة بين عدة جهات، بواسطة بنية تحتية، أو تجهيز، أو منشأة صحية، أو منشأة ذات تكنولوجيا عالية، ولا سيما خدمات المستوى الثالث الاستشفائية، والخدمات التي تقدمها أقطاب التميز أو المراكز المرجعية المشتركة بين عدة جهات⁷¹².

تتكون شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية من المؤسسات الصحية التالية: المراكز الصحية القروية والحضرية من المستوى الأول، والمراكز الصحية القروية والحضرية من المستوى الثاني، والمستوصفات القروية. وتشمل هذه الشبكة بنيات متخصصة لدعم المؤسسات السالفة الذكر⁷¹³.

يُعتبر المركز الصحي القروي من المستوى الأول، مؤسسة للرعاية الصحية الأولية ونقطة الاتصال الأول في الوسط القروي، وتوضع هذه المؤسسة الصحية تحت مسؤولية طبيب عام، يُساعده مُمرض رئيس أو ممرضة رئيسة، وتُقدم خدمات صحية في مجال الوقاية والعلاج والنهوض بالصحة، والتي تشمل بالإضافة إلى المراقبة الوبائية الخدمات التالية: الاستشارات في الطب العام، والعلاجات التمريضية، وتتبع صحة الأم والطفل، وتتبع الأمراض المزمنة، وتتبع صحة الشباب والمراهقين، والصحة المدرسية وخدمات التوعية والتربية من أجل الصحة⁷¹⁴.

⁷¹¹ المواد 17 و 18 و 19 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7158.

⁷¹² المادة 20 من المرسوم رقم 2.14.562، مرجع سابق، ص. 7159.

⁷¹³ المادة 21 من المرسوم رقم 2.14.562، مرجع سابق، ص. 7159.

⁷¹⁴ المادة 22 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7159.

تُحدَّثُ المراكز الصحية القروية من المستوى الأول في إطار المخطط الجهوي لعرض العلاجات، وعندما يكون المجال الترابي لهذه المؤسسات شاسعاً، يُمكن إحداث مستوصف قروي أو اثنين يتم إلحاقهما بها، حيث يوضع كل واحدٍ منها، تحت مسؤولية مُمرض أو ممرضة. كما يتم إحداث كل مستوصف صحي قروي وتحديد مكان توطينه، في إطار المخطط الجهوي لعرض العلاجات⁷¹⁵.

يُوضَعُ المركز الصحي القروي من المستوى الثاني تحت مسؤولية طبيب عام، يساعده ممرض رئيس أو ممرضة رئيسة، ويُقدم على الخصوص بالإضافة إلى خدمات المركز الصحي القروي من المستوى الأول الخدمات التالية: العلاجات الاستعجالية الأساسية المتعلقة بالتوليد، والتحاليل البيولوجية الأساسية اللازمة لتتبع صحة النساء الحوامل والمرضى المصابين بأمراض مزمنة، والفحوصات بأشعة الصدى الصوتي للمرأة الحامل⁷¹⁶.

وفي هذا الإطار عندما يكون المركز الصحي القروي من المستوى الثاني، مُوطناً في مركز دائرة إدارية، تُوجد في مجالها الترابي بنية استشفائية عمومية، يُروَّدُ هذا المركز الصحي بوحدة للولادة من أربع إلى ثمانية أسرة، ويُقدم بالإضافة إلى ذلك: الخدمات المتعلقة بالمستعجلات الطبية للقرب، وعلاجات الفم والأسنان، واستشارات في الصحة العقلية⁷¹⁷.

يُوضَعُ المركز الصحي الحضري من المستوى الأول تحت مسؤولية طبيب عام، يساعده مُمرض رئيس أو ممرضة رئيسة، ويُقدم على الخصوص خدمات صحية في مجال الوقاية والعلاج والنهوض

⁷¹⁵ المادة 22 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص.7159

⁷¹⁶ المادة 24 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص.7160

⁷¹⁷ المادة 23 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص.7159

بالصحة، تشمل بالإضافة إلى المراقبة الوبائية الخدمات التالية: الاستشارات في الطب العام، والعلاجات التمريضية، وتتبع صحة الأم والطفل، وتتبع الأمراض المزمنة. يتم إحداث المراكز الصحية الحضرية من المستوى الأول وتحديد مكان توطينها في إطار المخطط الجهوي لعرض العلاجات⁷¹⁸.

يتم وضع المركز الصحي الحضري من المستوى الثاني تحت مسؤولية طبيب عام، يساعده ممرض رئيس أو ممرضة رئيسة، ويقدم خدمات إضافية عن خدمات المركز الصحي الحضري من المستوى الأول تتجلى في: العلاجات الاستعجالية الأساسية المتعلقة بالتوليد، والتحليل البيولوجية الأساسية اللازمة لتتبع صحة النساء الحوامل والمرضى المصابين بأمراض مزمنة. عندما يكون هذا المركز الصحي موطناً في مركز جماعة لا تتوفر على بنية استشفائية عمومية، يُقدم خدمات متعلقة بالمستعجلات الطبية للقرب، وعلاجات الفم والأسنان، واستشارات في الصحة العقلية⁷¹⁹.

وفي هذا الصدد يتم دعم مؤسسات الرعاية الصحية الأولية القروية والحضرية، ببنيات متخصصة تتولى تقديم خدمات تتعلق بالأنشطة المرتبطة بالبرامج الصحية، وتشمل هذه البنيات المؤسسات الصحية التالية: المراكز المرجعية للصحة الإنجابية، ومراكز تشخيص وعلاج الأمراض التنفسية، ومختبرات الصحة العمومية مثل مختبرات التشخيص الوبائي ومختبرات المحافظة على البيئة. ويمكن إحداث بنيات متخصصة أخرى للدعم، بقرار مشترك لوزير الصحة والوزير المكلف بالمالية، وذلك حسب احتياجات السكان وتنظيم عرض العلاجات⁷²⁰.

⁷¹⁸ المادة 24 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7160.

⁷¹⁹ المادة 25 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7160.

⁷²⁰ المادتان 26 و 27 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7160.

جدول رقم 14: توزيع شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية بالمغرب، حسب الجهات⁷²¹.

الجهات	عدد السكان (مليون نسمة)	عدد الجماعات الحضرية (المقاطعات والبلديات) ⁷²²	عدد المراكز الصحية الحضرية (المستويين 1 و 2)	عدد الجماعات القروية ⁷²³	عدد المراكز الصحية القروية (المستويين 1 و 2)
جهة طنجة-تطوان-الحسيمة	3,55	17	73	129	185
جهة الشرق	2,31	28	68	96	131
جهة فاس-مكناس	4,23	33	108	161	297
جهة الرباط-سلا-القنيطرة	4,58	23	111	91	127
جهة بني ملال-خنيفرة	2,52	16	46	119	215
جهة الدار البيضاء-سطات	6,86	29	162	124	181
جهة مراكش-أسفي	4,52	18	90	197	337
جهة درعة-تافيلالت	1,63	16	17	109	90
جهة سوس-ماسة	2,67	21	58	154	348
جهة كلميم-وادي نون	0,43	08	28	45	75
جهة العيون الساقية الحمراء	0,36	05	15	15	16
جهة الداخلة-وادي الذهب	0,14	02	05	11	10

يتبين من خلال الجدول وجود تفاوت جهوي في توزيع مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، حيث

يبلغ عدد المراكز الصحية الحضرية من المستويين 1 و 2، في جهة الدار البيضاء-سطات 162 مركز

صحي، في حين لا يتجاوز عدد هذه المراكز الصحية في 5 جهات مجتمعة وهي: درعة-تافيلالت،

وسوس-ماسة، وكلميم-وادي نون، والعيون-الساقية الحمراء، والداخلة-وادي الذهب 123 مركز صحي

حضري، رغم أن ساكنة جهة الدار البيضاء-سطات تبلغ 4,58 مليون نسمة، بينما تبلغ ساكنة هذه

الجهات الخمس 5,23 مليون نسمة⁷²⁴.

⁷²¹ Ministère de la santé, santé en chiffres 2015, direction de la planification des ressources financières, Maroc, 2016, p.28

⁷²² Haut-Commissariat au plan, Monographie régionale, Maroc, 2015, p.22

⁷²³ Ministère de l'intérieur, Monographie générale des régions, direction générale des collectivités locales, Maroc, 2015, p.5

⁷²⁴ Ministère de la santé, santé en chiffres 2015, op.cit., p.28

ويُوضح الجدول تركز المؤسسات الصحية الحضرية في ثلاث جهات: جهة الدار البيضاء-سطات، وجهة الرباط-سلا-القنيطرة، وجهة فاس-مكناس، بمعدل 381 مركز صحي حضري، وهو ما يُمثل 48,78% من مجموع المراكز الصحية الحضرية بالمغرب والبالغ عددها 781. أما فيما يخص المراكز الصحية بالعالم القروي، فنلاحظ أنها تتمركز في ثلاث جهات وهي: جهة سوس-ماسة 348، وجهة مراكش-أسفي 337، وجهة فاس-مكناس 297 مركز صحي قروي، حيث أن هذه الجهات تستحوذ على 48,81% من مجموع المراكز الصحية القروية والبالغ عددها 2012 مركز صحي قروي⁷²⁵.

عُرِفَت العلاجات الصحية الأولية في المغرب، تحت إسم العلاجات الصحية الأساسية، حيث كان تُبنى تعريف العلاجات الأساسية عوض العلاجات الأولية مقصوداً، والغاية منه جعل السياسيين يتقبلون المفهوم، تخوفاً مما قد تثيره لفظة أولية في الذهن، من تأويلات تذهب بها إلى معاني من قبيل البدائية أو المتخلفة. وتعتمد وزارة الصحة على تعريف منظمة الصحة العالمية، لمفهوم العلاجات الصحية الأولية، كما هي مُعرفة في إعلان ألما-آتا والذي انضمت إليه سنة 1978.⁷²⁶

تتكون العلاجات الصحية الأولية من التلقيح ضد الأمراض المعدية، وصحة الأم والطفل، والتخطيط العائلي، والوقاية من الأوبئة والتحكم فيها، وعلاج الأمراض والإصابات، والتربية الصحية، وتوفير الأدوية الأساسية. حيث يجب توفير هذه العلاجات بطريقة مُنصفة وذات جودة، وتمثل شبكة مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية بالمغرب، المُنتلق الفعلي الإجرائي لكل تدخل صحي، حيث تُعتبر أول واجهة تفاعلية بين الساكنة والمنظومة الصحية⁷²⁷.

⁷²⁵ Ministère de la santé, santé en chiffres 2015, op.cit., p.29

⁷²⁶ البنك الدولي، العدالة والمساءلة: الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، استراتيجية قطاع التغذية والصحة والسكان 2013-2018، واشنطن، 2013، ص.12

⁷²⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.21

يخضع تنظيم العلاجات الصحية الأولية في الدول المتقدمة لثلاثة نماذج وهي: النموذج المعياري التراتبي، والذي يرتبط بالعلاجات الصحية الأولية وتنظمه الدولة، وهو موجود في كل من إسبانيا وفنلندا والسويد. ثانياً النموذج المهني غير التراتبي، والذي يقوم بتنظيم العلاجات الصحية الأولية على أساس الاختيار الحر للمريض، وينتشر هذا النموذج في ألمانيا وكندا وفرنسا. أما النظام الثالث فهو النموذج المهني التراتبي، والذي يُعتبر فيه الطبيب العام محور المنظومة الصحية والمدخل إلى مسلك العلاجات، وتعتمده دول مثل: المملكة المتحدة وهولندا وأستراليا ونيوزيلندا⁷²⁸.

يُعتبر النموذج المغربي بمثابة مزيج بين النموذجين الأولين، مع هيمنة لتنظيم الدولة على القطاع العمومي، لأن النموذج المُتبع في القطاع العمومي تراتبي، لكنه ليس معيارياً بالفعل، أما النموذج المُتبع في القطاع الخاص فهو مهني وغير تراتبي وغير منظم من قبل الدولة⁷²⁹.

وفي هذا الصدد يتولى مهمات التدبير الإداري وتقديم العلاجات في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، طبيب رئيسي وممرض رئيسي، حيث يتميز تنظيم هذه المؤسسات بمركزية شديدة وغياب للتنسيق والتواصل الفعلي بين مختلف المستويات العلاجية، مما يجعل مسار المرضى صعباً ومعقداً، لأن هذا المسار مُنظم نظرياً لانتقال المريض من مستويات تراتبية للمؤسسات الصحية إلى مستويات أخرى، أي من المستوصفات والمراكز الصحية إلى المستشفيات الإقليمية والجهوية، حسب درجة خطورة أو صعوبة الحالة، أما على أرض الواقع فإن هذا التوجه يُختصر في بطاقة إحالة⁷³⁰.

تساهم مركزية التنظيم في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، في تعقيد وصعوبة مسار المرضى، وزيادة التكاليف على المواطنين بسبب عدم توفر الأدوية، وعدم توفر مهنيين صحيين مؤهلين،

⁷²⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص. 22.

⁷²⁹ نفس المرجع، ص. 23.

⁷³⁰ نفس المرجع، ص. 24.

وقادرين على التكفل ببعض العلاجات المُعينة، من قَبيل العلاجات الأساسية والمستعجلة وعمليات الولادة، مما يدفع بالعديد من المرضى إلى التوجه مُباشرة إلى مصالح المستعجلات في المستشفيات، أو اللجوء إلى شبكات المعارف من أجل تجاوز عقبات المنظومة الصحية⁷³¹.

يُعاني نظام النقل الطبي بالمغرب، وخصوصاً في العالم القروي من عدة إختلالات، منها: النقص في عدد سيارات الإسعاف، والنقص في مُخصصات المحروقات، والصيانة الرديئة لسيارات الإسعاف، مما يُفضي إلى حالات عطب مُتكررة، وإلى عدم جاهزية السيارات لمدة قد تكون في بعض الأحيان طويلة، وسائقين يتبعون أحياناً للجماعات المحلية مما يجعلهم غير جاهزين في كل وقت⁷³².

وفي هذا السياق يتبين أن التنظيم الحالي لشبكة الخدمات الصحية الأساسية بالمغرب، قد وصل إلى الطريق المسدود، لأنه لم يتمكن من تحقيق ولوج منصف إلى العلاجات الصحية الأساسية. نظراً لعدم تطبيق الخريطة الصحية. حيث أن تشييد بعض المُحسنين لمراكز صحية دون التأكد من جدواها، خاصة عدم توفر الموارد البشرية، هو السبب في وجود 143 مركزاً صحياً مُغلَقاً، كما أن تحقيق النجاعة والفعالية يستدعي إعادة التفكير في تنظيم هذه الشبكة، عبر تجميع الموارد البشرية والتجهيزات الطبية المتوفرة، في المراكز الصحية التي لا تشهد إقبالاً كبيراً، وتحويلها إلى مراكز سكنية كبرى حضرية أو قروية⁷³³.

تتكون الشبكة الاستشفائية من المؤسسات الصحية التالية: المستشفيات الإقليمية، والمستشفيات الجهوية، والمستشفيات التابعة للمراكز الاستشفائية المُحدثة في شكل مؤسسات عمومية، والمستشفيات المتخصصة في الأمراض العقلية، والمراكز الجهوية لعلاج السرطان، ومراكز تصفية الدم. وتشتمل الشبكة

⁷³¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 24.

⁷³² نفس المرجع، ص. 25.

⁷³³ نفس المرجع، ص. 26.

الاستشفائية على بنيات متخصصة لدعم هذه المؤسسات الصحية، وعندما تكون مساحة المجال الترابي للإقليم الصحي شاسعة، يُمكن تعزيز هذه الشبكة من خلال إحداث مستشفيات للقرب، ولما يصبح المجال الترابي للعمالة الصحية شاسعاً، يُمكن تعزيز الشبكة الاستشفائية بإحداث مصحات النهار⁷³⁴.

وفي هذا السياق تتولى المؤسسات التابعة للشبكة الاستشفائية، تقديم العلاجات والخدمات الصحية، إضافة إلى خدمات مستشفى النهار، والتي تُحدّد لائحتها بقرار لوزير الصحة، كما تُعتبر المؤسسات التابعة للشبكة الاستشفائية جزءاً من مسالك العلاج، وتشكل على هذا الأساس مؤسسات صحية مرجعية وداعمة لشبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية. تُنظّم المؤسسات التابعة للشبكة الاستشفائية حسب المجالات الترابية الصحية، التي تُقدّم فيها خدماتها للسكان من خلال: المراكز الاستشفائية الإقليمية، والمراكز الاستشفائية الجهوية، والمراكز الاستشفائية المشتركة بين عدة جهات⁷³⁵.

يتكون كل مركز استشفائي إقليمي من مجموع المؤسسات الاستشفائية التابعة لوزارة الصحة، والواقعة داخل نفوذه الترابي، بالإضافة إلى مستشفيات القرب ومصحات النهار العمومية، ويتولى تقديم خدمات المستوى الأول الاستشفائية، كما يشمل كل مركز استشفائي جهوي على مجموع المؤسسات الاستشفائية التابعة لوزارة الصحة، والواقعة داخل النفوذ الترابي لمركز الجهة، ويتولى تقديم خدمات المستوى الثاني الاستشفائية. تحتوي المراكز الاستشفائية المشتركة بين عدة جهات، على أقطاب التميز والمراكز المرجعية ذات البعد المشترك، وتتولى تقديم خدمات المستوى الثالث الاستشفائية⁷³⁶.

⁷³⁴ المادتان 28 و 29 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7161

⁷³⁵ المادتان 30 و 31 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7161

⁷³⁶ المادتان 32 و 33 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7161

جدول رقم 15: توزيع شبكة المؤسسات الاستشفائية بالمغرب حسب الجهات⁷³⁷.

الجهات	عدد السكان (مليون نسمة)	عدد المستشفيات الإقليمية	عدد المستشفيات الجهوية	عدد المراكز الاستشفائية الجامعية	عدد أسرة المستشفيات
جهة طنجة-تطوان-الحسيمة	3,55	07	03	--	2552
جهة الشرق	2,31	06	01	01	1826
جهة فاس-مكناس	4,23	10	03	01	1506
جهة الرباط-سلا-القنيطرة	4,58	06	01	01	2872
جهة بني ملال-خنيفرة	2,52	04	01	--	663
جهة الدار البيضاء-سطات	6,86	15	01	01	2884
جهة مراكش-أسفي	4,52	08	02	01	2347
جهة درعة-تافيلالت	1,63	02	01	--	1474
جهة سوس-ماسة	2,67	10	01	--	2199
جهة كلميم-وادي نون	0,43	04	01	--	322
جهة العيون-الساقية الحمراء	0,36	01	02	--	313
جهة الداخلة-وادي الذهب	0,14	--	01	--	53

يُوضح الجدول أعلاه توفر خمس جهات على المراكز الإستشفائية الجامعية وهي: جهة الشرق،

وجهة فاس-مكناس، وجهة الرباط-سلا-القنيطرة، وجهة الدار البيضاء-سطات وجهة مراكش-أسفي،

حيث تبلغ طاقتها الإستيعابية 11435 سرير، أي ما يُمثل 60,15% من مجموع الأسرة الإستشفائية

المتوفرة بالمغرب، والتي يبلغ عددها 19011 سرير. كما تستحوذ هذه الجهات على 44,44% من عدد

المستشفيات الجهوية و61,64% من مجموع المستشفيات الإقليمية.⁷³⁸ وتُدعّم هذه المراكز الاستشفائية

بمؤسسات مثل: المركز الوطني والمراكز الجهوية لتحاقن الدم وعلم مبحث الدم، والمعهد الوطني للصحة،

والمركز الوطني لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية، والمركز الوطني للوقاية من الأشعة الأيونية⁷³⁹.

⁷³⁷ Ministère de la santé, santé en chiffres 2015, op.cit., p.30

⁷³⁸ Ibid., p.31

⁷³⁹ المادتان 36 و 37 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7161

إن المراكز الاستشفائية مُطالَبة بإعداد وثيقة، تُسمى مشروع المؤسسة الاستشفائية، والتي تُحدد لفترة مُعينة الأهداف العامة للمؤسسة الإستشفائية في الميدان الطبي، والعلاجات التمريضية، والتكوين، والتدبير، والمنظومة الإعلامية. ويجب أن يكون مشروع المؤسسة الاستشفائية مُطابقاً لأهداف المخطط الجهوي لعرض العلاجات. ويتم إعداد هذه الوثيقة من طرف مدير المركز الاستشفائي، بتنسيق مع مدراء المؤسسات الاستشفائية المُكونة للمركز، ويتشاور مع المندوب الإقليمي والمدير الجهوي للصحة⁷⁴⁰.

تشتمل الشبكة المُندمجة للعلاجات الإستعجالية بالمغرب، على المستعجلات الطبية الاستشفائية الأساسية المُقدّمة في المراكز الاستشفائية الإقليمية، والمستعجلات الطبية الاستشفائية الكاملة والتي تقدمها المراكز الاستشفائية الجهوية، والمستعجلات الطبية الاستشفائية المتخصصة والتي تتكلف بتقديمها المراكز الاستشفائية المشتركة بين عدة جهات، وخدمات المستعجلات لِمَا قبل الاستشفاء والتي تُقدّمها وسائل النقل للإسعاف الأساسي والمصالح المتنقلة للمستعجلات والإنعاش ومروحيات النقل الطبي الاستعجالي، بينما تتولى المراكز الصحية من المستوى الثاني تقديم الخدمات المتعلقة بالمستعجلات الطبية للقرب⁷⁴¹.

تتكون شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية بالمغرب من: فضاءات صحة الشباب، ومراكز إعادة التأهيل البدني وتقويم البصر وتقويم النطق، ومراكز تقويم العظام، ومراكز معالجة الإدمان، والمراكز الطبية الجامعية، ومراكز العلاجات الملطفة، ويمكن تغيير أو تنظيم هذه المؤسسات بقرار لوزير الصحة، كما يتم إحداث المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية، في إطار المخططات الجهوية لعرض العلاجات، من طرف وزارة الصحة، أو بشراكة بينها وبين فاعلين آخرين من القطاع العام أو الخاص⁷⁴².

⁷⁴⁰ المادتان 34 و 35 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7161

⁷⁴¹ المادتان 38 و 39 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7162

⁷⁴² المادتان 40 و 41 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7162

يجب إحداث وتوطين شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، وفقاً لعدد السكان وطبقاً للمعايير التالية: المركز الصحي القروي من المستوى الأول 7.000 نسمة، والمركز الصحي القروي من المستوى الثاني 25.000 نسمة، والمركز الصحي الحضري من المستوى الأول 25.000 نسمة، والمركز الصحي الحضري من المستوى الثاني 50.000 نسمة. أما فيما يتعلق بشبكة المؤسسات الاستشفائية، يُشترط لإحداث وتوطين مستشفى للقرب 70.000 نسمة، ومستشفى إقليمي 200.000 نسمة، ومركز استشفائي مشترك بين عدة جهات، لجهتين صحيّتين على الأقل وساكنة يفوق عددها 2.000.000 نسمة⁷⁴³.

⁷⁴³ المواد 43 و44 و45 من المرسوم رقم 2.14.562، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، مرجع سابق، ص. 7163.

الفرع الثاني: تدبير وتوزيع الموارد البشرية

تتميز المنظومة الصحية بالمغرب بالنقص في الموارد البشرية، والذي يُشكل أحد أهم تحديات إصلاح القطاع الصحي بالمملكة، حيث بلغت كثافة أطباء القطاع العام سنة 2016 0,6 لكل 1000 نسمة، وفُدرت كثافة الأطر التمريضية لنفس الفترة ب 0,9 لكل 1000 نسمة⁷⁴⁴. وتوصي منظمة الصحة العالمية الدول بضرورة التوفر على نسبة 1,1 طبيب لكل 1000 شخص و 1,6 ممرض لكل 1000 شخص من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة⁷⁴⁵.

تُعتبر ملائمة أعداد الموارد البشرية للصحة مع حاجيات الساكنة أحد إشكاليات القطاع الصحي، نظراً لأن توزيع العاملين بقطاع الصحة، يتم حسب مصالح الموظفين بدل حاجيات المواطنين وإن توفرت الموارد البشرية، لأنه رغم الأهداف المحددة من طرف الحكومة للزيادة في عدد الأطباء، إلا أن 40% من أطباء القطاع الخاص يشتغلون في الأوساط الحضرية. كما أن أغلب أطباء القطاع العام يشتغلون بشكل مزدوج بالقطاعين الخاص والعام، في تعارض مع القانون ومعاونة الوزارة لاحتواء المشكلة⁷⁴⁶.

وفي هذا السياق أصبح تكوين الأطر الصحية غير ملائم مع قضايا ومشاكل الساكنة، أمام تغير مواصفات الحاجيات والطلب، كما أنه رغم التقدم الحاصل في تمويل المنظومة الصحية بالمغرب، فلم يتحقق الكثير بالنسبة للموارد البشرية. حيث يتوقف كل إصلاح للمنظومة الصحية على تكوين وتعبئة الموارد البشرية، كما يجب توفير مهنيين صحيين يتمتعون بكفاءات متنوعة وبعدها أكبر، من أجل الاستجابة لانتظارات المواطنين، ولضمان الولوج إلى علاجات صحية تتسم بالجودة والقرب والتكامل⁷⁴⁷.

⁷⁴⁴ Ministère de la santé, Ressources humaines de la santé en chiffres 2016, op.cit., p.8-9

⁷⁴⁵ Myrième Zniber et Mostafa Kharoufi, gouvernance et développement participatif, rapport thématique sur « 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025 », 2005, p.30

⁷⁴⁶ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.9

⁷⁴⁷ نفس المرجع، ص.39

إن مشكل الموارد البشرية في القطاع الصحي بالمغرب هو كمي بالأساس، حيث يجب الرفع من عدد الأطباء والممرضين، لأن عددهم غير كافٍ، كما أن المشكل نوعي كذلك، ويرتبط بتكوين مهنيي الصحة. حيث أن برامج التكوين الحالية لا تُساعد في تهيئ المهنيين لا لمواجهة مشاكل الصحة الحالية، ولا للعمل الجماعي ولا للاشتغال بالآليات التكنولوجية والولوج للمعلومة والتطبيب عن بُعد. وهناك مجموعة من التجارب الدولية تعتمد وسائل التكوين في تهيئ الأطباء والممرضين، لأعمال صحية تركز على الأشخاص وتُشجع عمل القرب، لهذا أصبح من الضروري مراجعة برامج ومقررات التكوين⁷⁴⁸.

وفي هذا الإطار تُعتبر تجارب بعض الدول كالبرازيل والتايلاند والولايات المتحدة وبلجيكا، بمثابة خريطة طريق لمراجعة برامج تكوين الأطباء والممرضين نحو عمل القرب، لذلك يُعد الانخراط الواضح والقوي والإرادي لمؤسسات التكوين، في توفير التكنولوجيات والتقنيات المتوفرة أمراً ضرورياً. لأن المغرب ارتكب أخطاء في الماضي، نظراً لإعتماده الاستثمار في تكوين المُتخصصين، الذين يشتغل أغليبتهم في القطاع الخاص بالمدن الكبرى، إضافةً إلى توجه العديد من المُمرضين إلى الوظائف الإدارية⁷⁴⁹.

يجب القيام أولاً بإعادة النظر في مُقررات ومدة تكوين المهنيين الطبيين والممرضين، وإدخال الإطار المتخصص ضمن أنشطة التطبيب عن بعد ودعم القرب، كما يجب اقتراح خيار الاستمرار في العمل على المهنيين الذين وصلوا سن التقاعد، والبالغ عددهم 7000 مهني صحي، إضافةً إلى تشخيص عميق لمشكل تحديد المناصب المالية، والتي يجب معالجتها بابتكار آليات إدارية ومالية، استناداً إلى المعلومة الحديثة والدقيقة التي تخص المنظومة الصحية بأكملها، وليس فقط مهني القطاع العام⁷⁵⁰.

⁷⁴⁸ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.40

⁷⁴⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، تدبير وتنمية الكفاءات البشرية: رافعة أساس لنجاح الجهوية المتقدمة، إحالة ذاتية رقم 11، مطبعة سيياما، الرباط، 2013، ص.14

⁷⁵⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.41

جدول رقم 16: توزيع الموارد البشرية بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2016.⁷⁵¹

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	عدد الأطباء لكل 1000 شخص	عدد الممرضين لكل 1000 شخص	أسرة المستشفيات لكل 1000 شخص
فرنسا	64	3,2	10,6	6,4
بريطانيا	65	2,8	8,4	10,7
ألمانيا	81	4,2	13,8	10,5
إسبانيا	46	3,9	5,3	3,1
الولايات المتحدة	322	1,1	9,9	9,2
روسيا	143	4	8,7	9,7
كندا	36	2,5	9,8	6,2
المملكة السعودية	32	0,1	5,2	0,8
الإمارات	9,27	1,6	3,1	1,1

يتبين من خلال الجدول أعلاه، أن ألمانيا حققت أفضل نسبة إنتشار لمهنيي الصحة مقارنة بالساكنة، حيث يبلغ عدد الأطباء في هذا البلد 4,2 لكل 1000 شخص، ويبلغ عدد الممرضين لكل 1000 شخص 13,8، بينما سُجِلت أدنى المعدلات على التوالي، في كل من السعودية والإمارات، حيث لم تتعدى نسبة الأطباء 0,1 و 1,6، كما أن نسبة الممرضين في هذه الدول ضعيفة، مقارنة مع باقي البلدان، حيث يبلغ عدد الممرضين في المملكة العربية السعودية 5,2 لكل 1000 شخص و 3,1 في دولة الإمارات العربية المتحدة. ومن جهة أخرى، نلاحظ أن أعلى نسبة لعدد أسرة المستشفيات بلغت 10,7 في بريطانيا، وسُجِلت أدنى نسبة في المملكة العربية السعودية بمعدل 0,8 سرير لكل 1000 شخص.⁷⁵²

⁷⁵¹ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

⁷⁵² <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 17: توزيع الموارد البشرية بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2016.⁷⁵³

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	عدد الأطباء لكل 1000 شخص	عدد الممرضين لكل 1000 شخص	أسرة المستشفيات لكل 1000 شخص
لبنان	6	2,4	2,6	4,6
الجزائر	40	1,2	1,9	3,2
تايلاند	68	0,5	2,3	0,7
تونس	11	1,3	2,6	2,5
مصر	95	0,8	1,4	2,1
الأردن	9,45	3,4	3,1	3,6
المكسيك	127	2,2	2,6	1,5
الغابون	1,98	0,4	2,9	5,7

يُوضح هذا الجدول أن الأردن تمكنت من تحقيق أفضل نسبة إنتشار لمهنيي الصحة مقارنة بالساكنة.⁷⁵⁴ حيث يبلغ عدد الأطباء في هذا البلد 3,4 لكل 1000 شخص، ويبلغ عدد الممرضين 3,1 لكل 1000 شخص. بينما سُجّلت أدنى المعدلات على التوالي في كل من مصر، وتايلاند والغابون، حيث لم تتعدى نسبة الأطباء 0,8 و 0,5 و 0,4، كما أن عدد الممرضين لكل 1000 شخص، يبقى ضعيفاً في عدة دول منها : مصر بمعدل 1,4،⁷⁵⁵ والجزائر 1,9، وتايلاند 2,3. ومن جهة أخرى نلاحظ أن أعلى نسبة لعدد أسرة المستشفيات، سُجّلت في الغابون بمعدل 5,7، مقارنة مع تايلاند والتي لم تحقق سوى 0,7 سرير لكل 1000 شخص.⁷⁵⁶

⁷⁵³ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

⁷⁵⁴ وزارة الصحة، دراسة أولية لواقع خدمات الرعاية الصحية والقوى البشرية، الأردن، 2009، ص.11

⁷⁵⁵ برنامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، جامعة السويس، مصر، 2005، ص.3

⁷⁵⁶ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 18: توزيع الموارد البشرية بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2016.⁷⁵⁷

الدول	عدد السكان (مليون نسمة)	عدد الأطباء لكل 1000 شخص	عدد الممرضين والقابلات لكل 1000 شخص	أسرة المستشفيات لكل 1000 شخص
المغرب	35	0,6	0,9	1,6
تركيا	79	1,7	2,6	1,7
الهند	1000	0,8	2,1	0,5
نيجيريا	185	0,4	1,6	0,4
السنغال	15	0,1	0,3	1,3
ساحل العاج	23	0,1	0,5	1,3
غينيا	12	0,1	0,4	0,7

يتبين من خلال الجدول، أن تركيا تمكنت من تحقيق أفضل نسبة إنتشار لمهنيي الصحة مقارنة بالساكنة، حيث يبلغ عدد الأطباء في هذا البلد 1,7 لكل 1000 شخص وعدد الممرضين 2,6، ولم يستطع المغرب توفير سوى 0,6 طبيب و 0,9 ممرض لكل 1000 شخص، وهي نسبة تقل عن دولة الهند والتي سجّلت 0,8 كمعدل لعدد الأطباء و 2,6 كمعدل لعدد الممرضين. بينما سجّلت أدنى المعدلات في غينيا، حيث لم تتعدى نسبة الأطباء 0,1 وعدد الممرضين 0,4 لكل 1000 شخص. كما نلاحظ أن الطاقة الإستيعابية من الأسرة بلغت في المغرب 1,6 سرير لكل 1000 شخص، واستطاعت تركيا تحقيق أعلى معدل والبالغ 1,7، مقارنة مع نيجيريا، والتي لم تحقق سوى 0,4 سرير لكل 1000 شخص.⁷⁵⁸

⁷⁵⁷ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

⁷⁵⁸ <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé>

جدول رقم 19: توزيع الأطباء في المجالين الحضري والقروي بالمغرب سنة 2016.⁷⁵⁹

الدول	عدد الأطباء في القطاع العام	عدد الأطباء في المجال الحضري	عدد الأطباء في المجال القروي	حاجيات المغرب حسب منظمة الصحة العالمية
المغرب	25207	9353	8247	1106
				11222

نستنتج من خلال الجدول أعلاه أن نسبة الأطباء في القطاع العمومي تبلغ 37,10% من العدد الإجمالي للأطباء بالمغرب والمقدر بـ 25207 طبيب، حيث أن 88,17% من الأطباء بالقطاع العمومي يُغطون المجال الحضري، مقابل 11,83% يُغطون المجال القروي. تتكون المملكة المغربية من 1251 جماعة قروية و 216 جماعة حضرية، مما يدل على وجود نقص حاد في عدد الأطباء، وتفاوت في التوزيع بين المجالين الحضري والقروي مقارنة مع مؤشر منظمة الصحة العالمية⁷⁶⁰.

جدول رقم 20: توزيع الممرضين في المجالين الحضري والقروي بالمغرب سنة 2016.⁷⁶¹

الدول	العدد الإجمالي للممرضين وتقني الصحة	عدد الممرضين بالقطاع العام	عدد الممرضين في المجال الحضري	عدد الممرضين في المجال القروي	حاجيات المغرب حسب منظمة الصحة العالمية
المغرب	32040	24585	19712	4873	49876

يُبين الجدول أعلاه أن نسبة الممرضين في القطاع العمومي تبلغ 76,73% من العدد الإجمالي للممرضين والمقدر بـ 32040 ممرض، ويُغطي 80,18% منهم المجال الحضري، مقابل 19,82% يُغطون المجال القروي، يتضمن المغرب 1251 جماعة قروية و 216 جماعة حضرية، مما يدل على وجود نقص في عدد الممرضين، وتفاوت في التوزيع بين المجالين الحضري والقروي⁷⁶².

⁷⁵⁹ Ministère de la santé, Ressources humaines de la santé en chiffres 2016, op.cit., p.8

⁷⁶⁰ Ibid., p.7

⁷⁶¹ Ibid., p.9

⁷⁶² Ibidem., p.10

جدول رقم 21: توزيع الأطباء والممرضين حسب الجهات بالمغرب سنة 2016.⁷⁶³

الجهات	عدد أطباء الطب العام	عدد الأطباء الاختصاصيين	عدد الأطباء جراحي الأسنان والصيادلة	عدد الممرضين وتقنيي الصحة	العدد الإجمالي لمهنيي الصحة بالجهة
جهة طنجة-تطوان-الحسيمة	402	447	71	2737	4354
جهة الشرق	340	275	46	2144	3551
جهة فاس-مكناس	502	590	76	3493	5987
جهة الرباط-سلا-القنيطرة	623	555	124	2485	4795
جهة بني ملال-خنيفرة	274	236	33	1940	3010
جهة الدار البيضاء-سطات	836	1082	151	3430	6653
جهة مراكش-أسفي	473	420	51	2847	4561
جهة درعة-تافيلالت	167	187	26	1435	2097
جهة سوس-ماسة	259	294	41	2221	3382
جهة كلميم-وادي نون	83	98	17	664	1074
جهة العيون-الساقية الحمراء	64	102	17	753	1433
جهة الداخلة-وادي الذهب	25	41	5	170	361

يُوضح هذا الجدول أن ثلاث جهات وهي: جهة الدار البيضاء-سطات، وجهة فاس-مكناس،

وجهة الرباط-سلا-القنيطرة، تستحوذ على نسبة 42,26% من العدد الإجمالي لمهنيي الصحة بالمغرب،

والمُقدر عددهم بـ 41258 ويتواجد في هذه الجهات الثلاث : 48,44% من أطباء الطب العام،

و 51,47% من الأطباء الاختصاصيين، و 53,34% من جراحي الأسنان، و 38,69% من الممرضين،

أي ما يُمثل 1961 طبيب عام، و 2227 طبيب إختصاصي، و 351 طبيب جراح الأسنان، و 9408

مُمرض، مما يدل على وجود تفاوت ترابي ومجالي في توزيع الموارد البشرية لقطاع الصحة بين جهات

المملكة المغربية⁷⁶⁴.

⁷⁶³ Ministère de la santé, Ressources humaines de la santé en chiffres 2016, op.cit., p.90-111

⁷⁶⁴ Ibid., p.90-111

وفي هذا الصدد ينبغي على وزارة الصحة إيجاد حلول لمجموعة من التحديات منها: إعادة انتشار مهنيي الصحة، وكيفية التأثير على هجرة الأطر الصحية من المغرب إلى الخارج، ومن الوسط القروي إلى الوسط الحضري، ومن المدن الصغيرة إلى المدن الكبيرة. كما يجب أن تعمل الوزارة الوصية على تقييم المُحفزات الحالية ومراجعة الأنظمة الأساسية للمهنيين الصحيين⁷⁶⁵.

يجب على وزارة الصحة القيام بمجهود كبير في مجال التكوين، بوثيرة تفوق ما هو مُخطط له حالياً من حيث العدد والتخصص، كما يجب تكييف الكفاءات مع حاجيات السكان المتعلقة بمحددات الصحة وبنوعية العلاجات. ثم إذا كان المهنيون المُكونون بالمغرب لا يسايزون الاحتياجات المتغيرة المواطنين، فيتعين إعادة تحديد الكفاءات وإدماج مفاهيم القرب والمجالية في مراجعة مقررات التكوين، وإشراك كليات الطب ومراكز تكوين الممرضين، للحصول على أطر صحية أكثر ملائمة لحاجيات الساكنة، ويمكنها أن تتطور خلال مسيرتها المهنية⁷⁶⁶.

إن مهنيي الصحة بالمغرب لديهم هاجس تقديم خدمات صحية ذات جودة وقيمة، حيث يمكن الاستفادة من هذا الالتزام، من خلال إنشاء مجموعة من الحوافز المُغبية حالياً، خاصة بالنسبة لتقديم علاجات القرب مثل الحوافز المالية، إضافةً إلى التنمية الاجتماعية لموظفي القطاع الصحي، من خلال التركيز على التنمية المهنية للفرد وللمجموعة، عبر ممارسة المسؤولية والعمل الجماعي وجعل التواصل، مُمكناً من خلال التكنولوجيات الرقمية، وتمكين مهنيي الصحة من استغلال هذا التطور التكنولوجي، في نقل العديد من أنشطة المستشفيات المتخصصة في اتجاه علاجات القرب⁷⁶⁷.

⁷⁶⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.39

⁷⁶⁶ نفس المرجع، ص.40

⁷⁶⁷ نفس المرجع، ص.41

وفي هذا الإطار أصبحت العلاقة بين المهنيين والمرتفقين في السنوات الأخيرة، مجالاً للصراعات ولانعدام الثقة، حيث تسود مشاعر الإحباط لدى الطرفين داخل المنظومة الصحية، كما أن إختلالات العرض الصحي، لا تسمح برؤية المكتسبات التي تحققت في المجال الصحي، مما لا يساهم في تحسين الوضع القائم، لذلك ينبغي على وزارة الصحة فتح بوابة للتعبير عن الشكايات المشروعة، مع توفير قنوات لتبليغها والإجابة عنها⁷⁶⁸.

إن تعزيز العلاقة بين الأطر الصحية والمرتفقين يتم من خلال الشفافية والحوار، كما لا يجب الاقتصار على سماع شكايات المرتفقين فقط، حيث أظهرت تجربة العديد من الدول، وجود فارق بين نوايا التخطيط لإصلاح المنظومة الصحية وانتظارات المهنيين على أرض الواقع، ويمكن تعليل هذا الإختلاف، بوجود مصالح ضيقة لفئات مختلفة، كما يرتبط هذا الفارق بتصور موظفي قطاع الصحة حول الإصلاح، وهي الفئة التي لا يتم الاستماع إلى آرائها وانتظاراتها. لذلك على الوزارة الوصية الأخذ بعين الاعتبار تجارب الأطر الصحية، عبر تنظيم لقاءات للتشاور والمناقشة من أجل تفادي مقاومة التغيير⁷⁶⁹.

أصبح تحديث المنظومة الصحية بالمغرب ضرورياً من أجل تعزيز صحة السكان، كما أن إنجازه بشكل جيد سيساعد في تحسين الحياة المهنية لموظفي القطاع الصحي. إن إصلاح المجال الصحي لا يتم فقط بتحيين الترسانة القانونية، ولكن بالتفكير القبلي في تطوير الموارد البشرية، حيث أن التنظيم الهيكلي للمنظومة الصحية، يحمل في طياته دوافع تحوّل أحياناً دون الانخراط في التغيير، ولكن في نفس الوقت، هناك إرادة قوية لدى الأطر الصحية في تخطي هذه التحديات⁷⁷⁰.

⁷⁶⁸ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.41

⁷⁶⁹ نفس المرجع، ص.42

⁷⁷⁰ نفس المرجع، ص.43

شدد صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله في رسالته الملكية السامية، إلى المشاركين في المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة، على الدور المركزي للموارد البشرية في إنجاح الأوراش الإصلاحية بقطاع الصحة، كما دعى إلى إيلاء مسألة الموارد البشرية بهذا القطاع الحيوي، ما تستحقه من عناية على أساس ضمان جودة تكوينها، بهدف تأهيلها وملاءمتها مع التطور العلمي والتكنولوجي، في مجال العلاج والوقاية والتدبير والحكمة الصحية وفق المعايير الدولية، إضافة إلى توفير العدد الكافي منها في جميع التخصصات والمهن الصحية، استجابةً للطلب المتزايد على الخدمات الصحية⁷⁷¹.

قامت وزارة الصحة سنة 2016 بتنظيم عدة دورات تكوينية، في إطار التكوين المستمر، حيث بلغ عددها 35 دورة تدريبية وعدد المستفيدين 749 مهني صحي، من بينها 23 دورة تدريبية تتعلق بالتدبير الصحي، استفاد منها 579 مشارك، و04 دورات تدريبية في مجال الاتصال، استفاد منها 71 مهني صحي، و04 دورات تدريبية في مجال الهندسة التربوية، نُظمت لفائدة 115 مشارك من المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، إضافةً إلى دورات تتعلق بالإدارة المالية، بلغ عدد المستفيدين منها 217 مشارك، ودورات تدريبية مرتبطة بتنمية قدرات الموظفين استفاد منها 217 مشارك⁷⁷².

يعتبر المغرب واحداً من 57 بلداً الذين يُعانون من نقص حاد في عدد المهنيين الصحيين، بنسبة تبلغ 1,5 لكل 1000 ساكن، وهي أقل من النسبة الحرجة المقدرة بنحو 2,37 لكل 1000 ساكن، والتي حددتها منظمة الصحة العالمية، كعتبة لتأمين تغطية التلقيح عند الأطفال بنسبة 80%، وضمان ولادات بمساعدة مهنيي الصحة لنسبة 80% من النساء الحوامل، وتحسين مُستدام لمؤشرات الصحة لمجموع الساكنة⁷⁷³.

⁷⁷¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.30
⁷⁷² Ministère de la santé, Bilan des activités de formation continue, op.cit., p.8

⁷⁷³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.31

وحسب احصائيات وزارة الصحة في خطة عملها للفترة 2012-2016، فإن النقص في عدد الأطباء يبلغ 6000 طبيب، أما في عدد الممرضين فإنه يصل إلى 9000 ممرض، وحسب تقدير آخر، يحتاج المغرب إلى حوالي 15.000 ممرض إضافي، لكي تكون نسبة التغطية للسكان أمثل وأشمل، حيث أن كثافة الممرضات اللواتي تم تكوينهم في مجال العلاجات المرتبطة بالولادة، لا تبلغ عتبة 2,28 لكل 1000 ساكن، والتي تعتبرها منظمة الصحة العالمية عتبة حرجية⁷⁷⁴.

إن عدم تدارك وزارة الصحة للنقص الحاصل في الموارد البشرية، سيحول دون وفاء المغرب بالتزامه بتحقيق الهدف الخامس من أهداف الألفية للتنمية، والمتعلق بتخفيض معدل وفيات الأمهات إلى 83 لكل 100.000 ولادة حية. وهو نقص يزيد من حدته ومن تعقده، أن القطاع الخاص يشتغل أيضاً بمهنيين ينتمون إلى القطاع العمومي، وسيزداد هذا النقص حدة خلال السنوات العشر القادمة، مع بلوغ 24% من الممرضين سن التقاعد أي ما يُمثل قرابة 7000 شخص⁷⁷⁵.

وفي هذا السياق لا تستجيب حصة الأطباء نسبةً إلى أعداد الساكنة بالمغرب، لمعايير منظمة الصحة العالمية حيث لا تتجاوز 0,6 لكل 1000 ساكن⁷⁷⁶. وهي نسبة تضع المغرب بعيداً خلف دول كلبان والأردن وتونس والجزائر، كما تزداد الحصة ضِعْفاً فيما يخص مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، إذ لا تتجاوز 0,1 لكل 1000 ساكن. كما يُمثل الأطباء الاختصاصيون 57% من أطباء القطاع العمومي، مما يطرح مشكلة على مستوى استراتيجية العلاجات الصحية الأساسية، والتي يعود فيها الدور الرئيسي إلى طبيب الطب العام⁷⁷⁷.

⁷⁷⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.30

⁷⁷⁵ نفس المرجع، ص.31

⁷⁷⁶ Organisation Mondiale de la santé, migrations internationales, santé et droits humains, 2003, Genève, p.11

⁷⁷⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.32

وبهذا الخصوص قامت الحكومة المغربية بإطلاق مبادرة تكوين 3300 طبيب في أفق 2020، والتي ستتطلب تطوير العرض الصحي على مستوى كليات الطب الخمس الموجودة، وإحداث خمس كليات طب جديدة. كما أن إصلاح التكوين الطبي يوجد قيد الدراسة حالياً، ومن بين مداخل التجديد، هناك عملية تفكير في تقصير مدة الدراسة في الطب، على غرار ما يجري في أمريكا الشمالية، وقد تقدم التفكير خطوات كبيرة فيما يخص إصلاح تكوين أطباء الطب العام⁷⁷⁸.

إن أسباب هذا النقص في أعداد مهنيي الصحة، يرجع بالأساس إلى غياب رؤية استراتيجية، مُنسجمة لتطوير وتدبير الموارد البشرية، وإغلاق عدد كبير من مدارس الممرضين في نهاية الثمانينات، وهو الإغلاق الذي جاء نتيجة للإجراءات المُتضمنة في برنامج التقويم الهيكلي، الذي فرضه صندوق النقد الدولي على المغرب، ولم تتم إعادة انتاج هذه المدارس إلا في بداية العقد الأول من القرن الحالي، إضافةً إلى المغادرة الطوعية للموظفين، والتي لجأت إليها الحكومة ما بين 2005 و2006، وفي إطارها غادر عدد كبير من الأطباء والممرضين وأساتذة كليات الطب أسلاك الوظيفة العمومية⁷⁷⁹.

وفي هذا الصدد تُعتبر هجرة الأطباء والممرضين إلى الخارج، خصوصاً صوب أوروبا، من بين أسباب النقص في الموارد البشرية لقطاع الصحة، وهي هجرة لا يمكنها إلا أن تكون مرشحة للتزايد، نظراً للنقص الكبير في مهنيي الصحة في بلدان ذات قدرة اجتذابية كبيرة، حيث بلغ عدد المغاربة المشتغلين في مجال الصحة في فرنسا، من أطباء وجراحين وممرضين وغيرهم، ما يفوق 5000 مهني صحي، كما تم تسجيل 1034 طبيب مغربي جديد في لائحة هيئة الأطباء في البلد نفسه سنة 2013.⁷⁸⁰

⁷⁷⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.31

⁷⁷⁹ نفس المرجع، ص.32

⁷⁸⁰ نفس المرجع، ص.33

تُعاني الجهات بالمغرب من وجود عدة فوارق في مجال العروض العلاجية، تتضافر إلى إشكالية النقص في الموارد البشرية. وتختلف نسبة الأطباء إلى عدد السكان بين جهات المملكة، حيث تبلغ طبيياً واحداً لكل 1916 ساكن في جهة الدار البيضاء، مُقابل طبيب واحد لكل 5378 ساكن في جهة سوس-ماسة-درعة، إضافةً إلى اختلاف النسبة بين الوسطين الحضري والقروي، حيث تبلغ طبيياً واحداً لكل 8111 ساكن في الوسط الحضري، مُقابل طبيب واحد لكل 11345 ساكن في الوسط القروي⁷⁸¹.

