



المجلس الوطني لحقوق الإنسان
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴷⵓⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴷⵓⴷⴰⵢⵜ
Conseil national des droits de l'Homme



فعالية الحق في الصحة

تحديات، رهانات ومداخل التعزيز

تقرير موضوعاتي

فبراير 2022

@CNDHMaroc



www.cndh.ma

فعالية الحق في الصحة

تحديات، رهانات ومداخل التعزيز

الفهرس

08	تقديم
12	الاعتبارات المؤسسة للتقرير
14	منهجية إعداد التقرير
16	الخلاصات الأولية للقاءات التشاورية
18	محددات الحق في الصحة
19	1 - المحددات القانونية والمؤسسية للحق في الصحة
20	2 - المحددات السوسيو اقتصادية والثقافية للحق في الصحة
26	في مرتكزات الاستراتيجية الوطنية للصحة
27	1 - الدولة الإجتماعية، ضامنة وحامية للحقوق
28	2 - تجاوز المقاربة القطاعية في جهود حماية الحق في الصحة
29	3 - رفع تحدي الاستدامة وضمان الأمن الانساني
31	4 - تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية كرهان أساسي للحق في الصحة

34 مداخل لتعزيز فعالية الحق في الصحة

- 35 1 - تعزيز حكمة قطاع الصحة
- 35 أ - حكمة اليات صناعة القرار في المجال الصحي
- 36 ب - حكمة البنيات الاستشفائية
- 37 ج - تمويل الحق في الصحة
- 38 ث - حكمة الموارد البشرية
- 41 د- تعزيز حكمة الصناعة الدوائية الوطنية
- 42 2 - بناء نظام صحي قائم على المقاربة الوقائية
- 42 أ - استهداف المحددات السوسيواقتصادية والبيئية للحق في الصحة
- 44 ب - اعتماد نظم تركز على الرعاية الصحية الأولية
- 46 ج - المسار المنسق للعلاج: ترشيد الموارد البشرية والمالية وجودة الخدمات الصحية
- 47 د - النهوض بالصحة الجنسية والإنجابية
- 50 هـ - الأشخاص المسنون
- 56 و - النهوض بالصحة النفسية والعقلية
- 60 3 - مدخل التغطية الصحية الشاملة
- 61 أ - تحدي التوازنات المالية
- 62 ب - تحدي النجاعة
- 63 ج - غياب نظام الثالث المؤدي في العلاجات الخارجية
- 64 4 - التكوين والبحث العلمي كرافعة لتعزيز السيادة الصحية
- 64 أ - تكوين الأطباء والأطر الصحية وتحسين ظروف الممارسة الطبية واستهداف الكفاءات الطبية المغربية بالخارج
- 64 ب - أهمية ملائمة تكوين الأطباء مع الحاجيات الأساسية للسكان ودور طب القرب
- 65 ج - تأمين السيادة والامن الصحي
- 65 د - إنتاج الأدوية الحيوية وتطوير التكنولوجيا الحيوية
- 65 هـ - إحداث مجلس وطني للأخلاقيات
- 68 ز - الاستثمار في الصحة والتقنيات الجديدة
- 68 ح - النهوض بالبحث العلمي كجزء من استراتيجية استباق الأزمات الصحية
- 70 5 - إدماج القطاع الخاص ضمن نظام وطني للصحة كخدمة عمومية

تقديم

أطلق المجلس الوطني لحقوق الإنسان في أكتوبر 2019 سلسلة من اللقاءات والمشاورات حول فعلية الولوج للحق في الصحة، تنفيذاً لاستراتيجيته كما صادقت عليها جمعياته العمومية في شتنبر 2019 والتي تقوم على مبدأ فعلية الحقوق، كخيار تم بناء مرتكزاته ومدخله عبر مقاربة تشاركية ومشاورات موضوعاتية موسعة، انخرطت فيها كل اللجان الجهوية بمشاركة مختلف المتدخلين المؤسساتيين وغير المؤسساتيين والشركاء لتدارس التحديات المرتبطة بدعم فعلية الحقوق واقتراح عناصر لمعالجتها من طرف ساكنة كل جهة وفعاليتها المدنية والمؤسسية.

وكان المجلس قد سجل، في ندوته الوطنية الأولى حول العدالة المجالية والاجتماعية في يوليوز 2019، محدودية أثر التطور الكمي والنوعي للمنظومة التشريعية والبنيات المؤسساتية في توفير ضمانات حماية فعلية للحقوق والحريات في الواقع المعاش، فضلاً عما تعرفه هذه الضمانات -على محدوديتها- من تفاوت كبير على المستوى الترابي والمجالي، وما يترتب عن هذا التفاوت من ارتفاع لمنسوب التوترات الاجتماعية التي تهدد حقوق الإنسان وحياته.

واختار المجلس، في سياق تفعيله لاستراتيجية «فعلية الحقوق»، أن يجعل من فعلية الحق في الصحة تمرينه الجماعي الأول لتعزيز حماية الحق في الصحة وذلك لوجود شبه إجماع لدى جميع الفاعلين على ضرورة القيام بإصلاح هيكلية واستعجالي لقطاع الصحة، واعتبار الحق في الصحة سؤالاً مركزياً ومطلباً راهنياً في أعقاب تداعيات جائحة كوفيد 19، ودخول بلادنا والعالم في سلسلة من الإجراءات والتدابير الاحترازية، لمواجهة الاختلالات البنيوية من جهة، واغتنام الفرص التاريخية التي وفرتها الجائحة لإحداث تحولات نوعية في مقاربة الصحة كخدمة عمومية تقع في صلب حماية الأمن والسيادة الوطنية.

حدد المجلس ست جهات لتنظيم استشاراته، وشملت الداخلة-واد الذهب والعيون الساقية-الحمراء وبنو ملال-خنيفرة ومكناس فاس وطنجة-تطوان-الحسيمة وجهة الشرق، حيث استند على تقييم أولي يركز في المقام الأول على تعدد الخصوصيات وثقل التفاوت المجالي والتراخي سواء من حيث البنيات والموارد أو من حيث ضعف المؤشرات المسجلة على مستوى رعاية صحة الأم والطفل، وعلى إشراك الوحدات الترابية في بناء وهندسة التصورات الاستراتيجية لأي إصلاح في مجال الصحة.

ويبسط التقرير محددات الحق في الصحة سواء من الناحية القانونية والمؤسسية أو من الناحية السوسيو اقتصادية، ويسعى، بذلك، إلى وضع فعلية الحق في الصحة في قلب مطلب التنمية العادلة والشاملة، القادرة على تصريف وثيرة النمو على مستوى إنتاج الثروة وتوزيعها لرأب فجوة التفاوت المجالي والاجتماعي.

كما يقدم مرتكزات جوهرية لبناء وهندسة استراتيجية وطنية للصحة تتمحور حول دور الدولة الاجتماعية، وتجاوز المقاربة القطاعية لضمان الحق في الصحة، في ضوء مبادئ حقوق الإنسان، ورفع تحدي الاستدامة وضمان الأمن الإنساني، وتقليص الفوارق الاجتماعية والمجالية.

ويقترح التقرير تعزيز حكمة قطاع الصحة من حيث تدبير البنيات الاستشفائية والموارد البشرية والمالية، وتعزيز حكمة الصناعة الدوائية الوطنية. ويدعو إلى تبني نظام صحي قائم على الرعاية الصحية الأولية، لمواجهة إشكالات وكلفة المقاربة الاستشفائية الباهظة، مع إيلاء أهمية خاصة ومتجددة للفئات الهشة خاصة الأم والطفل، الصحة الإنجابية والجنسية، الأشخاص في وضعية إعاقة، المسنون، المهاجرون واللاجئون، الصحة النفسية والعقلية، والتغطية الصحية الشاملة.

كما يتناول التقرير قضايا التكوين والبحث العلمي كرافعة لتعزيز سيادة الوطنية في مجال الصحة. ويراهن على اعتبار مرتكزاته ومدخله وما تضمنته من توصيات وملاحظات بأبعادها وخصوصياتها الترابية إلى بلورة استراتيجية وطنية طويلة الأمد ومندمجة لتوطيد ضمان فعلية الحق في الصحة، سواء خلال إعداد برامج التنمية على المستوى الوطني أو الجهوي أو بمناسبة تفعيل وأجراً بعض الشراكات التي تربط المجلس مع الجامعات ومؤسسات البحث العلمي بهدف تطوير وتعزيز منظومة البحث المتعلقة بفعلية الحق في الصحة.

ويستخلص تقرير المجلس الوطني لحقوق الإنسان حول فعلية الولوج للحق في الصحة إلى ضرورة القطع مع الصحة كقطاع اجتماعي واعتماد مقاربة مدمجة ومتعددة القطاعات بتحديد التقاطعات وعناصر التأثير المتبادل بين الإشكاليات الصحية، من جهة، وبين المحددات الاقتصادية والاجتماعية والقضايا المرتبطة بسياسات التعليم والشغل والسكن والبيئة وأماط العيش والغذاء، من جهة أخرى.

كما أن ربط السياسة الصحية بتطوير اللامركزية كأسلوب لتدبير الشأن العام يجعلها أحد مقومات استراتيجية تعزيز العدالة المجالية. ذلك أن الجهوية المتقدمة يمكن أن تشكل رافعة لدعم العدالة المجالية في مجال الولوج للحق في الصحة، وتقليص التفاوتات المجالية.

إن الجيل الجديد من الإصلاحات في مسار تعزيز الدولة الاجتماعية وضمان فعلية الولوج للصحة، تتطلب كذلك اعتماد مؤسسات أو بنيات تسمح بهندسة وبناء مقاربات واستراتيجيات بعيدة المدى للسياسات العمومية في مجال الصحة، مبنية على حوار مجتمعي من حيث التفكير والتدبير والتقييم، لتفادي السياسات القطاعية المتجزئة والمتغيرة كلياً مع كل تغير للمسؤولين عن القطاع الصحي أو مدة الانتداب التشريعي والحكومي.

لا يمكن ضمان فعلية الحق في الصحة، بما يشوبه من اختلالات تهم التمتع والولوج إليه، إلا في إطار دولة مدافعة وضامنة لهذا الحق.