وفي هذا السياق نجد أن العدد الاجمالي للمرضيين في المغرب يبلغ 32040 مريض، حيث يعمل 85% منهم بالقطاع العام، كما تبلغ نسبة المهنيين شبه الطبيين إلى عدد السكان، ما قدره 0,54 لكل 1000 ساكن في جهة الغرب-الشراردة-بني حسن، مُقابل 1,7 لكل ألف ساكن في جهة العيون-الساقية الحمراء-بوجدور، وتخطط وزارة الصحة للانتقال من نسبة 1,8 مهني طبي وشبه طبي لكل 1000 ساكن، إلى 3 مهني صحي لكل 1000 شخص في أفق 2020.⁷⁸²

إن النقص الحاد في الموارد البشرية بالمغرب، يُجبر الوزارة على تنظيم مباريات سنوية للتوظيف، لكن مع الخصائص المُسجَل في المناصب المالية المُخصصة لقطاع الصحة، فإن هناك أعداد كبيرة من الممرضين والأطباء، لا يتم توظيفهم من قبل الوزارة الوصية بعد نهاية تكوينهم، حيث أنه من أصل الحاجيات التي عبرت عنها وزارة الصحة في مجال الموارد البشرية، والبالغة 20.000 منصب مالي بين 1993 و 2007، لم يتم تمكين الوزارة إلا من 13.356 منصباً مالياً، كما لم يتم تعويض مغادرة 6621 مهني صحي ممن بَلَغوا سن التقاعد⁷⁸³.

⁷⁸¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.32

⁷⁸² نفس المرجع، ص.33

⁷⁸³ نفس المرجع، ص.34

يقع عبء المهام الإدارية بكامله على المهنيين المعالجين، حيث يتعين على هؤلاء أن ينقلوا باليد لمرات عديدة، نفس معلومات كل برنامج صحي في سجلات أو بطاقات مختلفة، إضافةً إلى تحضير وتدبير طلبات الأدوية والمواد الطبية، وبلورة خطط عمل وتقارير أنشطة دورية، لا تفيد أدنى إفادة في اتخاذ القرار على المستوى المحلي. حيث يُمكن لوزارة الصحة توظيف تقنيين من خريجي مختلف معاهد التكنولوجيا التطبيقية، لمساعدة المهنيين المعالجين على القيام بهذه المهام، لأن هذا الإجراء سيُتيح لهم تخصيص مزيد من الوقت لمهنتهم الحقيقية، أي الأنشطة العلاجية والوقائية وأنشطة التوعية الصحية⁷⁸⁴.

يُعاني الوسط القروي بالمغرب من حركية كبيرة جداً لأطباء الطب العام، حيث يُقدّم هؤلاء الأطباء خدمات صحية أساسية، لا يكونون دائماً مستعدين لها نظراً لطبيعة تكوينهم، وذلك في سياق يتميز بندرة وسائل التشخيص والعلاج وشروط عمل رديئة، وفي أحيان كثيرة في محيط لا يُتيح إلا القليل من آفاق التفتح الشخصي والعائلي، وهذه الصعوبات تدفع بالكثير منهم إلى التقدم لاجتياز مباريات الولوج إلى التخصصات، للتمكن من مغادرة المجال القروي وتحسين وضعيتهم المادية والمهنية⁷⁸⁵.

وفي هذا الإطار يعيش الممرضون والممرضات بالمغرب كذلك وضعية مشابهة على العموم، غير أنهم أكثر تعرضاً للعدوانية، ولمتطلبات أكثر فأكثر إلحاحاً من قبل الساكنة، والتي ترتاد مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، حيث أن تعيينات مهنيي الصحة بمختلف المناطق، لا تكون أنماطها ومعاييرها دائماً شفافة، ويعيشها المعنيون بالأمر في كثير من الأحيان كأنها ظلم أو عقاب ليس له مبرر، مما يجعلها بالنسبة إلى الكثيرين منهم مصدر إحباط وخيبة أمل⁷⁸⁶.

⁷⁸⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.33

⁷⁸⁵ نفس المرجع، ص.34

⁷⁸⁶ نفس المرجع، ص.35

إن إدماج الأطباء في المنظومة العلاجية وخصوصاً في المناطق النائية والمعزولة، يجب أن يتم حسب مقارنة تشاركية حقيقية، قائمة على التفاوض والتحديد الواضح لمهام محددة في الزمن، وكذا اقتراح تدابير تحفيزية ستكون أجدى نفعاً وأعم فائدة. كما تشدد منظمة الصحة العالمية في هذا الصدد، على أهمية الحوافز المالية والمهنية على الخصوص، والتي تشهد البحوث والاحصاءات بأثرها الإيجابي، في الانتاجية والقدرة على التجاوب⁷⁸⁷.

وفي هذا الصدد هناك بعض الاشكاليات المتعلقة بتعيين واستبقاء الأطباء في المناطق القروية النائية منها: الشعور بالظلم، إضافةً إلى وجود قناعة مفادها أنه من الممكن الإفلات من تلك الوضعية، عبر توظيف العلاقات والمحسوبية، ومن أجل محاولة التغلب على هذه الصعوبة، سيكون من المستحسن العمل على تحسين معايير التعيين وأنظمة التتقيط⁷⁸⁸.

إن ملائمة التكوين الحالي للأطباء يفرض إعادة تعريف دور طبيب الطب العام، ومراجعة مناهجه التكوينية، لأن المسؤولين بوزارة الصحة أو بكليات الطب، وأَعُون بضرورة تثمين الطب العام، حيث يُكوّن أطباء الطب العام في وسط استشفائي، مع فترة تدريب من شهر واحد فقط في مركز صحي، مما لا يكفي لإعدادهم لممارسة الطب في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية. وهذا التفاوت بين التكوين الأساسي والممارسة، ينعكس أثره على الكفاءات ويساهم في تكوين هوية مهنية غير واضحة، مما يُفضي إلى إحباط مهني كبير يستشعره الكثير من أطباء الطب العام⁷⁸⁹.

⁷⁸⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.33

⁷⁸⁸ نفس المرجع، ص.34

⁷⁸⁹ نفس المرجع، ص.35

يُعتبر تحقيق مسار مهني ناجح في مجال الطب العام شبه مستحيل في القطاع العمومي، حيث يبقى السبيل الوحيد للترقي هو سلوك طريق التخصص، وبينما تعاني المنظومة الصحية من نقص كبير في عدد أطباء الطب العام، لا يكاد يكون هناك طالب طب واحد لا يريد أن يصبح اختصاصياً. وتكمن أسباب ذلك في سيادة انطباع سلبي عن العلاجات الصحية الأساسية، وعدم الاعتراف بالطب العام كتخصص قائم بذاته، والأجرة والوضعية الإدارية اللتين لا تحفزان كثيراً، وغياب مشتل جامعي للطب العام وطب الأسرة والطب الجماعاتي⁷⁹⁰.

وفي هذا السياق لا يتوفر المواطنون بالمغرب على معلومات كافية عن مكانة طبيب الطب العام، في مسلك العلاجات الصحية الأساسية، لذلك فلجوء الساكنة إلى استهلاك استشارات الاختصاصيين، يعود بكلفة مرتفعة جداً على الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الاجتماعي، والذي قام بدفع تعويضات عن 579.129 استشارة للطب العام و1.226.877 استشارة للطب الاختصاصي. وعلى سبيل المقارنة فقد فرضت فرنسا على المنخرطين في نظام الضمان الاجتماعي، المرور أولاً عبر الطبيب المعالج أي طبيب الطب العام، للتمكن من الولوج إلى المنظومة العلاجية⁷⁹¹.

إن مساهمة أطباء طب النساء المُولدين في تسريع تخفيض نسب الوفيات بين الأمهات والرضع، غير كافية لذلك من الواجب إحداث تخصص أطباء التوليد مُكونين على مدى سنتين أو ثلاث، كما فعلت بعض دول أمريكا اللاتينية، والتي استطاعت تخفيض نسب الوفيات بقدر كبير، حيث ينبغي العمل على مأسسة هذا التخصص، والتخطيط لإصلاح التكوين الطبي من أجل الاستجابة لحاجيات الساكنة⁷⁹².

⁷⁹⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.34

⁷⁹¹ نفس المرجع، ص.35

⁷⁹² نفس المرجع، ص.36

وفي هذا الإطار ينبغي أن يظل الممرض هو الملجأ الأول في العالم القروي النائي، مع تمكنه من تكوين ملائم ومناسب، حيث توصي منظمة الصحة العالمية بإسناد بعض المهمات إلى مهنين صحيين أقل تأهيلاً لمواجهة النقص في العاملين، كما أنه بفضل الممرضين المتنقلين، والذين مثلوا الركيزة الأساسية في برنامج الزيارات المنزلية ذات الدوافع المنهجية، استطاع المغرب تحسين عدد كبير من المؤشرات الصحية والقضاء على عدد من الأمراض والأوبئة. وينبغي الأخذ بعين الاعتبار كذلك في تحديد أعداد الممرضين الواجب تكوينهم الطلب المتزايد لمنظومة القطاع الخاص⁷⁹³.

أما بخصوص مجال الترويض وإعادة التأهيل، فتُعد الموارد البشرية نادرة جداً. فأطباء الطب الجسدي والترويض العاملون في القطاع العام، يُعدون على أصابع اليد الواحدة، والقطاع العمومي يشكو من نقص هام في المهنين شبه الطبيين المتخصصين في الترويض وإعادة التأهيل⁷⁹⁴.

إن التكوين المستمر لا يشمل جميع فئات مهنيي الصحة، لأنه غير مُأسس وليس إجبارياً، حيث يجب ملاءمته مع التقنيات البيداغوجية الحديثة، لتفادي غيابات الموظفين عن العمل، والإستفادة المثلى من كلفة التكوين وآثره. أما المدرسة الوطنية للصحة العمومية، فهي مفتوحة في وجه الطلبة القادمين، من المسارات الطبية وشبه الطبية⁷⁹⁵. وتُعنى بعدة تخصصات مثل الصحة العمومية، وتدبير الصحة، وصحة الأسرة، والصحة الجماعية، لكن عدد الخريجين في كل سنة لا يتعدى 20 خريجاً في كل مسلك⁷⁹⁶.

تتمحور إشكالية تدبير الموارد البشرية الصحية حول عدة تحديات، منها تعريف الحاجيات الواجب تلبيتها من مهنيي الصحة على أساس الوضع القائم منذ الانطلاق، والحاجيات المستقبلية مع الأخذ بعين

⁷⁹³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.37

⁷⁹⁴ نفس المرجع، ص.38

⁷⁹⁵ المادة 2 من المرسوم رقم 2.12.904 صادر في 27 من جمادى الأولى 1434 (8 أبريل 2013) يتعلق بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، عدد 6155، بتاريخ 27 ماي 2013، ص.4354

⁷⁹⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.39

الاعتبار القوى المُحرّكة للطلب، ثم بناء قدرات التكوين وجذب المترشحين الجدد، ووضع الشروط التي بواسطتها سيتم تعزيز التوزيع الجيد والاستقرار للأفراد من خلال المراقبة المُوجّهة، وإجراءات الضبط والتكيف، كما يجب تحديد المهارات الضرورية، وتوجيه مناهج التدريس والبيداغوجية المستوعبة، واعتماد مقاربات جديدة، مثل التعلم عن طريق حل المشاكل والتدريب والتكوين عن بعد وأدوات ضمان الجودة⁷⁹⁷.

أما بخصوص الأداء يجب البحث عن طريقة لتنظيم الخدمات، والعمل في اتجاه التكامل أو إذا أمكن توسيع دور الممرضين، أما فيما يتعلق بتدبير المستشفيات المعروف بإسم المغناطيسية، فتعتبر ممارسة جيدة، يتعلق الأمر هنا بالمستشفيات التي يسود فيها التدبير التشاركي، مع إشراك الموظفين في القرارات الرئيسية للإدارة وتطبيق اللامركزية الادارية، بالموازاة مع المرونة في تنظيم العمل، وملائمة العدد والمهارات، كما تهيمن فيها كذلك قيم الابتكار، وتشجيع التكوين المستمر والذاتي والمساءلة⁷⁹⁸.

وفي هذا الصدد يُوجد هناك عجز في مجال تدبير الموارد البشرية الصحية، لأن المحاور الثلاثة الرئيسية التي تحكم المرفق العام، تتعلق أساساً بالموارد البشرية والتنظيم والاجراءات⁷⁹⁹. وهذان الأخيران يتم تصميمهما وتنفيذهما من طرف الموارد البشرية، بينما تبقى قدرة استجابة المرفق العام لروح الدستور، مرهونة بإعادة النظر في تدبير الوارد البشرية بالاعتماد على نهج جديد⁸⁰⁰.

يعتمد إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب على عدة إجراءات منها: اعتماد الدليل المرجعي للوظائف والكفاءات، لكن تطبيقه في مجال الموارد البشرية الصحية يطرح عدة صعوبات، نظراً لوجود فراغ قانوني، لذلك يجب على وزارة الصحة مؤسسة التكوين المستمر، وتقييم إنتاجية مهني الصحة،

⁷⁹⁷ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.88

⁷⁹⁸ نفس المرجع، ص.89

⁷⁹⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، النموذج التنموي الجديد للأقاليم الجنوبية، اللجنة الخاصة، مطبعة

سيياما، الرباط، 2013، ص.18

⁸⁰⁰ نفس المرجع، ص.19

وتحفيز الموارد البشرية، عن طريق تحسين ظروف السلامة في مكان العمل، ومراجعة نظام الأجور، وإعادة إنتشار الأطباء والممرضين، عبر إستعمال أدوات جديدة مثل التعيينات لقرارات قصيرة الأمد، والتعاقد على أساس ميزانيات-برامج، واعتماد مقارنة تدريجية في مجال تنفيذ الإصلاح⁸⁰¹.

وفي هذا السياق يهدف إصلاح نظام الإجازة-ماستر-دكتوراه في كليات الطب، تمكين حاملي شهادة الماستر بعد 5 سنوات من الدراسة، من اجتياز المباراة لإعداد شهادة الدكتوراه، حيث يجب التخطيط لهذا التكوين، من أجل التمكن من تخصيص 40% من العدد المُكون لأطباء الطب العام، و60% للأطباء الأخصائيين. إن هذا المنهج سيساهم في إنشاء جسور تسمح للطلاب الذين لم يتمكنوا من متابعة الدراسات الطبية، من اللجوء إلى المعاهد أو الجامعات الأخرى، أما بالنسبة للتكوين المستمر، فيجب أن يكون إلزامياً ومدفوع الأجر، ومعيّاراً للتخصص في الصحة الجماعية أو طب الأسرة⁸⁰².

أما في إطار إصلاح تكوين الممرضين بالمغرب، فقد تم إحداث نظام إجازة-ماستر-دكتوراه، مع معادلة أكاديمية للشهادات المحصلة، وكذا إرساء جسور مع الجامعات، حيث سيصبح بإمكان الحاصلين على ماستر في علوم التمريض، أن يجتازوا مباراة تتيح لهم الالتحاق بكلية للطب، من أجل إعداد أطروحة دكتوراه في علوم الحياة والصحة⁸⁰³. كما أن التكوين الجيد وتوسيع أدوار الممرضين، كما هو الحال في عدد من البلدان الغربية وبلدان الجنوب، سيساهم في تثمين المهنة، وسيُمكن من الاستجابة بشكل أفضل لحاجيات الساكنة في الوسط القروي على الخصوص⁸⁰⁴.

⁸⁰¹ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، نفس المرجع، ص.89

⁸⁰² نفس المرجع، ص.92

⁸⁰³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.36

⁸⁰⁴ المادة الثانية من قرار لوزير الصحة بالنيابة رقم 2658.17، صادر في 17 من جمادى الأولى 1439 (5 يناير 2018) بإحداث وتنظيم معاهد التكوين المهني في الميدان الصحي، الجريدة الرسمية، عدد 6645، بتاريخ 5 فبراير 2018، ص.878

يتوفر المغرب على 23 مؤسسة عمومية لتكوين الممرضين والتقنيين، تعمل تحت إشراف وزارة الصحة، وتوفر سنوياً ما يقارب 1400 حاملاً لشهادة الإجازة في التمريض والتقنيات المرتبطة بالصحة، وتعتبر المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، كمؤسسات للتعليم العالي غير تابعة للجامعات، وتُنظَّم طبقاً لمقتضيات القانون رقم 00-01 المتعلق بتنظيم التعليم العالي، كما تخضع هذه المعاهد للسلطة الحكومية المكلفة بالصحة⁸⁰⁵.

وتُحدّد مقرات المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة وملحقاتها بقرار لوزارة الصحة، يُؤشّر عليه من طرف وزارة المالية، بعد استطلاع رأي مجلس التنسيق ورأي اللجنة الوطنية لتنسيق التعليم العالي. حيث تُناط بهذه المعاهد مهمة تكوين المهنيين في المجالات التمريضية وتقنيات الصحة، والقيام بأعمال البحث، وإجراء الدراسات وتقديم الخبرات في هذا المجال⁸⁰⁶.

وتقوم المعاهد بإعداد ووضع برامج البحث العلمي والتكنولوجي، والمساهمة في برامج البحوث الجهوية والوطنية والدولية المتعلقة بمجالات التمريض وتقنيات الصحة، كما تقوم بأعمال الدراسة والخبرة لفائدة الغير وبطلب منه عاماً كان أو خاصاً⁸⁰⁷. وتعمل هذه المعاهد على إبرام اتفاقيات شراكة وتعاون، مع مؤسسات التكوين سواء كانت وطنية أو أجنبية، كما بإمكانها القيام بالأعمال المرتبطة بالتكوين المستمر أو الخبرة أو الدراسات أو البحث، بمقابل، بناءً على اتفاقيات تُبرمها مع الأطراف المستفيدة⁸⁰⁸.

⁸⁰⁵ المادة 1 من المرسوم رقم 2.13.658 صادر في 23 من ذي القعدة 1434 (30 شتنبر 2013) يتعلق بالمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، الجريدة الرسمية، عدد 6195 مكرر، بتاريخ 15 أكتوبر 2013، ص. 6507.

⁸⁰⁶ نفس المرجع، ص. 6507.

⁸⁰⁷ المادة 3 و4 من قرار وزير الصحة رقم 683.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6661، بتاريخ 2 أبريل 2018، ص. 1829-1828.

⁸⁰⁸ المادة 2 من المرسوم رقم 2.13.658، المتعلق بالمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، مرجع سابق، ص. 6507.

وفي هذا السياق يُنظَّم التكوين بالمعاهد في أسلاك ومسالك ووحدات، حيث تتولى المعاهد تحضير وتسليم الإجازة في عدة مسالك منها: العلاجات التمريضية، وتقنيات الصحة، والقبالة، والترويض وإعادة التأهيل، والمساعدة في المجال الطبي الاجتماعي. إضافةً إلى تسليم الماستر والماستر المتخصص والدكتوراه، ويستغرق سلك الإجازة ستة فصول بعد البكالوريا أو ما يعادلها، كما يمتد سلك الماستر أو الماستر المتخصص على أربعة فصول، بعد الحصول على دبلوم سلك الإجازة في المهن التمريضية وتقنيات الصحة، أو على دبلوم معترف بمعادلته له، ويُتوج بدبلوم الماستر أو الماستر المتخصص⁸⁰⁹.

يتألف موظفو المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة من أساتذة باحثين دائمين، وأساتذة مشاركين، وأساتذة يتقاضون تعويضات عن الدروس، وموظفين يزاولون مهام التدريس، لا سيما من بين الذين زاولوا هذه المهام بمعاهد تأهيل الأطر في الميدان الصحي، إضافةً إلى موظفين إداريين وموظفين تقنيين⁸¹⁰.

إن إصلاح المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، يندرج ضمن القانون 00-01 المتعلق بتنظيم التعليم العالي، كما يهدف إلى تطوير الدراسات على مستوى معاهد تأهيل الأطر في الميدان الصحي، من خلال تنفيذ نظام الإجازة-ماستر-دكتوراه، والذي يُخول المعادلة الأكاديمية للشواهد الممنوحة وإقامة جسور مع الجامعة، وتم تنفيذه سنة 2013 في 7 معاهد عليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة و16 معهداً مُلحقاً، حيث أصبح نظام التكوين يشتمل على 5 مسالك و18 تخصصاً⁸¹¹.

⁸⁰⁹ المادة 4 من المرسوم رقم 2.13.658، المتعلق بالمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، مرجع سابق، ص. 6508

⁸¹⁰ المادة 24 من المرسوم رقم 2.13.658، المتعلق بالمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، مرجع سابق، ص. 6511

⁸¹¹ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 92

المبحث الثاني: الحكامة الصحية كآلية للحد من اختلالات المنظومة الصحية

يتطلب تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص إتخاذ مجموعة من الإجراءات منها: إجراء تقييم لأنشطة المناولة في المراكز الإستشفائية من أجل التحكم في التكاليف، وتحديد إطار للتعاون بين وزارة الصحة والقطاع الخاص، وإعداد نصوص تنظيمية لتأطير الممارسة الطبية في المؤسسات الصحية، وتطوير الاستثمار في المجال الصح من خلال مبادرات لتمويل القطاع الخاص للمستشفيات العمومية، واستمرار المفاوضات بشأن القانون رقم 94-10 في أفق تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص⁸¹².
تتطلب دراسة الحكامة الصحية تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين، حيث سنتطرق في المطلب الأول، إلى أهمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص والاستثمار في المجال الصحي، وسنتناول تخليق المرافق العمومية وتحسين جودة الخدمات الصحية في المطلب الثاني.

المطلب الأول: الشراكة بين القطاعين العام والخاص والاستثمار في المجال الصحي

الفرع الأول: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي

إن تحديد الصيغة النهائية للمنظومة الصحية، يرجع إلى السلطة الحكومية المكلفة بالصحة، كما أن الإجماع الحالي حول طبيعة النظام الصحي، يفرض على الوزارة الوصية القيام بدور قوي ومحدد، لكن هذا لا يعني إلزام الدولة بالقيام بكل شيء لوحدها، ويُعتبر المسؤولون السياسيون على المستوى الوطني والمحلي وباقي المتدخلين، كأطراف فاعلة لديها أدور تؤديها وتمتلك مصالح تحاول حمايتها. إذن ينبغي القيام بإصلاح تشاركي وتوافق إجتماعي، لأنه بدون حوار مُنظم، من الممكن أن تتعرض عملية إصلاح القطاع الصحي، للمُصادرة من طرف مجموعات الضغط نظراً لتضارب مصالحهم⁸¹³.

⁸¹² وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.87

⁸¹³ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.34

وفي هذا السياق يقتضي تحديث المنظومة الصحية تقوية الحوار بين المتدخلين، أكثر من التفكير في الاختيارات التقنية، ويجب ترجمة هذا الحوار إلى اتفاقات وشراكات ملموسة، كما توجد ثلاث أورش يُمكن بواسطتها إدارة النظام الصحي وهي: الحكامة الصحية عبر التعاقد بين القطاعين العام والخاص، من أجل الرفع من نجاعة وفعالية المنظومة الصحية، ثانياً إصلاح النظام الصحي الإعلامي لتمكينه من تطوير العناصر الاستراتيجية الضرورية لقيادة إصلاح المنظومة الصحية وأخيراً توفير الموارد البشرية⁸¹⁴.

يستوجب تحديث القطاع الصحي الانتقال من التمرکز الإداري، الذي ينطلق من تحديد المعايير التقنية وإتخاذ جميع القرارات، إلى رؤية تأخذ بعين الاعتبار الميثاق الوطني للتمرکز الإداري، من خلال إحداث بنيات للتنسيق بين الإدارة المركزية والمديريات الجهوية للصحة، مع إعادة تحديد المسؤوليات وربطها بالمحاسبة. إن طُرق اشتغال وزارة الصحة في محاور لتحسين المستعجلات ومعالجة الأمراض، يُمكن أن يتطلب تدبيراً متمركزاً للسلط لضمان التحكم والمراقبة، لكن الإشراف على المنظومة الصحية هو مسألة تتعلق بالأساس بالقيادة والتوجيه والتفاوض⁸¹⁵.

إن وزارة الصحة مُطالبة بالعمل كوسيط لعقد اجتماعي حول الحق في الصحة، وليس كعون تنفيذ رئيسي كما كان الحال لمدة خمسين سنة مضت، ولا يمكن تدبير المنظومة الصحية إلا من خلال الانتقال إلى القيادة والتعاون. كما أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص، ستمكن من تحقيق التكامل عوض المنافسة، لأن هناك تحولات إستراتيجية تهدف للفصل بين وظيفتي الشراء وتقديم الخدمات الصحية، وهذه حقيقة واقعية تتجلى في إطار نظام المساعدة الطبية والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض⁸¹⁶.

⁸¹⁴ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 34.

⁸¹⁵ نفس المرجع، ص. 35.

⁸¹⁶ نفس المرجع، ص. 36.

وفي هذا الإطار اختارت وزارة الصحة تعزيز التعاون والتكامل بين القطاعين العام والخاص، عن طريق توسيع أنشطتها المتعلقة بالتكفل بالعجز الكلوي الحاد من خلال شراء خدمات القطاع الخاص، حيث تستجيب هذه الشراكة للالتزامات الحكومة الرامية إلى إنجاح نظام المساعدة الطبية، وخاصةً التكفل بمرضى القصور الكلوي الحاد، وإلى قرار الوزارة بمواجهة الطلب المتزايد على التكفل به⁸¹⁷.

إن البنيات الصحية العمومية لا تستطيع تلبية هذا الطلب، وذلك لأسباب مختلفة منها: محدودة قدرات مراكز تصفية الدم، وعدم كفاية الموارد البشرية وتزايد الحاجيات، حيث تم عقد شراكة مع الجمعية المغربية لأطباء الكلي سنة 2009، وتُعتبر الأولى من نوعها في قطاع الصحة، وتهدف إلى التكفل بمرضى القصور الكلوي المزمن النهائي بمراكز تصفية الدم الخاصة، ويستفيد من هذه الاتفاقية المرضى المسجلون بلوائح الانتظار، مع إعطاء الأولوية للمرضى المستفيدين من نظام المساعدة الطبية⁸¹⁸.

إن محدودية المنظومة الصحية بالمغرب وعجزها عن الاستجابة لكل حاجيات الساكنة، تجعل من مفهوم الصحة الجماعية مفهوماً يفرض نفسه، لكونه يتميز بعدة خصائص أهمها: قاعدة جماعية تتكون من مجموعة من السكان والأفراد يجمع بينهم مشكل أو وضعية مشتركة أو هدف مشترك، وتحديد جماعي للمشاكل والحاجيات والموارد عبر التشخيص الجماعي، والمشاركة المفتوحة في وجه كل الفاعلين المعنيين، من مستعملين للمؤسسات الصحية الأساسية ومهنيين من مجالات مختلفة: إداريين وسياسيين وغيرهم. كما أن المشاركة حسب مفهوم الصحة الجماعية، تفرض إشراك الساكنة في تحديد ما يُمثل مشكلة صحية عبر تقاسم المعارف والأدوار⁸¹⁹.

⁸¹⁷ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 37.

⁸¹⁸ نفس المرجع، ص. 38.

⁸¹⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 40.

وفي هذا الصدد توجد هناك مبادرتان هامتان في مجال المقاربة الجماعية بالمغرب، تتمثل الأولى في برنامج الحاجيات الأساسية للتنمية، والذي أنشأته منظمة الصحة العالمية في 1996، وتم توسيعه إلى 27 موقعا، وثانيهما المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، والتي تم إطلاقها في ماي 2005، من قبل صاحب الجلالة الملك محمد السادس، والبرنامجان إذ يلتقيان من حيث فلسفتها ومنهجيتها، إلا أنهما يختلفان من حيث الشرائح المستهدفة، ومجالات العمل والتنظيم والوسائل. فبالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية يُمثل انطلاق المبادرة الوطنية للتنمية البشرية فرصة لتطوير وتوسيع المقاربة الجماعية، من خلال تعزيز برنامج الحاجيات الأساسية للتنمية، والذي يضع الصحة في صميم التنمية البشرية⁸²⁰.

أوصت منظمة الصحة العالمية بإدماج برنامج الحاجيات الأساسية للتنمية، في دينامية المبادرة الوطنية للتنمية البشرية وفي بنياتها التنظيمية، وخصوصاً في اللجنة المحلية للتنمية البشرية لمختلف مواقع البرنامج. حيث أتاح البرنامج تحقيق خطوات لا جدال فيها، لكنهما يواجهان صعوبات ترتبط أساساً بوضع مقاربة تشاركية فعالة، وتوفير كفاءات بشرية ووسائل مادية متعددة، لذلك ينبغي على الحكومة دعم برامج المقاربة الجماعية ووضعها في صميم سياستها الوطنية للتنمية البشرية⁸²¹.

تُعتبر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة بمثابة عقدٍ مُبرم، بين شريك من القطاع العمومي وشريك من القطاع الخاص، يهدف إلى وضع تدابير أو مشاريع من أجل ضمان خدمة عمومية يتم فيها اقتسام المخاطر والتمويل⁸²². حيث تتيح هذه الشراكة للقطاع العمومي الاستعانة بمهارات لا يتوفر عليها، من أجل تحقيق الاستفادة الأمثل من دورة المشاريع، والتوصل بسرعة أكبر إلى تحقيق

⁸²⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعهم، مرجع سابق، ص.42.

⁸²¹ نفس المرجع، ص.41.

⁸²² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، حكمة المرافق العمومية، إحالة ذاتية رقم 13، مطبعة سبياما، الرباط، 2013، ص.12.

الأهداف، وتبقى وزارة الصحة مسؤولة عن إعداد دفاتر التحويلات وتعيين وتدبير العقد، في حين يكون القطاع الخاص مسؤولاً عن الالتزامات وعن بلوغ الأهداف المرسومة في إطار العقد⁸²³.

إن التعاقد في المجال الصحي ينطبق على مجالات متنوعة، كما يتطلب تدخل فاعلين مختلفين مثل: الجمعيات والتعاضديات والأطباء والمرضى. وقد يتخذ صورة بسيطة كالعقود العامة، أو معقدة كالاتفاقية الإطار، كما ينطبق التعاقد في مجال العلاجات الصحية الأساسية على نقل المرضى، وكذا على شراء الخدمات الصحية، شريطة أن يتم وضع إطار تنظيمي يُتيح للمندوب الاقليمي لوزارة الصحة، شراء خدمات من القطاع الخاص وأداء ثمنها وذلك حسب أنماط مختلفة⁸²⁴.

يُعرف مشروع القانون رقم 12-86 عقد الشراكة بين القطاعين العام والخاص، باعتباره عقداً طويل الأمد يعهد بموجبه الشخص العام إلى شريك خاص مسؤولية القيام بمهمة شاملة، تتضمن التصميم والتمويل الكلي أو الجزئي، البناء أو إعادة التأهيل والصيانة، واستغلال منشأة أو بنية تحتية ضرورية لتوفير المرافق العمومية. ويهدف القانون إلى تعزيز البنيات التحتية الاقتصادية والاجتماعية، من أجل التوفيق بين إكراهات قلة الموارد المالية العمومية وتزايد حاجيات وضروريات التنمية المحلية، وكذا الاستفادة من القدرات الابتكارية للقطاع الخاص⁸²⁵.

تتطوي تسمية الشراكة بين القطاعين العام والخاص، بصفة عامة على مختلف أنماط خطاطات الاتفاقيات، والتي يمكن أن تربط شخصاً عاماً بفاعل خاص، مع تحمل تمويلي من طرف القطاع الخاص، مثل عقد الوكالة لتفويض مصلحة عمومية أو عقد الشراكة لمدة طويلة تتراوح بين 5 و 50 سنة،

⁸²³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 43.

⁸²⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 12-86 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، إحالة رقم 9/2014، مطبعة سيياما، الرباط، 2014، ص. 7.

⁸²⁵ نفس المرجع، ص. 13.

وينبع التمييز بين مختلف أشكال الشراكة أساساً من العناصر التالية: أداء المستحقات، وتقاسم المخاطر والنطاق. حيث ترتبط كل من الوكالة وتقويض الخدمة بالبنيات التحتية والخدماتية، وعند انتهاء فترة التقويض يتم استرداد الممتلكات من قبل الشخص المعنوي كالدولة أو الجماعات المحلية⁸²⁶.

إن القانون رقم 05-54 المتعلق بالتدبير المفوض للمرافق العامة هو التشريع القانوني الوحيد، الذي يتعلق بالتدبير المفوض بالمغرب، والذي يُعتبر بمثابة عقد يُفوض بموجبه شخص معنوي خاضع للقانون العام لمدة محددة، تدبير مرفق عام يتولى مسؤوليته إلى شخص معنوي خاضع للقانون العام أو الخاص، ويخول له حق تحصيل أجرة من المرتفقين أو تحقيق أرباح من التدبير المذكور أو هما معاً. كما يُحدد القانون الاتفاقيات التي تتعلق بتقويض تدبير موفق عمومي، من طرف مؤسسة عمومية أو جماعة محلية إلى شريك، وتقويض إنجاز أو تدبير منشأة عمومية تُساهم في مزولة نشاط المرفق العام⁸²⁷.

صُوِّدَ على المشروع الأولي للقانون رقم 12-86 في المجلس الحكومي بتاريخ 27 دجنبر 2012، وعُرض على البرلمان في 21 فبراير 2013، وهذه النسخة من مشروع القانون هي التي اعتمدها مجلس المستشارين بتاريخ 12 فبراير 2014، حيث حاول مشروع القانون أن يُغطي جميع المراحل المرتبطة بدورة عقد المشروع والمتعلقة بإبرام شراكة بين القطاعين العام والخاص، بدءاً من تحليل الحاجيات وإمكانية اللجوء إلى عقد الشراكة بين القطاعين العام والخاص وانتهاءً بإبرام العقد⁸²⁸.

⁸²⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص.42

⁸²⁷ المادة الثانية من القانون رقم 05-54 المتعلق بالتدبير المفوض للمرافق العامة، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.06.15، في 15 من محرم 1427 (14 فبراير 2006)، الجريدة الرسمية، عدد 5404، بتاريخ 16 مارس 2006، ص.744

⁸²⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 12-86 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، مرجع سابق، ص.16

ورغم الغياب الحالي للنصوص التطبيقية، لا يتضمن مشروع القانون شروط ومعايير التقييم القبلي لعروض الخدمات، كما أن هناك عدة عناصر تستدعي إعادة صياغتها ومناقشتها أهمها: الفصل بين القانون المتعلق بالتدبير المفوض ومشروع القانون المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، ووضعية الشخص العام، وغياب عرض لأسباب الشراكة. كما أن الديباجة غير ملائمة لمحتوى القانون، إضافة إلى عدم الإشارة إلى الهيئات التي ستتكلف بالتقييم القبلي والتتبع والمراقبة، وسائل تحفيز المقاولات الوطنية ومؤسسات التمويل، ووسائل التوقع وتدبير المخاطر الاجتماعية ووسائل الضبط⁸²⁹.

تتباين الإنجازات التي حققتها الشراكات بين القطاعين الخاص والعام على الصعيد الدولي، تبايناً كبيراً حسب السياق التاريخي والتشريعي والاقتصادي للدول، حيث يكون التفويض وعقد الشراكة موضوع نصوص قانونية مُنفصلة ومعزولة، كما أن الممارسات الفعلية لعقود الشراكة تسبق التشريع القانوني، والتي لا تكون الحاجة إليها إلا عندما تتعدد مشاريع الشراكة وتتطلب تأطيراً قانونياً. باستثناء تركيا التي تتوفر على إطار قانوني خاص، يقوم على قوانين قطاعية تُنظم عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص⁸³⁰.

ينطوي التشريع التركي على عدة قوانين منظمة لعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، حيث أن القانون الخاص بقطاع الصحة رقم 5396 والصادر سنة 2005، يُرخص ويؤطر عمليات البناء والتشغيل ونقل الملكية، والتي تتمثل في أن يتولى القطاع الخاص بناء مراكز طبية وتأجيرها للدولة ثم نقل الملكية إليها، حيث أفصى القانون إلى إحداث مديرية الشراكة بين القطاعين العام والخاص سنة 2007، تقوم بتحديد وتتبع تنفيذ المشاريع وإعداد وثائق عقود الشراكة وإعلان إجراءات طلبات العروض⁸³¹.

⁸²⁹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 12-86 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين

العام والخاص، مرجع سابق، ص.17

⁸³⁰ نفس المرجع، ص.18

⁸³¹ نفس المرجع، ص.22

وفي هذا السياق تتوفر إسبانيا على تجربة لها أصالتها في مجال عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص. حيث هدفت هذه العقود إلى تسريع وتيرة إنجاز البنيات التحتية وتوفير الخدمات العمومية، وتُستعمل صيغة التفويض في عدة قطاعات في إسبانيا، من خلال أنماط عقود مثل: الوكالة الجرافية والاستئجار والشراكات المزدوجة والمتعددة كما يتم تدبير قطاعات كالصحة وإدارة السجون عن طريق الوكالة⁸³².

يثير مشروع القانون رقم 12-86 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، عدداً من المخاوف في مستويات متعددة، فمن الناحية الاستراتيجية تُطرح المسألة المتعلقة بدور الدولة وممارسة وظائفها السيادية، خاصةً فيما يتعلق بالخدمات الاجتماعية مثل التعليم والصحة، حيث يتم النظر إلى هذا القانون باعتباره خوصصة وتملصاً للشخص المعنوي من مسؤولياته، وبالتالي باعتباره خوصصة مُقنعة، لهذا السبب يتم التركيز على الخطر الاجتماعي، مع تخوف مرتبط بالمحافظة على ولوج جميع المواطنين إلى الخدمات العمومية الأساسية، وعلى مجانية هذه الخدمات في قطاعي التعليم والصحة⁸³³.

إن تجربة التدبير المفوض بالمغرب وما عرفت من زيادات في الأسعار ما زالت عالقة بالأذهان، على الرغم من أن زيادات مُماثلة لوحظت غير ما مرة في نفس الخدمات الاجتماعية، التي بقيت بين يدي التدبير العمومي مع تحسن في جودة هذه الخدمات. وبما أن عدداً كبيراً من مواد القانون تتطلب اعتماد مقتضيات تكميلية عن طريق صياغة وإعداد نصوص تنظيمية، فإن هذا من شأنه الإبقاء على الغموض والالتباس مقارنةً مع الغايات من وراء هذا القانون⁸³⁴.

⁸³² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 12-86 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين

العام والخاص، مرجع سابق، ص. 21.

⁸³³ نفس المرجع، ص. 22.

⁸³⁴ نفس المرجع، ص. 23.

تطرح الناحية المؤسسية إشكالية هيئات الحكامة والتقييم، ومراقبة عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، أما من الناحية المالية يجب أن تُشكل استدامة الميزانية مبدأً استراتيجياً، وإلا ستتفاقم مستويات مديونية الدولة وهشاشة المالية العمومية بالنسبة للأجيال القادمة، لأن مدة العقود المُبرمة تتراوح ما بين 5 سنوات و50 سنة، أما من الناحية الإجرائية فإن الصعوبات التي تعانيها عقود التفويض، لا تسمح بطمأنة المواطنين حول إيجابيات الشراكة بين القطاعين العام والخاص بالمغرب⁸³⁵.

وفي هذا الصدد تركز توصيات المجلس الإقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، فيما يتعلق بمشروع القانون رقم 12-86 على ثلاثة محاور استراتيجية، حيث يجب أولاً توضيح نطاق ومجال تطبيق القانون، وتحديد الفاعلين المعنيين بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص. ويتمثل المحور الثاني في وضع استراتيجية وطنية لتطوير هذه العقود، لأنها يُمكن أن تُشكل رافعة للتنمية المُندمجة والمستدامة، وتتجلى النقطة الثالثة في تعزيز آليات الحكامة، لاسيما في مجال تدبير الخدمات الاجتماعية⁸³⁶.

إن لجوء وزارة الصحة إلى عقود الشراكة، سيجب لها الاستفادة من قدرات التجديد والتمويل التي يتمتع بها القطاع الخاص، وضمان فعالية ونجاعة الخدمات الصحية بطريقة تعاقدية، وحسب منطوق مشروع القانون، فإن تطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص تحت مسؤولية الوزارة الوصية، سيسمح بتقديم خدمات صحية ذات جودة وبكلفة أقل، واقتسام المخاطر المالية مع القطاع الخاص، وتطوير أنماط جديدة من الحكامة الصحية على أساس الإنجاز، وإقرار إجبارية مراقبة وافتحاص عقود الشراكة⁸³⁷.

⁸³⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 12-86 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، مرجع سابق، ص. 24.

⁸³⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع سابق، ص. 42.

⁸³⁷ نفس المرجع، ص. 43.

عملت استراتيجية وزارة الصحة للفترة 2012-2008، على إعطاء مكانة مهمة للشراكة بين القطاعين العام والخاص، لكن النتائج تبقى متواضعة، وتهمُ المُناولة أو التفويض الخارجي للخدمات، والتي تتعلق أساساً بخدمات الأمن والتنظيف والتغذية. أما في مجال شراء الخدمات، فتتجلى الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تصفية الكلي، والذي أتاح التكفل بما يزيد عن 1000 مريض⁸³⁸.

لم يكن تحسين حكمة النظام الصحي في إسبانيا مُمكنًا، لولا تحقيق اللامركزية المبنية أساساً، على توزيع الأدوار والمسؤوليات بين مختلف المتدخلين في المنظومة الصحية. حيث ساهم هذا الاختيار السياسي في تعبئة الموارد البشرية والمادية، ورافق هذا الإصلاح استثمار قوي في البنية التحتية الصحية، وتحديث أنظمة التدبير وتحسين النظام الإعلامي للصحة. كما عملت إسبانيا على إحترام الخصائص المميزة لكل جهة ترابية، من أجل إيجاد النموذج الملائم للتدبير الجهوي الصحي، وساعدت هذه التدابير على منح الجهات كفاءات واسعة، وإنشاء نظام تنافسي بينها وتوفير الخدمات الصحية للمرتفقين⁸³⁹.

أصبح رصد وتقييم المنظومة الصحية الإسبانية مُمكنًا، بفضل آليات وهيئات مؤسساتية، تسمح بقدر أكبر من المساءلة، من خلال نظام فعال للمحاسبة، وصارت للجهات الترابية السلطة الكاملة في التخطيط الصحي وتدبير الصحة العمومية، حيث تضمن الدولة الإسبانية تمويل 90% من القطاعات الاجتماعية، مما يتيح استمرارية النظام الصحي وخضوعه لحكمة جيدة، لأنه يركز على الإنصاف، ويضمن نفس التمويل لكل مواطن، ويعتبر السكان عنصراً أساسياً في توفير التمويل⁸⁴⁰.

⁸³⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.44

⁸³⁹ نفس المرجع، ص.78

⁸⁴⁰ نفس المرجع، ص.79

يتكون القطاع الصحي الخاص بالمغرب من عيادات الطب العام وطب الأطفال وطب النساء وطب الأسنان والصيدليات والمصحات، حيث يُعد قطاعاً رئيسياً في مجال العرض الصحي، لكونه يضم 50% الأطباء و90% من الصيادلة وجراحي طب الأسنان و10% من المهنيين شبه الطبيين. كما أن القطاع الصحي الخاص تطور أساساً في التجمعات السكنية الكبرى والمدن المتوسطة، بسبب عدم رضا المواطنين عن خدمات القطاع العمومي، ونقص في إجتذابية القطاع العام للأطباء، سواء في ما يتعلق بالأجور أو بظروف العمل⁸⁴¹.

وفي هذا السياق بينت الدراسة التي أجراها المرصد الوطني للتنمية البشرية، أن المرضى الذين تم أخذ آرائهم في مناطق فكيك وأزيلال، يلجؤون بنسبة تكاد تكون متساوية إلى استشارة أطباء من القطاع العمومي ومن القطاع الخاص، كما أن لجوء الساكنة إلى القطاع الخاص، يُفسرُ جزئياً الارتداد الضعيف للمؤسسات العمومية، بسبب ضعف جودتها وصعوبات الولوجية الجغرافية والمالية⁸⁴².

تتميز المؤشرات المتعلقة بالقطاع الصحي العمومي بالمغرب بكونها شاملة نسبياً، أما المعطيات المتعلقة بالقطاع الصحي الخاص فتبقى شبه منعدمة، مما يزيد من صعوبة إجراء تقييم موضوعي، للخدمات الصحية التي يُقدمها القطاع الخاص، لأن المعلومات الصحية المتوفرة لدى منظمات التأمين على المرض والوكالة الوطنية للتأمين الصحي والتعاضديات وشركات التأمين الخاصة ليست دقيقة، كما أن المرضى الذين لا يتوفرون على أي تأمين صحي ليسوا مشمولين بهذه الإحصاءات القطاعية⁸⁴³.

⁸⁴¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.26

⁸⁴² نفس المرجع، ص.27

⁸⁴³ نفس المرجع، ص.28

يُعتبر التوزيع التراي للقطاع الصحي الخاص بالمغرب غير متكافئ. حيث لا وجود له إلا في المدن، حيث تبلغ نسبة الأسرة والعيادات الطبية الخاصة، التي توجد في مدينة الدار البيضاء 30% من مجموع موارد هذا القطاع، كما توجد 66% من مجموعها في خمس جهات وهي: جهة الدار البيضاء الكبرى، وجهة الرباط-القنيطرة، وجهة طنجة-تطوان، والجهة الشرقية، وجهة سوس-ماسة-درعة. كما أن مساهمة القطاع الصحي الخاص في برامج الوقاية والصحة العمومية ضعيفة⁸⁴⁴.

إن تحقيق التكامل بين القطاعين العام والخاص في مجال الصحة بالمغرب، يستلزم تفعيل القانون 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، حيث أن القانون 10-94 المتعلق بممارسة مهنة الطب ينطبق على القطاع العمومي والقطاع الخاص، كما يتيح تطوير معايير ومواصفات يتم فرضها على القطاعين معاً، مما يضمن جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاعين العام والخاص وسلامة المرضى في المنظومة الصحية⁸⁴⁵.

انتقل عدد صيدليات بيع وتوزيع الدواء بالمغرب من 375 وحدة سنة 1975 إلى 12.000 وحدة سنة 2012، دون أن يساهم ذلك في تغطية مُنصِفة للتراب الوطني من قبل شبكات الصيدليات، حيث مازالت هذه الشبكة تواصل تمركزها في المدن الكبرى، رغم كونها أول منشأة يلتجئ إليها المريض، كما يُمثل الصيدلاني آخر حلقة في سلسلة توزيع الدواء، لذلك فهو الضامن لجودة الأدوية، لكن الصيدالة بالمغرب يُعانون صعوبات مالية، ويوجدون في وضعية عجز عن أداء الديون أو وضعية إفلاس، مما من شأنه أن يدفع بهم إلى ممارسة سلوكيات مُنافية لأخلاقيات مهنة الصيدلة⁸⁴⁶.

⁸⁴⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 27.

⁸⁴⁵ نفس المرجع، ص. 28.

⁸⁴⁶ نفس المرجع، ص. 29.

يُشير الفصل الأول من الظهير رقم 187-57-1 لسنة 1963، إلى أن التعاضديات هي تجمعات ذات هدف غير ربحي، تهدف إلى القيام بأعمال الاحتياط والتضامن والتعاون، من أجل تغطية المخاطر الصحية. كما أن الفصل 138 يعطي الحق للتعاضديات لإبرام اتفاقيات مع مُقدمي العلاج، وإحداث أعمال اجتماعية، وتقديم فحوصات لفائدة المنخرطين. لكن رغم ذلك ما يزال القطاع التعاضدي بالمغرب يعاني من عدة اختلالات أهمها: تركيز نشاطه على علاجات الأسنان وبيع النظارات والفحوص التخصصية، واستفادته من 14% فقط من أدااءات هيئات تدبير التأمين عن المرض⁸⁴⁷.

ساهم تعديل القانون المُنظّم للتعاضديات في تحديد مجال عملها، حيث تنص المادة 144 على أن لهذه المؤسسات الحق في إحداث وتدبير الأعمال الاجتماعية، التي تُؤمّن رعاية الطفولة والأسرة والأشخاص المسنين أو غير المستقلين أو المعاقين، باستثناء المؤسسات التي تُقدم خدمات تشخيص أو علاج أو إستشفاء، والمؤسسات التي من وظيفتها التزويد بالأدوية والمُعدات والأليات والأجهزة الطبية، وكذا كل عمل ذي طبيعة تجارية أو ربحية أو متعلق بمهنة مُنظمة و/أو مُسيرة طبقاً لقانون خاص⁸⁴⁸.

يتكون القطاع التعاضدي في المغرب من عيادات طب الأسنان والمصحات التي يُديرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. لكن غياب معطيات دقيقة حول الخدمات المُقدمة من طرف التعاضديات، يجعل تقييم هذا القطاع صعب، لكن رغم ذلك يجب الإشارة إلى أن قطاع التعاضديات بالمغرب، يُقدم خدمات صحية لعدد كبير من المواطنين المغاربة، مما يستحق معها كل الإهتمام والتطوير⁸⁴⁹.

⁸⁴⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.29

⁸⁴⁸ نفس المرجع، ص.30

⁸⁴⁹ نفس المرجع، ص.31

ساهم تدهور مستوى نفقات الإدارات العمومية وجودة الخدمات في مجال الصحة، في الحضور القوي للقطاع الخاص نظراً لقدرته التنافسية، كما أن تطور هذا القطاع يستمد قوته من تنامي الهجرة إلى المدينة، وخاصة بالنسبة لمهنيي الصحة، ومن الارتياح الكبير للخدمات التي يقدمها، إضافةً إلى هامش الفوائد التي يحققها، لذلك يجب الإجابة على سؤالين محددين إثنين: لماذا نرغب في قطاع خاص في مجال الصحة؟ ولماذا نمت وتطور هذا القطاع الخاص⁸⁵⁰؟.

يُوجد النظام الصحي تحت وصاية الدولة وحدها وبالأخص وزارة الصحة، وهو ما نجده منصوص عليه في دساتير بعض الدول، لكن هذا لا يمنع من أن يساهم القطاع الخاص، في المشاركة في ضمان الحق في الصحة. حيث يلعب القطاع الصحي الخاص دوراً مهماً في بعض بلدان منطقة شرق المتوسط وشمال إفريقيا أكثر من القطاع العام، فيما يتعلق بتمويل وتقديم الخدمات الصحية، لكنه يعاني من نقص في الحكامة، كما يواجه إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب تحدياً أساسياً، يتجلى في الإستعمال العادل والمستدام لموارد القطاع الخاص من خلال الشراكة مع القطاع العام⁸⁵¹.

وفي هذا الإطار هناك عدة تحديات ترتبط بالقطاع الصحي الخاص، مثل غياب المعطيات حول موارده البشرية، وتمركزه في الوسط الحضري، وغيابه في المجال القروي، إضافةً إلى ممارسة موظفي القطاع العام في المؤسسات الصحية الخاصة، كما يعاني القطاع الخاص أيضاً من التنظيم المركزي، حيث أن الحكامة على مستوى هذا القطاع لا تزال في بداياتها، نظراً لعدم وجود أية استراتيجية واضحة للقطاع الخاص في بلدان منطقة المتوسط، وأيضاً لإنعدام عقود للشراكة بين القطاعين العام والخاص، فيما يتعلق بتطوير وتعزيز الخدمات الصحية، أو فيما يخص ضمان الحق في الصحة للمواطنين⁸⁵².

⁸⁵⁰ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.80

⁸⁵¹ نفس المرجع، ص.81

⁸⁵² نفس المرجع، ص.82

الفرع الثاني: دور الاستثمار الصحي في تحسين المنظومة الصحية

جاء مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، ليُعدل ويُتمم القانون 94-10 ساري المفعول. ويُشير مشروع القانون 13-131 إلى عدة تحديات تواجه القطاع الصحي الخاص، وتتطلب منه أن يكون في مستوى التقدم المُسجّل على الصعيد الدولي، وتفرض عليه متطلبات الفعالية والجودة الاستشفائية وتتوابع طرق مزاولة الطب⁸⁵³. ويلعب قطاع الخدمات الصحية دوراً متزايداً في تحقيق النمو الاقتصادي للبلاد، وذلك بفضل الفرص التي يتيحها تطوير تجارة الخدمات الصحية⁸⁵⁴.

لم يتم إستشارة الهيئة الوطنية للطببيات والأطباء لإبداء رأيها بشأن مشروع القانون 13-131، رغم أن المادة 2 من القانون 12-08 تنص على أن الهيئة الوطنية للطببيات والأطباء تُبدي رأيها في القوانين والأنظمة المتعلقة بممارسة مهنة الطب. كما لم يتم إنجاز أي تحليل مسبق للأثار المحتملة لهذا القانون على مستوى الإنصاف في الولوج إلى العلاجات وبلوغ التغطية الصحية الشاملة والتحكم في نفقات الصحة والحد من نفقات الأسر وإحداث تغييرات في وضعية وممارسة الأطباء المهنية⁸⁵⁵.

يهدف مشروع القانون 13-131 إلى جعل منظومة الصحة أكثر جَلْباً للاستثمار، لكن التركيز على هذا الهدف دون الإشارة إلى الولوج إلى العلاجات وتعميم التغطية الصحية ليس مُلائماً، لأن الهدف الأول للمنظومة الصحية هو ضمان الولوج الفعلي والعادل لعلاجات جيدة. كما أن مشروع القانون لا يُحدد بوضوح مكانة قطاع الاقتصاد الاجتماعي والتضامني⁸⁵⁶.

⁸⁵³ الأمم المتحدة ومفوضية الاتحاد الإفريقي، الاستثمار في الصحة: إستثمار في التنمية، إثيوبيا، 2011، ص.4
⁸⁵⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، إحالة رقم

14، مطبعة سيياما، الرباط، 2014، ص.11

⁸⁵⁵ نفس المرجع، ص.12

⁸⁵⁶ نفس المرجع، ص.13

إن هذا النوع من الاستثمار في الصحة لن يستجيب للحاجيات الأساسية، بدون ربطه بخريطة صحية تنطبق على القطاع الخاص، وبدون انفتاح واضح لقطاع الاقتصاد الاجتماعي والتضامني، حيث يجب أن ينخرط هذا المشروع في روح القانون الإطار 09-34، من أجل تحقيق تكامل بين القطاعين العام والخاص. كما لم يتضمن مشروع القانون أي حُكْم خاص لتشجيع تطوير المصحات الخاصة التي لا تسعى إلى الربح، رغم إعطائه الحرية المطلقة لإنشاء المصحات والعيادات، مما لا يساهم في تحسين عرض العلاجات والإنصاف في الوصول إلى الخدمات الصحية في مختلف الجهات التراب الوطني⁸⁵⁷.

يُنظّم مشروع القانون وضعيات المصحات والمؤسسات الاستشفائية التي لا تهدف إلى الربح، ويُرخّص المشروع لمزاولة الطب في إطار العيادة المشتركة بين مجموعة من الأطباء، حيث يُمكن للطبيب صاحب العيادة الطبية الاستعانة بزميل له مُقَدِّد بجدول الهيئة، في حالة تدفق استثنائي للسكان وخاصةً في وقت الاصطيفاف، أو عندما تستدعي الحالة الصحية للطبيب صاحب العيادة ذلك وبصفة مؤقتة⁸⁵⁸.

يُحَثّ مشروع القانون على تطوير القدرات بواسطة التكوين المستمر، ويُدرج مشروع القانون المراقبة المنتظمة للتحقق من تقيد المصحات بالمعايير التقنية، من طرف ممثلي المجلس الجهوي لهيئة الأطباء، بعد إشعار مكتوب يُبلّغ إلى الطبيب أو الأطباء، في حالة الاشتراك 30 يوماً على الأقل قبل موعد الزيارة، وتكون كل زيارة موضوع تقرير يُبعث إلى السلطة الحكومية المختصة وإلى رئيس المجلس الوطني لهيئة الأطباء. يُحدد مشروع القانون مهام ومسؤوليات المدير الطبيب، كما يُمكن أن تساهم المصحات الخاصة في مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة وخدمات الطب عن بعد⁸⁵⁹.

⁸⁵⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، مرجع سابق،

ص.14

⁸⁵⁸ نفس المرجع، ص.15

⁸⁵⁹ نفس المرجع، ص.14-15

يَسُدُّ مشروع القانون الفراغ القانوني بشأن تقييد الأطباء الأجانب، للعمل في المصالح الاستشفائية العمومية بصورة تطوعية، ولاسيما في حالة تنظيم قافلة طبية أو في إطار عقدة تخضع لسلطة الهيئة خلال مدة التعاقد. وتتص المادة 31 من القانون بالسماح للأطباء غير المقيمين بالمغرب بصفة مؤقتة، ولمدة لا تتعدى 90 يوماً في السنة بمزاولة المهنة في المراكز الاستشفائية الجامعية، أو في إطار قوافل طبية أو في القطاع الخاص، إذا كان التخصص والتقنية الطبية، موضوع التدخل لا تُمارَس بالمغرب⁸⁶⁰.

يتضمن مشروع القانون عدة نقائص: أولها أن حقوق المرضى كالحق في الحصول على الملف الطبي، والحق في سرية المعلومات، والحق في عدم التمييز، والحق في الوصول إلى المعلومة وفهمها، غير مضمونة رغم أن حمايتها واجبة على الطبيب والمؤسسة الاستشفائية. أما فيما يخص مزاولة الطب في المصحة، فلا يشير مشروع القانون إلى حصر المسؤوليات الجنائية والمدنية والمهنية للطبيب، في إطار مزاولته داخل المصحة، وتتجلى نقطة الضعف الثالثة في تنظيم العلاجات، حيث لا ينص مشروع القانون على التكامل بين القطاعين العام والخاص⁸⁶¹.

وفي هذا السياق يُلزم مشروع القانون رقم 13-131 المديرين الطبيين بإنشاء لجان طبية ولجان للأخلاقيات، ولا يُحدد المشروع مهام هذه اللجان سوى بكيفية مختصرة، حيث أن المدير الطبي هو الذي يُنشئ ويترأس اللجنة الطبية للمؤسسة، فلا يتعلق الأمر إذن بسلطة مضادة بقدر ما يتعلق بأداة تدبيرية، لذلك فقيمتها المضافة غير مضمونة. ولا يشير مشروع القانون إلى ما يمكن أن يحدث، حين لا يُؤخذ رأي هذه اللجنة بعين الاعتبار من طرف رئيسها أو لا تُستشار بكل بساطة⁸⁶².

⁸⁶⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، مرجع سابق، ص.16

⁸⁶¹ نفس المرجع، ص.17

⁸⁶² نفس المرجع، ص.18

لا يُدقق مشروع القانون في طبيعة العلاقات التراتبية والوظيفية بين المالك والمدير الطبي والمدير الإداري والمالي، رغم أن هذه العلاقات تعتبر ضرورية لتسيير المصحة، كما لا يذكر مشروع القانون مسطرة منح الإعتماد للمصحات والتي تشير إليها المادة 18 من القانون الإطار رقم 09-34، والتي تهدف إلى إنجاز تقييم جودة العلاجات. ولا تضمن المادتان 93 و 94 استقلال طبيب الشغل إزاء مُشغله، كما لا يشير مشروع القانون إلى منع الإشهار، ولا يفرض على القطاع الخاص جمع ونشر الإحصائيات السنوية لأنشطته، ولا ينص كذلك على إحداث نظام للمعلومات الصحية مُخصص للقطاع الخاص⁸⁶³.

وفي هذا الإطار يقترح المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، عدة توصيات ترتبط بالأساسيات الضرورية لتنفيذ مشروع القانون رقم 13-131 منها: تشجيع الاستثمار الخاص في إطار خريطة صحية حقيقية، وتوفير النصوص التنظيمية اللازمة لتطبيق القانون الإطار 09-34، وتعزيز هيئات المراقبة داخل وزارة الصحة والهيئة الوطنية للطبيبات ولأطباء، من خلال تمكينها من الموارد المالية والبشرية اللازمة لأداء مهامها، ونقل سلطات الأمانة العامة للحكومة في مجال المراقبة إلى وزارة الصحة⁸⁶⁴.

يُوصي المجلس بتعزيز الآليات التي تضمن حقوق المريض، وترسيخ دور القطاع الاجتماعي والتضامني، ومراجعة القانون 00-65، وإدراج القطاع الخاص ضمن الاستراتيجية الحكومية، ووضع معايير مُلزمة لإنشاء اللجنة الطبية ولجنة الأخلاقيات، والتحديد الواضح للعلاقات التراتبية والوظيفية بين المالك والمدير الطبي والمدير الإداري والمالي، وإلزام الشركات بإخضاع العقود المبرمة إلى الإذن المُسبق من قبل الهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء، وتطبيق مسطرة الاعتماد الخاصة بالمصحات⁸⁶⁵.

⁸⁶³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، مرجع سابق،

ص.18

⁸⁶⁴ نفس المرجع، ص.19

⁸⁶⁵ نفس المرجع، ص.20

المطلب الثاني: تخليق المرافق الصحية وتطوير جودة الخدمات

الفرع الأول: إستراتيجية وزارة الصحة لمحاربة الرشوة

عرف المغرب عدة اصلاحات جوهرية في مجال الحكامة على مستوى الإدارة العامة، من خلال العمل على إقامة علاقة الثقة والشفافية بين الادارة والمواطن، واعتمدت هذه المقاربة لمنع ومكافحة الفساد والرشوة، على التوجيهات السامية الصادرة من صاحب الجلالة الملك محمد السادس، وتوصيات الهيئات الدولية مثل اتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الفساد، واستراتيجية الحكم ومكافحة الفساد في البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، إضافةً إلى تقرير الخمسينية ومقترحات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية والجمعيات الفاعلة في هذا المجال⁸⁶⁶.

تضمنت الاستراتيجية الوطنية لمكافحة الفساد، والتي أطلقتها الحكومة المغربية سنة 2010 عدة تدابير وإجراءات من أجل منع ومكافحة الفساد والرشوة على المدى القصير والمتوسط، كما وضعت بعض القطاعات الحكومية إجراءات محددة، وتشتمل هذه الاستراتيجية على ستة محاور للتدخل، والتي تُشكل خطة العمل وهي: تقوية الشفافية بين الإدارة والمواطن، وتعزيز قيم النزاهة، وتحسين المراقبة الداخلية، وتوطيد الإدارة المالية، ومواصلة إصلاح النظام القانوني، وتعزيز الشراكة والتعاون بين مختلف الجهات الفاعلة على الصعيدين الوطني والدولي⁸⁶⁷.

تتولى الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها طبقاً لمقتضيات الفصل 167 من دستور 2011، مهام المبادرة والتنسيق والإشراف، وضمان تتبع وتنفيذ سياسات محاربة الفساد، وتلقي ونشر المعلومات في هذا المجال، والمساهمة في تخليق الحياة العامة، وترسيخ مبادئ الحكامة الجيدة

⁸⁶⁶ Instance centrale de prévention de la corruption, Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé : évaluation et diagnostic, Maroc, 2011, p.4

⁸⁶⁷ المادتان 1 و 2 من المرسوم رقم 2.17.582، صادر في 25 من محرم 1439 (16 أكتوبر 2017)، بشأن اللجنة الوطنية لمكافحة الفساد، الجريدة الرسمية، عدد 6619، بتاريخ 6 نونبر 2017، ص.6491

وثقافة المرفق العام وقيم المواطنة المسؤولة. كما تُمارس الهيئة الاختصاصات التالية: تلقي ودراسة التبليغات والشكايات والمعلومات المتعلقة بحالات الفساد، والتأكد من حقيقة الأفعال والوقائع، وإحالتها عند الاقتضاء إلى الجهات المختصة، والقيام بعمليات البحث والتحري عن حالات الفساد⁸⁶⁸.

وفي هذا السياق تقوم الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها، بإعداد برنامج للوقاية من جرائم الفساد، والإسهام في تخليق الحياة العامة بتنسيق مع جميع السلطات والهيئات المعنية، والعمل على نشر قواعد الحكامة الجيدة والتعريف بها طبقاً لميثاق المرافق العمومية المنصوص عليه في الفصل 157 من الدستور، وإبداء الرأي بطلب من الحكومة بخصوص كل برنامج أو تدبير أو مشروع أو مبادرة، ترمي إلى الوقاية من الفساد أو مكافحته، وإبداء الرأي بطلب من الحكومة أو أحد مجلسي البرلمان في مشاريع ومقترحات القوانين ومشاريع النصوص التنظيمية ذات الصلة بمجال اختصاصاتها⁸⁶⁹.

تعمل الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها على تقديم كل مقترح أو توصية، إلى الحكومة ومجلسي البرلمان بهدف نشر وتعزيز قيم النزاهة والشفافية، وترسيخ مبادئ الحكامة الجيدة وثقافة المرفق العام وقيم المواطنة المسؤولة، وتبسيط المساطر الإدارية الرامية إلى الوقاية من الفساد ومكافحته. كما تقوم الهيئة بدراسة التقارير الصادرة عن المنظمات الدولية والإقليمية والوطنية المتعلقة بوضع المغرب في مجال الفساد، وتقتراح الإجراءات المناسبة لتتبعها، مع إعداد تقرير سنوي حول حصيلة أنشطة الهيئة، ويُقدم هذا التقرير إلى البرلمان للمناقشة طبقاً لأحكام الفصل 160 من الدستور⁸⁷⁰.

⁸⁶⁸ المادة 2 من القانون رقم 12-113، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.15.65، في 21 شعبان 1436 (9 يونيو 2015)، المتعلق الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها، الجريدة الرسمية، عدد 6374، بتاريخ 2 يوليوز 2015، ص. 6075.

⁸⁶⁹ المادة 3 من القانون رقم 12-113، مرجع سابق، ص. 6076.

⁸⁷⁰ المادة 4 من القانون رقم 12-113، مرجع سابق، ص. 6077.

قامت الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها بإجراء دراسة، من أجل تشخيص وتقييم ظاهرة الرشوة في قطاع الصحة، حيث مكنت هذه الدراسات والتحقيقات من إثبات وملاحظة انتشار هذه الآفة في المنظومة الصحية، وبينت الهيئة أن نماذج الفساد والرشوة المُستشرية في المجال الصحي هي: المكافأة الغير المُبررة نتيجة الابتزاز الذي يُمارسه العاملون في المؤسسات الصحية، حيث يُطالبُ المريض وعائلته بدفع ثمن مقابل الخدمات الصحية، إضافةً إلى المحسوبية والمُحاباة والامتيازات التي يمنحها المهنيون الصحيون مُباشرةً إلى أقاربهم وأصدقائهم دون اعتبار أو إنصاف لحقوق المرضى⁸⁷¹.

لاحظت الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها أثناء مراقبتها لمختلف المؤسسات الصحية انتشار عدة سلوكيات مثل: ظاهرة الهدايا والدفع المُقدم من المريض على أساس طوعي من أجل البحث عن معاملة تفضيلية، والمُعاملة التعسفية التي يتلقاها المريض، والتجهيز المُفرط لتبرير التسعير على الخدمات، والفواتير الاحتيالية والوهمية، وبيع الأدوية، وطلب مُقابلٍ عن الخدمات الغير القانونية مثل شهادة المرض والإجهاض، واستخدام المُمتلكات العامة لأغراض خاصة، وممارسة الأطباء والممرضين العاملين بالقطاع العام في المصحات والمختبرات الخاصة دون إذن⁸⁷².

وفي هذا الصدد يُظهر تحليل مؤشرات مظاهر الفساد في قطاع الصحة، تركيز انتشار الرشوة في المدن الكبرى، حيث تحتل مدينة الدار البيضاء والرباط على التوالي 33% و 32%، في معدل الفساد حسب استطلاع للرأي أجرته الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها، وتقوم هذه الممارسات على التوالي بمدينتي الدار البيضاء والرباط، على منح الشهادات الطبية بمعدل 72% و 69%، ثم القبول في المرافق الصحية بمعدل 59% و 55%، والتخطيط لعملية جراحية بنسبة 55% و 57%⁸⁷³.

⁸⁷¹ Instance centrale de prévention de la corruption, Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé : évaluation et diagnostic, Maroc, 2011, p.13

⁸⁷² Ibid., p.14

⁸⁷³ Ibidem., p.16

أشارت الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها في تقريرها السنوي لسنة 2011، إلى إمكانية تصنيف أشكال الفساد في القطاع الصحي إلى ثلاث فئات وهي: الرشوة والمحسوبية والمنافع العينية. وتختلف أشكال الفساد والمبالغ المرصودة، باختلاف المجموعة العمرية للأشخاص ومستواهم الاجتماعي والاقتصادي، وينسب متساوية تقريباً بين الرجال والنساء. أما بخصوص الفاعل الأساسي لهذه الآفة، فإن الآراء تختلف حسب الفئات المستجوبة، فبالنسبة لمهنيي الصحة يلعب المواطن دوراً أساسياً في تحفيز ظاهرة الرشوة، من خلال مشاركته الفعلية أو تواطئه في الممارسات ذات الصلة⁸⁷⁴.

وفي هذا السياق يتهم المواطنون العاملين بالقطاع الصحي بوقوفهم وراء الظاهرة، عبر المطالبة الصريحة أو الابتزاز المُقنع، كما أن جهل المواطنين بالمساطر المُتبعة والحقوق المنصوص عليها، أدت إلى بروز فئة من الوسطاء يُشكلون حجر الزاوية وراء تفشي ظاهرة الرشوة. وحسب المقاربة عبر المخاطر المُتبعة من طرف الهيئة، خلّصت نتائج الدراسة المعنية إلى تحديد 87 مخاطر، تنقسم إلى 30 مخاطر ضعيفة و17 مخاطر متوسطة و40 مخاطر كُبرى. وقد بلورت الهيئة استراتيجية تشتمل على خطة عمل مكونة من 55 مشروع، وتتضمن هذه الخطة أهدافاً مُحددة ومُبرمجة على مدى خمس سنوات⁸⁷⁵.

أوصت الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها وزارة الصحة باعتماد استراتيجية مُندمجة، من أجل منع ومكافحة الرشوة في القطاع الصحي وفقاً للمحاور التالية: ترسيخ قيم المواطنة، وتجديد ثقة المواطن في الخدمات الصحية، وتعزيز الشفافية في مجال الرعاية الصحية، ووضع برامج تحسيسية بشأن الاخلاقيات، وإشراك المجتمع المدني، وتحسين الاستقبال في المؤسسات الصحية، وإنشاء نظام متكامل للتوجيه في المصالح الاستشفائية، وتطوير الشفافية في الفواتير⁸⁷⁶.

⁸⁷⁴ الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة، أهمية المقاربة القطاعية في الوقاية من الفساد ومكافحته، المغرب، 2011، ص.4.

⁸⁷⁵ نفس المرجع، ص.5.

⁸⁷⁶ Instance centrale de prévention de la corruption, op.cit., p.45

دعت الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها وزارة الصحة إلى ضرورة تحديد شكل الاجراءات وتبسيط المساطر، وتطوير قنوات الاتصال، وإنشاء آلية متابعة الشكايات ونشر نتائج التحقيق، وإحداث نظام مرجعي للوظائف في المؤسسات الصحية، وتحديد الموارد والاحتياجات، ووضع مؤشرات الأداء، وإنشاء نظام لإدارة الموارد البشرية، وسنّ مدونة أخلاقيات وحسن السلوك، وتنمية الشعور بالانتماء لدى العاملين في مجال الصحة، وتنفيذ حملات التوعية والاعلام وتبادل الخبرات، وتطوير ترسانة قانونية لحماية الشهود، إضافةً إلى تعزيز الرصد والمراقبة في المؤسسات الصحية⁸⁷⁷.

وفي هذا الإطار يُصنّف البارومتر العالمي للرشوة قطاع الصحة من بين القطاعات التي تشهد أكبر انتشار للظاهرة، ففي مجال الشكايات المتعلقة بالرشوة في المغرب، يمثل هذا القطاع 17% من مجموع الشكايات، ويحتل المرتبة الثانية بعد وزارة الداخلية. كما بينت دراسة قام بها المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي سنة 2012، أن المنظومة الصحية لم تحصل إلا على 37% من الآراء الإيجابية، مما يجعلها تحتل مكاناً بعيداً خلف الإدارات الأخرى باستثناء التعمير والسكنى والعدالة⁸⁷⁸.

تشير هذه الدراسات إلى إنتشار الرشوة في المستشفيات والمراكز الصحية العمومية، أكثر من المصحات الخاصة، حيث أصبحت الرشوة سلوكاً عادياً ومُعَمَّماً بل وطبيعياً. وتُبين إحدى دراسات الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة ومحاربتها، أن هذه الظاهرة أصبحت تكتسي شكل قهوة أو زبونية أو امتيازات عينية، وتمثل ظاهرة الرشوة الصغيرة أكثر الأشكال انتشاراً في المؤسسات الصحية العمومية، أما في المراكز الصحية بالعالم القروي، فإن الهدايا العينية تمثل شكلاً مُنتشراً نسبياً من أشكال الرشوة⁸⁷⁹.

⁸⁷⁷ Instance centrale de prévention de la corruption, op.cit., p.47

⁸⁷⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.44

⁸⁷⁹ نفس المرجع، ص.45

تَمَسُ ظاهرة الرشوة جميع مراحل التكفل بالمرضى، وذلك على مستويات مختلفة مثل: القبول في المستشفى بنسبة 53%، والأدوية بنسبة 42%، والشهادات الطبية بنسبة 41%، والاستشارات والفحوص بنسبة 35% وفي مراكز تحاقن الدم بنسبة 37%. وهي أكثر تركيزاً في المدن الكبرى وفي المستشفيات، وعلى سبيل المثال فهي تسجل في ما يتعلق بالأدوية 35% في المراكز الصحية و 46% في المستشفى، كما تسجل بالنسبة إلى الاستشارات والفحوص 29% في المراكز الصحية و 41% في المستشفى⁸⁸⁰.

يَعْتَبِرُ المرضى أن تجارب الرشوة التي يعيشونها تهم الممرضين بالدرجة الأولى بما قدره 63%، يليهم الأطباء بنسبة 16%، ثم أعوان الأمن بنسبة 8%. كما يؤكد مهنيو الصحة من أطباء وممرضين أن الأشخاص المعنيين بتلك الممارسة، لا يُمثلون إلا أقلية بالنسبة إلى مجموع أعداد المهنيين. وينبغي الإشارة كذلك إلى أنه أمام النقص الحاد في الموارد البشرية، لا يتردد المرضى في اتهام الأطر الصحية بالتهاون والإهمال، كما أن عدم جاهزية المهنيين للخدمة يُعدُّ بمثابة تحفيز على الرشوة⁸⁸¹.

وفي هذا الصدد التزمت وزارة الصحة من خلال خطة عملها لسنة 2008، باتخاذ مجموعة من التدابير في مجال الوقاية من الرشوة ومحاربتها داخل المؤسسات الصحية، وهي دعم أعمال الإعلام والشفافية، وتعميم الولوج إلى المعلومة. حيث تم إسناد أمر تتبع وتقييم هذه الاجراءات، إلى لجنة التخليق والشفافية والحكمة في قطاع الصحة والتي أنشئت لهذا الغرض، غير أنه لم يتم إشراك نقابات مهنيي الصحة في صياغة هذه الاتفاقية، كما أن التدابير التي تم وضعها لم تخضع للتقييم⁸⁸².

اعتبر رئيس الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة ومحاربتها أن خطة عمل وزارة الصحة، تشكو من نقص على مستوى التخطيط الاستراتيجي، وضعف آليات المراقبة لتتبع الأنشطة الإجرائية في المؤسسات

⁸⁸⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص.45

⁸⁸¹ نفس المرجع، ص.46

⁸⁸² نفس المرجع، ص.47

الصحية، وغياب التكامل والتعاون بين هذه المؤسسات وأجهزة التنسيق والتأطير التابعة لوزارة الصحة، إضافةً إلى عدم كفاية الوسائل البشرية والمالية لتأمين تتبع وحسن استعمال التجهيزات، وغياب تقييم لأداء الموارد البشرية والمرافق الصحية، والتي يمكنها أن تساهم في محاربة الرشوة في المنظومة الصحية، كما أن لجنة التخليق والشفافية والحكمة في قطاع الصحة لا تجتمع ولا تؤدي دورها كما ينبغي⁸⁸³.

وفي هذا الإطار وقعت وزارة الصحة اتفاقية للشراكة مع الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة سنة 2011، تلتزم من خلالها الوزارة بأخذ نتائج الدراسة بعين الاعتبار، وإدماج المبادرات التي يتبين صوابها في استراتيجيتها الشاملة، وتبني المقترحات بعد تكييفها بصفاتها الخطة الرسمية للقطاع من أجل الوقاية من الرشوة ومحاربتها. وقامت الوزارة بإقتراح برنامج عمل مفصل، يتضمن التدابير العملية لتطبيق هذه الاستراتيجية، ويبلغ عدد المشاريع المحدثة والمبرمجة على مدى خمس سنوات، 55 مشروعاً وتحتوي على بطاقات مشاريع مفصلة مع أهداف خاصة وقابلة للقياس⁸⁸⁴.

وضعت الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة ومحاربتها خارطة طريق للحد من إنتشار ظاهرة الرشوة في المؤسسات الصحية، تضم عدة تدابير أهمها: ترسيخ قيم المواطنة والانتماء، واستعادة الثقة في المنظومة الصحية، وتطوير تدبير الموارد البشرية داخل المؤسسات الصحية، وتكييف محيط العمل، والاستفادة المثلى من تدبير التجهيزات والمواد التموينية، وتدريب وقيادة أنشطة الانجاز من خلال الأهداف ومؤشرات الانجاز، وإرساء قواعد أساسية للمراقبة والتنظيم والتتبع والتقييم⁸⁸⁵.

⁸⁸³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعهم، مرجع

سابق، ص.44

⁸⁸⁴ نفس المرجع، ص.47

⁸⁸⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.28

الفرع الثاني: آلية تحسين جودة المرافق الصحية العمومية

تُشكل جودة العلاجات داخل المؤسسات الصحية تحدياً رئيسياً بالمغرب، حيث أن سلة العلاجات محدودة وغير مُنظمة، وتتميز بنقص في الصيانة والأمن، بالإضافة إلى احتمال تواجد الرشوة، إن خدمات صحية من هذا القبيل لا يمكنها إطلاقاً أن تجذب المرتفقين، مما يدفع ذوي الامكانيات المادية، إلى التوجه نحو القطاع الخاص لتلقي العلاجات، ويؤدي انتشار ظاهرة المزاولة المُزدوجة لمهنيي القطاع العام داخل القطاع الخاص في فشل القطاع الصحي العمومي⁸⁸⁶.

وفي هذا السياق يُساهم غياب الضبط الفعلي والبديل العمومي، في تحول العلاجات الصحية إلى مجال للتبذير والمتاجرة، حيث تكون الساكنة أمام الاختيار بين شبكة عمومية بجودة ضعيفة وشبكة تجارية تُعَدُّ بأحسن العلاجات لمن لهم القدرة على الأداء. ويترتب عن هذا نتائج سلبية، منها ارتفاع أئمة الخدمات الصحية، والتي لا يستطيع الكثير من الأشخاص الولوج إليها لأسباب مادية، أما القادرون على الأداء فغالباً ما يتم دفعهم إلى الاستهلاك المفرط دون ضمان الجودة والفعالية⁸⁸⁷.

تتوفر العديد من الدول مثل تايلاند وبلجيكا وانجلترا والشيلى على تنظيم مُحكم، وأطباء وممرضين يعملون كمقاولات مستقلة حرة، مع مساهمة فعلية في تحقيق الأهداف الصحية للدولة، وهذا دليل على أنه يمكن دمج الديناميكية المقاولاتية والمسؤولية العمومية. لكن هذا لا يتم بشكل تلقائي لأن القطاع الخاص لن يُحقِّق مساهمته المنتظرة، إلا من خلال وضع تنظيم مُحكم لمواجهة تضارب المصالح التي تصيب هذا القطاع، ومحاربة المزاولة المُزدوجة والتي تعتبر من أسباب ضعف جودة الخدمات الصحية العمومية⁸⁸⁸.

⁸⁸⁶ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.27

⁸⁸⁷ نفس المرجع، ص.28

⁸⁸⁸ نفس المرجع، ص.29

أثبتت التجارب الدولية أن كل تصور للظبط كشكل إداري محض يكون مآله الفشل، حيث لابد من دمج المساطر الإدارية مع التحفيزات المالية وآليات الظبط الذاتي المهني، ولا سيما تحت الضغوط الاجتماعية للمتفعين. كل هذه المقاربات المدمجة خاصة التحفيزات المالية، والتي تعتبر الجزء الضروري والمهم، يجب أن تُشكل إطاراً متفاوضاً عليه، يدفع بممارسة العلاجات نحو الاتجاه الصحيح، والهدف هو الحصول على أفضل النتائج، مع حماية المتفعين من علاجات غير ضرورية ومن الاستغلال المالي⁸⁸⁹.

ينبغي على المنظومة الصحية بالمغرب اختبار مختلف أشكال التعاقد مع المؤسسات العمومية والخصوصية، من أجل ربط الإمكانيات بالنتائج عبر إرساء آليات للأداء، تضمن مستويات من الجودة والحماية للمتفعين، وكذلك تحسين الولوج في المناطق القروية النائية. كما يجب وضع نظام للاعتماد، من أجل ضمان الرفع من جودة العلاجات، وملائمتها مع التطور المعرفي والتكنولوجي، إضافةً إلى تعزيز منظمات الدفاع عن المستهلك، وإتاحة المعلومة المتعلقة بالحق في العلاج، وإشراك المرتفقين للمساهمة في تحسين جودة الخدمات الصحية⁸⁹⁰.

وفي هذا الإطار يتطلب تحسين الجودة وضع نظام صحي فعال لامركزي، يحظى بثقة العموم والمهنيين لتدبير الشكايات، إضافةً إلى تنظيم التعاون مع المنظمات المهنية والجمعيات، من أجل الإرتقاء بأخلاقيات المهنة والتغيير الملموس في سلوك أغلب مقدمي العلاجات. مما سيساهم في إنتاج آليات للظبط الذاتي داخل المهن الصحية، من أجل القضاء على السلوكات الغير الملائمة⁸⁹¹.

يُشكل الملف الطبي شرطاً للحصول على علاجات جيدة، حيث يسمح بالعمل داخل فريق متكامل، كما يضمن استمرار تداول المعلومة بين شبكة القرب والمستشفى. حيث أن إدماج التكنولوجيا

⁸⁸⁹ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.29

⁸⁹⁰ نفس المرجع، ص.30

⁸⁹¹ نفس المرجع، ص.31

الحديثة سيتيح تدبير العلاقة بين مهنيي الصحة والمرضى، وإتاحة الولوج إلى المعلومة، وتنظيم المواعيد لتفادي التنقل، وتحسين التدبير التقني لمشاكل المريض، والتنسيق بين مسالك العلاجات، وتحسين جودة الخدمات، كل هذا سيسمح أيضاً بالرفع من رضى المهنيين وفك العزلة عن المؤسسات البعيدة⁸⁹².

وفي هذا السياق يجب بلورة أرضية للتفاوض مع جمعية حماية المستهلكين، لوضع آليات قياس الجودة وآليات المراقبة والتتبع. إضافةً إلى إحداث قاعدة معطيات حول القطاع الخاص، وتحديد مساهمته في العلاجات ووقعها المادي، وعلاقتها بالجودة بالنسبة للمنظومة الصحية والمرضى، وإعطاء ما يكفي من الاستقلالية للجهات، من أجل اختيار وتنمية نماذج لمساءلة المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، من خلال التعاقد الذي سيمكن من تحسين جودة العلاجات⁸⁹³.

تتضمن نماذج الجودة في المجال الصحي مجموعة من التدابير، التي تم اعتمادها تقليدياً لمراقبة الجودة وتأمين أداء المرافق الصحية، حيث يشمل النموذج الأول عدة إجراءات مثل: نظام قبول الأطباء والمرضى، ومراجعة أسباب الوفاة والسجلات الطبية واستعمال الموارد ورضى المرضى، ويرتكز النموذج الثاني للجودة على البنية الأساسية والتنظيمية للمرفق الصحي ونتائج تقديم الرعاية الصحية، أما النموذج الثالث فيعتمد مبدأ المحاسبة من أجل تحديد المسؤولية. وتستعمل هيئة اعتماد المؤسسات الصحية بشكل رئيسي النموذج الثاني، مع إضافة عدة عوامل تتعلق بمردودية وفعالية الموارد البشرية⁸⁹⁴.

تأثرت عملية ضبط الجودة في المجال الصحي بعدة عوامل مثل : زيادة المعرفة لدى أصحاب الحاجة الصحية، والطلب المتزايد للتأكد من جودة الخدمات الصحية التي توفرها المؤسسات الإستفائية، وزيادة الكلفة في المجال الصحي، مما تطلب اعتماد معايير محددة للرعاية الصحية، وإزدياد أهمية التقنية

⁸⁹² وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.29

⁸⁹³ نفس المرجع، ص.30

⁸⁹⁴ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص.241

الصحية وبرامج البحوث ونقل المعلومات، والتي سمحت بتحليل ودراسة المُدخلات الصحية ومعرفة نتائجها ودورها في الرعاية الصحية، ونجاح برامج مماثلة في القطاعات الأخرى كالصناعة والتجارة، وقد أدى ذلك إلى ضغط أكبر على المنظومة الصحية لمواكبة باقي القطاعات والالتزام بمعايير الجودة⁸⁹⁵.

أدت هذه العوامل إلى التزام النظام الصحي، كما تطورت عملية الاعتماد في المجال الصحي، وأصبحت مطلباً رئيسياً للمواطنين، بحيث يلجئون إلى المرافق الصحية التي حصلت على شهادة الاعتماد، ويتخلون عن المرافق التي لا تتميز بمعايير الجودة، ورغم أن عملية الاعتماد تبقى غير مُلزمة في العديد من الدول باستثناء فرنسا، فقد أدى ضغط أصحاب الحاجة الصحية وشركات التأمين، إلى زيادة الطلب على الاعتماد، الذي تشرف عليه هيئات وطنية أو دولية، تحظى بالاحترام والثقة⁸⁹⁶.

يفتقر القطاع الصحي الخاص بالمغرب إلى بيانات موثوقة وصحيحة، خاصةً تلك المتعلقة بتوزيع المهنيين والمؤسسات الصحية والمساهمات المالية والخدمات العلاجية، ومن أجل تحقيق أهداف النظام الصحي وتحسين الحكامة بهذا القطاع، ينبغي تطوير شراكة حقيقية مع القطاع الخاص، على أساس مبادئ الإنصاف والكفاءة، كما يجب تثمين مساهمة القطاع الخاص في مجال الصحة العمومية، عن طريق تعزيز تنظيم هذا القطاع، ووضع استراتيجية واضحة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة⁸⁹⁷.

تُمكنُ المعلومة الصحية من قيادة المنظومة الصحية، والقيام باختيارات استراتيجية لتكييفها مع التغييرات المجتمعية، لكن أنظمة المعلومات الصحية الكلاسيكية تُصمم في الغالب كبنيات إدارية مغلقة، تسمح بتدفق المعطيات من المصالح الخارجية في اتجاه وزارة الصحة، وتغطي هذه المعلومات بالأساس، ثلاث مجالات منها: نسبة الأمراض السارية وغير السارية، وحجم الخدمات الصحية والموارد المستعملة،

⁸⁹⁵ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص. 243.

⁸⁹⁶ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكامة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 81.

⁸⁹⁷ نفس المرجع، ص. 82.

إلا أن هذه الأنظمة لا تستجيب إلا جزئياً، للطلب المتزايد على المعلومات والمعطيات الصحية، من طرف المتدخلين والفاعلين في النظام الصحي وليس فقط عن وزارة الصحة⁸⁹⁸.

ينبغي لبنية نظام الإعلام الصحي بالمغرب، ألا تكتفي فقط بالمعطيات التي تأتيها من التسلسل الهرمي للمؤسسات الصحية العمومية، وإنما يجب عليها أن تأخذ شكل شبكات معارفية مفتوحة، وذلك بالتعاون مع عدة مؤسسات ومصادر للمعلومة الصحية، كما يمكنها استعمال التكنولوجيات الحديثة، كإمكانية لتجاوز الحواجز الحالية وضمان الشفافية الضرورية لبنية مفتوحة، من خلال الاعتماد على نظام معلوماتي حديث، يساعد في تهيئ المشاريع الجهوية للصحة، ومشاريع المؤسسات ومختلف الاتفاقات المتعلقة بالتعاقد، والتفويض وتحديد المسؤوليات من أجل تحقيق الحكمة الصحية⁸⁹⁹.

وفي هذا الصدد يجب توسيع نطاق نظام الإعلام الصحي، ليشمل مجالات صحية أخرى غير مغطاة في الوقت الحالي، مع البحث عن المعلومات الصحية الاستراتيجية الضرورية لقيادة الإصلاح، من أجل فهم المشاكل والتحديات الصحية، ومتابعة التقدم في اتجاه منظومة صحية جيدة. كما تحتاج بنيات الحكامة للمعلومات الصحية، من أجل إستخدامها في التخطيط والتدبير والتعاقد والتنظيم. حيث ينبغي تمكين كل مواطن من الولوج إلى ملفه الطبي، إذ أنه باستعمال التكنولوجيات المعلوماتية الحالية، يمكن تصميم هذا الملف، على أساس استخدامه كذلك في تطوير المنظومة الصحية⁹⁰⁰.

⁸⁹⁸ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص. 83

⁸⁹⁹ نفس المرجع، ص. 3

⁹⁰⁰ نفس المرجع، ص. 39

الفصل الثاني: الإطار التشريعي لتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة

إن المكانة التي يحتلها البرلمان بصفة عامة ومجلس النواب بصفة خاصة، في المشهد السياسي والدستوري المغربي، ودوره في تعزيز بناء الديمقراطية المواطنة، ودعم دولة الحق والقانون والمؤسسات، لم يكن وليد اللحظة، بل كان نتاج تراكمات وتحولات في البنية العامة للبرلمان واختصاصاته، أطرتها مختلف الدساتير التي عرفها المغرب، بدءاً بدستور سنة 1962 ووصولاً إلى دستور سنة 2011.⁹⁰¹

عرف الأداء التشريعي المتعلق بالمنظومة الصحية للبرلمان، خلال الفترة التشريعية 2011-2016 ضِعْفاً من حيث الكم والنوع، حيث أن جل القوانين التي تم المصادقة عليها، بادرت بها الحكومة في إطار مشاريع القوانين، وتضمنها المخطط التشريعي للسلطة التنفيذية. كما أن تحليل آليات الأسئلة الكتابية والشفوية، يُوضح عدم قدرة البرلمان على ممارسة الرقابة على العمل الحكومي في مجال الصحة، لأن هذه الأسئلة تفتقر إلى مؤشرات موضوعية لتقييم نجاعة وفعالية المنظومة الصحية.

يقتضي التطرق إلى الإطار التشريعي لتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة، تقسيم هذا الفصل إلى مبحثين، حيث يُخصص المبحث الأول للتعريف بدور البرلمان في تقييم العمل الحكومي في مجال الصحة، ويتناول المبحث الثاني دور المؤسسات الدستورية الأخرى في التتبع والمساءلة والتقييم.

المبحث الأول: دور البرلمان في تقييم العمل الحكومي في مجال الصحة

تتمحور دراسة هذا المبحث في مطلبين، يتم من خلالهما التعرف على دور وأدوات تقييم السياسة الصحية من طرف مجلس النواب (المطلب الأول)، ثم نتطرق إلى مكانة مجلس المستشارين في مراقبة العمل الحكومي المتعلق بالمنظومة الصحية (المطلب الثاني).

⁹⁰¹ مجلس النواب، خطة استراتيجية لتأهيل وتطوير عمل مجلس النواب، المغرب، 2012، ص. 10-11

يَعْرِفُ البرلمان المغربي عدة مكامن للضعف، تفرضها العقلنة البرلمانية على مستوى الأداء التشريعي والرقابة البرلمانية وتقييم السياسات العمومية.⁹⁰² ومن أجل التغلب على هذه التحديات، ينبغي توسيع صلاحيات البرلمان في مجال القانون، ليصبح مصدراً وحيداً للتشريع، وتقوية الرقابة البرلمانية في ظل توسيع اختصاصات الحكومة، والارتقاء بالأداء البرلماني في مجال تقييم السياسات العمومية، وضمان استقلالية المؤسسة التشريعية والنهوض بمسؤولياتها في إطار فصل السلط وتوازنها⁹⁰³.

المطلب الأول: تقييم مجلس النواب للسياسات العمومية المتعلقة بالصحة

الفرع الأول: تقييم السياسة الصحية من خلال الأسئلة الشفوية والكتابية

يتألف مجلس النواب المغربي من 395 عضواً، يُنتخبون بالاقتراع العام المباشر، عن طريق الاقتراع باللائحة، ويوزعون كما يلي: 305 عضواً يُنتخبون على صعيد الدوائر الانتخابية المحلية، و90 عضواً يُنتخبون برسم دائرة انتخابية وطنية. ويجرى الانتخاب بالتمثيل النسبي حسب قاعدة أكبر بقية، ودون استعمال طريقة مزج الأصوات والتصويت التفاضلي، غير أنه في حالة انتخاب جزئي، وإذا تعلق الأمر بانتخاب عضو واحد، يُجرى الانتخاب بالتصويت العام بالأغلبية النسبية في دورة واحدة⁹⁰⁴.

يُمارس البرلمان المغربي السلطة التشريعية، ويُراقب عمل الحكومة ويُقيم السياسات العمومية، ويختص بالتشريع في عدة مجالات، منها مبادئ وقواعد المنظومة الصحية، كما يُصوت على القوانين، التي تضع إطاراً للأهداف الأساسية لنشاط الدولة في الميادين الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والثقافية.

⁹⁰² محمد مالكي، الدستور وتنظيم السلط، جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الانسان بشراكة مع صندوق الامم المتحدة للديموقراطية، 2014، ص.28

⁹⁰³ مجلس النواب، خطة استراتيجية لتأهيل وتطوير عمل مجلس النواب، مرجع سابق، ص.12

⁹⁰⁴ المادة الأولى من القانون التنظيمي رقم 11-27، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.11.165، في 16 من ذي القعدة 1432 (14 أكتوبر 2011)، المتعلق بمجلس النواب، الجريدة الرسمية، عدد 5987، بتاريخ 17 أكتوبر 2011، ص.5053

ويمكن لرئيس الحكومة ولأعضاء البرلمان التقدم باقتراح القوانين، حيث تُودع مشاريع القوانين بالأسبقية لدى مكتب مجلس النواب، بينما يتم إيداع مشاريع القوانين المتعلقة بالجماعات الترابية وبالتمتية الجهوية وبالقضايا الاجتماعية بالأسبقية لدى مكتب مجلس المستشارين⁹⁰⁵.

جدول رقم 22: عدد مشاريع القوانين في المخطط الحكومي للفترة 2011-2021.⁹⁰⁶

مجالات مشاريع القانون					وزارة الصحة	العدد الإجمالي لمشاريع القوانين خلال الفترة 2011-2021
التغطية الصحية	المراكز الصحية	الأدوية	الموارد البشرية	المراكز الاستشفائية		
03	04	05	05	06	23	571

يتبين من الجدول أعلاه أن عدد القوانين المتعلقة بالمنظومة الصحية يبلغ 4,02%، من مجموع القوانين التي تضمنها المخطط الحكومي للفترة 2011-2021 والخاصة بجميع القطاعات الوزارية⁹⁰⁷.

جدول رقم 23: عدد مقترحات ومشاريع القوانين المصادق عليها للفترة 2011-2021.⁹⁰⁸

الولاية التشريعية	عدد مقترحات القوانين المصادق عليها	عدد مقترحات القوانين المرتبطة بقطاع الصحة	عدد مشاريع القوانين المصادق عليها	عدد مشاريع القوانين المتعلقة بقطاع الصحة
2016-2011	21	00	342	15
2021-2017	26	04	229	08

يُوضح الجدول أن الحكومة تُمارس التشريع، بينما يبقى الإنتاج التشريعي للبرلمان ضعيفاً، بمعدل 47 مقترح قانون مقابل 571 مشروع قانون، منها 27 قانون مرتبط بالمنظومة الصحية⁹⁰⁹.

⁹⁰⁵ الفصول 70، 71 و78 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3613-3615

⁹⁰⁶ رئاسة الحكومة، المخطط التشريعي برسم الولاية التشريعية التاسعة، المغرب، 2013، ص.43

⁹⁰⁷ نفس المرجع، ص.61

⁹⁰⁸ موقع البرلمان المغربي: www.chambredesrepresentants.ma/

⁹⁰⁹ موقع البرلمان المغربي: www.chambredesrepresentants.ma/

وفي هذا السياق يتم تخصيص جلسة أسبوعية لأسئلة أعضاء مجلسي البرلمان وأجوبة الحكومة، والتي تُدلي بجوابها خلال العشرين يوماً الموالية لتاريخ الإحالة. كما يجيب رئيس الحكومة عن الأسئلة المتعلقة بالسياسة العامة خلال الجلسة الشهرية، داخل أجل الثلاثين يوماً الموالية لإحالة الأسئلة أمام المجلس المعني بالأمر⁹¹⁰.

يعرض رئيس الحكومة أمام البرلمان الحصيلة المرحلية لعمل الحكومة، إما بمبادرة منه أو بطلب من ثلث أعضاء مجلس النواب، أو من أغلبية أعضاء مجلس المستشارين، حيث تخصص جلسة سنوية من قبل البرلمان، لمناقشة السياسات العمومية وتقييمها. كما يمكن للجان المعنية في كلا المجلسين، أن تطلب الاستماع إلى مسؤولي الإدارات والمؤسسات والمقاولات العمومية، بحضور الوزراء المعنيين وتحت مسؤوليتهم⁹¹¹.

يَحِقُّ للمعارضة البرلمانية بالمغرب تقييم السياسات العمومية، من خلال مُساءلة الحكومة عبر الأسئلة الشفوية، ومراقبة العمل الحكومي عن طريق ملتصق الرقابة، أو من خلال اللجان النيابية لتقصي الحقائق، كما يضمن الدستور المغربي للمعارضة حقوقاً للنهوض بالعمل البرلماني والحياة السياسية.⁹¹² وأهم هذه الحقوق حرية الرأي والتعبير والاجتماع، والحيز الزمني في وسائل الإعلام العمومية، والاستفادة من التمويل العمومي، ورئاسة اللجنة المكلفة بالتشريع بمجلس النواب، والمشاركة الفعلية في مسطرة التشريع عن طريق مقترحات القوانين، وتمثيلية ملائمة في الأنشطة الداخلية لمجلسي البرلمان⁹¹³.

⁹¹⁰ الفصول 100 و 101 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3618.

⁹¹¹ الفصل 102 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3618.

⁹¹² التهامي بن احدهش، مدخل إلى المفاهيم الأساسية للقانون العام، الطبعة الأولى، مطبعة فنون الدعاية، فاس، 2007، ص. 17.

⁹¹³ الفصل 10 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3603.

تُحدد مدة الولاية التشريعية لمجلس النواب في خمس سنوات، تبتدئ من تاريخ افتتاح دورة أكتوبر من السنة الأولى التي تم فيها انتخاب أعضاء المجلس، وتنتهي عند تاريخ افتتاح دورة أكتوبر من السنة الخامسة التي تلي انتخاب أعضاء المجلس، وفي حالة إجراء انتخابات سابقة لأوانها، يشرع المجلس في مباشرة مهامه الدستورية، مباشرةً بعد الإعلان النهائي لنتائج هذه الانتخابات، حيث أنه في هذه الحالة، تبتدئ الولاية التشريعية من تاريخ شروع المجلس في مباشرة مهامه، وتنتهي عند افتتاح دورة أكتوبر من السنة الخامسة التي تلي تاريخ انتخابه⁹¹⁴.

تتطلق الفترة النيابية لكل ولاية تشريعية، في الجمعة الثانية من شهر أكتوبر من السنة التشريعية الأولى لهذه الولاية، ويعقد المجلس دورتين عاديتين في السنة، وتبتدئ الدورة الأولى يوم الجمعة الثانية من شهر أكتوبر، ويرأسها جلالة الملك، وتُفتتح الدورة الثانية يوم الجمعة الثانية من شهر أبريل⁹¹⁵. ويحضر جلسة الافتتاح أعضاء مجلس النواب وأعضاء مجلس المستشارين في جلسة مشتركة بين المجلسين، ويُمكن جمع البرلمان في دورة استثنائية إما بمرسوم، أو بطلب من ثلث أعضاء مجلس النواب، أو بأغلبية أعضاء مجلس المستشارين، وتُعقد هذه الدورة على أساس جدول أعمال محدد⁹¹⁶.

يتكون مجلس النواب من تسعة لجان دائمة وهي: لجنة القطاعات الاجتماعية والتي تختص بالصحة والشباب والرياضة والتشغيل والشؤون الاجتماعية والمرأة والأسرة والطفل والتضامن وقضايا الإعاقة، إضافةً إلى لجنة الخارجية والدفاع الوطني والشؤون الإسلامية والمغاربة المقيمين في الخارج، ولجنة الداخلية والجماعات الترابية والسكنى وسياسة المدينة، ولجنة العدل والتشريع وحقوق الإنسان،

⁹¹⁴ المادة 12 من النظام الداخلي لمجلس النواب، قرار المحكمة الدستورية رقم 17/65 بتاريخ 30 أكتوبر 2017، المغرب، 2017، ص.11

⁹¹⁵ المواد 13، 14، 15 و 16 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.11-12

⁹¹⁶ المادة 18 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.12

ولجنة المالية والتنمية الاقتصادية، ولجنة القطاعات الإنتاجية، ولجنة البنيات الأساسية والطاقة والمعادن والبيئة، ولجنة التعليم والثقافة والاتصال، ولجنة مراقبة المالية العامة. حيث يبلغ عدد أعضاء كل لجنة من اللجان الدائمة 44 عضواً، باستثناء لجنة مراقبة المالية العامة والمكونة من 43 عضو فقط⁹¹⁷.

يقوم مجلس النواب طبقاً للفصل 70 من الدستور المغربي بتقييم السياسات العمومية، ويُخصص لهذا الغرض جلسة سنوية للمناقشة، ويهدف التقييم إلى إنجاز أبحاث وتحليل دقيقة، من أجل التعرف على نتائج السياسات والبرامج العمومية وقياس آثارها على المجتمع. كما يهدف إلى معرفة مستوى الإنجاز الذي تم تحقيقه قياساً بالأهداف المرسومة، وتحديد العوامل التي مكنت من بلوغ هذه الأهداف، لإصدار التوصيات وتقديم الاقتراحات، من أجل تحسين السياسات العمومية موضوع التقييم⁹¹⁸.

يُحدد مكتب مجلس النواب خلال الجلسة السنوية السياسات العمومية المعنية للتقييم، بناءً على اقتراحات الفرق والمجموعات النيابية، والتي تكون مرفقة بدراسة أولية، تُظهر الجدوى والإشكالات الكبرى، التي تطرحها هذه السياسة العمومية، ويمكن للبرلمان القيام بهذا التحضير، في بداية السنة التشريعية أو عبر برمجة متعددة السنوات. كما يحسم مكتب مجلس النواب في موضوع التقييم، وفق المعايير السياسية والتقنية والسياقية للمواضيع المقترحة، حيث يُعدُّ المجلس انتداباً لتقييم السياسات العمومية، ويدعو إلى تشكيل مجموعة العمل الموضوعاتية، والتي يُوكل إليها تتبع إنجاز التقييم حسب أهداف الانتداب⁹¹⁹.

تتألف مجموعة العمل الموضوعاتية المؤقتة، من ممثل واحد عن كل فريق نيابي وكل مجموعة نيابية، حيث يُعين من بينهم رئيس ومقرر أحدهما من المعارضة، وتضطلع مجموعة العمل انطلاقاً من الانتداب الذي أعده مكتب مجلس النواب بالمهام التالية: صياغة المصطلحات والعناصر المرجعية لتقييم

⁹¹⁷ المادة 81 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 38.

⁹¹⁸ المادتان 287 و 288 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 119.

⁹¹⁹ المادتان 289 و 290 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 119-120.

السياسات العمومية، وتجميع المعطيات الأولية، وإطلاق الأبحاث المحددة، والمصادقة على استنتاجات الأبحاث والدراسات، ووضع التوصيات والاقتراحات، وصياغة تقرير التقييم⁹²⁰.

يُمكن لرئيس مجلس النواب أن يُوجه بشكل تلقائي، أو بطلب من مجموعة العمل المكلفة بالتقييم، طلباً إلى إحدى هيئات الحكامة والمؤسسات الدستورية، لإبداء رأيها وإعداد دراسة حول البرنامج العمومي موضوع التقييم، وتحال التقارير المتعلقة بهذه الآراء والدراسات، على مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالتقييم قصد الإطلاع. حيث يُحدد مكتب المجلس تاريخ الجلسة المخصصة لتقييم السياسات العمومية، كما يحيط رئيس المجلس رئيس الحكومة علماً بذلك، ويتولى المكتب تعميم تقارير التقييم على أعضاء المجلس، يومين على الأقل قبل انعقاد الجلسة العامة⁹²¹.

وفي هذا الإطار تنص الفقرة الثانية من الفصل 70 والفقرة الأولى من الفصل 148 من الدستور، على أن مجلس النواب يتولى القيام بمراقبة المالية العامة، ويُحدد مكتب المجلس في بداية دورة أكتوبر من كل سنة، برنامج مراقبة المالية العامة وجدولته الزمنية، بناءً على اقتراح الفرق والمجموعات النيابية⁹²². وتُعقد لجنة مراقبة المالية العامة اجتماعاتها لدراسة البرنامج السنوي للمراقبة، وتُحضر الأسئلة والاستشارات لتفعيل البرنامج السنوي المعروف عليها، وتقوم بإحالتها على مكتب مجلس النواب⁹²³.

يُجبل رئيس مجلس النواب هذه الأسئلة والاستشارات، على المجلس الأعلى للحسابات عن طريق قرار للمكتب، وذلك وفقاً لأحكام الفقرة الأولى من الفصل 148 من الدستور، ومقتضيات المادة 329 من النظام الداخلي لمجلس النواب. وتُعقد لجنة مراقبة المالية العامة اجتماعاتها، لدراسة ومناقشة المواضيع

⁹²⁰ المادة 291 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.120

⁹²¹ المادتان 292 و 293 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.120

⁹²² عثمان كاير، تقييم السياسات العمومية من خلال قانون المالية، جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية، 2014، ص.63

⁹²³ المادتان 294 و 295 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.121

المحددة في البرنامج السنوي للمراقبة، وتستند في ذلك على أجوبة وتقارير المجلس الأعلى للحسابات، حيث تَحْضُرُ الحكومة اجتماعات هذه اللجنة، كما يتضمن التقرير: مداولات اللجنة، وخلاصات وإقتراحات اللجنة، والتوصيات التي التزمت الحكومة بتفعيلها، وكذا المدة الزمنية لتنفيذها⁹²⁴.

بعد تعيين الملك لأعضاء الحكومة، يتقدم رئيس الحكومة طبقاً لأحكام الفصل 88 من الدستور، أمام مجلس النواب ومجلس المستشارين مجتمعين، ويقوم بعرض البرنامج الحكومي الذي تنوي الحكومة القيام به في مختلف الميادين السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية. كما تتم مناقشة مشروع البرنامج الحكومي، خلال جلسة يُحددها مكتب المجلس باتفاق مع الحكومة، حيث تُوزع المدة الزمنية الإجمالية للمناقشة، على المجموعات النيابية حسب قاعدة التمثيل النسبي، وترْفَعُ الجلسة بعد تقديم رئيس الحكومة لمشروعه، حيث تتم المناقشة العامة داخل أجل لا يقل عن ثلاثة أيام ولا يتعدى خمسة أيام⁹²⁵.

وفي هذا الصدد تُعتبر الحكومة مُنْصَبَةً بعد حصولها على ثقة مجلس النواب، طبقاً لأحكام الفقرة الثالثة من الفصل 88 من الدستور، والمُعَبَّرُ عنها بتصويت الأغلبية المطلقة للأعضاء الذين يتألف منهم، لصالح البرنامج الحكومي. ويعرض رئيس مجلس النواب البرنامج الحكومي للتصويت بالاقتراع العلني، برفع اليد أو بالتصويت الإلكتروني⁹²⁶.

يَحِقُّ لكل نائبة أو نائب بمجلس النواب توجيه أسئلة كتابية أو شفوية إلى رئيس الحكومة حول السياسة العامة، وإلى الوزراء حول السياسات القطاعية للحكومة، وتُحدد باتفاق مع الحكومة جلسة واحدة كل شهر، تُخصص للأسئلة المتعلقة بالسياسة العامة الموجهة إلى رئيس الحكومة، وتُقدم الأجوبة عنها خلال الثلاثين يوماً الموالية لإحالة الأسئلة على رئيس الحكومة، وفقاً لأحكام الفصل 100 من الدستور،

⁹²⁴ المادتان 295 و 296 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 121.

⁹²⁵ المواد 243، 244 و 245 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 102.

⁹²⁶ محمد مالكي، الدستور وتنظيم السلط، مرجع سابق، ص. 34.

كما تُخصّص نسبة من الأسئلة الشفهية للمعارضة لا تقل عن نسبة تمثيلها، حيث يجب أن يتميز السؤال بوحدة الموضوع، لا يهدف إلى خدمة أغراض شخصية، أو يتضمن توجيه تهمة شخصية إلى الوزراء المُوجه إليهم السؤال⁹²⁷.

يُقدّم السؤال كتابةً إلى رئيس المجلس ومُوقِعاً عليه من واضعيه، ويحيل رئيس المجلس السؤال على الحكومة، حيث يجب أن تدلي الحكومة بجوابها خلال العشرين يوماً الموالية لإحالة السؤال عليها من لدن المجلس، وذلك طبقاً لأحكام الفصل 100 من الدستور. وإذا أعلنت الحكومة عن عدم استعدادها للجواب بعد انقضاء الأجل، يُمكن لصاحب السؤال أن يطلب تسجيله في جدول الأعمال، ويقدمه في الجلسة الموالية، كما يخبر مكتب المجلس الحكومة بهذا الطلب وتاريخ الجلسة المعنية⁹²⁸.

تتقسم الأسئلة إلى خمسة أنواع: الأسئلة الشفهية، والأسئلة الآتية، والأسئلة التي تليها مناقشة، والأسئلة الكتابية، والأسئلة الشفهية الشهرية الموجهة إلى رئيس الحكومة حول السياسة العامة، ولكل نائبة أو نائب الحق في سحب السؤال الذي تقدم به ما لم تتم الإجابة عليه⁹²⁹.

يضع مكتب المجلس في بداية الدورة، باتفاق مع الحكومة برنامجاً عاماً، يتضمن البرمجة الشهرية للقطاعات الحكومية التي ستشملها الأسئلة في كل أسبوع، وتوزع القطاعات الحكومية على ثلاث جلسات، ويُبرمج كل قطاع حكومي مرة واحدة في الشهر على الأقل، وتُرتب الأسئلة التي تهم كل قطاع حكومي، بحسب وحدة موضوعها وتاريخ إيداعها، وتوزع قائمة الأسئلة المبرمجة قبل تاريخ الجلسة بثلاثة أيام⁹³⁰.

⁹²⁷ المادة 258 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 108.

⁹²⁸ المادة 259 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 108.

⁹²⁹ المادة 260 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 108.

⁹³⁰ رشيد المدور، العمل البرلماني في المغرب: قضايا وإشكالات، الطبعة الأولى، مطبعة طوب بريس، الرباط، 2006،

وفي هذا السياق يُمكن للنوابات والنواب أن يتقدموا بأسئلة شفوية تليها مناقشة، عندما يتم إدراجها في جدول أعمال الجلسة، حيث يُبلغ الرئيس الفرق والمجموعات النيابية والنواب، ويفتح لائحة الراغبين في المشاركة في المناقشة، كما يُخبر الحكومة بذلك، وتنظم المناقشة بالتناوب بين الأغلبية والمعارضة، على أساس قاعدة التمثيل النسبي. تُحدد الحصص الزمنية للمشاركة من طرف الفرق والمجموعات النيابية، طبقاً لمقتضيات المادة 263 من النظام الداخلي لمجلس النواب، كما تُخصم من الحصص الإجمالية، حيث يجب تبليغ لائحة الراغبين في المناقشة إلى رئيس المجلس يوماً قبل بداية الجلسة⁹³¹.

جدول رقم 24: عدد الأسئلة الشفوية للقطاعات الحكومية خلال الفترة 2011-2021.⁹³²

القطاعات الحكومية	عدد الأسئلة الشفوية	عدد الأسئلة المجاب عليها	عدد الأسئلة غير المجاب عليها
وزارة الصحة	954	310	644
وزارة الشبيبة والرياضة	623	137	486
وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية	238	83	155
وزارة التشغيل والتكوين المهني	100	43	57
باقي القطاعات الحكومية	24171	5264	18907
المجموع	26086	5837	20249

يُبين الجدول أعلاه أن نسبة الأسئلة الشفوية المتعلقة بوزارة الصحة بلغت 49,81% ، من بين الأسئلة الشفوية التي سجلتها الوزارات المُكونة للجنة القطاعات الاجتماعية بمجلس النواب، ويُمثل هذا العدد 3,65% من العدد الإجمالي للأسئلة الشفوية الخاصة بجميع الوزارات خلال الفترة 2011-2021، لكن 67,50% من الأسئلة الشفوية المرتبطة بالقطاع الصحي لم يتم الإجابة عنها⁹³³.

⁹³¹ المادة 268 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.112

⁹³² موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الشفوية/ www.chambredesrepresentants.ma

⁹³³ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الشفوية/ www.chambredesrepresentants.ma

يَمْتَلِك النواب الحق في أن يتقدموا بأسئلة شفوية آنية، تتعلق بقضايا ظرفية طارئة تستأثر باهتمام الرأي العام الوطني، وتستلزم إلقاء الأضواء عليها باستعجال من قِبَل الحكومة عن طريق مجلس النواب، ويُبْلَغُ رئيس مجلس النواب السؤال الآني إلى الحكومة، ويتفق مع أعضاء الحكومة المعنيين، على برمجة السؤال الآني والجواب عنه في أول جلسة قادمة للأسئلة الشفهية الأسبوعية. وعند عدم كفاية المعطيات والإجابات التي تقدمها الحكومة، يُمكن لعضو الحكومة الإدلاء بكتابة بالبيانات الإضافية إلى رئيس المجلس، والذي يتولى توجيهها إلى الفرق أو المجموعة النيابية التي ينتمي إليها واضع السؤال⁹³⁴.

جدول رقم 25: عدد الأسئلة الشفوية المتعلقة بالمنظومة الصحية خلال الولاية التشريعية

2011-2021، حسب الفرق النيابية⁹³⁵.

الفرق والمجموعات النيابية بمجلس النواب (2011-2021)	عدد الأعضاء	عدد الأسئلة الشفوية	عدد الأسئلة المجاب عليها	عدد الأسئلة غير المجاب عليها
فريق العدالة والتنمية	125	331	44	287
الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية	46	123	71	52
فريق التجمع الوطني للأحرار	37	76	48	28
فريق الأصالة والمعاصرة	102	118	31	87
الفريق الاشتراكي	20	135	34	101
الفريق الحركي	27	63	29	34
فريق الإتحاد الدستوري	19	56	24	32
فريق التقدم والاشتراكية	12	21	12	09
المجموعة النيابية لتحالف الوسط	05	24	11	13
المجموعة النيابية للحزب العمالي	02	07	06	01
المجموع	395	954	310	644

⁹³⁴ المواد 269، 270 و 271 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 112-113

⁹³⁵ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الشفوية/ www.chambredesrepresentants.ma

يُوضح الجدول أعلاه أن عدد الأسئلة الشفوية المتعلقة بوزارة الصحة بلغ 954 سؤال، وحقق فريق العدالة والتنمية المرتبة الأولى بنسبة 34,69%، والفريق الاشتراكي 14,15%، والفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية 12,89%، وفريق الأصالة والمعاصرة 12,36%، وفريق التجمع الوطني للأحرار 7,96%، والفريق الحركي 6,60%، وفريق الاتحاد الدستوري 5,87%، والمجموعة النيابية لتحالف الوسط 2,51%، وفريق التقدم والاشتراكية 2,20%، والمجموعة النيابية للحزب العمالي 0,73%.⁹³⁶

يُعلن رئيس المجلس عن عدد الأسئلة الكتابية المتوصل بها، في بداية الجلسة المخصصة للأسئلة الشفهية، كما يشير إلى عدد الأسئلة التي تمت الإجابة عنها، وتلك التي بقيت بدون جواب، بعد مرور الآجال القانونية المنصوص عليها في الفصل 100 من الدستور. ويتداول مكتب المجلس عند نهاية كل دورة، حول وضعية الأسئلة الكتابية التي لم تتم الإجابة عنها، ويرفق بحصيلة الدورة تقرير في الموضوع، كما تُنشر الأسئلة الكتابية وأجوبة أعضاء الحكومة عنها في الجريدة الرسمية للبرلمان.⁹³⁷

جدول رقم 26: عدد الأسئلة الكتابية للقطاعات الحكومية خلال الفترة 2011-2021.⁹³⁸

القطاعات الحكومية	عدد الأسئلة الكتابية	عدد الأسئلة المجاب عليها	عدد الأسئلة غير المجاب عليها
وزارة الصحة	3832	2859	973
وزارة الشبيبة والرياضة	1409	1186	223
وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية	1022	888	134
وزارة التشغيل والتكوين المهني	380	350	30
باقي القطاعات الحكومية	45736	26986	18750
المجموع	52379	32269	20110

⁹³⁶ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambredesrepresentants.ma

⁹³⁷ المادتان 276 و 277 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 115.

⁹³⁸ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambredesrepresentants.ma

يُبين الجدول أعلاه أن نسبة الأسئلة الكتابية المتعلقة بوزارة الصحة بلغت 57,86%، من بين الأسئلة الكتابية التي سجلتها الوزارات المُكونة للجنة القطاعات الإجتماعية بمجلس النواب، أي ما يُمثل 7,31% من العدد الإجمالي للأسئلة الكتابية لجميع الوزارات، وتمت الإجابة عن 74,60% من الأسئلة الكتابية المرتبطة بالقطاع الصحي⁹³⁹. إن تحليل الأسئلة الشفوية والكتابية المرتبطة بالمنظومة الصحية، يُوضح غياب أي تقييم لمؤشرات المنظومة الصحية مقارنة مع أهداف البرنامج الحكومي، لأن أعضاء المجلس يطرحون أسئلة تتعلق فقط باختلالات القطاع الصحي على المستويين الجهوي والإقليمي⁹⁴⁰.

جدول رقم 27: عدد الأسئلة الكتابية المتعلقة بالمنظومة الصحية في مجلس النواب، خلال الفترة 2011-2021 حسب الفرق النيابية⁹⁴¹.

الفرق والمجموعات النيابية بمجلس النواب (2011-2016)	عدد الأعضاء	عدد الأسئلة الكتابية	عدد الأسئلة المجاب عليها	عدد الأسئلة غير المجاب عليها
فريق العدالة والتنمية	125	1363	1014	349
الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية	46	395	286	109
فريق التجمع الوطني للأحرار	37	144	87	57
فريق الأصالة والمعاصرة	102	467	191	276
الفريق الاشتراكي	20	1175	1056	119
الفريق الحركي	27	159	122	37
فريق الإتحاد الدستوري	19	07	00	07
فريق التقدم والاشتراكية	12	53	38	15
المجموعة النيابية لتحالف الوسط	05	31	30	01
المجموعة النيابية للحزب العمالي	02	19	16	03
المجموع	395	3813	2840	973

⁹³⁹ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الشفوية/ www.chambredesrepresentants.ma

⁹⁴⁰ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الشفوية/ www.chambredesrepresentants.ma

⁹⁴¹ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambredesrepresentants.ma

يُبين الجدول أعلاه أن عدد الأسئلة الكتابية المرتبطة بوزارة الصحة بلغ 3813 سؤال، واحتل المرتبة الأولى فريق العدالة والتنمية %35,74، والفريق الاشتراكي %30,81، وفريق الأصالة والمعاصرة %12,24، والفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية %10,35، والفريق الحركي %4,16، وفريق التجمع الوطني للأحرار %3,77 وفريق التقدم والاشتراكية %1,38 والمجموعة النيابية لتحالف الوسط %0,81، والمجموعة النيابية للحزب العمالي %0,49، وسجل فريق الإتحاد الدستوري أقل نسبة %0,18.⁹⁴²

تُخصّص جلسة واحدة كل شهر للأسئلة المتعلقة بالسياسة العامة الموجهة إلى رئيس الحكومة، وتقدم الأجوبة عليها خلال الثلاثين يوماً الموالية لإحالة الأسئلة، وتتعقد جلسات الأسئلة المتعلقة بالسياسة العامة، في نفس اليوم المخصص للجلسة الأسبوعية للأسئلة الشفهية، كما يُمكن تحديد يوم آخر باتفاق مع الحكومة، ويتولى رئيس الحكومة الجواب بصفة شخصية، على أسئلة أعضاء مجلس النواب.⁹⁴³

جدول رقم 28: عدد الجلسات الشهرية المخصصة للأسئلة المتعلقة بالسياسات العامة الموجهة للسيد رئيس الحكومة خلال الولاية التشريعية 2011-2021.⁹⁴⁴

الولاية التشريعية	مجموع جلسات السياسات العامة	عدد الجلسات المتعلقة بالقطاعات الإجتماعية	عدد الجلسات المتعلقة بالمنظومة الصحية
2021-2011	31	14	01

يُبين هذا الجدول أن عدد الجلسات الشهرية المتعلقة بتقييم المنظومة الصحية بلغ نسبة %6,45، من مجموع الجلسات الشهرية المخصصة للأسئلة المتعلقة بالسياسات العامة، بينما بلغت عدد الجلسات المخصصة لتقييم القطاعات الإجتماعية %45,16، وتجدر هنا الإشارة إلى أن الجلسة الوحيدة المرتبطة بأسئلة المنظومة الصحية، كانت بتاريخ 26 أبريل 2016 تحت عنوان: واقع الصحة وسبل الإرتقاء بها.

⁹⁴² موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambredesrepresentants.ma

⁹⁴³ المواد 279، 280، 281 و 282 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 116-117

⁹⁴⁴ موقع مجلس النواب المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambredesrepresentants.ma

الفرع الثاني: دور المهام الإستطلاعية لمجلس النواب في تقييم المنظومة الصحية

يُمكن تشكيل لجان نيابية مؤقتة لتقصي الحقائق، بمبادرة من الملك أو بطلب من ثلث أعضاء مجلس النواب، ويناط بهذه اللجان جمع المعلومات المتعلقة بوقائع معينة، أو بتدبير المؤسسات والمقاولات العمومية، وتُطلَع اللجان المجلس على نتائجها، وتتألف لجان تقصي الحقائق من ممثل عن كل فريق ومجموعة نيابية، ولا يشارك فيها كل نائبة أو نائب، سبق أن اتخذت ضده إجراءات تأديبية من أجل عدم حفظ أسرار لجنة مماثلة. تنتهي مهمة اللجان بإيداع تقريرها لدى المجلس أو بإحالته على القضاء، ويتم تخصيص جلسة عامة لمناقشة هذه التقارير، داخل أجل لا يتعدى أسبوعين من تاريخ الإيداع⁹⁴⁵.

جدول رقم 29: عدد اللجان الإستطلاعية ولجان تقصي الحقائق المنجزة من طرف البرلمان⁹⁴⁶.

الآلية	مجلس النواب	مجلس المستشارين	المنظومة الصحية
اللجان النيابية لتقصي الحقائق	05	05	--
المهام الإستطلاعية	06	--	01 (ثمن الدواء بالمغرب، بتاريخ 03 نونبر 2009)

يُوضح الجدول أعلاه أن عدد المهام الإستطلاعية بمجلس النواب بلغ 6 مهمات، من بينها مهمة إستطلاعية واحدة خُصِصَت للبحث في ثمن الدواء بالمغرب، وأنجزت هذه المهمة بتاريخ 03 نونبر 2009، بينما لم يتم تخصيص أي لجنة لتقصي الحقائق في القطاع الصحي⁹⁴⁷.

وفي هذا السياق تقوم اللجان الدائمة بمجلس النواب، بمهمة استطلاعية بناءً على طلب من رئيسها، بعد موافقة مكتب اللجنة الدائمة، أو رئيس فريق نيابي أو رئيس مجموعة نيابية، أو ثلث أعضاء اللجنة. حيث يُكلف عضوين أو أكثر من أعضائها بمهام استطلاعية مؤقتة، حول شروط وظروف تطبيق

⁹⁴⁵ المواد 284، 285 و 286 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص. 118

⁹⁴⁶ موقع مجلس النواب المغربي: اللجان الاستطلاعية/ www.chambredesrepresentants.ma

⁹⁴⁷ موقع مجلس النواب المغربي: اللجان الاستطلاعية/ www.chambredesrepresentants.ma

نص تشريعي أو موضوع يهم المجتمع أو يتعلق بنشاط من أنشطة الحكومة والإدارات والمؤسسات والمقاولات العمومية، باتفاق مع مكتب مجلس النواب. كما يجب أن يكون موضوع الإستطلاع مندرجاً، ضمن القطاعات والمجالات والمؤسسات التي تدخل في اختصاصات اللجنة المعنية⁹⁴⁸.

يضع مكتب مجلس النواب لائحة داخلية تُنظّم أشغال المهام الاستطلاعية، ويوجه رئيس اللجنة المعنية كتاباً بطلب الإذن لرئيس المجلس، مرفوقاً بتكليف بالمهمة موضوع الإستطلاع، مع توضيح الأهداف والمكان والزمان والوسائل المادية الضرورية لإجراء المهمة الاستطلاعية. كما يُحدد مكتب اللجنة الدائمة عدد النائبات والنواب المُكلفين بالمهام الاستطلاعية، حيث لا يتجاوز عددهم ثلاثة عشرة عضواً، ولا يقل عن عضوين إثنيين، ويُخصّص منصب رئيس أو مُقرّر المهمة الاستطلاعية لفرق المعارضة أو مجموعة نيابية تنتمي للمعارضة⁹⁴⁹.

وفي هذا الإطار تُراعَى الخبرة والتخصص والتزام الضوابط والشروط، في تعيين أعضاء المهمة الاستطلاعية، حيث يُعدّ الأعضاء تقريراً عن المهمة، ويقوموا بإحالتها على مكتب المجلس، داخل أجل لا يتعدى ستين يوماً، ثم يُقدم المقرر التقرير أمام أعضاء اللجنة للمناقشة، ويتم إستدعاء الحكومة للحضور والمشاركة. تتولى اللجنة الدائمة إعداد مُلخص حول المناقشة العامة، ويحال الملخص رفقة التقرير على المكتب، الذي يقوم بدراسته لاتخاذ قرار رفعه إلى الجلسة العامة من عدمه، وفي حالة رفع الملخص رفقة التقرير، يُمكن للحكومة حضور الجلسة للإجابة عن التساؤلات المرتبطة بالتقرير⁹⁵⁰.

قام مجلس النواب المغربي بتكليف لجنة بمهمة استطلاعية، هدفها دراسة إشكالية أئمة الأدوية، وضمت اللجنة ممثلين إثنيين عن كل الفرق والمجموعات النيابية أغلبية ومعارضة، حيث إنبثقت المهمة

⁹⁴⁸ المادة 107 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.48

⁹⁴⁹ المادتان 107 و108 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.48

⁹⁵⁰ المادة 109 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.49

الاستطلاعية عن لجنة المالية والتنمية الاقتصادية، وليس عن لجنة القطاعات الاجتماعية، والتي قامت بمتابعة عمل المهمة، نظراً لكون الصحة تدخل ضمن اختصاصاتها. بدأت المهمة الاستطلاعية أشغالها، في فبراير 2009 وانتهت من التقرير في يونيو 2009، لكن أعضاء المهمة الاستطلاعية فضلوا تأخير نشر التقرير، إلى نونبر 2009 بعد إنتهاء الانتخابات التي عرفها المغرب في نفس الفترة⁹⁵¹.

وفي هذا الصدد يُمكن إيجاز خلاصات التقرير في النقاط الثلاث التالية: أولاً أثمنة الدواء في المغرب مرتفعة بشكلٍ غير عادي، ثانياً تتحمل الشركات المصنعة للأدوية المسؤولية الرئيسية عن هذا الغلاء، وترتبط النقطة الثالثة بالمساطر الإدارية المتبعة لتحديد ثمن وتعويض الدواء من طرف مدبري أنظمة التغطية الصحية. قامت المهمة الاستطلاعية بمقارنات تعتمد على عدة معايير، مما أكد أن أثمنة الدواء بالمغرب أعلى من مثيلاتها من 18% إلى 30% مقارنةً مع تونس بالنسبة للأدوية الأصلية، ومن 20% إلى 70% مقارنة مع فرنسا⁹⁵².

يُشير تقرير اللجنة إلى أن أثمنة نفس الدواء بالمغرب، تختلف حسب العلامات التجارية بنسبٍ تصل إلى 600%. كما تختلف أثمنة نفس الدواء تحت نفس العلامة التجارية، حسب المكان الذي تشتري منه بنسبٍ تصل إلى 300%، وتتوفر الأدوية الجنيسة بالمغرب على ثمن مُشابه أو أقل من الدول التي تمت المقارنة معها. وبإدل تعدد العلامات التجارية والأثمنة لنفس الدواء الواحد، على وجود اختلال عميق في نظام التقنين وعرض الأدوية وتحديد أثمانها بالمملكة المغربية، حيث لم يتمكن أعضاء المهمة من الحصول على أي مبرر معقول لهذه الفوارق⁹⁵³.

⁹⁵¹ مجلس النواب، تقرير المهمة الاستطلاعية حول ثمن الدواء، لجنة المالية والتنمية الاقتصادية، المغرب، 2009، ص.3-4

⁹⁵² مجلس النواب المغربي، تقرير المهمة الاستطلاعية حول ثمن الدواء، مرجع سابق، ص.5

⁹⁵³ نفس المرجع، ص.6

رغم إنخفاض القدرة الشرائية للمواطنين بالمغرب، إلا أن العلامات التجارية للدواء الأكثر مبيعاً هي العلامات الأعلى، وتعتبر إشكالية الأثمنة المرتفعة بالنسبة للأدوية المكلفة أكثر حيوية، حيث يرتفع استهلاك المواطن لهذه الأدوية بنسبة 40% سنوياً، كما تتسبب هذه الأثمنة في عدة مشاكل منها: عدم ولوجية المرضى لهذه الأدوية، وتأثير إرتفاع الأثمان على استمرارية وتوازن نظام التغطية الصحية، والذي لن يستطيع على المدى المتوسط تحمل هذه التكلفة المالية⁹⁵⁴.

يختلف ثمن نفس الدواء المُكَلِّف حسب العلامة التجارية، فمثلاً يتراوح ثمن دواء "دوسيطاكسيل"، وهو دواء يستعمل في علاج بعض أنواع السرطان بين 11243 درهم و7800 درهم حسب العلامة التجارية، لكن ثمن هذا الدواء بصيدلية الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي لا يتجاوز 2984 درهم، وللمقارنة يبلغ ثمن هذا الدواء بالتايلاند 950 درهم. كما تُعتبر العلامة الأعلى لنفس الدواء الأكثر مبيعاً، حيث وصف الأطباء سنة 2008 العلامة الأعلى لدواء "دوسيطاكسيل"، والبالغ ثمنها 50 مرة ضعف العلامة الأرخص بصيدلية الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي⁹⁵⁵.

إن غلاء الأدوية بالمغرب يرجع إلى سعي الشركات الصيدلية إلى تحقيق أكبر قدر من الأرباح، عبر علامات الأدوية الأعلى ثمناً، لأنه رغم محاولة الحكومة تقنين وتحديد الأثمنة، من خلال عدة آليات تشريعية وتنظيمية، من أجل حماية المريض وضمان حصوله على الدواء، لم تتمكن وزارة الصحة على مدى عدة عقود من خفض أثمان الأدوية، ومواجهة جشع هذه الشركات، نظراً لتطبيقها لنصوص تنظيمية متجاوزة، تقوم شركات الأدوية بإستغلال الثغرات الموجودة فيها، مما يستوجب مراجعتها وتحسينها⁹⁵⁶.

⁹⁵⁴ مجلس النواب المغربي، تقرير المهمة الاستطلاعية حول ثمن الدواء، مرجع سابق، ص.7

⁹⁵⁵ نفس المرجع، ص.8

⁹⁵⁶ نفس المرجع، ص.9

توصي اللجنة الاستطلاعية في تقريرها بإحداث هيئة وطنية تضم وزارة الصحة ومختلف الفاعلين في المجال، حيث تضع هذه الهيئة مسطرة جديدة لتحديد ثمن الدواء، من خلال مراجعة جميع الأثمان الحالية، واعتماد مسطرة جديدة في التعويض عن الأدوية التي تحددها التغطية الصحية، والتوقف الفوري عن التعويض أي دواء مُكَلَّف يوجد مُماثل له أرخص ثمناً تحت علامة مختلفة، واستعمال نظام الرخص الإجمالي بالنسبة للأدوية التي مازالت خاضعة لبراءة الاختراع، وهي مسطرة قانونية منسجمة مع توصيات منظمة التجارة العالمية ومنظمة الصحة العالمية ولا تتعارض مع اتفاقيات التبادل الحر⁹⁵⁷.

وفي هذا السياق سيُمكن تطبيق وزارة الصحة لتوصيات اللجنة الاستطلاعية، من خفض التكلفة الإجمالية للأدوية العادية بنسبة تتراوح بين 30% و 50%، إضافةً إلى خفض التكلفة الإجمالية للأدوية المُكَلَّفة بنسبة تتراوح بين 50% و 80%، مما سيساهم في تحسين الولوج إلى الأدوية وارتفاع الاستهلاك، والذي سيمكن الصيادلة والشركات المُصنِّعة من تدارك أثر انخفاض الثمن⁹⁵⁸.

طَبَقاً لأحكام الفقرة الأولى من الفصل 103 من الدستور، يُمكن لرئيس الحكومة أن يربط لدى مجلس النواب، مواصلة الحكومة تحمل مسؤوليتها بتصويت يمنح الثقة، بشأن تصريح يدلي به في موضوع السياسة العامة، أو بشأن نص يطلب الموافقة عليه. وتحدد مسطرة هذه المناقشة ولائحة تدخلات ممثلي الفرق والمجموعات النيابية، وتعقيب الحكومة والمدة الزمنية للتدخلات المذكورة، وفق قاعدة التمثيل النسبي بقرار لمكتب المجلس، بعد استطلاع رأي ندوة الرؤساء، كما يجب مراعاة حقوق المعارضة في توزيع الغلاف الزمني، وتخصيص للحكومة نفس الحصة الزمنية المحددة لمجلس النواب⁹⁵⁹.

⁹⁵⁷ مجلس النواب المغربي، تقرير المهمة الاستطلاعية حول ثمن الدواء، مرجع سابق، ص.10

⁹⁵⁸ نفس المرجع ، ص.11

⁹⁵⁹ المادة 249 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.105

تنص الفقرتين الثانية والثالثة من الفصل 103 من الدستور، على أن تصويت مجلس النواب لا يتم إلا بعد مضي ثلاثة أيام كاملة من اليوم الذي طرحت فيه الثقة، ولا تسحب هذه الثقة من الحكومة إلا بالأغلبية المطلقة للأعضاء الذين يتألف منهم مجلس النواب، وتُشير أحكام الفقرة الرابعة من الفصل 103 من الدستور، إلى أن سحب الثقة يؤدي إلى استقالة الحكومة استقالة جماعية⁹⁶⁰.

يُمكن لمجلس النواب أن يعارض مواصلة الحكومة تحمل مسؤوليتها، وذلك بالموافقة على ملتمس للرقابة طبقاً لأحكام الفصل 105 من الدستور⁹⁶¹. ويودع هذا الملتمس لدى رئيس المجلس في شكل مذكرة مفصلة، يُسلمها له أحد الموقعين على الملتمس، مرفقة بقائمة تضم أسماء أصحاب الملتمس وتوقيعاتهم، والفرق والمجموعات النيابية التي ينتمون إليها، ولا يُقبل ملتمس الرقابة المقدم للمجلس، إلا إذا تم توقيعه على الأقل من طرف خمس الأعضاء الذين يتألف منهم المجلس. كما يحدد مكتب المجلس تاريخ مناقشة الملتمس خلال أجل سبعة أيام من تاريخ الإيداع⁹⁶².

لا يُمكن سحب ملتمس الرقابة بعد الشروع في مناقشته من لدن المجلس، وتستمر هذه المناقشة إلى أن يقع التصويت، كما تتم الموافقة على هذا الملتمس، بتصويت الأغلبية المطلقة للأعضاء الذين يتألف منهم مجلس النواب، ولا يقع التصويت إلا بعد مضي ثلاثة أيام كاملة على إيداع الملتمس، ولا تُحسب إلا الأصوات المؤيدة للملتمس، وتؤدي الموافقة على ملتمس الرقابة إلى استقالة الحكومة استقالة جماعية، وإذا وافق مجلس النواب على الملتمس، لا يقبل تقديم أي ملتمس للرقابة أمامه طيلة سنة⁹⁶³.

⁹⁶⁰ المادة 250 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.105

⁹⁶¹ أحمد مفيد، الرقابة البرلمانية على العمل الحكومي في الدستور المغربي الجديد، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 82، الطبعة الأولى، 2013، ص.15

⁹⁶² المواد 251، 252، 253 و 254 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.106

⁹⁶³ المواد 256 و 257 من النظام الداخلي لمجلس النواب المغربي، مرجع سابق، ص.107

المطلب الثاني: تقييم مجلس المستشارين للسياسة الحكومية في مجال الصحة

الفرع الأول: آلية الأسئلة الشفوية وتقييم السياسة الصحية من طرف مجلس المستشارين

يتألف مجلس المستشارين من 120 عضواً، يُنتخبون ويُوزعون على الهيئات الناحية، وفق القواعد والكيفيات التالية، كما يلي: 72 عضواً يمثلون الجماعات الترابية ينتخبون على صعيد جهات المملكة، و 20 عضواً يمثلون الغرف المهنية، و 8 أعضاء يمثلون المنظمات المهنية للمشغلين الأكثر تمثيلية، و 20 عضواً تنتخبهم على الصعيد الوطني هيئة ناخبة مكونة من ممثلي المأجورين⁹⁶⁴.

وفي هذا السياق تجري إنتخابات أعضاء الغرفة الثانية للبرلمان عن طريق الإقتراع باللائحة، وبالتمثيل النسبي من خلال إعتماد قاعدة أكبر بقية، ودون استعمال طريقة مزج الأصوات والتصويت التفاضلي، غير أن الانتخاب يُباشَر بالاقتراع الفردي وبالأغلبية النسبية في دورة واحدة، إذا تعلق الأمر بانتخاب مستشار واحد في إطار هيئة ناخبة معينة⁹⁶⁵.

يَعقد مجلس المستشارين دورتين في السنة، حيث تفتتح الدورة الأولى يوم الجمعة الثانية من شهر أكتوبر، وتفتتح الدورة الثانية يوم الجمعة الثانية من شهر أبريل طبقاً لأحكام الفصل 65 من الدستور، يُخصص البرلمان جلسة مشتركة بين المجلسين لافتتاح الدورة الأولى من طرف جلالة الملك، كما يُمكن جمع البرلمان في دورة استثنائية طبقاً لمقتضيات الفصل 66 من الدستور⁹⁶⁶.

⁹⁶⁴ المادة 1 من القانون التنظيمي رقم 15-32، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.15.88، في 29 من رمضان 1436 (21 يوليوز 2015)، المتعلق بمجلس المستشارين، الجريدة الرسمية، عدد 6380، بتاريخ 23 يوليوز 2015، ص. 6709.

⁹⁶⁵ المادة 3 من القانون التنظيمي رقم 11-28، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.11.172، في 24 من ذي الحجة 1432 (21 نونبر 2011)، المتعلق بمجلس المستشارين، الجريدة الرسمية، عدد 5997 مكرر، بتاريخ 22 نونبر 2011، ص. 5522.

⁹⁶⁶ المادتان 2 و 5 للنظام الداخلي لمجلس المستشارين، قرار المحكمة الدستورية رقم 13/928، المغرب، 2013، ص. 6.

يتكون مجلس المستشارين بالمغرب من ستة لجان دائمة وهي: لجنة العدل والتشريع وحقوق الإنسان، ولجنة الفلاحة والقطاعات الإنتاجية، ولجنة التعليم والشؤون الثقافية والاجتماعية والتي تختص بالمنظومة الصحية، ولجنة المالية والتخطيط والتنمية الاقتصادية، ولجنة الخارجية والحدود والدفاع الوطني والمناطق المغربية المحتلة، ولجنة الداخلية والجماعات الترابية والبنيات الأساسية. حيث لا يقل أعضاء كل لجنة من اللجان الدائمة، عن خمسة عشر عضواً ولا يزيد عن خمسة وأربعين عضواً⁹⁶⁷.

وفي هذا الإطار يتقدم رئيس الحكومة أمام مجلسي النواب والمستشارين مجتمعين في جلسة مشتركة، بعد تعيين الملك لأعضاء الحكومة، ويعرض البرنامج الحكومي الذي يعتزم تنفيذه طبقاً لأحكام الفصل 88 من الدستور. ويُحدد مكتب المجلس باتفاق مع الحكومة تاريخ انعقاد الجلسة الخاصة بمناقشة البرنامج الحكومي، كما تتولى ندوة الرؤساء تنظيم المناقشة، وتُوزع المدة الزمنية المخصصة للمجلس، على أساس التمثيل النسبي للفرق والمجموعات البرلمانية، ويتناول الكلمة رئيس الحكومة بعد انتهاء المداخلات، ليجيب عن ما ورد فيها من تساؤلات واستفسارات⁹⁶⁸.

يتم إيداع ملتمس مساءلة الحكومة بتسليم مستند خاص به إلى رئيس المجلس في جلسة عامة، ويُرفق هذا المستند بلائحة تتضمن توقيع خمس أعضاء المجلس على الأقل، حيث لا تصح الموافقة على هذا الملتمس إلا بتصويت الأغلبية المطلقة لأعضاء مجلس المستشارين، وبعد مُضي ثلاثة أيام كاملة على إيداعه، يبعث رئيس مجلس المستشارين بنص الملتمس إلى رئيس الحكومة، ولهذا الأخير أجل ستة أيام، ليعرض أمام هذا المجلس جواب الحكومة، وتنظم بعد هذا الجواب مناقشة لا يليها تصويت⁹⁶⁹.

⁹⁶⁷ المادة 52 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص.15

⁹⁶⁸ المادتان 229 و 230 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص.60

⁹⁶⁹ المواد 231، 232، 233، 234 و 235 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص.60-61

وفي هذا الصدد يحق لكل عضو من مجلس المستشارين توجيه أسئلة إلى رئيس الحكومة، حول السياسة العامة أو الوزراء حول السياسات القطاعية، وتقدم الأسئلة كتابةً إلى رئيس المجلس وموقعة من واضعها أو واضيعها، كما يجب أن تتسم هذه الأسئلة بوحدة الموضوع، وألا تهدف إلى خدمة أغراض شخصية، أو تتضمن توجيه تهمة شخصية، يقوم رئيس المجلس بإحالة الأسئلة على الحكومة، والتي يجب أن تظلي بأجوبتها عليها خلال الآجال المحددة⁹⁷⁰.

يُخصّص مجلس المستشارين جلسة واحدة كل شهر للأسئلة المتعلقة بالسياسة العامة الموجهة إلى رئيس الحكومة، وتقدم أجوبة الحكومة خلال الثلاثين يوماً الموالية لإحالة هذه الأسئلة طبقاً للفصل 100 من الدستور. يحضر رئيس الحكومة أمام مجلس المستشارين عند وجود أسئلة مرتبطة بالسياسة العامة، والتي لا يمكن للوزراء الإجابة عنها. يقوم المجلس بالتحقق مسبقاً من طبيعة هذه الأسئلة، وتتعدّد جلسات الأسئلة المتعلقة بالسياسة العامة بمجلس المستشارين يوم الأربعاء، ويمكن برمجتها في يوم آخر باتفاق مع الحكومة، ويوزع الغلاف الزمني بالتساوي بين رئيس الحكومة وفرق الأغلبية والمعارضة⁹⁷¹.

تطبيقاً لأحكام الفصل 100 من الدستور تخصص جلسة يوم الثلاثاء للنظر في الأسئلة الشفهية، ويعلن مكتب المجلس عن عدد الأسئلة التي توصل بها عند افتتاح كل جلسة للأسئلة الشفهية، كما يقوم المكتب بتسجيل الأسئلة الشفهية الجاهزة في جدول الأعمال، ويبرمج بالأسبقية الأسئلة المتعلقة بالقضايا الطارئة أو الآنية، والتي تُسجل في بداية الجلسة وفق مقتضيات المواد من 257 إلى 259 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، وتوزع قائمة الأسئلة الجاهزة قبل تاريخ الجلسة بيوم على الأقل⁹⁷².

⁹⁷⁰ المواد 238، 239 و 240 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 62.

⁹⁷¹ المادتان 241 و 242 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 62-63.

⁹⁷² المواد 243، 244، 245 و 246 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 63.

يُمكن لأعضاء مجلس المستشارين أن يتقدموا بأسئلة تليها مناقشة، وعندما يُدرج المكتب أسئلة شفوية من هذا الصنف في جدول أعمال الجلسة، تُفتح لائحة لديه تُسجل فيها أسماء المستشارين الراغبين في المناقشة، وتُعلق هذه اللائحة ساعتين قبل افتتاح الجلسة التي سيناقد فيها السؤال، ويمكن أن تشمل المناقشة قطاعين أو أكثر في نفس الوقت، إذا تعددت القطاعات الحكومية المعنية بالموضوع، وبعد تقديم الأسئلة الآتية والجواب عنها في بداية الجلسة، يُعطي الرئيس الكلمة للمستشارين المُسجلين في المناقشة، لتقديم عرض في الموضوع خلال مدة لا يتجاوز ثلاثة دقائق⁹⁷³.

جدول رقم 30: عدد الأسئلة الشفوية المرتبطة بالمنظومة الصحية في مجلس المستشارين⁹⁷⁴.

الفرق بمجلس المستشارين	عدد الأعضاء	عدد الأسئلة الشفوية خلال الفترة 2011-2021
فريق الأصالة والمعاصرة	25	42
الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية	25	50
فريق العدالة والتنمية	15	22
الفريق الحركي	12	23
فريق التجمع الوطني للأحرار	09	46
الفريق الاشتراكي	08	24
فريق الاتحاد المغربي للشغل	07	07
فريق الإتحاد العام لمقاومات المغرب	07	00
الفريق الدستوري الديمقراطي	06	03
مجموعة الكنفدرالية الديمقراطية للشغل	04	05
مستشاري التقدم والإشتراكية	02	01
المجموع	120	223

⁹⁷³ المادتان 250 و 251 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 64.

⁹⁷⁴ موقع مجلس المستشارين المغربي: الأسئلة الشفوية/ www.chambredeconseillers.ma

يُبين هذا الجدول أن عدد الأسئلة الشفوية المتعلقة بالمنظومة الصحية بلغ 223 سؤال، واحتل الاستقلالي للوحدة والتعدالية المرتبة الأولى بنسبة 22,42%، وفريق التجمع الوطني للأحرار 20,62%، وفريق الأصالة والمعاصرة 18,83، والفريق الاشتراكي 10,76%، والفريق الحركي 10,23%، وفريق العدالة والتنمية 9,86%، وفريق الاتحاد المغربي للشغل 3,13%، ومجموعة الكنفدرالية الديمقراطية للشغل 2,24%، والفريق الدستوري الديمقراطي 1,34%، ومستشاري التقدم والإشتراكية 0,44%، بينما لم يتم طرح أي سؤال شفوي يتعلق بالمنظومة الصحية من طرف فريق الإتحاد العام لمقاولات المغرب⁹⁷⁵.

وفي هذا السياق يتولى الوزير أو الوزراء المعنيون بالأمر، الجواب عن الأسئلة في مدة زمنية تُعادل المدة المخصصة لعرض الأسئلة، وبعد الاستماع إلى جواب الوزير أو الوزراء، يُمكن للرئيس أن يدعو المجلس إلى متابعة جدول الأعمال، حيث تستمر جلسة الأسئلة الشفهية بعد إنهاء الجزء المتعلق بالأسئلة الآتية، والجزء المتعلق بالأسئلة التي تليها مناقشة عامة، بمتابعة باقي الأسئلة المدرجة في جدول الأعمال، على أساس تجميعها تبعاً للقطاعات أو الوزارات المسؤولة عنها⁹⁷⁶.

يُمكن لأعضاء مجلس المستشارين بالمغرب أن يتقدموا بأسئلة آتية إلى الوزراء، تتعلق بقضايا ظرفية طارئة تستأثر باهتمام الرأي العام الوطني، حيث يُبلغ رئيس المجلس السؤال الآتي إلى الحكومة، بمجرد التوصل به كما يتفق مع الوزراء المعنيين، على برمجته والجواب عنه في أول جلسة قادمة للأسئلة الشفهية الأسبوعية، ويقوم رئيس المجلس بالتأكد من كون السؤال المطروح تتوفر فيه الصبغة الآتية، وتُعطى الأولوية في جلسة يوم الثلاثاء للأسئلة الآتية المُبرمجة، وفق المسطرة المذكورة في المادتين 245 و254 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين⁹⁷⁷.

⁹⁷⁵ موقع مجلس المستشارين المغربي: الأسئلة الشفوية/ www.chambredeseconseillers.ma

⁹⁷⁶ المواد 252، 253، 254، من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 65

⁹⁷⁷ المواد 257، 258 و259 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 65

الفرع الثاني: آلية الأسئلة الكتابية وتقييم السياسة الصحية من طرف مجلس المستشارين

يُعلن رئيس مجلس المستشارين بالمغرب في بداية كل جلسة عامة، عن العدد الإجمالي للأسئلة الكتابية، حيث يجيب الوزير الموجه إليه السؤال الكتابي، في مدة لا تتجاوز عشرين يوماً من تاريخ إحالة السؤال طبقاً لمقتضيات الفصل 100 من الدستور⁹⁷⁸، وتُنشر بالجريدة الرسمية للبرلمان مواضيع الأسئلة الكتابية وأجوبة الحكومة عنها⁹⁷⁹.

جدول رقم 31: عدد الأسئلة الكتابية المرتبطة بالمنظومة الصحية خلال الولاية 2011-2021.⁹⁸⁰

عدد الأسئلة الكتابية	عدد الأعضاء	الفرق بمجلس المستشارين
20	25	فريق الأصالة والمعاصرة
12	25	الفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية
48	15	فريق العدالة والتنمية
02	12	الفريق الحركي
55	09	فريق التجمع الوطني للأحرار
02	08	الفريق الاشتراكي
03	07	فريق الاتحاد المغربي للشغل
00	07	فريق الإتحاد العام لمقاومات المغرب
00	06	الفريق الدستوري الديمقراطي
00	04	مجموعة الكنفدرالية الديمقراطية للشغل
00	02	مستشاري التقدم والإشتراكية
142	120	المجموع

⁹⁷⁸ حسن طارق، في دستور السياسات العمومية، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 82، الطبعة الأولى، 2013، ص.29

⁹⁷⁹ المواد 260، 261، 262 و 263 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص.65-66

⁹⁸⁰ موقع مجلس المستشارين المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambredeseconseillers.ma

يُبين الجدول أعلاه أن عدد الأسئلة الكتابية المتعلقة بوزارة الصحة بلغ 142 سؤال، واحتل فريق التجمع الوطني للأحرار المرتبة الأولى بنسبة 38,73%، فريق العدالة والتنمية 33,80%، فريق الأصالة والمعاصرة 14,08%، والفريق الاستقلالي للوحدة والتعادلية 8,45%، وفريق الإتحاد المغربي للشغل 2,11% والفريق الاشتراكي 1,40%، لكن لم يتم طرح أي سؤال كتابي يتعلق بالمنظومة الصحية من طرف الفرق التالية: فريق الإتحاد العام لمقاومات المغرب، والفريق الدستوري الديمقراطي الاجتماعي، ومجموعة الكنفدرالية الديمقراطية للشغل ومستشاري التقدم والإشتركية⁹⁸¹.

وفي هذا الإطار تُحدّد السياسات العمومية المراد تقييمها من طرف مجلس المستشارين في مُستهل دورة أكتوبر من كل سنة تشريعية، وذلك بناءً على اقتراح لرؤساء الفرق ومنسقي المجموعات البرلمانية، ويتولى المكتب تحديد هذه المواضيع، كما تتم إحاطة رئيس الحكومة علماً بذلك، ويُخصّص البرلمان جلسة سنوية خلال النصف الأول من دورة أبريل، من أجل مناقشة السياسات العمومية وتقييمها طبقاً لأحكام الفقرة الثانية من الفصل 101 من الدستور⁹⁸².

يقوم مجلس المستشارين بتحضير الجلسة السنوية لمناقشة وتقييم السياسات العمومية، خلال دورة أكتوبر تحت إشراف مكتب المجلس، حيث تتألف المجموعات الموضوعاتية المؤقتة، من مُمثل عن جميع الفرق على الأقل والمجموعات البرلمانية، ويتراوح عدد أعضائها بين عشرة وعشرين عضواً كحد أقصى، وتراعي الفرق مبدأ التخصص في اختيار أعضائها من أجل عضوية المجموعات الموضوعاتية، وتنتخب كل مجموعة عمل بالإضافة إلى رئيسها نائبين اثنين له ومقرراً للمجموعة⁹⁸³.

⁹⁸¹ موقع مجلس المستشارين المغربي: الأسئلة الكتابية/ www.chambredesconseillers.ma

⁹⁸² المادتان 264 و 265 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 66

⁹⁸³ المادة 266 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 66

وفي هذا السياق تُعدُّ المجموعات الموضوعاتية مذكرة حول السياسة العمومية، موضوع التقييم المندرجة ضمن اختصاصها، وتُضمَّن الأسئلة والتحليل المُراد الحصول عليها، وتُحيلها إلى رئيس مجلس المستشارين. حيث يتداول مكتب مجلس المستشارين في طلبات مجموعات العمل ويتخذ القرار بشأنها، ويحق لرئيس المجلس أن يُوجه إلى المجلس الأعلى للسلطة القضائية أو المجلس الأعلى للحسابات أو إحدى هيئات الحكامة والمؤسسات الدستورية، المنصوص عليها في الفصول من 161 إلى 170 من الدستور، طلبات إبداء الرأي أو إعداد دراسة أو بحث حول السياسات المراد تقييمها⁹⁸⁴.

يُمكن لرئيس مجموعة العمل الموضوعاتية عن طريق مكتب المجلس، طلب عقد اجتماع اللجنة أو اللجان الدائمة المعنية بموضوع السياسة العمومية المراد تقييمها بحضور الوزراء أو مسؤولي الإدارات، وكذا طلب قيامها بمهمة استطلاعية طبقاً للمادة 59 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، ويمكن للحكومة حضور هذا الاجتماع، حيث يُحدد رئيس المجلس بالاتفاق مع رئيس مجلس النواب تاريخ الجلسة السنوية المخصصة لمناقشة وتقييم السياسات العمومية، كما تعقد الجلسات العامة في كل مجلس بصورة منفصلة، وتُعطى الكلمة بالتوالي للفرق والمجموعات البرلمانية ثم للحكومة⁹⁸⁵.

⁹⁸⁴ المادة 266 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 67.

⁹⁸⁵ المواد 267، 268 و 269 من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، مرجع سابق، ص. 67.

المبحث الثاني: دور المؤسسات الدستورية الأخرى في التتبع والمساءلة

تقتضي دراسة هذا الجزء من البحث تقسيم هذا المبحث إلى مطلبين، حيث نتناول في المطلب الأول مراقبة المجلس الوطني لحقوق الإنسان لاحترام الحق في الصحة، ونخصص المطلب الثاني لدور المجلس الأعلى للحسابات في التقييم المالي والتدبري للسياسة الإستشفائية ومدى تحقيق أهداف التنمية، مع تخصيص مطلب لوصف تحديات المنظومة الصحية خلال جائحة فيروس كورونا "كوفيد-19".

المطلب الأول: مراقبة المجلس الوطني لحقوق الإنسان لاحترام الحق في الصحة

الفرع الأول: صلاحيات المجلس الوطني لحقوق الإنسان

يُعتبر المجلس الوطني لحقوق الإنسان مؤسسة وطنية تعددية ومستقلة، تتولى مهمة النظر في جميع القضايا المتعلقة بالدفاع عن حقوق الإنسان والحريات⁹⁸⁶. حيث يُساعد المجلس في ممارسة اختصاصاته آليات جهوية لحقوق الإنسان⁹⁸⁷.

يتألف المجلس علاوة على رئيسه الذي يُعينُ بظهير شريف، من الأمين العام ورؤساء اللجان الجهوية لحقوق الإنسان، و27 عضواً يتوزعون كما يلي: 9 أعضاء يُعينهم جلالته الملك، 5 منهم من بين الشخصيات المشهود لها بالخبرة في مجال حقوق الإنسان، و2 يُقترحهما الرئيس المنتدب للمجلس الأعلى للسلطة القضائية، و2 يُقترحهما المجلس العلمي الأعلى، و8 أعضاء يُعينهم رئيس الحكومة، و8 أعضاء يُعينهم رئيساً مجلسي البرلمان، وعضوين يُمثّلان مؤسسة الوسيط ومجلس الجالية المغربية بالخارج⁹⁸⁸.

⁹⁸⁶ الفصل 161 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص.3625

⁹⁸⁷ المادة 1 من الظهير الشريف رقم 1.11.19، صادر في 25 من ربيع الأول 1432 (1 مارس 2011)، بإحداث المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الجريدة الرسمية، عدد 5922، بتاريخ 3 مارس 2011، ص.575

⁹⁸⁸ المادة 36 من القانون رقم 15-76، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.18.17، في 5 من جمادى الثانية 1439 (22 فبراير 2018)، المتعلق بإعادة تنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الجريدة الرسمية، عدد 6652، بتاريخ 1 مارس 2018، ص.1233

وفي هذا السياق يُمارس المجلس صلاحياته بكل استقلالية، في جميع القضايا المتصلة بحماية واحترام الحقوق والحريات، عبر رصد ومراقبة وتتبع أوضاع حقوق الإنسان على الصعيدين الوطني والجهوي، ويُبدي المجلس رأيه في كل قضيةٍ يعرضها عليه جلالة الملك في مجال اختصاصاته⁹⁸⁹. كما يجوز للمجلس إجراء التحقيقات اللازمة بشأن انتهاكات حقوق الإنسان، وإنجاز تقارير تتضمن خلاصات، ويتولى توجيه هذه التقارير إلى الجهات المختصة مشفوعة بتوصياته، حيث يُمكن للسلطات العمومية أن تتمسك بالسر المهني، عندما يتعلق الأمر بالدفاع الوطني أو بالأمن العام أو لدواعٍ خطيرة⁹⁹⁰.

ينظر المجلس في حالات انتهاك حقوق الإنسان، إما تلقائياً أو بناءً على شكاية ممن يعينهم الأمر أو بتوكيل منه، حيث تتم دراسة الشكايات ومعالجتها، وتتبع مسارها وإخبار المعنيين بالأمر بمآلها. كما يتعين على السلطات والهيئات والجهات المعنية بموضوع الشكاية المحالة إليها من قبل المجلس، إخباره بجميع التدابير التي تم اتخاذها في موضوع الشكاية التي عُرضت عليها، داخل أجل تسعين يوماً، ويمكن تقليص هذه المدة إلى ستين يوماً، إذا أثبتت حالة الاستعجال من قبل المجلس⁹⁹¹.

يقوم المجلس في إطار ممارسة مهامه في مجال حماية حقوق الإنسان، بزيارة أماكن الاعتقال والمؤسسات السجنية، ومراقبة أحوال السجناء ومعاملتهم، وكذا مراكز حماية الطفولة وإعادة الإدماج، ومؤسسات الرعاية الاجتماعية، والمؤسسات الاستشفائية المختصة بمعالجة الأمراض العقلية والنفسية، وأماكن الاحتفاظ بالأجانب في وضعية غير قانونية، ولا يمكن لإدارة هذه المؤسسات الاعتراض على زيارات المجلس، إلا لأسبابٍ تتعلق بالدفاع الوطني أو الأمن العام أو كوارث طبيعية أو خطيرة⁹⁹².

⁹⁸⁹ المادة 4 من القانون رقم 15-76، المتعلق بإعادة تنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1227.

⁹⁹⁰ المادة 5 من القانون رقم 15-76، المتعلق بإعادة تنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1228.

⁹⁹¹ المادة 6 من القانون رقم 15-76، المتعلق بإعادة تنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1228.

⁹⁹² المادة 11 من القانون رقم 15-76، المتعلق بتنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1228.

وفي هذا الصدد يتولى المجلس القيام بكل مهمة تهدف إلى تعزيز حماية حقوق الإنسان، والوقاية من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، كما يقوم بالنظر في الشكايات المتعلقة بحالات انتهاك حقوق الطفل وحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة. حيث تُحدث لدى المجلس الآليات الوطنية التالية: الآلية الوطنية للوقاية من التعذيب، والآلية الوطنية لتظلم الأطفال ضحايا انتهاكات حقوق الطفل، والآلية الوطنية الخاصة بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة⁹⁹³.

تقوم الآلية الوطنية للتظلم الخاصة بالأطفال ضحايا انتهاكات حقوق الطفل بالمهام التالية: تلقي الشكايات المقدمة إما مباشرةً من قبل الأطفال ضحايا الانتهاك أو نائبيهم الشرعي، والقيام بجميع التحريات المتعلقة بالشكايات المتوصل بها ودراستها ومعالجتها والبت فيها، ويجوز لهذه الآلية أن تتصدى تلقائياً لحالات خرق وانتهاك حقوق الطفل، وعندما يؤدي وقوع هذا الانتهاك إلى إلحاق ضرر جسيم بالطفل، يتعين على رئيس المجلس تبليغ السلطات القضائية المختصة، وموافاتها بجميع المعلومات والمعطيات والوثائق المتوفرة للآلية الوطنية المعنية حول هذه الحالة⁹⁹⁴.

تعمل الآلية الوطنية الخاصة بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة على: تلقي الشكايات المقدمة مباشرةً من قبل الأشخاص في وضعية إعاقة ضحايا الانتهاك أو من لدن من ينوب عنهم، والقيام بجميع التحريات المتعلقة بالشكايات المتوصل بها، من أجل دراستها ومعالجتها والبت فيها، كما يجوز لهذه الآلية الوطنية التصدي تلقائياً، لحالات الخرق أو الانتهاك التي تبلغ إلى علمها، والتي تتعلق بحق من حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة، شرط إخبار الشخص المعني وعدم اعتراضه على تدخلها⁹⁹⁵.

⁹⁹³ المادة 12 من القانون رقم 15-76، المتعلق بتنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1229

⁹⁹⁴ المادة 18 من القانون رقم 15-76، المتعلق بتنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1230

⁹⁹⁵ المادة 19 من القانون رقم 15-76، المتعلق بتنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1230

وفي هذا الإطار يتولى المجلس في نطاق صلاحياته المتعلقة بالنهوض بحقوق الإنسان، دراسة مدى ملائمة النصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، مع المعاهدات الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان، والتي صادقت عليها المملكة المغربية أو انضمت إليها، يقترح المجلس كل توصية يراها مناسبة على ضوء الملاحظات الختامية الصادرة عن أجهزة الأمم المتحدة، لا سيما منها آليات المعاهدات التي قبلها المغرب، ويوجهها رئيس المجلس إلى رئيسي مجلسي البرلمان والسلطات الحكومية المختصة⁹⁹⁶.

يُبدى المجلس رأيه بمبادرة منه أو بطلب من الحكومة أو أحد مجلسي البرلمان، في شأن مشاريع ومقترحات القوانين ذات الصلة بحقوق الإنسان، ومدى ملائمتها مع المعاهدات الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان والتي صادقت عليها المملكة المغربية أو انضمت إليها. حيث يُقدم المجلس الوطني لحقوق الإنسان لكل من مجلس النواب ومجلس المستشارين، بناءً على طلبهما المساعدة والمشورة في مجال تقييم السياسات العمومية المتعلقة بحقوق الإنسان⁹⁹⁷.

يُرفع المجلس الوطني لحقوق الإنسان إلى نظر جلالة الملك تقريراً سنوياً عن حالة حقوق الإنسان بالمملكة المغربية، كما يرفع إليه عند الاقتضاء تقارير خاصة وموضوعاتية، في كل ما يُسهم في حماية حقوق الإنسان والدفاع عليها على نحو أفضل، وتُوجه نسخة من هذه التقارير إلى رئيس الحكومة ورئيس مجلس النواب ورئيس مجلس المستشارين، حيث يعمل المجلس على نشرها في الجريدة الرسمية وإطلاع العموم عليها، ويُقدم رئيس المجلس طبقاً لأحكام الفصل 160 من الدستور تقريراً عن أعماله، مرة واحدة في السنة على الأقل، يكون موضوع مناقشة من قبل البرلمان⁹⁹⁸.

⁹⁹⁶ المادة 24 من القانون رقم 15-76، المتعلق بتنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1231

⁹⁹⁷ المادة 25 من القانون رقم 15-76، المتعلق بتنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1231

⁹⁹⁸ المادة 35 من القانون رقم 15-76، المتعلق بتنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص. 1232

الفرع الثاني: تقييم المجلس الوطني لحقوق الإنسان للصحة العقلية

قام المجلس الوطني لحقوق الإنسان سنة 2012 بمهمة استطلاع وتحري، شملت مستشفيات الصحة العقلية بالمدن التالية: الدار البيضاء، وآسفي، وسلا، ومراكش، وبنى ملال، وخريبكة، ومكناس، وفاس، وطنجة، والرباط، وتطوان، وإنزكان، وتارودانت، والعيون، والحسيمة، وآرازات، وبرشيد وتيط مليل حيث مكنت مراقبة المجلس من توصيف حالة البنيات الاستشفائية والتجهيزات والموارد البشرية، والخدمات الصحية المقدمة، والعلاقات بين العدالة والصحة العقلية، وتدخل القطاع الخاص والمجتمع المدني⁹⁹⁹.

وفي هذا السياق اعتمد تقرير الصحة العقلية مختلف صكوك حقوق الإنسان ذات الصلة بالصحة العقلية ومنها: المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والمادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والمادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل، والمادة 12 من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة، والمادة 5 من اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز العنصري، ودستور منظمة الصحة العالمية والاتفاقية الدولية لحقوق الأشخاص المعاقين، حيث أن جميع هذه الاتفاقيات والصكوك تم التوقيع والمصادقة عليها من قبل المغرب¹⁰⁰⁰.

إعتمد المجلس على عدة نصوص قانونية دولية مرجعية مثل: مبادئ الأمم المتحدة لحماية الأشخاص المُصابين بمرض عقلي، والقواعد المعيارية لتكافؤ حظوظ الأشخاص المُصابين، وإعلان كاركاس، وإعلان مدريد، وتشريع علاجات الصحة العقلية لمنظمة الصحة العالمية، وإعلان سلامنكا حول التربية على الاحتياجات الخاصة، وتقرير منظمة الصحة العالمية حول الصحة النفسية سنة 2001.¹⁰⁰¹

⁹⁹⁹ المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان: الحاجة الملحة إلى سياسة جديدة، المغرب، 2012،

ص.1

¹⁰⁰⁰ المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص.2

¹⁰⁰¹ المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص.2-3

عَمِلَ المجلس على تحليل مختلف التشريعات الوطنية المرتبطة بالصحة العقلية، ومنها الديباجة والفصل 31 من دستور 2011، وظهير 30 أبريل 1959 بشأن الوقاية من الأمراض العقلية ومعالجتها وحماية المُصابين بها، والفصول 61، ومن 75 إلى 82، ومن 134 إلى 137 من القانون الجنائي، والمادتان 389 و 435 من قانون المسطرة الجنائية، والقانون المتعلق بزجر الإدمان على المخدرات السامة، والقانون رقم 98-23 المتعلق بالسجون ومرسوم تطبيقه، وقرار 6 يوليوز 2010 بشأن النظام الداخلي للمستشفيات ومرسوم 13 أبريل 2007 المتعلق بالتنظيم الاستشفائي¹⁰⁰².

لم تُمنح السياسات العمومية بالمغرب الصحة العقلية المكانة اللائقة بها، باعتبارها شرطاً أساسياً لرفاهية المواطنين، حيث تُوضّح مُؤشرات هذه الوضعية: تقادم النص القانوني المتعلق بالصحة النفسية، ونقص البنيات الاستشفائية الخاصة بالصحة العقلية، وعدم ملائمتها من حيث التوزيع الجغرافي، والهندسة المعمارية والتجهيزات، وعدم احترام مستشفيات الأمراض العقلية لمعايير السلامة والمراقبة، والخصائص في الأطباء والمُمرضين، وعدم كفاية برامج التكوين، وغياب التخصصات في مجال الطب النفسي¹⁰⁰³.

وفي هذا الصدد يُشير تقرير المجلس الوطني لحقوق الإنسان إلى وجود اختلالات، تتعلق بسوء نوعية الخدمات الطبية المُقدمة لمستعملي الطب النفسي، وتُردي معايير الإقامة التي يخضعون لها أثناء الاستشفاء، وعدم توفر الأجيال الجديدة من الأدوية، والتي تُعد أكثر فعالية وأقل تسبباً في الآثار الجانبية، والوصم العام للمرضى العقليين بل ولمعالجهم أيضاً، وعدم كفاية الاهتمام بالأطفال واليافعين والأشخاص المُسنين، وعدم إدماج مقارنة النوع في جميع القضايا الواقعية والقانونية المتعلقة بالصحة العقلية¹⁰⁰⁴.

¹⁰⁰² المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص.3.

¹⁰⁰³ نفس المرجع، ص.4.

¹⁰⁰⁴ نفس المرجع، ص.6.

إن وضعية الصحة العقلية بالمغرب تقتضي من وزارة الصحة القيام بتدابير عاجلة، حيث يُقدّم المجلس الوطني لحقوق الإنسان التوصيات التالية: التخلي رسمياً وإدارياً عن إحداث المستشفيات الجهوية السبعة، وتخصيص هذه الميزانية لبناء وتجهيز مستشفيات للطب النفسي، وحل مشكل جناح النساء بمستشفى تطوان، وتشكيل لجنة مختلطة خاصة لدراسة حالة مستشفى برشيد، وترميم البنيات الموجودة في مستشفيات مكناس وآسفي وخريبكة، حيث أنه في انتظار تبني سياسة للصحة العقلية بالمغرب، يجب وضع معايير دُنيا لعمليات البناء والترميم، تأخذ بعين الاعتبار خصوصية هذا النوع من البنيات الإستشفائية¹⁰⁰⁵.

يُوصي المجلس بمراجعة الإطار القانوني للصحة العقلية، مع اعتماد مقارنة تشاركية لتعديله بما ينسجم مع المعايير الدولية ويتكيف مع الأوضاع الجديدة للصحة العقلية بالمغرب، حيث لا يكمن الهدف في سد الثغرات وإنما في تحيين النص القانوني بالتجربة الميدانية والمعارف المكتسبة لجميع الفاعلين، ومراجعة القوانين المتعلقة بالضمان الاجتماعي والتأمين على المرض، من أجل تكييفها مع المتطلبات الخاصة للتكفل الطبي النفسي، ومراجعة القانون المتعلق بفتح العيادات الخاصة، مع مراعاة خصوصية الطب النفسي، وإقرار النظام الأساسي للممرضين المُختصين في الطب النفسي¹⁰⁰⁶.

وفي هذا الإطار يدعو المجلس إلى وضع سياسة وطنية للصحة العقلية، ووضع ميزانية خاصة بالصحة النفسية، وإحداث مصالح للطب النفسي في المستشفيات العمومية، والتوزيع الجغرافي العادل للبنيات الإستشفائية، وتوفير الأجيال الجديدة من الأدوية، وتشجيع مسالك الطب النفسي في كليات الطب ومعاهد تكوين الممرضين، وتنمية الموارد البشرية بكافة وسائل التشجيع والتحفيز الممكنة¹⁰⁰⁷.

¹⁰⁰⁵ المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص.7

¹⁰⁰⁶ نفس المرجع، ص.8

¹⁰⁰⁷ نفس المرجع، ص.9

تهدف خطة العمل الوطنية في مجال الديمقراطية وحقوق الإنسان للفترة 2018-2021، إلى تأهيل المنظومة الصحية وضمان الولوج إلى الخدمات الصحية، من خلال إشراك الحكومة والبرلمان و الجماعات الترابية وهيئات الحكامة والديمقراطية التشاركية وحقوق الإنسان والهيئات المهنية والمجتمع المدني والنقابات والقطاع الخاص والإعلام، من أجل ضمان الحق في الصحة وتعميم التغطية الصحية، في إطار المساواة والانصاف، بالإضافة إلى ضمان الولوج المتساوي والمتكافئ والمستدام إلى الخدمات الصحية، وكفالة التوزيع المجالي العادل للخدمات الصحية والتجهيزات الطبية والموارد البشرية¹⁰⁰⁸.

إن التدابير المتعلقة بالجانب التشريعي والمؤسساتي لهذه الخطة، ترمي إلى الإسراع بالمصادقة على مشروع القانون المتعلق بمكافحة الاضطرابات العقلية، وضمان العدالة المجالية في الميدان الصحي، من خلال خريطة صحية عادلة تُغطي مكونات التراب الوطني، ودعم ولوج الفئات الأكثر هشاشة إلى الخدمات الصحية، ومواصلة توفير الموارد البشرية اللازمة وتأمين توزيعها العادل، وفق منظور يُراعي حاجيات كل منطقة ترابية، وتعزيز كفاءات مهنيي الصحة عن طريق التكوين والتكوين المستمر¹⁰⁰⁹.

وفي هذا السياق تسعى الخطة إلى تأهيل أقسام المستعجلات، والنهوض بصحة الأم والمواليد، وتعزيز مبادئ المساواة والإنصاف في التعامل مع المرضى داخل المؤسسات الاستشفائية، وضمان حقوق المُصابين بالأمراض المتنقلة جنسياً، ومواصلة تحسين جودة الخدمات العلاجية، وتوسيع التغطية الصحية لتشمل باقي الفئات الأخرى، وضمان التوزيع العادل لموارد المنظومة الصحية على كافة التراب الوطني، ودعم تحصيل وتحليل المعلومات الصحية وفق المنهج الشمولي والاجتماعي في مجال الصحة¹⁰¹⁰.

¹⁰⁰⁸ وزارة الدولة المكلفة بحقوق الإنسان بالمغرب، خطة العمل الوطنية في مجال الديمقراطية وحقوق الإنسان، الفترة

2018-2021، 2017، ص.44

¹⁰⁰⁹ نفس المرجع، ص.45

¹⁰¹⁰ نفس المرجع، ص.46

شملت الإجراءات التي تضمنتها الخطة النهوض بالصحة النفسية والعقلية، ومواصلة مأسستها وتعميم خدماتها، ودعم عمل الفرق الطبية المتنقلة، ودعم توفير الأدوية الأساسية والاستعجالية والمتعلقة الأمراض المزمنة، وتخليق المرافق الصحية العمومية، وعقلنة طرق تدبير الأدوية داخل المستشفيات، وضمان التنسيق بين مختلف الإدارات الصحية على الصعيد الوطني وبين المستشفيات والمراكز الصحية، وإحداث آليات التتبع والمراقبة وتقييم الأداء وجودة الخدمات، وتطوير سبل التعاون والتنسيق بين القطاعين العام والخاص، من أجل تحسين الولوج العادل والمتكافئ للعرض الصحي¹⁰¹¹.

وفي هذا الصدد دعت الخطة الوطنية للفترة 2018-2021، إلى تشجيع وتحفيز طلبة الطب، على التخصص في الطب الشرعي والطب النفسي، ومواصلة تعزيز الخدمات المتعلقة بمعالجة الشكايات والتظلمات والاقتراحات من طرف المرتفقين، والقيام بحملات للتوعية والتحسيس في المستشفيات والمراكز والمستوصفات الصحية من أجل توعية المواطنين والمواطنات بحقوقهم وواجباتهم، وتعزيز البرامج السمعية البصرية المتعلقة بالحقوق في الصحة¹⁰¹².

شملت خطة العمل الوطنية في مجال الديمقراطية وحقوق الإنسان للفترة 2011-2016، القيام بمجموعة من التدابير مثل: التسريع بإصدار قانون ينظم الشراكة الاستراتيجية بين وزارة الصحة والقطاع الخاص، والعمل على تأمين توزيع عادل ومتساوٍ للموارد البشرية على المجال الترابي، وفق منظور يُراعي حاجيات كل منطقة ترابية، ومراعاة الجانب اللغوي والثقافي من حيث عدد الأطر الطبية وتخصصاتها، وتعزيز مبادئ المساواة وعدم التمييز في التعامل مع المرضى داخل المؤسسات الاستشفائية¹⁰¹³.

¹⁰¹¹ وزارة الدولة المكلفة بحقوق الإنسان بالمغرب، خطة العمل الوطنية للفترة 2018-2021، مرجع سابق، ص.46

¹⁰¹² نفس المرجع، ص.45

¹⁰¹³ وزارة الدولة المكلفة بحقوق الإنسان بالمغرب، خطة العمل الوطنية في مجال الديمقراطية وحقوق الإنسان، الفترة

2011-2016، 2010، ص.49

تضمنت الخطة الوطنية للفترة 2011-2016 عدة تدابير تتعلق بحقوق المُصابين بالأمراض المتنقلة جنسياً، وحمايتهم من كل أشكال التمييز والاقصاء، والتسريع بتعميم نظام المساعدة الطبية للفئات المعوزة وذات الدخل المحدود، ودعم التحصيل والتحليل الشمولي للمعطيات والمعلومات، حسب النوع الاجتماعي في مجال الصحة، والإسراع بإصدار قانون يتعلق بالتحقق من هوية الأشخاص بواسطة البصمات الجينية، وتشجيع وتحفيز طلبة الطب على التخصص في الطب الشرعي، والقيام بحملات تحسيسية داخل المستشفيات والمراكز الصحية، من أجل توعية المواطنين بحقوقهم وواجباتهم¹⁰¹⁴.

أنشأت لجنة حقوق الإنسان ومجلس حقوق الإنسان سنة 2006 عدة آليات، من أجل معالجة قضايا ذات موضع اهتمام في كل أنحاء العالم، ورغم أن هذه الآليات والإجراءات الخاصة قد تتباين، فإنها تتألف عادةً من رصد حالات حقوق الإنسان في بلدان مُحددة، أو موضوعات تتضمن تقارير علنية متعلقة بحقوق الإنسان، حيث أنشأت هذه اللجنة في قرارها رقم 31/2002، ولاية المقرر الخاص المعني بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى يُمكن بلوغه من الصحة البدنية والعقلية¹⁰¹⁵.

وفي هذا الإطار يقوم المقرر الخاص المعني بالحق في الصحة بالمهام التالية: جمع وطلب وتلقي وتبادل المعلومات المتعلقة بالحق في الصحة، وإقامة حوار مع الجهات الفاعلة المعنية ومناقشة إمكانيات التعاون معها، بما فيها الحكومات وهيئات الأمم المتحدة، ومنظمة الصحة العالمية، والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات المالية الدولية، إضافةً إلى القيام بتقديم تقرير عن حالة الحق في الصحة في كل أنحاء العالم، وتقديم توصيات عن التدابير الملائمة من أجل تعزيز وحماية الحق في الصحة¹⁰¹⁶.

¹⁰¹⁴ وزارة الدولة المكلفة بحقوق الإنسان بالمغرب، خطة العمل الوطنية، الفترة 2011-2016، مرجع سابق، ص.50

¹⁰¹⁵ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.46

¹⁰¹⁶ نفس المرجع، ص.47

يؤكد المقرر الخاص المعني بالحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، على أن المنظومة الصحية يجب عليها تكريس الحق في الصحة، عبر اعتماد عدة عناصر أهمها: توفير نظام صحي لجمع البيانات الصحية، من أجل رصد أعمال الحق في الصحة، حيث يجب أن تكون البيانات مجزأة على أساس بعض العوامل، مثل الجنس والعمر والمنطقة الحضرية والقروية، وينبغي أن تشمل قدرة وطنية لإنتاج عدد كافٍ من المهنيين الصحيين، الذين يتمتعون بشروط وظروف خدمة جيدة¹⁰¹⁷.

تُعتبر آليات المساءلة عنصراً حاسماً لضمان احترام التزامات الدولة المتعلقة بالحق في الصحة، وهنا تُطرح مجموعة من الأسئلة: كيف يتم رصد الالتزامات القانونية الواقعة على الدول الأطراف؟ من هي المؤسسات المخولة بهذا الرصد؟ وكيف يُمكن وضع الدولة في موقف الحساب إذا انتهكت الحق في الصحة؟ إن رصد ومساءلة الدول يجريان على الأصعدة الوطنية والإقليمية والدولية، وينطويان على مجموعة من الفعاليات، مثل الدولة نفسها والمنظمات الغير الحكومية والمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان أو هيئات المعاهدات الدولية¹⁰¹⁸.

إن الآليات القضائية هي من أهم التدابير المتصلة بتنفيذ الأحكام الخاصة بالحقوق القابلة للعرض على القضاء، وفقاً للنظام القانوني الوطني، حيث ينبغي أن توفر هذه الآليات وسائل لإنصاف الأفراد في حالة انتهاك الحق في الصحة، كما أن إدراج الصكوك والاتفاقيات الدولية التي تعترف بهذا الحق في القوانين الوطنية، يُمكن أن يُعزز هذه التدابير القضائية، عبر تمكين المحاكم من الفصل في انتهاكات الحق في الصحة، بالرجوع إلى العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية¹⁰¹⁹.

¹⁰¹⁷ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.34.

¹⁰¹⁸ جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الإنسان، المساءلة البرلمانية للشأن التعليمي، بدعم من الصندوق الوطني للديموقراطية، 2009، ص.3.

¹⁰¹⁹ مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، مرجع سابق، ص.39.

وفي هذا السياق تزايد قيام المحاكم المحلية بما فيها المحاكم العليا، في الفصل في قضايا تتصل بالحق في الصحة، حيث أمرت المحاكم في الأرجنتين الدولة بكفالة توفير العقاقير المضادة للفيروسات الرجعية بدون إنقطاع، للأشخاص المُصابين بفيروس نقص المناعة المُكتسبة¹⁰²⁰. وكفالة صناعة لقاح ضد أحد الأمراض المتوطنة¹⁰²¹. وكفالة استمرار تقديم عقار مجاناً ضد مرض في العظام¹⁰²².

كما نظرت المحكمة العليا في إحدى القضايا الأخرى المرتبطة بالحق في الصحة، وهي قضية الإستبعاد من التغطية الصحية وإنهاء هذه التغطية، خاصةً من جانب التأمين الصحي الخاص، حيث أشارت المحاكم إلى تصديق دولة الأرجنتين على العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والمعاهدات الأخرى، للتأكيد مرةً أخرى على المركز الدستوري للحق في الصحة¹⁰²³.

قامت المحكمة العليا في جنوب إفريقيا بالحُكم سنة 2001 لصالح حملة العمل من أجل العلاج، وقررت أن تقييدات الحكومة غير معقولة، كما أيدت المحكمة الدستورية حُكم محكمة بريوريا في قرارها عند الإستئناف في يوليو 2002، حيث قررت أن سياسة الحكومة في جنوب إفريقيا، أخفقت في الوفاء بالتزاماتها الدستورية، التي تقتضي توفير وصول المواطنين إلى خدمات الرعاية الصحية بطريقة معقولة، وتزاعي الاحتياجات الاجتماعية الملحة، كما أكدت هذه المحكمة أن السياسة العامة للدولة في مجال الصحة، تُمثل تمييزاً ضد الفقراء الذين لا يستطيعون دفع ثمن الخدمات الصحية¹⁰²⁴.

¹⁰²⁰ المحكمة العليا، القضية رقم 323، بين وزارة الصحة والعمل الاجتماعي وجمعية بنغالينس، الأرجنتين، 2000، ص.1

¹⁰²¹ المحكمة الإدارية، الغرفة الرابعة، تنفيذ وزارة الصحة والعمل الاجتماعي للقانون 986/16، الأرجنتين، 1998، ص.9

¹⁰²² المحكمة العليا، البرامج الصحية لوزارة الصحة والعمل الاجتماعي وأنا كارينا، الأرجنتين، 2000، ص.2

¹⁰²³ المحكمة العليا، مذكرة المحامي العام، المؤرخة في 17 دجنبر 1999، الأرجنتين، 2001، ص.23

¹⁰²⁴ المحكمة العليا، مجلة حقوق الإنسان، المجلد 19، الجزء 2، جنوب إفريقيا، 2003، ص.33

المطلب الثاني: تقييم السياسة الصحية من طرف المجلس الأعلى للحسابات

الفرع الأول: تقييم المجلس الأعلى للحسابات للسياسة الإستشفائية

يُعتبر المجلس الأعلى للحسابات الهيئة العليا المُكلفة بمراقبة المالية العمومية بالمغرب، ويضمن الدستور استقلاله، ليُمارس مهمة تدعيم وحماية مبادئ وقيم الحُكامة الجيدة والشفافية والمحاسبة بالنسبة للدولة والأجهزة العمومية، كما يتولى المجلس ممارسة المراقبة العليا على تنفيذ قوانين المالية، ويتحقق من سلامة العمليات المتعلقة بمداخل ومصاريف الأجهزة الخاضعة لمراقبته بمقتضى القانون، كما يُقيم كيفية تدبيرها لشؤونها، ويتخذ عقوبات عن كل إخلال بالقواعد، ويقوم بمهمة مراقبة وتتبع التصريح بالتملكات، وتدقيق حسابات الأحزاب السياسية، وفحص النفقات المتعلقة بالعمليات الانتخابية¹⁰²⁵.

وفي هذا السياق يُقدم المجلس الأعلى للحسابات مساعدته للحكومة وللهيئات القضائية وللبرلمان، في المجالات التي تدخل في نطاق اختصاصاته والمتعلقة بمراقبة المالية العامة، حيث يجيب عن الأسئلة والاستشارات المرتبطة بوظائف البرلمان في التشريع والمراقبة والتقييم المتعلقة بالمالية العامة. كما يرفع المجلس للملك تقريراً سنوياً يتضمن بياناً عن جميع أعماله، ويوجهه أيضاً إلى رئيس الحكومة وإلى رئيسي مجلسي البرلمان، ويُقدم الرئيس الأول للمجلس عرضاً عن أعماله في البرلمان يكون متبوعاً بمناقشة¹⁰²⁶.

تتولى المجالس الجهوية للحسابات مراقبة حسابات الجهات والجماعات الترابية الأخرى وهيئاتها، وكيفية قيامها بتدبير شؤونها، وتُعاقب عن كل إخلال بالقواعد السارية. حيث يُحدد القانون اختصاصات المجلس الأعلى للحسابات والمجالس الجهوية للحسابات وقواعد تنظيمها وكيفية تسييرها¹⁰²⁷.

¹⁰²⁵ الفصل 147 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3624

¹⁰²⁶ الفصل 148 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3624

¹⁰²⁷ الفصول 149 و 150 من الدستور المغربي، مرجع سابق، ص. 3624

قام المجلس الأعلى للحسابات والمجلس الجهوي للحسابات لجهة مراكش-آسفي، بمراقبة تسيير المركز الاستشفائي الجهوي لمراكش، مما أسفر عن تسجيل مجموعة من الملاحظات، حيث لا يتوفر المركز الاستشفائي الجهوي على وثيقة تُمكنه من تنزيل هذه الاستراتيجية القطاعية على الصعيد المحلي، نظراً لعدم إعداد مشروع المؤسسة الإستشفائية وكذا مخطط العمل، وعدم إحداث هيئات التنسيق والدعم، كما أن التنظيم الاستشفائي لهذا المركز مُخالف للمقتضيات التنظيمية¹⁰²⁸.

تُعتبر مصلحة الاستقبال والقبول بالمركز الاستشفائي الجهوي لمراكش، بالإضافة إلى مختلف المصالح الطبية ووكالة المداخل، من الجهات الفاعلة الرئيسية المعنية بإنتاج المعلومات، حيث تبين للمجلس الأعلى للحسابات غياب التنسيق والتواصل بين هذه المصالح، وغياب نظام معلوماتي مندمج، يُمكن من إنتاج وتبادل المعلومات بشكل جيد، وغياب التنسيق بين مصلحة الاستقبال والقبول وباقي المصالح الطبية، ووجود تفاوت بين المعطيات الحقيقية المتعلقة بالخدمات المقدمة للمرتفقين وتلك المدونة بالنظام المعلوماتي، وقصور في تدبير وحفظ الأرشيف¹⁰²⁹.

وفي هذا الإطار تَمَكَّن المجلس الأعلى للحسابات من رصد تراجع النشاط العام لمستشفى ابن زهر، وغياب بعض التخصصات الأساسية بالمستشفى، ووجود نقائص في عمل المصالح الطبية، وغياب صيدلي بالصيدلية الاستشفائية، وتسجيل فرق بين الحاجيات المُعبر عنها من الأدوية والاستهلاك، وتدبير الأدوية خارج إطار الصيدلية الاستشفائية، وتخزين الأدوية والمستلزمات الطبية في أماكن غير ملائمة، وغياب برنامج واضح للتزويد، واختلالات في تدبير المواد المُخدرة والمُنتجات المُتَحَلِّلة بالحرارة¹⁰³⁰.

¹⁰²⁸ المجلس الأعلى للحسابات، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، الجزء الأول، المغرب، 2018، ص.295

¹⁰²⁹ نفس المرجع، ص.296

¹⁰³⁰ نفس المرجع، ص.297

أوصى المجلس الأعلى للحسابات المركز الجهوي للإستشفائي لمراكش باتخاذ الإجراءات التالية: إعداد مشروع المؤسسة الاستشفائية وكذا مخطط العمل، والعمل على إحداث وتفعيل دور هيئات التشاور والدعم، واعتماد تنظيم استشفائي، وتوفير نظام معلوماتي موثوق وفعال ومندمج، خاصة بين المصالح الطبية ومصلحة الاستقبال والقبول ووكالة المداخل، وتأهيل كافة الأطر العاملة في النظام المعلوماتي للمركز الاستشفائي، ووضع دفتر للمساطر لكافة المصالح وحث جميع المتدخلين على احترامه¹⁰³¹.

وفي هذا الصدد قدّم المجلس الأعلى للحسابات للمركز الجهوي للإستشفائي لمراكش مجموعة من التوصيات، تتعلق بالعمل على توفير جميع التخصصات المنصوص عليها في القوانين التنظيمية، وتوفير الوسائل اللازمة لحسن سير المصالح، خاصة بالنسبة لمصلحة جراحة الأطفال ومصلحة الولادة ومصلحة التصوير الطبي والمختبر، والاستثمار في الأجهزة الموضوعة رهن إشارة المصالح الطبية، خاصة على مستوى مصلحة الولادة ومصلحة طب الأطفال ومصلحة الإنعاش ووحدّة الأمراض العصبية، وكذلك الحرص على حُسن صيانة وإصلاح المُعدّات والأجهزة المتواجدة بالمستشفى¹⁰³².

يُوصي المجلس الأعلى للحسابات المركز الجهوي للإستشفائي لمراكش فيما يخص تدبير الأدوية، بضرورة تزويد الصيدلية الاستشفائية بالوسائل اللازمة لضمان حُسن اشتغالها، ومراقبة وتتبع جميع الأدوية والمستلزمات الطبية المُسلمة إلى المستشفى، وتهيئة مقر الصيدلية الاستشفائية وفق المعايير المعتمدة، والحرص على ملائمة الحاجيات والطلبات المُلتزم بها لفائدة المركز الاستشفائي مع الحاجيات الحقيقية، وتدبير المواد المُخدّرة والمُتَحَلِّلَة وفق النصوص القانونية والتنظيمية المعمول بها في هذا المجال¹⁰³³.

¹⁰³¹ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص. 298.

¹⁰³² نفس المرجع، ص. 299.

¹⁰³³ نفس المرجع، ص. 302.

تَبين للمجلس الأعلى للحسابات من خلال فحص ملفات الموظفين المُعينين بمستشفى ابن زهر، تعيين أطر طبية في غياب مصلحة مختصة، وغياب بعض التخصصات الضرورية، وغياب غبر مبرر لبعض الأطباء المتخصصين، أما فيما يخص تدبير الموارد المالية، أبانت عمليات المراقبة عن تسجيل الملاحظات التالية: عدم تسجيل مصلحة الاستقبال لعدد من الخدمات المُقدمة وعدم فوترتها، واختلالات على مستوى فوترة الحالات الاستشفائية، وعدم فوترة العديد من الفحوصات الطبية المتخصصة¹⁰³⁴.

وفي هذا السياق يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بالرفع من إمكانيات المصالح الطبية، لضمان سلامة الخدمات المُقدمة، وتشغيل الوحدات الطبية المُعطلة لتمكين المركز الاستشفائي من القيام بجميع المهام، حسب النصوص القانونية والتنظيمية المعمول بها، والسهر على احترام الأطر الطبية وشبه الطبية لأوقات العمل الادارية، وفرض احترام اختصاصات مصلحة الاستقبال والقبول، خاصةً فيما يتعلق بتصفية وفوترة الخدمات المُقدمة من طرف مختلف المصالح الطبية، والحرص على فوترة كافة الخدمات المُقدمة من طرف مختلف المصالح الطبية بمستشفى ابن زهر¹⁰³⁵.

يَقوم المركز الجهوي الاستشفائي لمراكش بإسناد مُهمة تقديم بعض الخدمات إلى القطاع الخاص، مثل تنظيف البنايات والحدائق، ومعالجة النفايات الطبية، وتنظيف الأتواب، ونقل المرضى، والحراسة والمراقبة، وتحضير وتقديم الوجبات الغذائية، وتزويد المستشفى بالمنتجات البيولوجية والكيميائية، وبلغت الصفقات المبرمة خلال الفترة الممتدة بين سنتي 2012 و 2016 ما قدره 44,3 مليون درهم¹⁰³⁶.

قام المجلس الأعلى للحسابات بفحص صفقات المركز الجهوي الاستشفائي لمراكش، حيث تبين وجود اختلالات فيما يخص الخدمات المُقدمة من طرف القطاع الخاص مثل: عدم مراقبة عدد الأعوان

¹⁰³⁴ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص.303

¹⁰³⁵ نفس المرجع، ص.304

¹⁰³⁶ نفس المرجع، ص.305

المُسخرين لأداء الخدمات موضوع الصفقات، وعدم احترام جودة المواد والمعدات المستعملة، ونقائص على مستوى شروط جمع وتسليم الغسيل، وقيام الأعوان المُكلفين بنقل المرضى بمهام إدارية وتقنية، وخلل في تدبير النفايات الطبية، وخلل في تدبير المواد الكيميائية والبيولوجية والمُعَدات. حيث يوصي المجلس بفرض احترام القطاع الخاص لدفاتر التحملات وكذا الشروط المتفق عليها في إطار الصفقات¹⁰³⁷.

قام المجلس الأعلى للحسابات والمجلس الجهوي لجهة العيون-الساقية الحمراء، بمراقبة تسيير المركز الاستشفائي الجهوي للعيون، حيث تم تسجيل مجموعة من الإختلالات مثل: نقائص في مشروع المؤسسة الاستشفائية، وعدم إحداث هيئات التشاور والدعم، وعدم حماية المعطيات الشخصية للمرضى. ويوصي المجلس بأن يتضمن مشروع المؤسسة الاستشفائية الجداول الزمنية لتنفيذ الأنشطة، ومخطط التجهيزات والصيانة، والمخطط الرئيسي للمستشفى، ووسائل التتبع والتتفيذ، وتعزيز التنسيق بين مصالح المركز الاستشفائي، وتعزيز تدابير الأمن والمراقبة لحماية المعطيات الشخصية للمرضى¹⁰³⁸.

وفي هذا الإطار سجل المجلس الأعلى للحسابات خلال مراقبته لتدبير الخدمات العلاجية، على مستوى مستشفى مولاي الحسن بن المهدي مجموعة من الملاحظات تتمثل في: غياب نظام الفرز الطبي، وعدم توفر المُركب الجراحي على قاعة للإنعاش، وغياب التحقيقات في وفيات الأمهات، وغياب غرف العزل على مستوى مصلحة الأمومة، وعدم قيام المختبر بالفحوصات الطبية الضرورية، وغياب برنامج للصيانة الوقائية بمصلحة الفحص بالأشعة، وقصور في تدبير مخزون الأدوية والمواد الصيدلانية¹⁰³⁹.

يوصي المجلس الأعلى للحسابات مستشفى مولاي الحسن بن المهدي بتعزيز نظام الفرز الطبي على مستوى قسم المستعجلات، قصد تقييم حالة المرضى وفق معايير معينة، لتحديد أولويات الإسعاف

¹⁰³⁷ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص. 306

¹⁰³⁸ نفس المرجع، ص. 312

¹⁰³⁹ نفس المرجع، ص. 313

وأولويات تقديم العلاج، وتوفير غرفة الإنعاش للمُركب الجراحي، والسهر على توفير جميع الإمكانيات اللازمة للمختبر، من أجل لقيام بالفحوصات البيولوجية الضرورية، والعمل على القيام بالتحقيقات السرية حول حالات وفيات الأمهات ، والعمل على إعداد برنامج للصيانة الوقائية للتجهيزات الطبية، وتحسين طرق تدبير مخزون الأدوية والمواد الصيدلانية، وتوفير غرف العزل الطبي بمصلحة الأمومة¹⁰⁴⁰.

أوضحت مراقبة المجلس لتدبير الممتلكات تسجيل الملاحظات التالية: غياب أرقام الجرد المتعلقة بمجموعة من التجهيزات الطبية، وغياب نظام معلوماتي لتدبير وصيانة هذه التجهيزات، وغياب مصلحة للهندسة الطبية. حيث يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بمسك وتعيين سجل جرد التجهيزات الطبية، وتضمينه جميع المعلومات المتعلقة بها بشكلٍ يضمن مراقبتها وتتبع استعمالها، والعمل على وضع نظام معلوماتي على مستوى تدبير التجهيزات الطبية¹⁰⁴¹.

وفي هذا الصدد بينت مراقبة المجلس للموارد المالية للمستشفى وجود عدة إختلالات مثل: ضعف التنسيق بين المركز الإستشفائي الجهوي ومصالح الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، فيما يتعلق بالتحقق من وضعية المؤمن لهم، وقصور في مهام قسم التحصيل فيما يخص إعداد ملفات التحمل للمؤمن لهم، وأخطاء في الفوترة لمُنخرطي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، وضعف في معدل تحصيل ديون المرضى غير المؤدين لما بذمتهم، وغياب أوامر بمداخيل الاستخلاص¹⁰⁴².

يُوصي المجلس الأعلى للحسابات مستشفى مولاي الحسن بن المهدي بتحسين عمليات تحصيل المداخيل لدى منظمات التغطية الصحية، وتعزيز التنسيق بين المركز الاستشفائي الجهوي ومصالح الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، فيما يتعلق بالتحقق من وضعية المؤمن لهم، وتطوير

¹⁰⁴⁰ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص.314

¹⁰⁴¹ نفس المرجع، ص.315

¹⁰⁴² نفس المرجع، ص.316

المُراقبة في مجال إعداد الملفات الطبية والتحمل والفوترة للمؤمن لهم، واستصدار أوامر بالمداخيل من أجل إستخلاص ما بذمة المرضى من دُيون، في حالة استنفاد كل الطرق الأخرى للاستخلاص¹⁰⁴³.

سجل المجلس الأعلى للحسابات خلال مراقبة تدبير التغذية والنظافة والنفايات عدة نقائص مثل: عدم مطابقة مطبخ المركز الاستشفائي الجهوي للمعايير الصحية، وغياب لجنة مراقبة أعمال التنظيف، وضعف انخراط الطاقم الطبي في عمليات فرز النفايات الطبية، وغياب مُخطط لمعالجة النفايات الطبية. حيث يوصي المجلس الأعلى للحسابات بالعمل على تعزيز التكوين والتحسيس المتعلق بتدبير النفايات الطبية، وملائمة دفاتر الشروط الخاصة بخدمات التنظيف مع معايير الجودة، والعمل على وضع مخطط لاستمرارية معالجة النفايات الطبية، وذلك قصد تجنب أي توقف لهذا النشاط بالمستشفى¹⁰⁴⁴.

يُعتبر مستشفى محمد الخامس أهم مستشفى ضمن مكونات المركز الاستشفائي الجهوي لطنجة، وأُسِسَ سنة 1973 إلا أنه لم يتم استغلاله إلا بعد مضي عقدين على بنائه، ونتيجة للتوسع العمراني الذي تعرفه مدينة طنجة، أصبح المستشفى مُحاطاً بمنطقة مأهولة بالسكان، مما يَنَتِج عنه اكتظاظ خصوصاً في فصل الصيف وفي أوقات الذروة، حيث يُعرقَل حركة السير وَيَنعَكِس سلباً على انسيابية الولوج إليه، كما تبلغ الطاقة الاستيعابية للمستشفى 250 سريراً، لساكنة تفوق 1,14 مليون نسمة، ويُقدّم هذا المرفق الاستشفائي خدمات جراحية في ست تخصصات وخدمات طبية في ثلاث تخصصات¹⁰⁴⁵.

ساهمت مراقبة المجلس الأعلى للحسابات والمجلس الجهوي للحسابات لجهة طنجة-تطوان-الحسيمة لتدبير المركز الاستشفائي الجهوي لطنجة في تسجيل مجموعة من الملاحظات مثل: ضعف وتيرة اجتماعات المدير مع الأطر الطبية والتمريضية، وعدم تعيين رئيس قطب الشؤون الطبية، ونقائص

¹⁰⁴³ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص. 316.

¹⁰⁴⁴ نفس المرجع، ص. 317.

¹⁰⁴⁵ نفس المرجع، ص. 321-322.

في تدبير قطب العلاجات التمريضية، وعدم تفعيل دور هيئات التنسيق والدعم. لذلك يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بتعيين رؤساء على رأس قطب الشؤون الطبية وباقي المصالح الشاغرة، وتشكيل اللجان وهيئات الحكامة بالتعاون مع مندوبية وزارة الصحة¹⁰⁴⁶.

إن تدبير مصلحة الاستقبال والارشاد والتوجيه بالمركز الاستشفائي الجهوي لطنجة، قد سجل عدة إختلالات مثل: النقص الحاد في الموارد البشرية، وعدم ملائمة ظروف العمل، ونقص في تحصيل مداخيل الاستشفاء، حيث يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بإعادة انتشار الموظفين من أجل ضمان سيرورة وظيفة استقبال وتوجيه المرضى، واسترداد الفواتير على مستوى خدمات الطوارئ، والحرص على استخلاص وتتبع مستحقات المستشفى فيما يتعلق بالاستشفاء، وحصر الإعفاءات على الحالات القصوى المُبررة، وتأمين جميع خدمات مصلحة الاستقبال والقبول¹⁰⁴⁷.

وفي هذا السياق أظهرت الزيارة الميدانية لقسم الولادة تسجيل ظروف غير ملائمة للتوليد، وارتفاع عدد النساء في طور الولادة الموجهة من مستشفيات أخرى، أما مصلحة طب الأطفال فقد سجلت عدم انتظام الاستشارات بشأن الرُضع حديثي الولادة، وظروف غير ملائمة لرعاية الأطفال الخُدج، وتراجع في عدد العمليات الجراحية في مصلحة جراحة الأطفال، وهيمنة التدخلات الطارئة. حيث يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بتحسين ظروف الولادة، والرفع من عدد الأسرة، والتنسيق مع المستشفيات الأخرى، وتأهيل مصلحة طب الأطفال، والعناية بحاضنات حديثي الولادة، واحترام شروط النظافة الضرورية¹⁰⁴⁸.

أظهرت مراقبة المجلس الأعلى للحسابات لمصلحة المستعجلات وجود عدة نقائص مثل: صعوبة الولوج إلى مصلحة المستعجلات، وعدم استخلاص حقوق الدخول إلى المصلحة خلال فترة الحراسة،

¹⁰⁴⁶ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص.323

¹⁰⁴⁷ نفس المرجع، ص.324

¹⁰⁴⁸ نفس المرجع، ص.325

وعدم فرز المرضى، وغياب تتبع استهلاك الأدوية والأجهزة الطبية. حيث يوصي المجلس بتهيئة مدخل المستشفى من أجل ضمان حق ولوج المرضى، وتقوية عدد العاملين بمصلحة المستعجلات بطاقم مؤطر في خدمات الطوارئ والاستقبال، وفوترة المصروفات وتحصيلها، واعتماد نظام لفرز المرضى والمصابين أثناء الاستقبال بالمصلحة، وضبط وتتبع استهلاك الأدوية والأجهزة الطبية¹⁰⁴⁹.

وفي هذا الإطار لاحظ المجلس الأعلى للحسابات أن مصلحة الإنعاش الجراحي بمستشفى محمد الخامس بطنجة، تعاني من محدودية القدرة الاستيعابية والتي تبلغ 8 أسرة، مما يساهم في تراكم المرضى، والذين لا يتم إستقبالهم في مصلحة الإنعاش الطبي، حيث ينتج عن هذا التراكم تمديد في أجال التكفل بالخاضعين لعمليات جراحية. لذلك يوصي المجلس بالجمع بين مصلحتي الإنعاش الجراحي والإنعاش الطبي في مكان واحد، والرفع من القدرة الاستيعابية للمصلحة، وتوفير الوسائل الضرورية لعملها¹⁰⁵⁰.

تم إحداث المركز الاستشفائي الإقليمي سيدي لحسن بعمالة لصخيرات-تمارة، كمصلحة من مصالح الدولة المسيرة بطريقة مستقلة منذ سنة 1995، حيث يُقدم المستشفى خدمات صحية لفائدة ساكنة تُقدر بحوالي 574.543 نسمة، وتبلغ الطاقة الاستيعابية لهذه المؤسسة 59 سريراً، أي بمعدل سرير لكل 9738 نسمة، كما تتألف الموارد البشرية للمركز الإستشفائي من 209 موظف، من بينهم 15 طبيباً في الطب العام و39 طبيباً مختصاً و70 ممرضاً¹⁰⁵¹.

قام المجلس الأعلى للحسابات بشراكة مع المجلس الجهوي للحسابات لجهة الرباط-سلا-القنيطرة، بمراقبة تسيير المركز الاستشفائي الإقليمي سيدي لحسن، حيث تم تسجيل عدة إختلالات مثل: تواجد المركز الاستشفائي بموقع جغرافي يصعب الولوج إليه، وعدم ربطه بشبكة التطهير السائل، إضافةً إلى ان

¹⁰⁴⁹ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص.325

¹⁰⁵⁰ نفس المرجع، ص.326

¹⁰⁵¹ نفس المرجع، ص.337

بناية المُستشفى مجزأة وموزعة على عدة وحدات، وتدهور الطبقة العازلة للمياه بسقف بناية المستشفى. حيث يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بربط المستشفى بشبكة التطهير السائل لمدينة تمارة، وتجديد الطبقة العازلة للمياه الخاصة ببناية المستشفى، والقيام بعملية صيانة شاملة لمرافقه¹⁰⁵².

وفي هذا الصدد سجّل المجلس عدة نقائص تتعلق بحكمة المستشفى الإقليمي سيدي لحسن مثل: إعداد مشروع المؤسسة الاستشفائية للمركز الاستشفائي وهو ما يزال في طور الإنجاز، وعدم المصادقة على هذا المشروع، وعدم انتظام اجتماعات هيئات التنسيق والدعم والتدبير، ونقائص على مستوى قطب الشؤون الطبية، وفعالية محدودة لقطب العلاجات التمريضية. حيث يوصي المجلس بالإعداد والمصادقة على مشروع المؤسسة الاستشفائية الحالية، وتفعيل أقطاب التدبير وهيئات التنسيق والدعم¹⁰⁵³.

أسفرت مراقبة المجلس الأعلى للحسابات لتدبير مصلحة الاستقبال والقبول، عن تسجيل مجموعة من الإختلالات مثل: غياب مخطط للتكوين المستمر للعاملين بهذه المصلحة، ونقائص على مستوى بنية الاستقبال والتوجيه، وعدم اعتماد نظام الحراسة، وقصور في تدبير الشواهد الطبية الشرعية، وغياب تنظيم للأرشيف الطبي وملفات المرضى، وقصور في تدبير المواعيد الطبية¹⁰⁵⁴.

يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بتجهيز مصلحة الاستقبال والقبول، والعمل على اعتماد نظام للحراسة، ووضع مسطرة فعالة وشفافة لتدبير الشواهد الطبية الشرعية، وتنظيم الأرشيف الطبي وملفات المرضى، ووضع آليات لتدبير المواعيد الطبية من طرف مصلحة الاستقبال والقبول¹⁰⁵⁵.

¹⁰⁵² المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص. 338-339

¹⁰⁵³ نفس المرجع، ص. 340.

¹⁰⁵⁴ نفس المرجع، ص. 341.

¹⁰⁵⁵ نفس المرجع، ص. 342.

يتكون المركز الاستشفائي الإقليمي مكناس من مستشفى محمد الخامس الذي أُحدث سنة 1956، وصُنِفَ مستشفى جهويًا من 1998 إلى 2016، قبل أن يُعاد تصنيفه مستشفى إقليميًّا سنة 2016، ومستشفى مولاي اسماعيل الذي أُحدث سنة 1918، ومستشفى بانيو الذي أُحدث سنة 1920، ومستشفى سيدي سعيد الذي أُحدث سنة 1916، والمركز الجهوي لأمراض السرطان والذي أُحدث سنة 2014. تبلغ ميزانية تسيير المركز الاستشفائي 30 مليون درهم، ويُقدّم خدمات العلاج لساكنة تُناهِز 835.695 نسمة، كما يتوفر على 165 من الأطباء و486 من الممرضين و242 من الإداريين والتقنيين¹⁰⁵⁶.

أظهرت مراقبة تسيير المركز الاستشفائي الإقليمي بمكناس، من قبل المجلس الأعلى للحسابات بشراكة مع المجلس الجهوي للحسابات لجهة فاس-مكناس، تسجيل مجموعة من الملاحظات منها: غياب مشروع المؤسسة الاستشفائي، ونقائص في قيادة أداء المركز الاستشفائي، وخلل في مسك وحفظ ملفات الاستشفاء. يوصي المجلس بإعداد مشروع المؤسسة من أجل تطوير المركز الاستشفائي وتحديد الأهداف والتوقعات، استناداً إلى مؤشرات الأداء مع تتبع وتقييم النتائج وتنظيم عروض ومسارات العلاجات، وفق منظور يضمن التكامل والنجاعة في تقديم الخدمات الصحية، ووضع نظام لحفظ الملفات الطبية¹⁰⁵⁷.

تتكفل مصلحة الاستقبال والقبول بكل مستشفى من المستشفيات التابعة للمركز الاستشفائي، بالتدبير المعلوماتي لجميع الإجراءات الإدارية المتعلقة بالقبول والفوترة وتحصيل الموارد المالية. حيث لاحظ المجلس الأعلى للحسابات عدم إدماج وتأمين النظام المعلوماتي، ونقص في استعمال الوظائف التي يُتيحها تطبيق المعلومات، وخلل في تطبيق المواعيد، وقصور في نظام المراقبة ونظام الفوترة¹⁰⁵⁸.

¹⁰⁵⁶ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص. 371-372

¹⁰⁵⁷ نفس المرجع، ص. 373

¹⁰⁵⁸ نفس المرجع، ص. 374

وفي هذا السياق يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بتطوير النظام المعلوماتي، من أجل معالجة جميع المعلومات الإدارية والطبية والمالية، وتمكين المهنيين من الولوج إلى التطبيق، وتأكيد الكشوفات حسب المواعيد المحددة، وتعميم الفوترة المُسبقة لكل عمليات الفحص والتشخيص، والعمل على وضع نظام للمراقبة الداخلية بمصلحة الاستقبال والدخول والقبول، والسهر على معالجة الملفات المتعلقة بالإقامة الاستشفائية، وفوترة خدمات العلاج التي تتضمنها فور تسلمها من المصالح الاستشفائية¹⁰⁵⁹.

أما فيما يتعلق بتدبير الموارد البشرية بالمركز الإستشفائي لمكناس، فقد سجل المجلس الأعلى للحسابات مجموعة من الملاحظات مثل: النقص في أعداد الأطر شبه الطبية، وشيخوخة بنية أعمار المرضى، وارتفاع عدد رخص المرض مما يؤثر على نظام الحراسة الطبية، ويُوصي المجلس بضرورة تزويد المركز الاستشفائي بالموارد البشرية الكافية. كما مكنت مراقبة المجلس للموارد المالية للمستشفى، من تسجيل نقص في إجراءات تحصيل مصاريف الاستشفاء، وارتفاع العجز في ميزانية سنة 2014، حيث يُوصي المجلس بتحسين الانتاجية، والتدبير الناجع للموارد المالية للمركز الاستشفائي¹⁰⁶⁰.

سجل المجلس الأعلى للحسابات عدة نقائص تتعلق بوظائف العلاج بالمركز الاستشفائي لمكناس، أهمها عدم ملائمة جناح الجراحة، وتدهور التجهيزات، وضعف الصيانة، واختلالات في نظام التكفل بالمرضى، وعدم تأمين الحراسة الطبية بمصلحة المستعجلات بمستشفى سيدي سعيد، وتراجع عدد العمليات الجراحية بمستشفى محمد الخامس، وغياب المعلومات المتعلقة بتحديد مواعيد العمليات الجراحية، وغياب جراحة العظام، وعدم توفر مصلحة أمراض العيون على جهاز استحلاب العدسة¹⁰⁶¹.

¹⁰⁵⁹ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص. 375.

¹⁰⁶⁰ نفس المرجع، ص. 376.

¹⁰⁶¹ نفس المرجع، ص. 377.

تتوفر مصلحة الولادة وأمراض النساء بمستشفى بانيو على 5 أطباء متخصصين، و3 أطباء عامين و46 ممرضة توليد ومولدات، وتبلغ طاقتها الاستيعابية 55 سريراً، منها 47 سريراً مخصصة للإقامة الاستشفائية. حيث أظهرت مراقبة المجلس الأعلى للحسابات لهذه المصلحة عدم توفر الظروف الملائمة للتكفل الجيد بحالات الولادة، وانخفاض عدد الولادات القيصرية، وارتفاع عدد الوفيات في صفوف المواليد الجدد، وتدني أنشطة المستشفى، وانقطاع في مسار التكفل بالنساء الحوامل¹⁰⁶².

وفي هذا الإطار يُوصي المجلس بالعمل على إعادة هيكلة جناح الجراحة، وتوفير فريق متعدد التخصصات بصفة دائمة بمصلحة المستعجلات بمستشفى محمد الخامس، وتدعيم عدد الأطباء بمصلحة المستعجلات بمستشفى سيدي سعيد، وإحداث وحدة للإنعاش بمستشفى بانيو من أجل التكفل بالحالات المستعصية الواردة من قاعة الولادة، وبرمجة العمليات الجراحية طبقاً لمبادئ المساواة والشفافية، وتزويد مصلحة جراحة العظام ومصلحة أمراض العيون بالمستلزمات الضرورية لإجراء العمليات الجراحية¹⁰⁶³.

أما بخصوص مصلحة أمراض النساء والولادة، يوصي المجلس باستعمال الطابق الثاني بمستشفى بانيو للأمهات في حالة نفاس من أجل تحسين جودة التكفل بهن، وتعيين طبيب مختص في الفحص بالأشعة بمستشفى بانيو من أجل تحليل النتائج وإعداد التقارير المتعلقة بالفحص الإشعاعي للثدي، وعلى مستوى طب الأطفال يدعو المجلس إلى التطبيق الصارم لقواعد السلامة الصحية، وفصل مسارات حركة كلٍ من المهنيين والمرضى والزوار، وتعيين طبيب مختص في طب الإنعاش وجراحة الأطفال بمستشفى بانيو، من أجل التكفل بالأطفال حديثي الولادة والخُدج الذين يتطلبون إجراء عمليات جراحية¹⁰⁶⁴.

¹⁰⁶² المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص.378

¹⁰⁶³ نفس المرجع، ص.379

¹⁰⁶⁴ نفس المرجع، ص.380

تم الوقوف خلال مراقبة المجلس الأعلى للحسابات لمصلحة الفحص بالأشعة على ما يلي: بنية غير مناسبة، وتراجع عدد الفحوصات بجهاز السكاير، وعدم وضوح كيفية تحديد المواعيد، ونقائص في جودة الخدمات، وعدم توفر الفحص بالأشعة بمستشفى سيدي سعيد، ويوصي المجلس بتزويد مصلحة الفحص بالأشعة بجهاز السكاير، وتتبع أنشطة الفحص بالأشعة التي يقوم بها التقنيون أثناء المداومة بمستشفى محمد الخامس، وإصلاح جهاز الفحص بالأشعة السينية بمستشفى سيدي سعيد¹⁰⁶⁵.

وفي هذا الصدد كشفت مراقبة المجلس الأعلى للحسابات، لمصلحة الصيدلية وتدبير الأدوية، عن وجود اختلالات في تدبير الأدوية، وعدم التقيد بمعايير تخزين الأدوية والمستلزمات الطبية، ووجود أدوية ومستلزمات طبية منتهية الصلاحية، ويوصي المجلس يوصي بإرساء نظام معلوماتي خاص بالصيدلية، وربطه بالنظام المعلوماتي للمستشفى من أجل تدبير جيد للمخزون، وتتبع مسار الأدوية واستهلاكها من طرف مختلف المصالح الاستشفائية، واتخاذ التدابير اللازمة لتفادي انتهاء صلاحية الأدوية¹⁰⁶⁶.

سجلت مراقبة المجلس لتدبير مختبرات التحاليل الطبية عدة نقائص منها: عدم استجابة الخدمات التي يُقدمها مختبر محمد الخامس للطلب اليومي المتعلق بالمرضى الخارجيين، وعدم تأمين نقل العينات إلى مختبر مستشفى محمد الخامس، وعدم تقيد مستشفيات بانيو وسيدي سعيد بنظام الحراسة الطبية، واختلالات تعتري تدبير مختبر التشريح المرضي. ويوصي المجلس باتخاذ الاحتياطات اللازمة لنقل العينات إلى مختبر محمد الخامس، وتزويد المختبر بأجهزة متطورة تُمكنه من الاستجابة لحاجيات المرضى، وإعادة انتشار موظفي المختبرات، وتزويد مختبر التشريح الطبي بالتجهيزات اللازمة¹⁰⁶⁷.

¹⁰⁶⁵ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص.381

¹⁰⁶⁶ نفس المرجع، ص.382

¹⁰⁶⁷ نفس المرجع، ص.383

الفرع الثاني: تقييم المجلس الأعلى للحسابات لتحقيق أهداف التنمية

صادقت الجمعية العامة للأمم المتحدة خلال دورتها السبعين المُنعقدة بتاريخ 25 شتبر 2015، على خطة التنمية ما بعد سنة 2015، على برنامج 2015-2030 المتعلق بإطار العمل العالمي، والذي يعتمد على تنفيذ 17 هدفاً للتنمية المستدامة مُفصلة في 169 غاية. هذه الخطة تَحْمِلُ شعار تحويل عالمنا: خطة التنمية المستدامة في أفق سنة 2030، وتندرج في سياق استمرارية أهداف الألفية للتنمية، وتعتمد على مقارنة مندمجة تأخذ بعين الاعتبار المكونات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية¹⁰⁶⁸.

وفي هذا السياق يبلغ عدد أهداف التنمية المستدامة سبعة عشر هدفاً وهي: القضاء على الفقر، والقضاء التام على الجوع، والصحة الجيدة والرفاه، والتعليم الجيد، والمساواة بين الجنسين، والمياه النظيفة والنظافة الصحية، و طاقة نظيفة وبأسعار معقولة، والعمل اللائق ونمو الاقتصاد، والصناعة والابتكار والهياكل الأساسية، والحد من أوجه عدم المساواة، ومُدن ومجتمعات محلية مستدامة، والاستهلاك والانتاج المسؤولين، والعمل المناخي، والحياة تحت الماء، والحياة في البر، والسلام والعدل والمؤسسات القوية، وعقد الشراكات لتحقيق الأهداف، وتُعتبر الأهداف السبعة عشر للتنمية متكاملة وغير قابلة للتجزئ¹⁰⁶⁹.

التزم المغرب بشكلٍ واضح سنة 2015 بتنفيذ خطة 2030، كما أكد جلالة الملك محمد السادس في الخطاب الملكي السامي، المُوجه للدورة 70 للجمعية العامة للأمم المتحدة بتاريخ 30 شتبر 2015: «على كون الدورة تكتسي أهمية خاصة، لكونها ستشهد بالأساس المصادقة على خطة التنمية المستدامة لما بعد 2015، وهي مناسبة لتأكيد التزامنا الجماعي من أجل تحقيق الأهداف النبيلة»¹⁰⁷⁰.

¹⁰⁶⁸ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير موضوعاتي حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة 2015-2030، مرجع سابق، ص.4

¹⁰⁶⁹ الأمم المتحدة، أهداف التنمية المستدامة، قرار الجمعية العامة رقم 70/1، نيويورك، 2015، ص.3

¹⁰⁷⁰ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة، مرجع سابق، ص.10

التزمت الحكومة المغربية في البرنامج الحكومي، المُقدّم للبرلمان في أبريل 2017 خلال الولاية التشريعية 2017-2021، بتطبيق الميثاق الوطني للبيئة والتنمية المستدامة، وإعداد وتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للتنمية المستدامة، وتعزيز الإطار المؤسسي المتعلق بها، ودعم وتفعيل الصندوق الوطني للبيئة والتنمية المستدامة. حيث يأتي هذا الالتزام تفعيلاً للتوجيهات الملكية السامية، القاضية بتكريس الانخراط الإرادي للمغرب في الجهود العالمية الرامية لبلوغ أهداف التنمية المستدامة¹⁰⁷¹.

قامت العديد من المؤسسات الدستورية باتخاذ مبادرات للمساهمة في تنفيذ خطة 2030، ويتعلق الأمر بالأساس بالبرلمان، والمجلس الوطني لحقوق الإنسان، والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، حيث قام مجلس المستشارين بتنظيم يوم تحسيسي لفائدة أعضائه بتاريخ 19 يناير 2017، حول موضوع أهداف التنمية المستدامة 2030: أية أدوار للبرلمان؟ ونظم مجلس النواب يوماً دراسياً بتاريخ 4 شتنبر 2018، حول موضوع تعزيز المساواة بين الجنسين واستقلالية النساء على مستوى برنامج 2030.¹⁰⁷²

وفي هذا الإطار عمل المجلس الوطني لحقوق الإنسان بالمغرب، بشراكة مع المجتمع المدني والمنظمات الدولية، على تنظيم عدة تظاهرات تتعلق بأهداف التنمية المستدامة، ومدى ارتباطها بإشكالية حماية حقوق الإنسان ومقاربة النوع. كما نظم المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي ورشتين، أولاً حول موضوع الانتقال من أهداف الألفية من أجل التنمية إلى أهداف التنمية المستدامة، وثانياً حول الشروط الضرورية لجعل الخدمات الأساسية للمدن الحالية والمستقبلية مُواكبة لأهداف التنمية المستدامة¹⁰⁷³.

¹⁰⁷¹ المادتان 1 و 3 من القانون-الإطار رقم 12-99، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.14.09، في 4 جمادى الأولى 1435 (6 مارس 2014)، بمثابة ميثاق وطني للبيئة والتنمية المستدامة، الجريدة الرسمية، عدد 6240، بتاريخ 20 مارس 2014، ص. 3194-3195.

¹⁰⁷² مجلس المستشارين، دليل البرلمان في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، الطبعة الأولى، دار أبي رقراق للطباعة والنشر، الرباط، 2017، ص. 26.

¹⁰⁷³ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة، مرجع سابق، ص. 11.

يُكرس الدستور المغربي التزام الحكومة بإدماج سياساتها في إطار التنمية المستدامة، وبمسؤولية الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة جميع الوسائل المتاحة، من أجل تيسير استفادة المواطنين من الحقوق الأساسية. حيث وضع المشرع المغربي التنمية المستدامة، إلى جانب الحقوق المُعترف بها ضمن الفصل 31 من الدستور والمُتمثلة في: الحق في الولوج إلى العلاج، والرعاية الاجتماعية، والتغطية الصحية، والتعليم، والتكوين المهني، والسكن، والشغل، والبيئة¹⁰⁷⁴.

وفي هذا الصدد أقر المغرب سنة 2014 القانون الإطار رقم 12-99، بمثابة ميثاق وطني للبيئة والتنمية المستدامة، حيث يُترجم هذا القانون الإرادة الحكومية في التوفر على ترسانة قانونية مُقدمة، تأخذ بعين الاعتبار الإكراهات المتعلقة بحماية البيئة والتنمية المستدامة، وكذا الالتزامات الدولية للمغرب، وأكد هذا القانون على ضرورة إدماج عنصر التنمية المستدامة في السياسات التنموية، وإشراك جميع الفاعلين في صياغة وتقييم أهداف خطة التنمية، وتوحيد الرؤية الاستراتيجية للعمل الحكومي¹⁰⁷⁵.

انضم المغرب لإعلان الألفية منذ سنة 2000، ويضم ثمانية أهداف وهي: التقليل من الفقر المُدقع والجوع، وضمان التعليم الابتدائي للجميع، والنهوض بالمساواة بين الجنسين واستقلالية النساء، وتقليل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وتحسين صحة الأم، ومحاربة داء فقدان المناعة المكتسبة وحمل المستنقعات، وضمان بيئة مستدامة، وإقامة شراكة عالمية من أجل التنمية. وقد ترجم المغرب هذا الالتزام بانخراطه في الإصلاحات المجتمعية، وإطلاق المبادرة الوطنية للتنمية البشرية سنة 2005.¹⁰⁷⁶

¹⁰⁷⁴ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير موضوعاتي حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة 2015-2030، مرجع سابق، ص. 12.

¹⁰⁷⁵ المادتان 1 و 2 من القانون-الإطار رقم 12-99، الصادر بمقتضى الظهير الشريف رقم 1.14.09، في 4 جمادى الأولى 1435 (6 مارس 2014)، بمثابة ميثاق وطني للبيئة والتنمية المستدامة، الجريدة الرسمية، عدد 6240، بتاريخ 20 مارس 2014، ص. 3194-3195.

¹⁰⁷⁶ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة، مرجع سابق، ص. 11.

عَمِلَت الحكومة المغربية على تعبئة الموارد المالية من أجل تحقيق أهداف الألفية للتنمية، حيث تم تخصيص 50% من الميزانية العامة للقطاعات الاجتماعية سنة 2014، كما قامت الحكومة بوضع استراتيجيات للتربية والصحة، وتحديث برامج التنمية القروية، والماء والكهرباء، وبرامج السكن الاجتماعي، ومحاربة السكن غير اللائق، إضافةً إلى إطلاق العديد من الاستراتيجيات القطاعية¹⁰⁷⁷.

تمكن المغرب من تحقيق عدد من أهداف الألفية من أجل التنمية، حيث تُشير معطيات المندوبية السامية للتخطيط إلى القضاء على الجوع، والحد من الفقر والهشاشة، وتعميم التعليم الابتدائي، والقضاء على الملاريا، وتعميم الولوج لشبكتي الماء والكهرباء. إلا أنه يتعين على الحكومة اتخاذ التدابير اللازمة، لتحقيق الأهداف التي لم يتم بلوغها، والمتعلقة أساساً بالمنظومة الصحية مثل: خفض مُعدل وفيات الرُضع والأمهات، وتحسين الولوج إلى الخدمات الصحية خصوصاً في العالم القروي، والقضاء على الأمراض المُعدية والأمراض غير المُعدية، والحد من الفوارق المجالية والترايبية¹⁰⁷⁸.

وفي هذا السياق لاحظ المجلس الأعلى للحسابات، أن الحكومة لم تُحدد مقاربة رسمية، ولم تُقْم بإعداد خطة وطنية لتأمين الانخراط الشامل، من أجل تنفيذ خطة 2030 لأهداف التنمية المستدامة، وعدم انخراط الجماعات الترابية في هذه الخطة. حيث دعى المجلس إلى تنظيم مناظرة وطنية حول تنفيذ أهداف التنمية المستدامة، لضمان التقائية السياسات العمومية، ووضع تدابير من أجل تحديد الأولويات والتخطيط لتنفيذ خطة 2030، مع ضرورة توسيع نطاق انخراط القطاع الخاص والمجتمع المدني¹⁰⁷⁹.

¹⁰⁷⁷ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير موضوعاتي حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة 2015-

2030، مرجع سابق، ص.12

¹⁰⁷⁸ نفس المرجع، ص.13

¹⁰⁷⁹ الأمم المتحدة، خطة التنمية المستدامة لعام 2030، قرار الجمعية العامة، الدورة السبعون، نيويورك، 2015،

ص.14-17

قامت كتابة الدولة المكلفة بالتنمية المستدامة بإعداد الاستراتيجية الوطنية للتنمية المستدامة، حيث اعتبرت الوزارات الأخرى أن هذه الخطة تعكس الاهتمامات البيئية، دون مراعاة العناصر الأخرى للتنمية المستدامة، حيث تشير وزارة الصحة إلى ضرورة القيام بملائمة هذه الاستراتيجية، حتى تكون في انسجام تام مع برنامج القطاع الصحي للفترة 2017-2021، لأن نسبة تعميم نظام المساعدة الطبية بلغت 99% من الهدف المحدد منذ فبراير 2015، لكن هذا التعميم لا زال يعتبر من بين الأهداف التي تصبو لتحقيقها الاستراتيجية الوطنية للتنمية المستدامة خلال الفترة 2017-2030.¹⁰⁸⁰

وفي هذا الإطار يُعرفُ مخطط القطاع الصحي بالمغرب لسنة 2025، الصحة بأنها ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار، كما يعتبر بأن المحددات الاجتماعية للصحة، تؤثر وتتأثر في الحد ذاته بالأهداف والغايات الأخرى، والتي تشكل جزءاً لا يتجزأ من التنمية المستدامة. وقد تم اعتماد العديد من الغايات المرتبطة بالصحة، والتي تتضمنها أهداف التنمية المستدامة، نتيجة وجود برامج لم يتم إنجازها في إطار أهداف الألفية للتنمية¹⁰⁸¹.

إن أهداف الألفية غير المنجزة هي: خفض نسبة الوفيات النفاسية، ووضع نهاية لوفيات المواليد والأطفال دون سن الخامسة، ووضع نهاية للأوبئة مثل الإيدز والسل والملاريا، ومكافحة الأمراض المعدية والأمراض المنقولة بالمياه، وحصول الجميع على خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية. أما الهدف الثالث من خطة التنمية المستدامة، فهو ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار، وغايته هي تحقيق التغطية الصحية الشاملة والحماية من المخاطر المالية للإنفاق الصحي¹⁰⁸².

¹⁰⁸⁰ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير موضوعاتي حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة 2015-

2030، مرجع سابق، ص. 18.

¹⁰⁸¹ نفس المرجع، ص. 20.

¹⁰⁸² مرجع سابق، ص. 22.

عملت وزارة الصحة بالنسبة لكل جزءٍ من الأهداف والغايات على التعريف بالسياق العام للمغرب، والإطار المؤسساتي والقانوني، والتقدم المنجز والنقائص المُسجلة مصحوبة بإحصائيات ومعطيات صادرة عن المندوبية السامية للتخطيط. حيث قامت الوزارة بوضع مخطط العمل بالنسبة لكل الغايات الوطنية المُزمع بلوغها في أفق 2030. كما حددت الوزارة 19 غاية مرتبطة بستة أهداف للتنمية المستدامة، وقد سمح تنفيذ هذه الغايات بتحديد 114 محوراً استراتيجياً مُوزعة على 300 إجراء، وتعطي هذه العناصر فكرةً حول مدى تعقيد هذا الورش، ودور المقاربة التي تعتمد على إنقائية السياسات العمومية¹⁰⁸³.

وفي هذا الصدد لاحظ المجلس الأعلى للحسابات أن وزارة الصحة لم تُقِيم الفارق، بين الموارد الوطنية المتوفرة والتمويلات الضرورية من أجل الوفاء بالتزامات الهدف الثالث من خطة 2030، لأن هذه الموارد المالية هي المصدر الرئيسي لتمويل برامج الصحة، والتي من خلالها سيتم تنفيذ أهداف التنمية المستدامة. كما أدى غياب الالتزام من طرف القطاعات الوزارية وباقي الفاعلين، إلى عدم تسجيل أي تقدم في تنفيذ الأهداف، خاصةً فيما يتعلق بالتدابير التي تتطلب مساهمة العديد من القطاعات الحكومية¹⁰⁸⁴.

يُوصي المجلس الأعلى للحسابات بإحداث هيئة تضمن انخراط المتدخلين المعنيين وتجميعهم، بهدف تنسيق وتتبع تنفيذ خطة التنمية المستدامة، وتوسيع المشاورات مع جميع الأطراف الفاعلة على المستوى الوطني والجهوي والمحلي، والحرص على وضع استراتيجية وطنية للتحسيس والتواصل، بهدف ضمان الانخراط الفعلي وتملُّك أهداف التنمية المستدامة وتبنيها من طرف الجميع، إضافةً إلى تأهيل وإصلاح الإطار القانوني والتنظيمي والمؤسساتي للنظام الإحصائي الوطني¹⁰⁸⁵.

¹⁰⁸³ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير موضوعاتي حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة 2015-

2030، مرجع سابق، ص.23

¹⁰⁸⁴ نفس المرجع، ص.24

¹⁰⁸⁵ نفس المرجع، ص.9

المطلب الثالث: المنظومة الصحية في مواجهة وباء كورونا "فيروس كوفيد-19":

تأتي هذه الدراسة في وقت لا تزال فيه جائحة فيروس كوفيد-19 مُستقلة، مثيرة معها مناخاً مطبوعاً بالتخوفات والشكوك وانعدام اليقين، والذي يساهم في جعل الآفاق على المديين القريب والمتوسط أكثر ضبابية. لذلك يظل من الصعب الإحاطة بالانعكاسات الحقيقية لهذه الجائحة، كما أن عودة الأمور إلى سابق عهدها ستبقى مرتبهة من جهة بمدى قدرة بلادنا على الحد والتخفيف من التداعيات الاجتماعية والاقتصادية للأزمة، ومن جهة أخرى بمدى نجاعة المنظومة الصحية الوطنية¹⁰⁸⁶.

وفي هذا السياق، يؤكد خطاب جلالة الملك محمد السادس نصره الله بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة بتاريخ 9 أكتوبر 2020 على: " أن الأهم في مواجهة وباء فيروس كورونا هو التحلي باليقظة والالتزام للحفاظ على صحة وسلامة المواطنين، ومواصلة دعم القطاع الصحي، بموازاة مع العمل على تنشيط الاقتصاد وتقوية الحماية الاجتماعية. لقد أبانت هذه الأزمة عن مجموعة من الاختلالات ومظاهر العجز، إضافة إلى تأثيرها السلبي على الاقتصاد الوطني والتشغيل. لذا أطلقنا خطة طموحة لإنعاش الاقتصاد، ومشروعاً كبيراً لتعميم التغطية الاجتماعية، وأكدنا على اعتماد مبادئ الحكامة الجيدة وإصلاح مؤسسات القطاع العام"¹⁰⁸⁷.

عمل المغرب منذ تسجيل أول حالة إصابة مؤكدة بفيروس كورونا في 2 مارس 2020، ونظراً للتطورات السريعة التي حدثت على المستوى العالمي جراء انتشار الفيروس، على اتخاذ مجموعة من الإجراءات الاحترازية التدريجية ومتعددة الأبعاد، مع تعبئة مختلف مؤسساته على الصعيد المركزي والتراحي. وقد بلغت هذه الدينامية ذروتها مع إعلان حالة الطوارئ الصحية في 20 مارس 2020 التي

¹⁰⁸⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا

"كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص. 11.

¹⁰⁸⁷ نفس المرجع، ص. 6.

جرى في إطارها فرض حجر صحي شامل، وذلك وعياً من السلطات العمومية بمحدودية قدرات المنظومة الصحية الوطنية بالنظر لما يعتريها من أوجه قصور، وتقديراً لخطر تجاوز عدد الحالات المتكفل بها للطاقة الاستيعابية للمنظومة الاستشفائية، في حالة ارتفاع أعداد الحالات الخطيرة التي تتطلب تكفاً طبياً ببروتوكولات علاجية تتطلب تجهيزات طبية غير متوافرة بالقدر الكافي¹⁰⁸⁸.

جرى تثبيت حالة الطوارئ الصحية بموجب مرسوم بقانون رقم 2.20.292، والمتعلق بسن أحكام خاصة بحالة الطوارئ الصحية وإجراءات الإعلان عنها، وتمت المصادقة عليه بموجب القانون رقم 23.20 الصادر في 28 ماي 2020، وكذا بموجب المرسوم رقم 2.20.293 الصادر في 24 مارس 2020 بإعلان حالة الطوارئ الصحية بسائر أرجاء التراب الوطني لمواجهة تفشي فيروس كوفيد 19. أما إجراءات التخفيف من القيود المتعلقة بحالة الطوارئ الصحية والرفع التدريجي للحجر الصحي الشامل، فقد اعتمدتها الحكومة بموجب المرسوم رقم 2.20.406 الصادر في 9 يونيو 2020.¹⁰⁸⁹

وارتكازاً على هذا السند القانوني، وعلى الرغم من جميع الأحكام التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، فقد اتخذت الحكومة العديد من القرارات التي همت على الخصوص فرض الحجر الصحي ورفعته، مثل: تقييد التنقل والتجمعات، ووقف الأنشطة واستئنافها، وإغلاق وفتح المحلات التجارية، واعتماد الدراسة عن بُعد، فضلاً عن العديد من التدابير الأخرى ذات الطبيعة الأمنية والصحية والاجتماعية والاقتصادية، من قبيل الدعم المقدم للمقاولات والعاملين في القطاع المنظم وغير المنظم¹⁰⁹⁰.

¹⁰⁸⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.12

¹⁰⁸⁹ مرسوم بقانون رقم 2.20.292، صادر في 28 من رجب 1441 (23 مارس 2020)، المتعلق بسن أحكام خاصة بالطوارئ الصحية وإجراءات الإعلان عنها، الجريدة الرسمية، عدد 6867 مكرر، بتاريخ 24 مارس 2020، ص.1782

¹⁰⁹⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.30

وفي هذا الصدد اتخذ المغرب جملة من التدابير الصحية من أجل التحكم في الجائحة، همت اعتماد طرق علاجية جديدة وإقرارا بروتوكولات صحية وآليات لتتبع المخالطين، بالإضافة إلى وضع استراتيجيات للكشف عن الإصابة. ويبين الجدول أدناه التسلسل الزمني لهذه التدابير:

جدول رقم 32: التدابير الصحية المتخذة من أجل التحكم في وباء كورونا "كوفيد-19".¹⁰⁹¹

التاريخ	التدابير الصحية المتخذة من أجل التحكم في وباء كورونا
24/03/2020	اعتماد العلاج بالكلوروكين
07/04/2020	إقرار إجبارية ارتداء الكمامة
13/04/2020	توسيع نطاق اختبارات الكشف عن الفيروس لتشمل المخالطين للحالات المؤكدة
15/04/2020	علاج المخالطين بدواء الكلوروكين
22/04/2020	توسيع نطاق اختبارات الكشف عن الفيروس لتشمل اجراء الوحدات الصناعية
01/06/2020	إطلاق تطبيق "وقايتنا" لإشعار المخالطين باحتمال التعرض لفيروس كوفيد-19
03/06/2020	إطلاق عملية الكشف عن فيروس كوفيد-19 في صفوف أجراء القطاع الخاص
20/08/2020	المشاركة في التجارب السريرية للقاح مضاد لفيروس كوفيد-19

وتمت مواكبة هذه الجهود بتعبئة استثنائية لفائدة قطاع الصحة، بالإضافة إلى مشاركة فاعلة للطب العسكري، حيث مكن الإسراع بإحداث صندوق خاص بتدبير جائحة فيروس كورونا من تخصيص ملياري درهم لتعزيز المنظومة الصحية، مما سمح بالتعزيز السريع للبنيات الطبية المخصصة للاستقبال والتكفل بالمصابين بالفيروس، وقد ساهمت هذه المجهودات في توفير 1200 سرير للإنعاش و1500 سرير للاستشفاء و20 مختبراً لإجراء اختبارات الكشف عن الإصابة بالكوفيد-19 وتدارك التأخير المسجل في مجال الفحص بالأشعة من خلال توفير 23 جهازاً للكشف¹⁰⁹².

¹⁰⁹¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا

"كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.33.

¹⁰⁹² نفس المرجع، ص.34.

وفي هذا السياق، كانت ردة فعل السلطات المغربية إزاء مخاطر كوفيد-19 سريعة وقوية ومتعددة الأبعاد: أولاً البعد الأمني مثل: إغلاق الحدود، وتقييد التنقل، والحجر الصحي، وحظر التنقل الليلي. ثانياً البعد الصحي مثل: تهيئة بنيات طبية للاستقبال والتكفل والاستشفاء، وتهيئة المستعجلات، ووضع بروتوكول علاجي للتكفل بالمصابين. ثالثاً البعد التضامني والإنساني مثل: صرف إعانات مالية جزافية وفق شروط معينة لفائدة الأسر العاملة بالقطاع غير المنظم، والأجراء والمستخدمين المصرح بهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. رابعاً البعد الاقتصادي مثل: توقيف الأنشطة، وضمان استمرارية الأنشطة الحيوية، ووضع تدابير دعم وتخفيف وتحفيز همت القطاع البنكي والنقدي والجبائي¹⁰⁹³.

جدول رقم 33: التدابير الاستباقية والأحكام المعتمدة في ظل حالة الطوارئ الصحية¹⁰⁹⁴.

التاريخ	التدابير الاستباقية والأحكام المعتمدة في ظل حالة الطوارئ الصحية
09/03/2020	إغلاق الحدود
13/03/2020	إغلاق المؤسسات التعليمية والخاصة
14/03/2020	منع جميع التجمعات العمومية التي يشارك فيها 50 شخصاً فما فوق
16/03/2020	إغلاق الأماكن العمومية وعقد أول إجتماع للجنة اليقظة الاقتصادية
20/03/2020	إعلان حالة الطوارئ الصحية
21/03/2020	منع التنقل بين المدن وتوقيف القطارات من وإلى مختلف الاتجاهات
07/04/2020	إقرار إلزامية ارتداء الكمامات الواقية
23/04/2020	حظر التنقل الليلي خلال شهر رمضان يومياً من الساعة السابعة مساءً إلى الساعة الخامسة صباحاً، باستثناء الأشخاص العاملين بالقطاعات والأنشطة الحيوية والأساسية
11/06/2020	الإعلان عن بدء تنزيل مخطط للتخفيف التدريجي من تدابير الحجر الصحي، وتقسيم عمالات وأقاليم المملكة إلى منطقتين للتخفيف
24/12/2020	الإعلان عن إقتناء 65 مليون جرعة من لقاح كورونا

¹⁰⁹³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا

"كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.34

¹⁰⁹⁴ نفس المرجع، ص.35

هناك أربعة أرقام دالة، تُفصّل لوحدها عن خطورة الوضع الحالي : أولاً يُتوقع أن تتراوح نسبة تراجع النمو الاقتصادي ما بين 5,8%- و 6,3%- خلال السنة الجارية، ثانياً صرح حوالي 958.000 أجير في القطاع المنظم أنهم توقفوا عن العمل، وقد استفادوا من التعويض الممنوح في إطار الصندوق الخاص بتدبير جائحة فيروس كورونا، أما المؤشر الثالث فقد صرحت حوالي 134.000 مقاولاً من أصل 216.000 مقاولاً منخرطة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أنها في وضعية صعبة جراء جائحة كوفيد، وأخيراً استفادت أكثر من 5.5 مليون أسرة تعمل في القطاع غير المنظم من المساعدات الممنوحة في إطار عملية "تضامن"¹⁰⁹⁵.

على الرغم من أنه من السابق لأوانه استخلاص حصيلة نهائية لتدبير الأزمة الصحية، فإن الرفع التدريجي للحجر الصحي، لاسيما ابتداءً من 19 يوليوز 2020 (المرحلة الثالثة من رفع الحجر)، أدى إلى ارتفاع في عدد حالات الإصابات بالفيروس، مما كان له انعكاس سلبي على الحصيلة الصحية الإيجابية التي طبعت مرحلة الحجر الصحي. كما أن السلطات العمومية في محاولتها للعمل قدر الإمكان على تجاوز أوجه القصور البنيوية التي تعترى المنظومة الصحية، من خلال التدابير الاستعجالية والسرعة المتخذة عبر الصندوق الخاص بتدبير جائحة فيروس كورونا، المحدث طبقاً للتعليمات الملكية السامية، قامت بتخصيص شبه حصري لخدمات الرعاية الصحية العمومية لمكافحة الجائحة على حساب أمراض أخرى¹⁰⁹⁶.

وفي هذا الإطار، تم الوقوف عند أربعة توجهات أساسية، أولاً توسيع وتعزيز السياسات الصحية، لا سيما من خلال تجديد الالتزام بالتعهدات المُعبر عنها برسم أهداف التنمية المستدامة. ثانياً، سلّطت

¹⁰⁹⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا

"كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.13

¹⁰⁹⁶ نفس المرجع، ص.14

الأزمة الضوء على الحاجة الملحة إلى التوجه نحو عودة "دولة الرعاية الاجتماعية"، وذلك بالنظر لتفاقم الفوارق وتدهور الأوضاع الاجتماعية وهشاشة الولوج إلى حقوق الإنسان الأساسية. ثالثاً، على المستوى الاقتصادي، يجب تعزيز القدرة الصناعية وتحسين النمو والإنتاجية. رابعاً، تهم أبرز التوجهات في المجال البيئي على المستوى الوطني والدولي والحفاظ على جهود الانتقال البيئي وتعزيز الاقتصاديات منخفضة الكربون¹⁰⁹⁷.

لقد تعزز خلال هذه الجائحة الوعي بأن إصلاح المنظومة الصحية أضحي أكثر من أي وقت مضى مسألة أساسية لتحقيق التماسك والعدالة والسلام الاجتماعي. وهو هدف ينبغي أن يُحفز على التحلي بإرادة حقيقية في التغيير السياسي ووضع إطار عمل واضح وطموح. في هذه المرحلة، لم يعد أمام بلادنا خيار سوى التعجيل بالنهوض بمنظومته الصحية بما يسمح بضمان جودة وفعالية عرض العلاجات الصحية، والولوج العادل إلى العلاجات والحماية المالية للمرضى، ونجاعة العرض الصحي والاستدامة المالية للمنظومة على المدى الطويل¹⁰⁹⁸.

وفي هذا السياق، تتناول التوصيات المقترحة في هذا المحور الإصلاحات الهيكلية التي يتعين تنفيذها من أجل بناء منظومة صحية فعلية ومتكاملة:

- التوفر على رؤية شمولية لقطاع الصحة، وتنفيذ ورش إصلاح القطاع طبقاً للإرادة السياسية الثابتة للدولة، وذلك بغاية ضمان الحقوق الاجتماعية للسكان، بما في ذلك حصولهم على علاجات ذات جودة في جميع أنحاء التراب الوطني¹⁰⁹⁹.

¹⁰⁹⁷ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص. 15-18

¹⁰⁹⁸ نفس المرجع، ص. 88.

¹⁰⁹⁹ نفس المرجع، ص. 89.

- بلورة وتنفيذ آلية لتدبير وتتبع وتقييم السياسات العمومية والترايبية، هادفة إلى تحسين محددات الصحة¹¹⁰⁰.

- إعادة النظر في تنظيم وزارة الصحة من خلال العمل، من جهة، على إعادة تركيز الإدارة المركزية للوزارة على المهام الاستراتيجية المتعلقة بتقنين قطاع الصحة واليقظة الصحية والتنسيق المشترك بين القطاعات ووضع المعايير. ومن جهة أخرى، نقل واسع للصلاحيات لفائدة المصالح الصحية الجهوية والمؤسسات الاستشفائية، بما يمكنها، على أساس تعاقدى مرتكز على النتائج، من الاضطلاع بدور أكبر في تنظيم العرض الصحي على مستوى الجهات.

- إحداث وكالات جهوية للصحة، بوصفها هيئات عمومية مستقلة تحت وصاية وزارة الصحة. وتتمثل المهام الرئيسية لهذه الوكالات في توجيه السياسة الجهوية في المجال الصحي، من خلال تنظيم عرض العلاجات الصحية، وتنفيذ الإجراءات الوقائية، وتفعيل اليقظة الصحية وتدبير الأزمات الصحية.

- تخويل الوكالات الجهوية للصحة والمؤسسات الاستشفائية استقلالية حقيقية للتدبير على الصعيد الطبي والإداري والمالي والبشري، مع الحرص أولاً على تعزيز قدراتها في مجال التدبير.

- العمل من أجل إرساء مزيد من النجاعة والشفافية، على إجراء إصلاح عميق للإطار التشريعي والتنظيمي للمنظومة الصحية، لا سيما على مستوى الهياكل التنظيمية، ومساطر التدبير الإداري والمالي، وتدبير الموارد البشرية، ووضعية الأطر الطبية وشبه الطبية، والسجل الطبي الرقمي، والتطبيب عن بُعد، ومساطر الترخيص¹¹⁰¹.

¹¹⁰⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا

"كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.89

¹¹⁰¹ نفس المرجع، ص.90

- تبسيط المساطر الإدارية والمالية الخاصة بقطاع الصحة وترسيخ مبدأ الشفافية في جميع العمليات الإدارية والمالية التي تقوم بها المصالح اللامركزية، من خلال اعتماد نظام معلومات مندمج ومرتبطة بنظام المعلومات المالي والمحاسبي الذي وضعه القطاع الحكومي المكلف بالمالية¹¹⁰².

- وضع نظام شامل وتشاركي وشفاف للتقييم الدائم لأداء المنظومة الصحية.

- تشجيع انفتاح المنظومة الصحية على الشركاء الجهويين على مستوى المجالات الترابية، لاسيما المجالس المنتخبة والجامعات والمجتمع المدني، وذلك على أساس المشاركة والشراكة. ولتحقيق هذا الغرض، يوصي المجلس باعتماد مقاربات مجالية تشاركية تتيح تضافر جهود الفاعلين حول مشروع للتنمية المشتركة للمنظومة الصحية الجهوية، وذلك بهدف التوظيف الأمثل للاستثمارات وترشيدها وتعبئة الموارد المالية للقطاع الخاص.

- إدماج تدبير المخاطر في السياسة العمومية لقطاع الصحة وتزويد المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بمخطط استمرارية النشاط، بما يمكن من تعزيز قدرة المنظومة الصحية على مواجهة الأزمات مثل الأوبئة والكوارث الطبيعية¹¹⁰³.

- إرساء تكامل فعلي بين القطاع العام والقطاع الخاص (سواء الربحي أو غير الربحي) والقطاع التعاضدي، وإلغاء الحواجز بين هذه القطاعات، بما يسمح بشكل خاص باللجوء إلى المناولة بالنسبة لبعض الخدمات الطبية، وكذا تعضيد الجهود لإنجاز الاستثمارات ذات التكلفة المرتفعة.

- إحداث مراكز صحية مندمجة عبر مواصلة تجميع المراكز الصحية الموجودة بالمناطق الحضرية والمراكز القروية الكبرى والتي تعرف ارتياداً ضعيفاً من لدن المرتفقين، لكن مع تجنب خلق

¹¹⁰² المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا

"كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.90

¹¹⁰³ نفس المرجع، ص.91

مناطق خالية من أي بنية صحية. وستساهم هذه المراكز الطبية المندمجة في ترشيد الوسائل المتاحة وتحسين ظروف عمل المهنيين وتخفيف الاكتظاظ بالمستشفيات، وضمان تكفل طبي مُستجيب لحاجيات الساكنة¹¹⁰⁴.

- العمل على أن يركز التدبير المالي للمنظومة الصحية على الإنشاء المنتظم لحسابات وطنية خاصة بقطاع الصحة تكون موثوقة وشفافة.

- تنويع آليات تمويل القطاع الصحي، لا سيما من خلال: اعتماد رسوم على بعض المنتجات مثل: التبغ والمشروبات الكحولية، وتوسيع عملية عقد التفويث وإعادة التأجير التي أطلقتها الدولة في 2020، لتشمل مؤسسات استشفائية عمومية جديدة، مع توجيه جزء من المداخل المرتقب تحصيلها لتمول منظومة العلاجات والاستثمار في قطاع الصحة، وتأمين التأطير القانوني وتشجيع المؤسسات الاستشفائية العامة والخاصة على اقتناء المعدات الطبية عن طريق الإيجار.

- وضع مخطط وطني تتم بلورته في إطار روح من التشاور وبمشاركة الفاعلين المعنيين في القطاع الصحي، من أجل النهوض كماً وكيفاً بالموارد البشرية لضمان حسن سير المنظومة الصحية.

- وضع نظام جاذب ومُحفز لمهنيي قطاع الصحة، يُخضع التعويضات والترقي المهني لمعايير الأداء والتكوين المستمر طوال المسار المهني.

- اعتماد مخططات للتكوين المستمر لفائدة العاملين في القطاع الصحي، وذلك في إطار تدبير عصري للموارد البشرية¹¹⁰⁵.

¹¹⁰⁴ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا

"كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.90

¹¹⁰⁵ نفس المرجع، ص.91

- إصلاح منظومة تدريس الطب والعلوم الصحية، لا سيما من خلال الرفع من عدد الأساتذة، والارتقاء بالتأطير البيداغوجي والطبي، وتحسين البرامج البيداغوجية ومنهجيات التدريس، وضمان انفتاح مؤسسات التكوين على محيطها والنهوض بالبحث العلمي¹¹⁰⁶.
- إحداث كلية عمومية للطب ومركز استشفائي جامعي في كل جهة من جهات المملكة المغربية.
- فتح جسور بين مسلكي التكوين الطبي وشبه الطبي، وتمكين الأطر شبه الطبية المستوفية للتجربة المهنية والمؤهلات اللازمة من الانخراط في مسلك دراسة الطب.
- وضع تدابير تحفيزية تشجع على استبقاء الموارد البشرية الطبية وشبه الطبية في المناطق النائية والمعزولة، وضمان سلامتهم وإرساء نظام شفاف للتداول على العمل في هذه المناطق.
- إرساء ثقافة فعلية للصحة والسلامة في العمل من خلال التدابير التالية: تعزيز دور الحكومة والشركاء الاجتماعيين، وتحديد المخاطر الاعتيادية والتكفل بها واستباق المخاطر المهنية المستجدة، وتطوير تدبير متعدد التخصصات لمجال الصحة والسلامة في العمل.
- ملائمة الإطار القانوني مع المعايير الدولية للعمل، لاسيما الاتفاقية رقم 155 بشأن السلامة والصحة المهنيين الصادرة سنة 1981 والبروتوكول المتعلق بها والمعتمد سنة 2002، والاتفاقية رقم 161 بشأن خدمات الصحة المهنية والمعتمدة سنة 1985.
- تعزيز قدرات الموارد البشرية العاملة في مجال الصحة والسلامة في العمل من خلال وضع برامج تكوينية خاصة¹¹⁰⁷.

¹¹⁰⁶ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا

"كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، مرجع سابق، ص.90

¹¹⁰⁷ نفس المرجع، ص.91

خاتمة:

يُعتبر إصلاح المنظومة الصحية عملية مركزة ومتواصلة ومحددة، تهدف إلى تحسين المردودية، وتحقيق العدالة في تقديم الخدمات الصحية، كما أن هذه العملية ترتبط بالأساس بالسياسة العامة للدولة، لأن تمويل الخدمات الصحية وتنظيم العرض الصحي وصياغة التشريعات والقوانين المتعلقة بالمنظومة الصحية، مقوماتها سياسية وأهم المشاكل التي تعترضها ذات طابع سياسي، حيث يتأثر القطاع الصحي بحجم الموارد المتاحة والإجراءات التنظيمية وتوفر الموارد البشرية وحاجيات المواطنين¹¹⁰⁸.

تتميز عملية إصلاح المنظومة الصحية بقدرٍ من الخطورة، وقد لا تتجح بسهولة لأن الإصلاح قد يكون مرجواً ومراداً من البعض، لكن ذلك لا يجعله بالأمر الحتمي، لهذا ينبغي على الحكومة أن تبادر إلى تهيئة الأجواء والمواطنين، من خلال الصحف ووسائل الإعلام، كما أن نجاح هذه العملية يبقى أسهل إذا ما اعتمد التدرج بدلاً من إصلاح شامل، فالخطوات الصغيرة في الإصلاح عادةً تكون أكثر فائدة من الإصلاحات الجذرية على أهميتها، نظراً للمعارضة السياسية من قبل قوى الوضع الحالي¹¹⁰⁹.

إن إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب يتطلب العديد من الدراسات والأبحاث، لاسيما فيما يتعلق بالأمور التقنية التي تُميز القطاع الصحي عن باقي القطاعات الحكومية، كما أن دراسة الوضع السياسي لاتخاذ القرارات هو أساس عملية الإصلاح، لأن القوى المستفيدة من الوضع قبل الإصلاح، مثل شركات الأدوية والنقابات وأصحاب المصحات بالقطاع الخاص، هي قوى منظمة ومدعومة مالياً وسياسياً، بينما الذين يستفيدون لاحقاً من إصلاح القطاع الصحي، هم غالباً مواطنون لا يملكون وسائل الضغط¹¹¹⁰.

¹¹⁰⁸ منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سابق، ص. 230.

¹¹⁰⁹ نفس المرجع، ص. 231.

¹¹¹⁰ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص. 84.

بناءً على ما سبق وما تم التوصل إليه من خلال نتائج البحث، يُمكن أن يركز إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب، على عدة مقترحات من أجل تجاوز الاختلالات والإكراهات:

1. إعداد السياسات العمومية المرتبطة بالصحة:

- وضع آليات مؤسساتية تضم مُمثلي مختلف القطاعات الحكومية والمؤسسات العمومية والقطاع الخاص والمجتمع المدني، لتنسيق والتقائية الاستراتيجية والبرامج المرتبطة بالمنظومة الصحية.
- وضع ميثاق للتقائية السياسات العمومية، يُحدد المبادئ الأساسية والضوابط والمنهجية التي يجب التقيد بها، من قبل كل القطاعات الوزارية عند إعداد وتنفيذ استراتيجياتها وبرامجها، وتفعيل المقاربة التشاركية والتنسيق القبلي لتحقيق أهداف المنظومة الصحية.
- اعتماد التعاقد بين الحكومة ووزارة الصحة من أجل التحديد الدقيق لأهداف المنظومة الصحية، والمهام الموكولة والنتائج المنتظرة، وترسيخ قيم الشفافية والمسؤولية والمحاسبة والحكمة الجيدة.
- وضع نظام معلوماتي مُندمج لتتبع وتقييم مدى نجاعة وانسجام وتكامل والتقائية السياسات العمومية المتعلقة بالمنظومة الصحية، وذلك بغية تجاوز النظرة القطاعية في التتبع والتقييم.
- اعتماد المقاربة الترابية وإشراك الفاعلين المحليين في إعداد الاستراتيجيات والبرامج الصحية، التي من أجل تحقيق بالتنمية المحلية والإستجابة لحاجيات وانتظارات المواطنين.
- تعزيز التطبيق الأمثل لقانون المالية لتحقيق التكامل والانسجام بين الاستراتيجيات والبرامج القطاعية المرتبطة بالمنظومة الصحية، وربط النفقات بالنتائج بدل الوسائل، والبرمجة متعددة السنوات، والمقاربة المجالية والتعاقد بين المصالح المركزية واللامركزية¹¹¹¹.
- تعزيز دور البرلمان في التشريع ومراقبة العمل الحكومي وتقييم السياسات العمومية للصحة.

¹¹¹¹ Ministère délégué auprès du chef du gouvernement chargé des affaires générales et de la gouvernance et le programme des nations unies pour le développement, op.cit., p.7-9

- إعداد السياسات العمومية المرتبطة بالمنظومة الصحية ضمن التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة، وصياغة البرنامج الحكومي طبقاً للتوجيهات الملكية واحتراماً للقوانين الوطنية والاتفاقيات الدولية، والعمل على التنسيق بين السياسات العمومية لتحقيق الإلتقائية وتوفير الموارد.
- وضع الصحة في صلب السياسات العمومية، مع التأكيد على أن صحة المواطنين هي مسؤولية مشتركة بين الجميع، وأن الصحة هي نتاج اجتماعي لمختلف السياسات القطاعية.
- ترجمة السياسة الصحية إلى برامج وخطة عمل محددة، وتحديد الأهداف الواجب بلوغها كميّاً قدر الإمكان، كما يجب أن تتضمن خطة العمل الإطار الزمني، وتقدير الموارد اللازمة لتنفيذ السياسة الصحية ومؤشرات لتقييم النتائج.
- وضع سياسة وطنية للصحة بناءً على ميثاق وطني، بالمشاركة الفعلية لجميع الأطراف المعنية ومختلف الجهات، تصلح لأن تكون خريطة طريق لمختلف الحكومات المتعاقبة، من أجل تحقيق العدالة الاجتماعية والمجالية.
- إحداث هيئة أفقية تابعة مباشرة لرئيس الحكومة، من أجل ضمان تنسيق الاستراتيجيات القطاعية، وتأمين التآزر بينها وكذا على الإعداد والتقييم.
- توطيد الشراكة بين وزارة الصحة والجماعات الترابية، في إطار برنامج تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية بالوسط القروي.
- إعداد خريطة صحية وطنية ومخططات جهوية لعرض العلاجات، من أجل احترام التوزيع العادل لموارد المنظومة الصحية بين الجهات والمجالات الترابية¹¹¹².
- إصدار قانون يُنظم الشراكة الاستراتيجية بين وزارة الصحة والقطاع الخاص، من أجل تعبئة الإمكانيات والموارد لتطوير المنظومة الصحية.

¹¹¹² وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 64.

- تحديد أولويات المنظومة الصحية وتنفيذ توصيات المناظرة الوطنية الثانية للصحة.
- صياغة أهداف السياسة الصحية وتخصيص الموارد البشرية والمادية، وتجويد الإطار القانوني للمنظومة الصحية وملائمته مع الاتفاقيات الدولية، وتشجيع البحث العلمي في المجال الصحي، إضافةً إلى تحديد آليات التتبع والتقييم.
- إعادة هيكلة المنظومة الصحية، والقضاء على الازدواجية التي تعوق تنفيذ السياسات العمومية للصحة، من خلال صياغة مخططات قطاعية واضحة ومندمجة تحترم الأولويات الوطنية.
- تعزيز التوطن الترابي للسياسات العمومية المرتبطة بالصحة، واحترام الخصوصيات الجهوية والإقليمية، في إعداد السياسة الصحية وتنفيذها وتقييمها.
- إحترام معايير الكفاءة والاستحقاق وتكافؤ الفرص، في إسناد المسؤولية لتدبير المصالح اللاممركزة لوزارة الصحة وربطها بالمحاسبة في تقييم الأداء.
- إحداث صندوق خاص بالصحة بالعالم القروي، من أجل توسيع شبكة العلاجات الصحية الأساسية، وتحسين جودة الخدمات الصحية، وتشجيع المهنيين للمزاولة بالمناطق القروية¹¹¹³.
- ضمان التقائية السياسات العمومية المتعلقة بالصحة، وتجانسها وتكاملها على مستوى الجهات والأقاليم، من أجل تحقيق الفعالية والنجاعة في تنفيذ البرامج والمشاريع الصحية.
- تعزيز صلاحيات المنتخبين المحليين، عبر توطيد دعائم الديمقراطية المحلية، وتعبئة الجهات الاجتماعية والاقتصادية، حول المشاريع المشتركة في انسجام مع السياسات العمومية.
- اعتبار الجهة الفضاء الترابي الملائم لبلورة السياسة الوطنية للصحة، نظراً لما تحتله من صدارة في التنظيم الإداري للمملكة.

¹¹¹³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

- تطبيق الميثاق الوطني للامركز الإداري، وتفعيل الدور المحوري لوالي الجهة، من أجل تنسيق أنشطة وبرامج المصالح اللامركزية المرتبطة بالصحة.
- تعزيز قدرات المديريات الجهوية للصحة، ووضع ميزانيات وبرامج جهوية محددة، من أجل تحسين مردودية المديريات الجهوية.
- توسيع سلطات المدراء الجهويين والمندوبين الإقليميين لوزارة الصحة لتفويض الإجراءات الإدارية، وإدخال آليات للدعم والتنسيق بين الإدارة المركزية والجهات والأقاليم.
- تحديث الترسانة القانونية المتعلقة بالتعاقد، واتفاقيات التدبير، واتفاقيات العقدة-برنامج بين وزارة الصحة والمديرية الجهوية للصحة.
- تقييم استراتيجية التعاون بين منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة للفترة 2017-2021.
- تعزيز الولج العادل إلى الخدمات الصحية ذات الجودة وبأسعار معقولة، من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة.
- تأهيل المنظومة الصحية وضمان الولج إلى الخدمات الصحية، من خلال إشراك الحكومة والبرلمان والجماعات الترابية وهيئات الحكامة والديمقراطية التشاركية وحقوق الإنسان وهيئات المهنية والمجتمع المدني والنقابات والقطاع الخاص والإعلام.
- الإسهام في تحقيق أهداف التنمية المستدامة والحد من التفاوت في الصحة وعبء الأمراض¹¹¹⁴.
- تعزيز الوظائف الأساسية للمنظومة الصحية، ومواكبة ورش الجهوية الموسعة، وتعزيز حكمة القطاع الصحي.
- إصدار القوانين المرتبطة بمدونة التعاقد، والاستثمار في المجال الصحي والشراكة بين القطاعين العام والقطاع الخاص.

¹¹¹⁴ Organisation mondiale de la santé et Ministère de la santé, stratégie de coopération 2017-2021, op.cit., p.6

- مراجعة القوانين المتعلقة بالخريطة الصحية والمخططات الجهوية للعلاجات والتغطية الصحية.
- إحداث هيئات التشاور في المجال الصحي المنصوص عليها في مواد القانون 09-34 وهي: المجلس الوطني الاستشاري للصحة، واللجنة الوطنية واللجان الجهوية لعرض العلاجات، واللجنة الوطنية الاستشارية للتنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص، واللجنة الوطنية للتقويم والاعتماد، واللجنة الوطنية لليقظة والأمن الصحي، واللجنة الوطنية للأخلاقيات.
- الرفع من الاعتمادات المرصودة، لوزارة الصحة في الميزانية العامة للدولة، أي الانتقال إلى نسبة 15% سنة 2020، من خلال حوار سياسي مثمر بين وزارة الصحة ووزارة المالية، لأن الرفع من الميزانية سيُخصَّصُ للتخفيض من النفقات المباشرة للأسر.
- الرفع من الميزانيات الخصوصية المُساهمة في المنظومة الصحية مثل: صندوق دعم التماسك الاجتماعي، وصندوق دعم المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، وصندوق التنمية القروية والمناطق الجبلية، والحساب الخاص للصيدلية المركزية¹¹¹⁵.

2. تحقيق التغطية الصحية الشاملة:

- إصدار المراسيم المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية للطلبة والأجراء والمهن الحرة.
- تخفيض النفقات المباشرة للأسر، والتوجه نحو أنظمة الأداءات المسبقة المبنية على التضامن، مع تمديد العرض الصحي وتوسيع سلة العلاجات ذات الجودة¹¹¹⁶.
- مبادرة وزارة الصحة بتحسين الإنصاف ونجاعة آليات رصد الموارد، لفائدة الجهات والأقاليم والجماعات ومستويات العلاجات.

¹¹¹⁵ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، 2012، ص. 87.

¹¹¹⁶ منظمة الصحة العالمية، التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط، مرجع

سابق، ص. 19.

- ابتكار آليات إستراتيجية للاقتناء، وطرق مبتكرة لأداء الخدمات الصحية، بغرض تدبير آليات التعاقد بين مُقدمي الخدمات الصحية ومختلف أنظمة الحماية المالية.
- إن ضمان التغطية الصحية الشاملة، يتم من خلال تمكين كل الساكنة من الولوج إلى الخدمات الوقائية والعلاجية والتأهيلية، وهناك ثلاثة أبعاد مرتبطة فيما بينها، أولها إنصاف المواطنين في الولوج إلى الخدمات الصحية، ثانياً يتعين على الدولة توفير سلة علاجات موسعة وذات جودة مقبولة، من أجل الاستجابة للانتظارات المشروعة للساكنة، أما البُعد الثالث فيتمثل في الحماية المالية، حيث يجب ألا يتعرض المرتفقون إلى صعوبات مالية بسبب ثمن العلاجات.

3. إصلاح نظام المساعدة الطبية:

- إحداث مؤسسة لتدبير نظام المساعدة الطبية، مستقلة عن وزارة الصحة وتحت إشراف الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض، من أجل ضمان قيادة ناجعة لنظام التأمين الإجباري عن المرض.
- جعل الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض تحت الوصاية المباشرة لرئيس الحكومة، لتمكينها من الاضطلاع بطريقة كاملة ومستقلة، بدورها في تنظيم وتأطير نظام التغطية الصحية الأساسية.
- التفكير على المدى المتوسط في إدماج مؤسسات تدبير نظام التأمين الإجباري عن المرض في صندوق وحيد، وعلى المدى البعيد في إدماج نظام المساعدة الطبية في نفس الصندوق¹¹¹⁷.
- إستهداف نظام المساعدة الطبية للعلاجات الصحية الأساسية، من أجل الرفع من نسبة إقبال المواطنين على المؤسسات الصحية، وتحسين جودة خدماتها واجتذاب تمويلات للتأمين¹¹¹⁸.
- التفكير في أشكال بديلة لتغطية العاملين في القطاع غير النظامي وغير المؤهلين لنظام المساعدة الطبية، من خلال إدماجهم في نظام التأمين الإجباري عن المرض.

¹¹¹⁷ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.64

¹¹¹⁸ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، مرجع

سابق، ص.79

4. تكريس الحق في الصحة والولوج إلى الخدمات الصحية:

- إنخراط جميع السلطات العمومية من أجل تفعيل مقتضيات الفصل 31 من الدستور المغربي، مما يعني من الناحية القانونية توزيع الاختصاصات في مجال ضمان الحق في الصحة، وكذا تقسيم الأدوار على مستوى السياسات العمومية ذات الصلة بالصحة في أفق الجهوية المتقدمة.
- تعبئة الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية لكل الوسائل المتاحة، من أجل تيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية، والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، وإدماج المحددات الصحية للحد من الفوارق الاجتماعية.
- ضمان الحق في الصحة وتعميم التغطية الصحية في إطار المساواة والانصاف المجالي والترابي.
- تحسين الولوج المتساوي والمتكافئ والمستدام إلى الخدمات الصحية، ودعم ولوج الفئات الأكثر هشاشة إلى الرعاية الصحية الأولية¹¹¹⁹.

5. تحسين الولوج إلى العلاجات الصحية الأساسية:

- تفعيل القانون الإطار 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، وتحديد الخريطة الصحية الوطنية والمخططات الجهوية للعرض الصحي.
- تعزيز التغطية الصحية من خلال استراتيجية صحية شاملة، وتكييفها مع الخصوصيات الجغرافية ومع نمط عيش ساكنة المناطق القروية والمعزولة.
- تجميع الموارد البشرية العاملة في المؤسسات الصحية التي لا تشهد اقبالاً كبيراً، وتركيزها في التجمعات الحضرية والقروية الكبرى، لخلق مراكز صحية مندمجة والاستفادة المثلى من الموارد.
- إدراج شبكة العلاجات الصحية الأساسية في سياق التكامل مع شبكة المستشفيات، عبر تفعيل مسالك وشبكات العلاج، وإعطاء المندوب الإقليمي إمكانية التكيف مع الخصوصيات المحلية.

¹¹¹⁹ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 63.

- وضع تدبير إجرائي ناجع لمؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، عبر إقرار المسؤولية والتكوين وتفويض سلطة القرار إلى الأطباء والممرضين الرئيسيين بالمراكز الصحية.
- إدماج مصالح الترويض الطبي وإعادة التأهيل في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية.
- وضع شبكة للنقل الطبي على المستوى الإقليمي، وتعزيز التعاون مع الجماعات الترابية والقطاع الخاص¹¹²⁰.

6. تطوير السياسة الإستشفائية:

- وضع مخطط حكومي استعجالي لتعزيز المؤسسات الاستشفائية التابعة للقطاع العمومي، يقوم على: تحسين حكمة المنظومة الصحية، وتحسين تدبير المستشفيات، والتأهيل العقلاني للمعدات التقنية والبنى التحتية، وتشغيل وإعادة توزيع الموارد البشرية، وجودة تكوين الأطباء والممرضين.
- إعداد مشروع المؤسسة الاستشفائية وكذا مخطط العمل، وإحداث وتفعيل هيئات التشاور والدعم، واعتماد تنظيم استشفائي يحترم المقتضيات القانونية والتنظيمية.
- توفير نظام معلوماتي موثوق وفعال ومندمج، خاصةً بين المصالح الطبية ومصلحة الاستقبال والقبول ووكالة المداخل بالمستشفيات.
- توفير جميع التخصصات الطبية بالمراكز الإستشفائية طبقاً للقوانين الجاري بها العمل.
- تزويد الصيدلية الاستشفائية بالوسائل اللازمة لضمان حسن اشتغالها، ومراقبة وتتبع جميع الأدوية والمستلزمات الطبية المسلمة إلى المراكز الاستشفائية.
- احترام اختصاصات مصلحة الاستقبال والقبول، خاصةً فيما يتعلق بتصفية وفوترة الخدمات الإستشفائية¹¹²¹.

¹¹²⁰ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 79-83

¹¹²¹ المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص. 317

- تعزيز التنسيق بين المركز الاستشفائي الجهوي ومصالح الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، فيما يتعلق بالتحقق من وضعية المؤمن لهم.
- تعزيز نظام الفرز الطبي على مستوى قسم المستعجلات، قصد تقييم حالة المرضى وفق معايير معينة، من أجل تحديد أولويات الإسعاف وأولويات تقديم العلاج.
- السهر على توفير جميع الإمكانيات اللازمة للمختبرات، للقيام بالفحوصات البيولوجية الضرورية.
- العمل على القيام بالتحقيقات السرية حول حالات وفيات الأمهات المسجلة بالمراكز الاستشفائية.
- السهر على توفير غرف العزل الطبي للوقاية من الأمراض المعدية¹¹²².

7. تحسين الولوج إلى الأدوية:

- إعداد السياسة الوطنية للدواء، وفق مقارنة تشاركية تضم القطاع الخاص وباقي المتدخلين.
- خفض أسعار الدواء عبر تحيين الترسنة القانونية والتنظيمية المتعلقة بتحديد أثمان الأدوية.
- دعم توافر الأدوية الأساسية الاستعجالية والمتعلقة بالأمراض المزمنة، وجعلها في متناول الفئات الاجتماعية ذات الدخل المحدود بجودة عالية وبسعر عادل.
- تحسين نسبة استعمال الأدوية الجنيسة، من خلال فهرسة تعويض مصاريف الأدوية، من قبل مؤسسات التأمين عن المرض على أساس سعر الدواء الجنيس.
- إعطاء الصيدلي الحق في استبدال الدواء الأصلي، بدواء جنيس كما هو الحال في فرنسا.
- إحداث نظام معلوماتي معمّم لمعالجة الوصفات الطبية، وبطاقة إلكترونية للمرضى من أجل تتبع أعمال الاستبدال وتفاذي عمليات الغش، وإقرار آلية للتعويض عن الخسارة للصيدلي¹¹²³.

¹¹²² المجلس الأعلى للحسابات بالمغرب، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، مرجع سابق، ص. 314-316

¹¹²³ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمّم، مرجع

سابق، ص. 66

- مراجعة القانون 97-17 بهدف تضمينه كل أوجه المرونة في مجال الاتفاقية حول حقوق الملكية الفكرية المطبقة على التجارة.

- إصلاح نظام توزيع وتوزيع الأدوية لمحاربة حالات نفاذ المخزون وانتهاء مدة الصلاحية¹¹²⁴.

8. الوقاية من الرشوة ومحاربتها في القطاع الصحي:

- التطبيق الفعلي لاتفاقية الشراكة الموقعة بين وزارة الصحة والهيئة المركزية للوقاية من الرشوة، عبر إشراك النقابات المهنية والمجتمع المدني والقطاع الخاص.

- تبني مقارنة استراتيجية شاملة للوقاية من الرشوة ومحاربتها، تتضمن رؤية وأهداف وخطط عمل ونظام للتتبع والتقييم.

- تحسين إعلام المرضى حول طبيعة وكلفة الخدمات الصحية المتوفرة، وحول حقوقهم وواجباتهم، وتطوير قنوات الاتصال، وإنشاء آلية لمتابعة الشكايات في المؤسسات الصحية

- توفير الخدمات الصحية للمواطنين، على أساس المشاركة والشفافية والمساءلة.

- ترسيخ قيم المواطنة وتجديد ثقة المواطن في الخدمات الصحية.

- تحسين الاستقبال والتوجيه في المؤسسات الصحية، ووضع برنامج لتكوين موظفي الاستقبال، وإنشاء نظام إدارة الانتظار في المستعجلات، وتطوير الشفافية في الفواتير والخدمات.

- تحديد شكل الاجراءات والتدابير، وتبسيط المساطر المتعلقة بالخدمات الصحية.

- انشاء مدونة الأخلاقيات وحسن السلوك، وتنمية الشعور بالانتماء لدى مهنيي الصحة.

- تنفيذ حملات التوعية والاعلام وتبادل الخبرات مع إشراك جمعيات المجتمع المدني.

- تطوير ترسانة قانونية لحماية الشهود، وتعزيز الرصد والمراقبة في المؤسسات الصحية¹¹²⁵.

¹¹²⁴ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.86

¹¹²⁵ نفس المرجع، ص.87

9. العمل على المحددات الاجتماعية للصحة:

- إنشاء اللجنة الوطنية المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة.
- توسيع نطاق المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، من أجل تعزيز التنسيق بين القطاعات الحكومية، وأخذ الصحة بعين الاعتبار في إعداد السياسات العمومية.
- صياغة السياسات العمومية بناءً على المحددات الاجتماعية للصحة، والاعتماد على الوظائف الأساسية للصحة العامة، وتعبئة القطاعات ذات الصلة لإيلاء الصحة مكانةً في قراراتها، وتقوية تدخلات القرب ومساهمة السكان لمواجهة المشاكل المرتبطة بحياة الجماعات وصحتها¹¹²⁶.

10. تحسين صحة الأم والطفل:

- تكريس صحة الأم والطفل كأولوية وطنية استراتيجية.
- تأهيل فضاءات الولادة المُراقبة خاصةً في العالم القروي.
- إحداث أقطاب جهوية متميزة ومتعددة الاختصاصات لصحة الأم والطفل.
- إحداث منظومة وطنية لتتبع وتقييم صحة الأم والطفل.
- تعميم تشخيص الأطفال حديثي الولادة، من أجل الكشف عن الأمراض المُزمنة والمُكَلِّفة.
- تعزيز البرنامج الوطني لمراقبة الحمل والولادة خصوصاً في العالم القروي.
- القضاء على التمييز ضد المرأة وضمان حصولها على الرعاية الصحية، فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة والصحة الإنجابية.
- توفير الرعاية الصحية الأولية اللازميتين لجميع الأطفال، مع التشديد على مكافحة الأمراض وسوء التغذية، عن طريق توفير الأغذية الكافية ومياه الشرب النقية¹¹²⁷.

¹¹²⁶ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.80

¹¹²⁷ نفس المرجع، ص.14-18

- صياغة خطط عمل استراتيجية لصحة الأم والطفل، من أجل تخفيض معدل الوفيات.
- إنشاء شبكات مراكز تدريبية في الصحة الإنجابية، وتعزيز برامج الرضاعة الطبيعية.
- تعزيز الخدمات الاستشارية لتنظيم الأسرة وإتاحتها للأشخاص مجاناً¹¹²⁸.

11. تعزيز صحة الفئات الهشة:

- تأمين ولوج الأشخاص في وضعية إعاقة إلى العلاجات الصحية الأساسية، طبقاً لإتفاقية حقوق الأشخاص المُعاقين والتي صادق عليها المغرب في 2009.
- إتاحة ولوج المهاجرين في وضعية غير قانونية إلى العلاجات الصحية الأساسية، من أجل احترام الالتزامات الدولية للمغرب في مجال حقوق الانسان.
- النهوض بصحة الفئات الهشة وذوي الاحتياجات الخاصة، عن طريق تنزيل الاستراتيجية الوطنية للصحة والإعاقة، وإحداث برنامج وطني خاص بصحة الأشخاص المسنين، وتجويد ظروف التكفل بالنساء والأطفال ضحايا العنف، والقضاء على التمييز ضد المهاجرين والأشخاص الحاملين لفيروس فقدان المناعة المكتسب، وضمان حصولهم على الرعاية الصحية.
- وضع مصالح مُختصة في الطب الترويضى وإعادة التأهيل داخل المستشفيات والمراكز الصحية، لفائدة لأشخاص في وضعية إعاقة، وإحداث وحدات متنقلة لتقريب هذه الخدمات الصحية¹¹²⁹.
- إحترام حق المهاجرين في الحصول على مستوى كافٍ من الصحة الجسدية والعقلية، وذلك عبر الإمتناع عن حرمانهم من الوصول إلى الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية¹¹³⁰.
- معالجة آثار التمييز والوصم على أساس الحالة الصحية، بما في ذلك الحالة الفعلية أو المفترضة للإصابة بفيروس الإيدز.

¹¹²⁸ وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة، مرجع سابق، ص.84

¹¹²⁹ الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، مرجع سابق، ص.21

¹¹³⁰ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.102

12. تعزيز السلامة الصحية والحد من الأمراض:

- مأسسة التعاون المشترك بين القطاعات الحكومية فيما يتعلق بالسلامة الصحية، وإحداث لجنة وطنية لليقظة والأمن الصحي، طبقاً للمادة 30 من القانون الإطار 09-34.¹¹³¹
- وضع نظام يقظة صحية لمواجهة الأوبئة والأمراض السارية.
- إنشاء مصالح صحية جهوية وإقليمية للوقاية من الأوبئة والسيطرة عليها، والإنذار المبكر من تفشي الأمراض ومعالجتها.
- وضع سياسات وبرامج صحية من أجل التخفيف من المخاطر والجاهزية في حالات الطوارئ في القطاع الصحي، وصياغة قوانين الاستجابة في حالات طوارئ الصحة العامة، على أساس تقييم المخاطر في الوقت الحقيقي.
- صياغة قانون بشأن الصحة العمومية، يُحدد أدوار ومسؤوليات مختلف الفاعلين المتدخلين في المنظومة الصحية، بما في ذلك السلامة الصحية وكذا الآليات المؤسسية للتنفيذ والتقييم.
- تعزيز وإعادة هيكلة الشبكة الوطنية للمختبرات، وتوضيح مهام كل مستوى من هذه المختبرات.
- تحسين نظام الإبلاغ عن أسباب الوفيات.
- الإعتناء بالأمراض المهنية في إطار متغيرات النمو الديموغرافي والتحول الوبائي.
- بلورة استراتيجية وطنية للوقاية الصحية، من أجل التنسيق بين وزارة الصحة والقطاعات الحكومية، والصناعة الغذائية، والمكاتب الصحية، ووسائل الإعلام والجمعيات.
- تطبيق خطة العمل الدولية لمحاربة الأمراض غير المنقولة 2013-2020، والتي تبنتها المملكة المغربية في الجمعية العامة للصحة سنة 2013.¹¹³²

¹¹³¹ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 103.

¹¹³² نفس المرجع، ص. 98-101.

13. النهوض ببرنامج الصحة العقلية:

- وضع سياسة وطنية للصحة العقلية، وإحداث ميزانية خاصة للصحة النفسية، مع إنشاء مصالح للطب النفسي في المستشفيات العمومية، وتأمين توفر الأجيال الجديدة من الأدوية.
- مراجعة الإطار القانوني للصحة العقلية، واعتماد مقاربة تشاركية لتعديله طبقاً للمعايير الدولية.
- إقرار النظام الأساسي للمرضين المُختصين في الطب النفسي، والتوزيع الجغرافي العادل لهم.
- تعزيز مؤسسات الصحة العقلية باختصاصيين في علم النفس ومساعدين اجتماعيين.
- تحفيز الموارد البشرية العاملة بمؤسسات الصحة العقلية بكافة الوسائل المُمكنة.
- تشجيع مسالك الطب النفسي في كليات الطب ومعاهد تكوين الممرضين.
- إدماج مقاربة النوع في السياسات المتعلقة بالصحة النفسية، وتعزيز التوعية والتحسيس.
- تشجيع البحث العلمي من أجل تكوين قاعدة مُعطيات وطنية في مجال الصحة العقلية¹¹³³.

14. تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص والاستثمار في المجال الصحي:

- تفعيل قانون الخريطة الصحية من أجل تعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص.
- إدماج المعلومات المتعلقة بالقطاع الخاص في النظام الإعلامي الصحي الوطني.
- نقل سلطات الأمانة العامة للحكومة في مجال المراقبة إلى وزارة الصحة.
- تعزيز هيئات المراقبة داخل وزارة الصحة والهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء¹¹³⁴.
- إخضاع التحاق الأطباء الأجانب للحصول على إذن مُسبق من الهيئة الوطنية للأطباء.
- تطبيق مسطرة الاعتماد الخاصة بالمصحات¹¹³⁵.

¹¹³³ المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص.8

¹¹³⁴ وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، مرجع سابق، ص.83

¹¹³⁵ المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، مرجع

سابق، ص.19

15. تدبير الموارد البشرية:

- الرفع من المناصب المالية المُخَصَّصَة للموارد البشرية بالقطاع الصحي.
- تعزيز كفاءات مهني الصحة، وإعداد برنامج وطني للتكوين يُراعي احتياجات كل جهة ترابية.
- استقطاب الأطباء المتخصصين للجهات التي تعاني من خصائص، مع وضع شروط تفضيلية.
- تشجيع التعاقد مع مهنيي الصحة بالقطاع الخاص أو العام للاشتغال بالمراكز الصحية القروية.
- تكوين أعداد إضافية من الأطباء والمرضى للاستجابة للطلب المتزايد على الخدمات الصحية.
- تنمية أخلاق الممارسة الطبية ومراجعة النصوص المتعلقة بممارسة المهن الصحية.
- تشجيع مؤسسات تكوين الأطباء والمرضى في توفير التكنولوجيات والتقنيات الحديثة.
- تقييم المُحَفِّزَات الحالية ومراجعة الأنظمة الأساسية للمهنيين الصحيين، من أجل الحد من هجرة الأطر الصحية من المغرب إلى الخارج، ومن الوسط القروي إلى الوسط الحضري.
- إعادة تحديد الكفاءات وإدماج مفاهيم القرب والمجالية في مراجعة مقررات التكوين، مع إشراك كليات الطب ومراكز تكوين المرضى، للحصول على أطر أكثر مُلائمة لحاجيات الساكنة.
- ملائمة التكوين الحالي للأطباء، وإعادة تعريف دور طبيب العام ومراجعة المناهج.
- تشجيع تخصص أطباء التوليد والمولّدات، من أجل تخفيض نسب وفيات الأمهات والمواليد.
- إجبارية التكوين المستمر لجميع المهنيين الصحيين، وملائمته مع التقنيات البيداغوجية الحديثة.
- اعتماد الدليل المرجعي للوظائف والكفاءات في تدبير الموارد البشرية الصحية.
- وضع تقييم يخضع لانتاجية مهني الصحة وتحفيز الموارد البشرية، وتحسين ظروف العمل¹¹³⁶.
- دعم التكوين الأساسي بالنسبة لبعض التخصصات الطبية، مثل طب الأسرة، وطب الشيخوخة، والعلاج البدني، والطب النفسي الحركي، والعلاج الطبيعي.

¹¹³⁶ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص. 83-84

- إشراك الجماعات الترابية والمؤسسات العمومية ووزارة الصحة، في تخصيص الموارد المالية من أجل تعويض الأطباء والمرضى المزاولين في المناطق القروية والنائية¹¹³⁷.
- تحقيق لامركزية التوظيف واعتماد التدبير الجهوي للموارد البشرية لقطاع الصحة¹¹³⁸.
- إعتناء مقاربات جديدة في تكوين الموارد البشرية الصحية، واستعمال بيداغوجيات مثل التعلم عن طريق حل المشاكل والتكوين عن بعد، وإستخدام أدوات للتقييم من أجل ضمان الجودة.
- إنشاء الخدمة الإلزامية كبديل للخدمة المدنية بالنسبة للتعيينات في المناطق القروية والنائية.
- مراجعة مدونة الأخلاقيات بإدخال مفهوم الضمير المهني واحترام حق المريض¹¹³⁹.

16. تحقيق أهداف التنمية المستدامة:

- إحداث هيئة وطنية تضم مختلف المتدخلين والفاعلين في المنظومة الصحية، بهدف تنسيق وتتبع وتنفيذ خطة التنمية المستدامة.
- توسيع المشاورات مع جميع الأطراف الفاعلة على المستوى الوطني والجهوي والمحلي، بخصوص تحقيق أهداف التنمية المستدامة.
- الحرص على وضع استراتيجية وطنية للتحسيس والتواصل، بهدف ضمان الانخراط الفعلي لكافة المتدخلين، وتملك أهداف التنمية المستدامة وتبنيها من طرف الجميع.
- التعجيل بتنفيذ مسطرة تحيين وتأهيل وإصلاح الإطار القانوني والتنظيمي والمؤسسي للنظام الإحصائي الوطني المتعلق بأهداف التنمية المستدامة¹¹⁴⁰.

¹¹³⁷ وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مرجع سابق، ص.85

¹¹³⁸ نفس المرجع، ص.92

¹¹³⁹ Camille Gilibert, Le droit à la protection de la santé des personnes démunies mis en oeuvre par les permanences d'accès aux soins de santé, Chroniques : Droit, déontologie et soin, volume n°2, 2004, p.177

¹¹⁴⁰ المجلس الأعلى للحسابات، تقرير موضوعاتي حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة 2015-

2030، مرجع سابق، ص.9

المراجع:

أولاً: باللغة العربية:

أ- الكتب:

- أحمد سليمان الحمداني، الأساس في العلوم السياسية، الطبعة الأولى، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، 2004.
- جوسيب فيجويراس ومارتن كييري، النظم الصحية والصحة والثروة والرفاهية الاجتماعية، المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية، الطبعة الأولى، الكويت، 2015.
- جيمس أندرسون، صنع السياسات العامة، ترجمة عامر الكبسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 1998.
- حسن طارق، السياسات العمومية: مفاهيم وتطبيقات، جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الانسان بشراكة مع صندوق الامم المتحدة للديموقراطية، 2014.
- ديفيد نيكلسن، توفير التغطية الصحية الشاملة: دليل إرشادي لصناع السياسات، مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية، قطر، 2015.
- رشيد المدور، العمل البرلماني في المغرب: قضايا وإشكالات، الطبعة الأولى، مطبعة طوب بريس، الرباط، 2006.
- صالح طليس، المنهجية في دراسة القانون، الطبعة الأولى، مكتبة زين الحقوقية والأدبية، لبنان، 2010.
- عبد الحي محمود، الصحة العامة بين البعدين الثقافي والاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2003.

- عثمان كاير، تقييم السياسات العمومية من خلال قانون المالية، جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الانسان بشراكة مع صندوق الامم المتحدة للديموقراطية، 2014.
- عسو منصور، قانون الميزانية العامة ورهان الحكامة المالية الجيدة، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 2017.
- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، عمان، الطبعة الأولى، 2008.
- ليلي عبد الوهاب، مناهج وطرق البحث الاجتماعي: أصول ومقدمات، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2000.
- محمد مالكي، الدستور وتنظيم السلط، جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الانسان بشراكة مع صندوق الامم المتحدة للديموقراطية، 2014.

ب- المقالات:

- أحمد مفيد، الرقابة البرلمانية على العمل الحكومي في الدستور المغربي الجديد، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 82، الطبعة الأولى، 2013.
- إليزابيث لونغينيس، الصحة العامة، مهنة الطب وبناء الدولة في العالم العربي : نظرة تاريخية، مركز دراسات الوحدة العربية، مجلة "المستقبل العربي"، العدد 419، كانون الثاني يناير 2014.
- أنور قوناش، الصحة وقضايا الصحة العامة: العلاقة بين الدخل والصحة، مجلة التعاون الاقتصادي بين الدول الاسلامية، 2004.

- بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، 12-14 مارس 2002.
- حبيب محمود وباسل أنور أسعد، قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في محافظة اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 36، العدد 5، 2014.
- حسن طارق، في دستور السياسات العمومية، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 82، الطبعة الأولى، 2013.
- سكرية اسماعيل، الخطة الوطنية لحقوق الانسان: الحق في الصحة، لجنة حقوق الإنسان النيابية، سلسلة الدراسات الخلفية، بيروت، 2007.
- صندوق النقد الدولي، المعركة من أجل الصحة العالمية، مجلة التمويل والتنمية، العدد 52، الرقم 3، شتبر 2014.
- عبد المجيد عثمان موسى، تحديات الرعاية الصحية الأولية في إفريقيا، جامعة إفريقيا العالمية، "مجلة دراسات إفريقية"، العدد 56، دجنبر 2016.
- عيسى محمد الغزالي، اقتصاديات الصحة، المعهد العربي للتخطيط، العدد الثاني والعشرون، الكويت، أكتوبر 2003.
- الفاتح محمد مختار، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية وأثرها على التنمية، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الرابع، العدد العاشر، 2013.
- فتحي إدريس علي، الحق في الصحة في الدستور الليبي: قراءة الماضي واستشراف المستقبل، يونيو 2014.

- قندلي رمضان، الحق في الصحة في القانون الجزائري، دفاثر السياسة والقانون، العدد 6، جامعة بشار، الجزائر، يناير 2012.
- المفوضية السامية للأمم المتحدة لحقوق الإنسان، والمكتب الاقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالشرق المتوسط، حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، سلسلة منشورات الصحة وحقوق الإنسان، العدد رقم 5، شتبر 2010.
- منظمة الصحة العالمية، الهجرة الدولية: الصحة وحقوق الإنسان، سلسلة منشورات الصحة، العدد 4، جنيف، 2003.
- وحدة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، الحق في الصحة، مصر، غشت 2011.

ج- التقارير:

1- التقارير الدولية:

- الأمم المتحدة ومفوضية الاتحاد الافريقي، الاستثمار في الصحة: استثمار في التنمية الاقتصادية، المجلس الاقتصادي والاجتماعي، اللجنة الاقتصادية لإفريقيا، إثيوبيا، 2011.
- الأمم المتحدة، اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة بالمغرب، اللجنة المعنية، الدورة الأربعين، نيويورك، 2008.
- الأمم المتحدة، اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، الجمعية العامة، قرار 11/106، نيويورك، 2006.
- الأمم المتحدة، السياسة الاجتماعية، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، الاستراتيجيات الإنمائية الوطنية، مذكرات توجيهية في السياسات، نيويورك، 2007.

- الأمم المتحدة، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 3، نيويورك، 1990.
- الأمم المتحدة، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الملاحظات الختامية عن المغرب، الدورة السادسة والثلاثون، نيويورك، 2006.
- الأمم المتحدة، أهداف التنمية المستدامة، قرار الجمعية العامة رقم 1/70، نيويورك، 2015.
- الأمم المتحدة، تقرير البرنامج المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، نيويورك، 2006.
- الأمم المتحدة، تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك، 2010.
- الأمم المتحدة، تقرير عن مؤشرات رصد الإمتثال لصكوك حقوق الإنسان الدولية، رقم HRI/MC/2006/7، نيويورك، 2007.
- الأمم المتحدة، خطة التنمية المستدامة لعام 2030، قرار الجمعية العامة، الدورة السبعون، نيويورك، 2015.
- الأمم المتحدة، لجنة حقوق الطفل، اتفاقية حقوق الطفل: التعليق العام رقم 15، بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، الدورة الثانية والستين، نيويورك، 2013.
- برنامج السياسات والنظم الصحية، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، جمعية التنمية الصحية والبيئية، جامعة السويس، مصر، 2005.
- البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية، الأولويات في الصحة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، البلاغ للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2006.
- البنك الدولي، التنمية الصحية: استراتيجية البنك الدولي لتحقيق النتائج في مجال الصحة والتغذية والسكان، واشنطن، 2008.

- البنك الدولي، الصحة والنمو، اللجنة المعنية بالنمو والتنمية، عدد خاص، واشنطن، 2009.
- البنك الدولي، العدالة والمساواة: الانخراط في الأنظمة الصحية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، استراتيجية قطاع التغذية والصحة والسكان 2013-2018، واشنطن، 2013.
- البنك الدولي، المساواة الاجتماعية داخل القطاع العام، وحدة التدريب والنقاش الفكري، واشنطن، 2005.
- البنك الدولي، تقرير عن التنمية في العالم: الاستثمار في الصحة: مؤشرات التنمية الدولية، الطبعة الأولى، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، 1993.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، الصحة والتنمية المستدامة، الدورة التنظيمية لمؤتمر القمة العالمي المعني بالتنمية المستدامة، لجنة التنمية المستدامة، 2001.
- المعهد الديمقراطي الوطني، الأحزاب السياسية والسياسة العامة والديموقراطية التشاركية، أوروبا الوسطى والشرقية البرنامج الإقليمي للأحزاب السياسية، لبنان، 2012.
- مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان: أسئلة يتكرر طرحها بشأن الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، صحيفة الوقائع رقم 33، جنيف، 2009.
- مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان ومنظمة الصحة العالمية، الحق في الصحة، صحيفة الوقائع رقم 31، نيويورك وجنيف، 2008.
- مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان: المبادئ العامة والمبادئ التوجيهية لنهج يركز على حقوق الإنسان يتبع في استراتيجيات الحد من الفقر، جنيف، 2006.
- مفوضية الأمم المتحدة لحقوق الإنسان، المبادئ التوجيهية الدولية بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وحقوق الإنسان، الصيغة المجمعة، منشور رقم A.06.XIV.4، نيويورك، 2006.

- منظمة الصحة العالمية والمفوضية السامية للأمم المتحدة، حقوق الإنسان والصحة واستراتيجيات الحد من الفقر، منشورات الصحة وحقوق الإنسان، جنيف، 2010.
- منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية: الكتاب الطبي الجامعي، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، 2007.
- منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية: بما في ذلك تعزيز النظم الصحية، جمعية الصحة العالمية الثانية والستون، جنيف، 2009.
- منظمة الصحة العالمية، الرعاية الصحية الأولية، الآن أكثر من أي وقت مضى، التقرير الخاص بالصحة في العالم، القاهرة، 2008.
- منظمة الصحة العالمية، العمل معاً من أجل الصحة، التقرير الخاص بالصحة في العالم، فرنسا، 2002.
- منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، التوجهات الاستراتيجية لتحسين تمويل الرعاية الصحية في إقليم شرق المتوسط: التحرك باتجاه التغطية الشاملة 2011-2015، الدورة السابعة والخمسون، جنيف، 2010.
- منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، تطوير النظم الصحية، الدورة الثامنة والأربعون، جنيف، 2001.
- منظمة الصحة العالمية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، تقوية النظم الصحية في بلدان إقليم شرق المتوسط: تحديات وأولويات واختيارات العمل في المستقبل، الدورة التاسعة والخمسون، جنيف، 2013.
- منظمة الصحة العالمية، المياه والإصحاح والنظافة العامة: التحديد الكمي للأثر الصحي على الصعيدين الوطني والمحلي، العبء البيئي للمرض، العدد رقم 15، جنيف، 2007.

- منظمة الصحة العالمية، بحوث التغطية الصحية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم، لكسمبرغ، 2013.
- منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، فرنسا، 2000.
- منظمة الصحة العالمية، تعزيز النظم الصحية: الاتجاهات والتحديات الراهنة، جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون، جنيف، 2011.
- منظمة الصحة العالمية، تقرير أطلس للصحة العقلية، جنيف، 2005.
- منظمة الصحة العالمية، تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة، التقرير الخاص بالصحة في العالم، مصر، 2010.
- منظمة الصحة العالمية، ميثاق أوتاوا، المؤتمر العالمي الأول لتعزيز الصحة، كندا، 1986.
- منظمة الصحة العالمية، ميثاق جاكارتا، المؤتمر العالمي الرابع لتعزيز الصحة، إندونيسيا، 1997.
- وزارة الإسكان والمرافق والمجتمعات العمرانية، الخدمات الصحية: دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات، المجلد الثاني، مصر، 2014.
- وزارة الصحة، دراسة أولية لواقع خدمات الرعاية الصحية والقوى البشرية، ورشة العمل، المركز الثقافي الملكي، الأردن، 2009.

2- التقارير الوطنية:

- جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الانسان، المساءلة البرلمانية للشأن التعليمي، بدعم من الصندوق الوطني للديموقراطية، المغرب، 2009.

- جمعية الوسيط من أجل الديمقراطية وحقوق الانسان، في التأسيس لمقاربة مدنية لتقييم السياسات العمومية، بدعم من الصندوق الوطني للديموقراطية، المغرب، 2008.
- رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي، المغرب، 2012.
- رئاسة الحكومة، المخطط التشريعي برسم الولاية التشريعية التاسعة، المغرب، 2013.
- رئاسة الحكومة، المخطط التشريعي برسم الولاية التشريعية التاسعة، مجلس الحكومة، بتاريخ 22 نونبر 2012، المغرب، 2013.
- رئاسة الحكومة، البرنامج الحكومي، الولاية التشريعية 2016-2021، 2017.
- رئاسة الحكومة، تنفيذ البرنامج الحكومي، برسم السنة الأولى، أبريل 2017-أبريل 2018، المغرب، 2018.
- اللجنة الاستشارية للجهوية بالمغرب، دراسة عن الجهوية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية، الطبعة الثالثة، 2013.
- اللجنة الوطنية لحكامة المقاولات، الميثاق المغربي للممارسات الجيدة لحكامة المنشآت والمؤسسات العامة، منشورات مديرية المنشآت العامة والخصوصية، وزارة الاقتصاد والمالية، الرباط، 2012.
- المجلس الأعلى للحسابات، التقرير السنوي برسم سنتي 2016-2017، الجزء الأول، 2018.
- المجلس الأعلى للحسابات، تقرير موضوعاتي حول مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة 2030-2015، المغرب، 2019.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، من أجل ميثاق اجتماعي جديد: معايير يجب احترامها وأهداف ينبغي التعاقد بشأنها، إحالة ذاتية رقم 1، مطبعة سيباما، الرباط، 2011.

- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، احترام حقوق وادماج الأشخاص في وضعية إعاقة، إحالة ذاتية رقم 5، مطبعة سيياما، الرباط، 2012.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم، إحالة رقم 4، مطبعة سيياما، الرباط، 2013.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، المبادرة الوطنية للتنمية البشرية: تحليل وتوصيات، إحالة رقم 2، مطبعة سيياما، الرباط، 2013.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، النموذج التنموي الجديد للأقاليم الجنوبية، اللجنة الخاصة، مطبعة سيياما، الرباط، 2013.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، تدبير وتنمية الكفاءات البشرية: رافعة أساس لنجاح الجهوية المتقدمة، إحالة ذاتية رقم 11، مطبعة سيياما، الرباط، 2013.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، حكمة المرافق العمومية، إحالة ذاتية رقم 13، مطبعة سيياما، الرباط، 2013.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 13-131 المتعلق بمزاولة الطب، إحالة رقم 14، مطبعة سيياما، الرباط، 2014.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، مشروع القانون رقم 12-86 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، إحالة رقم 9، مطبعة سيياما، الرباط، 2014.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تجانس السياسات القطاعية واتفاقيات التبادل الحر: مرتكزات استراتيجية من أجل تنمية متواصلة ومستدامة، إحالة ذاتية رقم 16، مطبعة سيياما، الرباط، 2014.

- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، إدماج مقتضيات التغيرات المناخية في السياسات العمومية، إحالة ذاتية رقم 21، مطبعة سيياما، الرباط، 2015.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الأشخاص المسنون في المغرب، إحالة ذاتية رقم 20، مطبعة سيياما، الرباط، 2015.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الاقتصاد الاجتماعي والتضامني: رافعة لنمو مندمج، إحالة ذاتية رقم 19، مطبعة سيياما، الرباط، 2015.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، متطلبات الجهوية المتقدمة وتحديات إدماج السياسات القطاعية، إحالة ذاتية رقم 22، مطبعة سيياما، الرباط، 2016.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، تنمية العالم القروي: التحديات والآفاق، إحالة ذاتية رقم 29، مطبعة سيياما، الرباط، 2017.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 34، مطبعة سيياما، الرباط، 2018.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالمغرب، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد-19" والسبل الممكنة لتجاوزها، الرباط، 2020.
- مجلس المستشارين، النظام الداخلي، قرار المحكمة الدستورية رقم 13/928 بتاريخ 29 أكتوبر 2013، المغرب، 2013.
- مجلس المستشارين، دليل البرلمان في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، الطبعة الأولى، دار أبي رقرق للطباعة والنشر، الرباط، 2017.

- مجلس النواب، تقرير المهمة الاستطلاعية حول ثمن الدواء، لجنة المالية والتنمية الاقتصادية، المغرب، 2009.
- مجلس النواب، خطة استراتيجية لتأهيل وتطوير عمل مجلس النواب، المغرب، 2012.
- مجلس النواب، الإطار المرجعي لتقييم السياسات العمومية، منشورات مجلس النواب، المغرب، 2012.
- مجلس النواب، النظام الداخلي، قرار المحكمة الدستورية رقم 17/65 بتاريخ 30 أكتوبر 2017، المغرب، 2017.
- المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الصحة العقلية وحقوق الإنسان: الحاجة الملحة إلى سياسة جديدة، المغرب، 2012.
- المندوبية السامية للتخطيط، المغرب بين أهداف الألفية من أجل التنمية وأهداف التنمية المستدامة: المكتسبات والتحديات، 2015.
- الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة، أهمية المقاربة القطاعية في الوقاية من الفساد ومكافحته، المغرب، 2011.
- وزارة الدولة المكلفة بحقوق الإنسان بالمغرب، خطة العمل الوطنية في مجال الديمقراطية وحقوق الإنسان، الفترة 2011-2016، 2010.
- وزارة الدولة المكلفة بحقوق الإنسان بالمغرب، خطة العمل الوطنية في مجال الديمقراطية وحقوق الإنسان، الفترة 2018-2021، 2017.
- وزارة الصحة بالمغرب، الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016، 2012.
- وزارة الصحة، تفصيل البرنامج الحكومي على مستوى قطاع الصحة، المغرب، 2012.
- وزارة الصحة بالمغرب، التقرير العام للمناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش، 2013.

- وزارة الصحة بالمغرب، الكتاب الأبيض: من أجل حكمة جديدة لقطاع الصحة، المناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش، 2013.
- وزارة الصحة، مشروع نجاعة الأداء: الملحق بمشروع الميزانية الفرعية، المغرب، 2016.
- وزارة الصحة، مشروع نجاعة الأداء: مشروع قانون المالية، المغرب، 2018.
- وزارة الصحة، تقرير حول التعاون مع الجماعات الترابية حتى متم سنة 2017، مديرية التخطيط والموارد المالية، المغرب، 2018.
- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التقرير السنوي العام لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، المغرب، 2016.
- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير نظام المساعدة الطبية، المغرب، 2016.
- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، خارطة الطريق 2014-2018، المغرب، 2014.

3- برامج الأحزاب السياسية:

- حزب الاتحاد الاشتراكي للقوات الشعبية، البرنامج الانتخابي: 55 كفي و 555 تدبير، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016.
- حزب الاتحاد الدستوري، البرنامج الانتخابي، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016.
- حزب الاستقلال، البرنامج الانتخابي: تعاقد من أجل الكرامة، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016.
- حزب الأصالة والمعاصرة، البرنامج الانتخابي: التوجهات الكبرى، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016.
- حزب التجمع الوطني للأحرار، البرنامج الانتخابي، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016.

- حزب التقدم والاشتراكية، البرنامج الانتخابي، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016.
- حزب الحركة الشعبية، البرنامج الانتخابي: الإصلاح والالتزام، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016.
- حزب العدالة والتنمية، البرنامج الانتخابي: صوتنا فرصتنا لمواصلة الإصلاح، الانتخابات التشريعية، المغرب، 2016.

د- التشريعات والقوانين:

1-المواثيق والإتفاقيات الدولية:

- الأمم المتحدة، الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، قرار الجمعية العامة رقم أ-217، د-3، نيويورك، 1948.
- الأمم المتحدة، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة رقم 2200 ألف (د-21)، نيويورك، 1966.
- الأمم المتحدة، قرار الجمعية العامة رقم 134/48، مبادئ باريس المتصلة بمركز المؤسسات الوطنية، نيويورك، 1993.
- لجنة الدول الأمريكية لحقوق الإنسان، التقرير رقم 29/11، قرار رقم 12-249، واشنطن، 2001.
- منظمة الصحة العالمية، دستور منظمة الصحة العالمية، مؤتمر الصحة الدولي، نيويورك، 1946.
- منظمة العمل العربية، الاتفاقية العربية رقم 7 بشأن السلامة والصحة المهنية، مؤتمر العمل العربي، الإسكندرية، 1977.

2- الأحكام القضائية:

- المحكمة الإدارية، الغرفة الرابعة، تنفيذ وزارة الصحة والعمل الاجتماعي للقانون 986/16، الأرجنتين، 1998.
- المحكمة العليا، البرامج الصحية لوزارة الصحة والعمل الاجتماعي وأنا كارينا، الأرجنتين، 2000.
- المحكمة العليا، القضية رقم 323، بين وزارة الصحة والعمل الاجتماعي وجمعية بنغالينس، الأرجنتين، 2000.
- المحكمة العليا، مجلة حقوق الإنسان، المجلد 19، الجزء 2، جنوب إفريقيا، 2003.
- المحكمة العليا، مذكرة المحامي العام المؤرخة في 17 دجنبر 1999، الأرجنتين، 2001.

3- الدستور:

- ظهير شريف رقم 1.11.91 صادر في 27 من شعبان 1432 (29 يوليوز 2011) بتنفيذ نص الدستور، الجريدة الرسمية، عدد 5964 مكرر، بتاريخ 30 يوليوز 2011.

4- القوانين الوطنية:

- 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، بتاريخ 21 نونبر 2002.
- ظهير شريف رقم 1.06.15 صادر في 15 من محرم 1427 (14 فبراير 2006) بتنفيذ القانون رقم 54-05 المتعلق بالتدبير المفوض للمرافق العامة، الجريدة الرسمية، عدد 5404، بتاريخ 16 مارس 2006.

- ظهير شريف رقم 1.11.19 صادر في 25 من ربيع الأول 1432 (1 مارس 2011)، بإحداث المجلس الوطني لحقوق الإنسان بالمغرب، الجريدة الرسمية، عدد 5922، بتاريخ 3 مارس 2011.
- ظهير شريف رقم 1.11.83 صادر في 29 من رجب 1432 (2 يوليوز 2011)، بتنفيذ القانون إطار رقم 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، الجريدة الرسمية، عدد 5962، بتاريخ 21 يوليوز 2011.
- ظهير شريف رقم 1.14.09 صادر في 4 جمادى الأولى 1435 (6 مارس 2014)، بتنفيذ القانون-الإطار رقم 99-12، بمثابة ميثاق وطني للبيئة والتنمية المستدامة، الجريدة الرسمية، عدد 6240، بتاريخ 20 مارس 2014.
- ظهير شريف رقم 1.14.95 صادر في 1 ربيع الأول 1436 (24 دجنبر 2014)، بتنفيذ قانون المالية رقم 14-100 للسنة المالية 2015، الجريدة الرسمية، عدد 6320، بتاريخ 25 دجنبر 2014.
- ظهير شريف رقم 1.15.62 صادر في 14 من شعبان 1436 (2 يونيو 2015)، بتنفيذ القانون التنظيمي رقم 13-130 لقانون المالية، الجريدة الرسمية، عدد 6370، بتاريخ 18 يونيو 2015.
- ظهير شريف رقم 1.15.65 صادر في 21 شعبان 1436 (9 يونيو 2015)، بتنفيذ القانون رقم 12-113، المتعلق بالهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها، الجريدة الرسمية، عدد 6374، بتاريخ 2 يوليوز 2015.
- ظهير شريف رقم 1.15.83 صادر في 20 من رمضان 1436 (7 يوليوز 2015) بتنفيذ القانون التنظيمي رقم 14-111 المتعلق بالجهات، الجريدة الرسمية، عدد 6380، بتاريخ 23 يوليوز 2015.

- ظهير شريف رقم 1.15.84 صادر في 20 من رمضان 1436 (7 يوليوز 2015) بتنفيذ القانون التنظيمي رقم 14-112 المتعلق بالعمالات والأقاليم، الجريدة الرسمية، عدد 6380، بتاريخ 23 يوليوز 2015.
- ظهير شريف رقم 1.15.85 صادر في 20 من رمضان 1436 (7 يوليوز 2015) بتنفيذ القانون التنظيمي رقم 14-113 المتعلق بالجماعات، الجريدة الرسمية، عدد 6380، بتاريخ 23 يوليوز 2015.
- ظهير شريف رقم 1.15.105 صادر في 18 من شوال 1436 (4 غشت 2015)، بتنفيذ القانون رقم 12-116 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة، الجريدة الرسمية، عدد 6384، بتاريخ 6 غشت 2015.
- ظهير شريف رقم 1.15.15 صادر في 7 ربيع الأول 1437 (19 دجنبر 2015)، بتنفيذ قانون المالية رقم 15-70 للسنة المالية 2016، الجريدة الرسمية، عدد 6423، بتاريخ 21 دجنبر 2015.
- ظهير شريف رقم 1.17.13 صادر في 14 رمضان 1438 (12 يونيو 2017)، بتنفيذ قانون المالية رقم 16-73 للسنة المالية 2017، الجريدة الرسمية، عدد 6577، بتاريخ 9 يونيو 2017.
- ظهير شريف رقم 1.17.15 صادر في 28 من رمضان 1438 (23 يوليوز 2017)، بتنفيذ القانون رقم 15-98 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطاً خاصاً، الجريدة الرسمية، عدد 6586، بتاريخ 13 يوليوز 2017.

- ظهير شريف رقم 1.17.110 صادر في 6 ربيع الثاني 1439 (25 دجنبر 2017)، بتنفيذ قانون المالية رقم 17-68 للسنة المالية 2018، الجريدة الرسمية، عدد 6633، بتاريخ 25 دجنبر 2017.
- ظهير شريف رقم 1.18.17 صادر في 5 من جمادى الثانية 1439 (22 فبراير 2018)، بتنفيذ القانون رقم 15-76، المتعلق بإعادة تنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، الجريدة الرسمية، عدد 6652، بتاريخ 1 مارس 2018.
- ظهير شريف رقم 1.18.104 صادر في 12 ربيع الثاني 1440 (20 دجنبر 2018)، بتنفيذ قانون المالية رقم 18-80 للسنة المالية 2019، الجريدة الرسمية، عدد 6736 مكرر، بتاريخ 21 دجنبر 2018.
- ظهير الشريف رقم 1.19.125 صادر في 16 ربيع الثاني 1441 (13 دجنبر 2019)، بتنفيذ قانون المالية رقم 19-70 للسنة المالية 2020، الجريدة الرسمية، عدد 6838 مكرر، بتاريخ 14 دجنبر 2019.
- ظهير الشريف رقم 1.20.90 صادر في 1 جمادى الأولى 1442 (16 دجنبر 2020)، بتنفيذ قانون المالية رقم 20-65 للسنة المالية 2021، الجريدة الرسمية، عدد 6944 مكرر، بتاريخ 18 دجنبر 2020.
- ظهير الشريف رقم 1.21.30 في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021)، بتنفيذ القانون الاطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الجريدة الرسمية، عدد 6975، بتاريخ 5 أبريل 2021.

5- المراسيم:

- مرسوم رقم 2.94.285 صادر في 17 من جمادى الثانية 1415 (21 نونبر 1994)، في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية بالمغرب، الجريدة الرسمية، عدد 4286، بتاريخ 21 دجنبر 1994.
- مرسوم رقم 2.05.734 صادر في 11 من جمادى الثانية 1426 (18 يوليوز 2005)، بتحديد نسبة الاشتراك الواجب أدائه للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الجريدة الرسمية، عدد 5344، بتاريخ 18 غشت 2005.
- مرسوم رقم 2.05.735 صادر في 11 من جمادى الثانية 1426 (18 يوليوز 2005)، بتحديد نسبة الاشتراك الواجب أدائه للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الجريدة الرسمية، عدد 5344، بتاريخ 18 غشت 2005.
- مرسوم رقم 2.05.736 صادر في 11 من جمادى الثانية 1426 (18 يوليوز 2005)، بتحديد نسبة تغطية الخدمات الطبية، التي يتحملها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، عدد 5344، بتاريخ 18 غشت 2005.
- مرسوم رقم 2.05.737 صادر في 11 من جمادى الثانية 1426 (18 يوليوز 2005)، بتحديد نسبة تغطية الخدمات الطبية، التي يتحملها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، عدد 5344، بتاريخ 18 غشت 2005.
- مرسوم رقم 2.05.1366 صادر في 29 من شوال 1426 (2 دجنبر 2005)، يتعلق بالتكوين المستمر لفائدة موظفي وأعوان الدولة، الجريدة الرسمية، عدد 5386، بتاريخ 12 يناير 2006.

- مرسوم رقم 2-08-177 صادر في 28 من رمضان 1429 (29 شتنبر 2008) بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من القانون 65-00 المتعلق بنظام المساعدة الطبية، الجريدة الرسمية، عدد 5672، بتاريخ 9 أكتوبر 2008.
- مرسوم رقم 2.05.768 صادر في 30 من شوال 1429 (30 أكتوبر 2008) في شأن تفويض إمضاء الوزراء وكتاب الدولة ونواب كتاب الدولة، الجريدة الرسمية، عدد 5688، بتاريخ 4 دجنبر 2008.
- مرسوم رقم 2.12.36 صادر في 9 من ربيع الأول 1433 (26 يناير 2012) يتعلق باختصاصات وزير الصحة، الجريدة الرسمية، عدد 6018، بتاريخ 2 فبراير 2012.
- مرسوم رقم 2.12.904 صادر في 27 من جمادى الأولى 1434 (8 أبريل 2013) يتعلق بالمدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجريدة الرسمية، عدد 6155، بتاريخ 27 ماي 2013.
- مرسوم رقم 2.13.658 صادر في 23 من ذي القعدة 1434 (30 شتنبر 2013) يتعلق بالمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة، الجريدة الرسمية، عدد 6195 مكرر، بتاريخ 15 أكتوبر 2013.
- مرسوم رقم 2.14.562 صادر في 7 من شوال 1436 (24 يوليوز 2015)، بتطبيق القانون إطار رقم 34-09 المتعلق بالمنظومة الصحية ويعرض العلاجات، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، الجريدة الرسمية، عدد 6388، بتاريخ 20 غشت 2015.
- مرسوم رقم 2.15.675 صادر في 18 من ذي القعدة 1436 (3 شتنبر 2015)، بتطبيق القانون رقم 116-12 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة، الجريدة الرسمية، عدد 6395، بتاريخ 14 شتنبر 2015.

- مرسوم رقم 2.17.582، صادر في 25 من مُحرم 1439 (16 أكتوبر 2017)، بشأن اللجنة الوطنية لمكافحة الفساد، الجريدة الرسمية، عدد 6619، بتاريخ 6 نونبر 2017.
- مرسوم رقم 2.17.618، صادر في 18 ربيع الثاني 1440 (26 دجنبر 2018)، بمثابة ميثاق وطني للالتزام الإداري، الجريدة الرسمية، عدد 6738، بتاريخ 27 دجنبر 2018.
- مرسوم بقانون رقم 2.20.292، صادر في 28 من رجب 1441 (23 مارس 2020)، المتعلق بسن أحكام خاصة بالطوارئ الصحية وإجراءات الإعلان عنها، الجريدة الرسمية، عدد 6867 مكرر، بتاريخ 24 مارس 2020.

6- القرارات:

- قرار لوزير الصحة رقم 683.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6661، بتاريخ 2 أبريل 2010.
- قرار لوزير الصحة رقم 470.13 صادر في 11 من ربيع الأول 1434 (23 يناير 2013) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6130، بتاريخ 28 فبراير 2013.
- قرار لوزير الصحة رقم 003.16 صادر في 23 من ربيع الأول 1437 (4 يناير 2016)، بشأن إحداث وتحديد اختصاصات وتنظيم المصالح اللامركزية لوزارة الصحة بالمغرب، الجريدة الرسمية، عدد 6452، بتاريخ 31 مارس 2016.
- قرار لوزير الصحة بالنيابة رقم 2658.17، صادر في 17 من جمادى الأولى 1439 (5 يناير 2018) بإحداث وتنظيم معاهد التكوين المهني في الميدان الصحي، الجريدة الرسمية، عدد 6645، بتاريخ 5 فبراير 2018.
- قرار لوزير الصحة رقم 504.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6657، بتاريخ 19 مارس 2018.
- قرار لوزير الصحة رقم 726.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتفويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6667، بتاريخ 23 أبريل 2018.

- قرار لوزير الصحة رقم 727.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتقويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6667، بتاريخ 23 أبريل 2018.
- قرار لوزير الصحة رقم 851.18، صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتقويض الإمضاء، الجريدة الرسمية، عدد 6669، بتاريخ 30 أبريل 2018.
- قرار لوزير الصحة رقم 852.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتقويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6669، بتاريخ 30 أبريل 2018.
- قرار لوزير الصحة رقم 1276.18 صادر في 5 من جمادى الأولى 1439 (23 يناير 2018) بتقويض الإمضاء، الجريدة الرسمية، عدد 6675، بتاريخ 21 ماي 2018.
- قرار لوزير الصحة رقم 2415.18 صادر في 8 من شوال 1439 (22 يونيو 2018) بتقويض الإمضاء والمصادقة على الصفقات، الجريدة الرسمية، عدد 6701، بتاريخ 20 غشت 2018.

A- Ouvrages :

- Alaoui, M. (2002). *Gouvernance de la santé*. Maroc.
- Belleau, M. (2001). *Guide de planification communautaire et territoriale*. Québec.
- Devers, K. B. (2016). *La régionalisation de la santé* : Elsevier Masson. Paris
- Gagneux, M. (2008). *L'accès aux soins, la responsabilité des assurés et l'égalité devant la santé*. Strasbourg.
- Gagnon, M.-P., & Ghandour, E. (2011). *Proposition d'un modèle de santé communautaire au Maroc*. Québec.
- Gouitaa, A. (2003). *Gouvernance et accélération du développement humain*. Maroc.
- Gumucio, S. (2015). *Planification de projets de santé : promotion de la santé et action humanitaire*. France.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques*. 2^{ème} édition, les presses de l'université Laval. Québec
- Levoy, M. (2007). *Accès à la santé pour les sans-papiers en Europe*. Bruxelles.
- Mariève, L.-M. (2015). *Outil de planification des actions centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé*. Québec.
- Mouline, M. T. (2013). *L'opérationnalisation de la constitution : impacts sur la gouvernance des politiques publiques au Maroc*. Maroc
- Sghari, B., & Hammami, S. (2016). *Inégalité de santé et déterminants sociaux de la santé* : Elsevier Masson. Paris
- Zniber, M., & Kharoufi, M. (2005). *Gouvernance et développement participatif, Rapport thématique sur 50 ans de développement humain au Maroc et perspectives pour 2025*. Maroc.

B- Articles :

- Alaoui, A. (2001). La réforme de santé au Maroc : Pertinence et opportunités. *Communication au 30^{ème} Congrès maghrébin*, 1-4.
- Audibert, M. (2012). Accès aux soins : financement de la santé et performance. *Facts reports*, 1-84.
- Coldefy, M., & Lucas, V. (2002). Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé : évolution de 2003 à 2011. *Questions d'économie de la santé*, 130-147.
- Eliot, E., Mangeney, C., & Lucas, V. (2017). Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français. *Revue Francophone sur la santé et les territoires*, 1-11.
- Gilibert, C. (2004). Le droit à la protection de la santé Les personnes démunies mis en oeuvre par les permanences d'accès aux soins de santé. *Chroniques : Droit, déontologie et soin*, 165-188.
- Lennepe, F. V. (2012). Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? *Actes du colloque : collection études et statistiques*, 1-107.
- Moussa, W. (2009). Le droit à la santé. *Les panels périodiques sur le DESC, Fondation Friedrich Ebert*, 1-73.
- Mutangadura, G., Gauci, A., & Armah, B. (2007). Inégalités dans l'accès aux services de santé pour une sélection de pays d'Afrique : situation et conséquences pour la politique publique. *Actes de la conférence de la CEA*, 1-31.
- Observatoire régional de la santé. (2015). Démocratie sanitaire : Mythe ou réalité. *Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé en France*, 1-6.
- Ozden, M. (2000). Le droit à la santé : Un droit humain fondamental stipulé par l'ONU et reconnu par des traités régionaux et de nombreuses constitutions nationales. *Collection du programme Droits Humains du centre Europe-Tiers Monde*, 1-68.

C- Rapports :

Agence des États-Unis pour le développement Agence des États-Unis pour le développement. (2014). *Bonne gestion des ressources : pour un renforcement des systèmes de santé*. Virginie, Arlington

Banque Mondiale. (2015). *Programme pour résultats d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales du Maroc*. Washington.

Direction des études et des prévisions financières. (2015). *Des inégalités régionales sous le prisme de l'accès aux droits humains : de la multiplicité à l'indivisibilité*. Maroc.

Direction des Hôpitaux. (1999). *La révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire*. Paris.

Direction régionale des affaires sanitaires. (2003). *Les permanences d'accès aux soins de santé*. Midi-Pyrénées, France.

Haut-Commissariat au plan. (2015). *Monographie régionale*. Maroc.

Haut-Commissariat aux Droits de l'homme des nations unies. (2008). *Droits de l'homme, santé et stratégies de réduction de la pauvreté*. France.

Instance centrale de prévention de la corruption. (2011). *Bonne gouvernance : entre la situation actuelle et les dispositions de la nouvelle constitution de 2011*. Maroc.

Instance centrale de prévention de la corruption. (2011). *Etude sur le phénomène de Etude sur le phénomène de la corruption dans le secteur de la santé : évaluation et diagnostic*. Maroc.

Ministère de l'intérieur. (2015). *Monographie générale des régions, direction générale des collectivités locales*. Maroc.

Ministère de la justice. (2008). *Rapport national pour l'examen périodique universel*. Maroc.

Ministère de la prévision économique et du plan. (2002). *Accessibilité aux soins de santé et niveau de vie*. Maroc.

Ministère de la santé publique. (2015). *Planification des programmes de promotion de la santé : manuel d'introduction*. : Quatrième édition. Ontario

- Ministère de la santé. (2010). *Comptes nationaux de la santé*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2011). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale : principaux indicateurs régionaux*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2012). *Etat de santé de la population marocaine*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2013). *Guide sur la participation communautaire en santé*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2015). *Comptes nationaux de la santé*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2015). *Guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional de l'offre de soins*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2015). *Principales réalisations du ministère de la santé 2012-2014*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2016). *Bilan des activités de formation continue réalisées par la direction des ressources humaines*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2016). *Santé en chiffres 2015, direction de la planification des ressources financières*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2017). *Ressources humaines de la santé en chiffres 2016*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2018). *Enquête nationale sur la population et la santé familiale*. Maroc.
- Ministère de la santé. (2018). *Plan santé 2025*. Maroc.
- Ministère délégué auprès du chef du gouvernement chargé des affaires générales et de la gouvernance et le programme des nations unies pour le développement. (2015). *La convergence des politiques publiques : pistes d'action*. Maroc.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *25 Questions réponses sur la santé et les droits humains*. Genève.
- Organisation Mondiale de la santé. (2003). *Migrations internationales, santé et droits humains*. Genève.

Organisation mondiale de la santé. (2005). *Politique de santé de l'enfant : analyse de la situation*. Maroc.

Organisation mondiale de la santé. (2007). *Améliorer le leadership et la gestion sanitaires, pour un bon fonctionnement des systèmes de santé*. Genève.

Organisation mondiale de la santé. (2016). *Stratégie de coopération 2017-2021*. Caire : bureau régional de la méditerranée orientale.

Programme des Nations Unies pour le développement. (2009). *Guide de la planification, du suivi et de l'évaluation axés sur les résultats du développement*. New York.

Programme des Nations Unies pour le développement . (2015). *La convergence des politiques publiques : pistes d'action*. Maroc.

Secrétariat du comité européen des droits sociaux. (2009). *Le droit à la santé et la charte sociale européenne*. Strasbourg.

C- Webographie et sites internet :

- www.sante.gov.ma [consulté le 19/12/2018]
- www.chambredesrepresentants.ma [consulté le 17/1/2021]
- www.chambredesconseillers.ma [consulté le 17/1/2021]
- <https://www.who.int/fr> [consulté le 13/6/2019]
- <https://donnees.banquemondiale.org/theme/santé> [consulté le 08/10/2018]
- <https://www.hcp.ma/> [consulté le 21/3/2019]
- <http://www.courdescomptes.ma/> [consulté le 08/11/2018]
- <https://www.cndh.org.ma/fr> [consulté le 09/11/2018]
- [www.prosperity.com/the Legatum Index 2014](http://www.prosperity.com/the-Legatum-Index-2014) [consulté le 10/11/2018]

قائمة الجداول

رقم الصفحة	إسم الجدول	رقم الجدول
71	نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2014	1
72	نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2014	2
73	نسبة الإنفاق الصحي بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2014	3
77	ميزانية المنظومة الصحية في قوانين المالية للفترة 2015-2021	4
104	مؤشرات صحة الأم بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2015	5
105	مؤشرات صحة الأم بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2015	6
106	مؤشرات صحة الأم بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2015	7
110	مؤشرات صحة الطفل بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2017	8
111	مؤشرات صحة الطفل بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2017	9
112	مؤشرات صحة الطفل بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2017	10
121	مؤشرات ديموغرافية ووبائية بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2016	11
122	مؤشرات ديموغرافية ووبائية بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2016	12
123	مؤشرات ديموغرافية ووبائية بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2016	13
223	توزيع شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية بالمغرب حسب الجهات	14
228	توزيع شبكة المؤسسات الاستشفائية بالمغرب حسب الجهات	15
233	توزيع الموارد البشرية بالنسبة للدول المرتفعة الدخل سنة 2016	16
234	توزيع الموارد البشرية بالنسبة للدول المتوسطة الدخل سنة 2016	17
235	توزيع الموارد البشرية بالنسبة للدول المنخفضة الدخل سنة 2016	18
236	توزيع الأطباء في المجالين الحضري والقروي بالمغرب سنة 2016	19
236	توزيع الممرضين في المجالين الحضري والقروي بالمغرب سنة 2016	20
237	توزيع الأطباء والممرضين حسب الجهات بالمغرب سنة 2016	21
284	عدد مشاريع القوانين في المخطط الحكومي للفترة 2011-2021	22
284	عدد مقترحات ومشاريع القوانين المُصادق عليها في الفترة 2011-2021	23
291	عدد الأسئلة الشفوية حسب القطاعات الحكومية خلال: 2011-2021	24
292	عدد الأسئلة الشفوية المتعلقة بالمنظومة الصحية في مجلس النواب	25
293	عدد الأسئلة الكتابية حسب القطاعات الحكومية خلال: 2011-2021	26

قائمة الجداول (تتمة):

رقم الجدول	إسم الجدول	رقم الصفحة
27	عدد الأسئلة الكتابية المتعلقة بالمنظومة الصحية في مجلس النواب	294
28	عدد الجلسات الشهرية المخصصة للأسئلة المتعلقة بالسياسات العامة	295
29	عدد اللجان الاستطلاعية ولجان تقصي الحقائق المنجزة من طرف البرلمان	296
30	عدد الأسئلة الشفوية المرتبطة بالمنظومة الصحية في مجلس المستشارين	305
31	عدد الأسئلة الكتابية المرتبطة بالمنظومة الصحية في مجلس المستشارين	307
32	التدابير الصحية المتخذة من أجل التحكم في وباء كورونا "كوفيد-19"	344
33	التدابير الاستباقية والأحكام المعتمدة في ظل حالة الطوارئ الصحية	345

قائمة الأشكال

رقم الشكل	إسم الشكل	رقم الصفحة
1	مراحل إعداد وتنفيذ وتقييم السياسات العمومية	35
2	المكونات الأساسية للمنظومة الصحية	39
3	البنية الداخلية للمنظومة الصحية	39
4	مستويات التخطيط في المنظومة الصحية	41
5	مراحل عملية التخطيط في المنظومة الصحية	43
6	الأبعاد الثلاثة للتغطية الصحية الشاملة	180
7	الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة على المستوى المركزي	188
8	الهيكل التنظيمي للمديرية الجهوية للصحة على المستوى الجهوي	197
9	الهيكل التنظيمي لمندوبية وزارة الصحة على المستوى الإقليمي	205

قائمة المحتويات

1	مقدمة.....
29	القسم الأول: إعداد السياسات العمومية المتعلقة بالصحة
30	الفصل الأول: الإطار التنظيمي للسياسات العمومية المرتبطة بالصحة.....
30	المبحث الأول: الإطار النظري والمفاهيمي للسياسة الصحية.....
30	المطلب الأول: صياغة السياسات العمومية في مجال الصحة.....
30	الفرع الأول: مراحل إعداد السياسات العمومية.....
37	الفرع الثاني: مميزات التخطيط في المنظومة الصحية.....
45	المطلب الثاني: السياسة الصحية على ضوء البرنامج الحكومي.....
45	الفرع الأول: أهداف الحكومة والأحزاب السياسية في المجال الصحي.....
58	الفرع الثاني: إستراتيجية وزارة الصحة لتطوير المنظومة الصحية
66	المبحث الثاني: تمويل السياسة الصحية والتقائية السياسات القطاعية.....
66	المطلب الأول: ميزانية القطاع الصحي في قانون المالية
66	الفرع الأول: مصادر تمويل المنظومة الصحية
74	الفرع الثاني: الإنفاق الصحي على ضوء القانون التنظيمي للمالية
85	المطلب الثاني: المحددات الاجتماعية للصحة وتناسق السياسات القطاعية.....
85	الفرع الأول: أهمية العمل على المحددات الاجتماعية للصحة.....
91	الفرع الثاني: دور اللاتمركز الإداري في إتقائية السياسات العمومية.....
97	الفصل الثاني: الإطار القانوني للسياسات العمومية المرتبطة بالصحة.....
97	المبحث الأول: الحق في الصحة في القانون الدولي والوطني.....

المطلب الأول: الحق في الصحة على ضوء الاتفاقيات الدولية	98
الفرع الأول: الحق في الصحة بالنسبة للأمهات والأطفال	101
الفرع الثاني: الحق في الصحة لذوي الإعاقة والمهاجرين والمصابين بالإيدز	112
المطلب الثاني: التزامات الدول والحق في الصحة على ضوء دستور 2011	123
الفرع الأول: الإلتزام الأدنى الأساسي للدول وإحترام الحق في الصحة	123
الفرع الثاني: الأعمال التدريجي للحق في الصحة من طرف الدول	130
المبحث الثاني: صعوبات الولوج إلى الحق في الصحة	138
المطلب الأول: إشكالية الولوج إلى العلاج وضعف جودة الخدمات الصحية	138
الفرع الأول: نقائص الولوجيات الجغرافية والاقتصادية والثقافية للعلاج	138
الفرع الثاني: مَعَوَقات الولوج إلى الأدوية	151
المطلب الثاني: التغطية الصحية الشاملة للحد من التفاوتات المجالية والترايبية	159
الفرع الأول: نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض	159
الفرع الثاني: تحديات نظام المساعدة الطبية	171
القسم الثاني: تنفيذ وتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة	185
الفصل الأول: الإطار المؤسسي لتنفيذ السياسة الصحية	186
المبحث الأول: المنظومة الصحية والعرض الصحي على المستوى المركزي والجهوي	186
المطلب الأول: اختصاصات وزارة الصحة على المستوى المركزي والجهوي	186
الفرع الأول: صلاحيات الإدارة المركزية لوزارة الصحة	186
الفرع الثاني: صلاحيات المديريات الجهوية والمندوبيات الإقليمية للصحة	196
المطلب الثاني: الخريطة الصحية والمخططات الجهوية وتدبير موارد المنظومة الصحية	209
الفرع الأول: تنظيم العرض الصحي لمؤسسات العلاجات الأساسية والاستشفائية	215

231.....	الفرع الثاني: تدبير وتوزيع الموارد البشرية
252	المبحث الثاني: الحكامة الصحية كآلية للحد من اختلالات المنظومة الصحية
252	المطلب الأول: الشراكة بين القطاعين العام والخاص والإستثمار في المجال الصحي
252.....	الفرع الأول: الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي
266.....	الفرع الثاني: دور الاستثمار الصحي في تحسين المنظومة الصحية
270	المطلب الثاني: تخليق المرافق الصحية وتطوير جودة الخدمات
270.....	الفرع الأول: إستراتيجية وزارة الصحة لمحاربة الرشوة
277.....	الفرع الثاني: آلية تحسين جودة المرافق الصحية العمومية
282	الفصل الثاني: الإطار التشريعي لتقييم السياسات العمومية المرتبطة بالصحة
282	المبحث الأول: دور البرلمان في تقييم العمل الحكومي في مجال الصحة
283	المطلب الأول: تقييم مجلس النواب للسياسات العمومية المتعلقة بالصحة
283.....	الفرع الأول: تقييم السياسة الصحية من خلال الأسئلة الشفوية والكتابية
296.....	الفرع الثاني: دور المهام الإستطلاعية لمجلس النواب في تقييم المنظومة الصحية
302	المطلب الثاني: تقييم مجلس المستشارين للسياسة الحكومية في مجال الصحة
302.....	الفرع الأول: آلية الأسئلة الشفوية وتقييم السياسة الصحية
307.....	الفرع الثاني: آلية الأسئلة الكتابية وتقييم السياسة الصحية
310	المبحث الثاني: دور المؤسسات الدستورية الأخرى في التتبع والمساءلة
310	المطلب الأول: مراقبة المجلس الوطني لحقوق الإنسان لاحترام الحق في الصحة
310.....	الفرع الأول: صلاحيات المجلس الوطني لحقوق الإنسان
314.....	الفرع الثاني: تقييم المجلس الوطني لحقوق الإنسان للصحة العقلية
322	المطلب الثاني: تقييم السياسة الصحية من طرف المجلس الأعلى للحسابات

322.....	الفرع الأول: تقييم المجلس الأعلى للحسابات للسياسة الإستشفائية
336.....	الفرع الثاني: تقييم المجلس الأعلى للحسابات لتحقيق أهداف التنمية
342	المطلب الثالث: المنظومة الصحية في مواجهة وباء كورونا "فيروس كوفيد-19"
352	خاتمة
369	المراجع
397	قائمة الجداول
398	قائمة الأشكال
399	قائمة المحتويات
404	المُلخص باللغة الأجنبية

secteur de la santé au cours de la même période était de 954 à la chambre des représentants contre 223 à la chambre des conseillers, de plus le nombre de questions écrites était de 3813 à la première chambre contre 142 à la deuxième chambre, ces indicateurs montrent que le Parlement n'exerce pas ses rôles constitutionnels relatifs à la législation, au contrôle de l'action gouvernementale et à l'évaluation des politiques publiques. Ainsi plusieurs rapports nationaux des institutions constitutionnelles ont signalé la problématique du système de santé, comme le rapport du conseil économique, social et environnemental sur l'accès aux soins de santé de base et sur les impacts sanitaires et socio-économiques de la pandémie Covid-19, le rapport du conseil national des droits de l'Homme sur la santé mentale, le rapport de l'instance nationale de la probité, de la prévention et de la lutte contre la corruption sur la moralisation du secteur de santé, la rapport de la commission d'enquête parlementaire sur les prix des médicaments et les rapports de la cour des comptes sur les hôpitaux et sur la réalisation des objectifs de développement durable. Les méthodes de recherche scientifiques utilisées dans cette étude sont : l'historique, le descriptif, l'analytique et le comparé, qui a permis la comparaison des indicateurs des systèmes de santé de 24 pays. Les recommandations suggérées sont : la coordination et la convergence des politiques publiques, le renforcement des rôles du Parlement relatifs à la législation et à l'évaluation de la politique de santé, la promotion de l'accès aux services de santé, l'équité dans la répartition des ressources, l'amélioration de l'offre de soins, l'augmentation du financement du système de santé, la couverture sanitaire universelle, le renforcement des ressources humaines, la promotion de la santé maternelle et infantile, la mise en œuvre de la loi relative au système de la santé et à l'offre de soins, le partenariat entre les secteurs public et privé, l'investissement dans la santé et la réalisation des objectifs du développement durable.

Mots clés : les politiques publiques, le système de la santé, le Gouvernement, le Parlement, le droit à la santé, le développement durable.

Résumé :

Les politiques publiques représentent la vision politique de l'Etat, elles sont mises en œuvre par le Gouvernement à l'aide du programme gouvernemental, qui comprend les politiques sectorielles telles que le système de santé, mais malgré les hautes orientations royales pour considérer la santé comme une priorité nationale stratégique, ainsi que la reconnaissance pour la première fois du droit d'accès aux soins à l'article 31 de la Constitution, et la ratification des conventions internationales relatives à la santé par le royaume du Maroc, comme l'article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme et l'article 12 du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Cependant le système national de santé connaît plusieurs difficultés qui influent négativement sur les résultats réalisés dans ce domaine, ces déficits sont le manque d'une politique nationale de santé, l'absence des objectifs déterminés et des outils de financement et d'évaluation de la santé dans les programmes électorales des partis politiques, la non application de la loi cadre 34-09 relative au système de santé et à l'offre de soins promulguée en 2011, la non publication de la loi 131-13 relative à l'investissement dans le domaine de la santé et l'existence d'une hiérarchie concentrée dans l'organisation actuelle du Ministère de la santé limitant les pouvoirs des directions régionales de la santé, tous ces facteurs ont rendu le Maroc occupait le 76^{ème} rang à l'échelle internationale relative aux indicateurs de performance des systèmes de santé, contre le 70^{ème} pour la Tunisie et de le 9^{ème} rang à la France, car la consécration constitutionnelle du droit à la santé rencontre plusieurs difficultés telles que : 24% de la population vit à plus de 10 km du premier centre de santé, la couverture sanitaire n'excède pas 60% suite à l'absence de décrets d'application des lois relative à l'assurance maladie, le régime de l'assistance médicale souffre d'un déficit financier car 50,7% de ses sources sont essentiellement du paiement direct des ménages, ainsi le budget du secteur de la santé au Maroc ne dépasse pas 5,8% du produit intérieur brut, contre 7% à la Tunisie et 11,5% à la France, l'absence d'une carte sanitaire à contribuer à l'existence des inégalités spatiales et territoriales parce que trois régions : Rabat-Salé-Kénitra, Casablanca-Settat et Fès-Meknès disposent de 42,26% des ressources humaines, 48,78% des centres de santé urbains et 38,19% de la capacité litière. Le plan du gouvernement durant la période 2011-2021 était composé de 571 projets de loi, alors seulement 27 lois relatives au système de la santé ont été adoptées. Ainsi le nombre des questions orales liées au