آمنة بوعياش

رئيسة المجلس الوطني لحقوق الإنسان

الاعتبارات المؤسسة للتقرير

بناء على القانون 76.15 المتعلق بإعادة تنظيم المجلس الوطني لحقوق الإنسان، ولا سيما المادة 2 منه، التي تنص على أن المجلس يتولى النظر في جميع القضايا المتعلقة بالدفاع عن حقوق الإنسان والحريات وحمايتها، وبضمان ممارستها الكاملة والنهوض بها وبصيانة كرامة وحقوق وحريات المواطنين والمواطنات، وذلك في نطاق الحرص التام على احترام المرجعيات الوطنية والكونية في هذا المجال. كما يساهم المجلس في تعزيز منظومة حقوق الإنسان والعمل على حمايتها والنهوض بها وتطويرها مع مراعاة الطابع الكوني لتلك الحقوق، وعدم قابليتها للتجزئة؛

تنفيذا لإستراتيجية عمل المجلس، كما صادقت عليه الدورة السادسة لجمعية العمومية المنعقدة بتاريخ 15 أكتوبر 2021، والتي تقوم على مبدأ فعلية الحقوق (l'effectivité des droits) وابتغائه أن يكون، من خلالها، آلية انتصاف فعالة وسهلة الولوج، وفضاء للنقاش الهادف للنهوض بالقضايا الملحة في مجال حقوق الإنسان، وإطارا لاقتراح تدابير وقائية من خلال الوساطة والتدخل الاستباقي، للحيلولة دون وقوع انتهاكات لحقوق الإنسان.

حرصا منه على مواكبة أورش الإصلاح التي تعرفها بلادنا، بالتفكير والاقتراح، من موقعه كمؤسسة وطنية مستقلة ومحايدة خاضعة لمبادئ باريس بشأن المنظمات الوطنية لحقوق الإنسان، وفي نطاق ممارسته لصلاحياته الدستورية والقانونية في مجال حماية حقوق الإنسان والنهوض بها والوقاية من انتهاكها، واعتمادا على المقاربة القائمة على حقوق الإنسان في تقييم السياسات العمومية.

اقتناعا منه بالأهمية القصوى للحق في الصحة باعتباره حقا يؤثر في قدرة المواطنين على التمتع بحقوقهم الأخرى ويتأثر بها، في إطار مبدأ عدم قابلية حقوق الإنسان للتجزئة. إذ لا يمكن للإنسان ممارسة حقوقه المدنية والسياسية أو الاجتماعية والاقتصادية والثقافية إلا إذا كان في حالة من اكتمال السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية.

انطلاقا من الخلاصات التي انتهى إليها المجلس في اللقاءات التي نظمها حول العدالة المجالية، واستكمالا للنقاشات الوطنية والجهوية التي نظمها في إطار إعداد مذكرته حول النموذج التنموي الجديد والتي أكدت جميعها على الطابع المتعدد والمركب للعوائق التي تحول دون تمكن شرائح واسعة من المواطنين والمواطنات من الولوج إلى الحق في الصحة.

استحضارا منه لانتظارات المواطنين والمواطنات في مجال الحقوق الاقتصادية والثقافية بشكل عام، والحق في الصحة بشكل خاص، ووعيا منه بضرورة استخلاص الدروس والعبر من جائحة كوفيد 19 باعتبارها أزمة متعددة الأبعاد، ساهمت في الكشف عن مجموعة من الاختلالات والنقائص التي تعترى النظام الصحي الوطني وتحد من قدراته على ضمان الحق في الصحة للجميع، والتي تشكل الجائحة فرصة لمواجهتها بما يضمن تعزيز موقع المغرب كدولة صاعدة .

و بناء على قرار الجمعية العامة للمجلس، في دورتها السابعة المنعقدة بالرباط بتاريخ 24 فبراير 2022، يقدم المجلس تقريره حول فعلية الحق في الصحة.

منهجية إعداد التقرير

يُدرج هذا التقرير في سياق تنفيذ استراتيجية المجلس القائمة على فعلية الحقوق، وهو بذلك يسعى إلى تقديم تصور حول معيقات ولوج المواطنين والمواطنات لحقوقهم واقتراح مداخل لمعالجتها، ليس انطلاقاً من النصوص القانونية التي تضمن الحق في الصحة فحسب، بل كذلك وبالأساس عبر البحث عن العوائق المرتبطة بالمحددات الضمنية للحق في الصحة، وعلى رأسها العوائق الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، والبيئية.

يعتمد التقرير في تعريفه للحق في الصحة على تعريف منظمة الصحة العالمية الذي يحيل فيه مفهوم الصحة على حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، وليس مجرد الخلو من المرض¹. ومن الواضح أن بلوغ هذه الغاية تتطلب سياسات عمومية متعددة الأبعاد تعمل بانسجام وتناغم فيما بينها لتحقيق أقصى مستوى من الصحة الجسدية والعقلية يمكن بلوغه، وهو هدف يتجاوز بكثير مجال تدخل السلطة الحكومية الوصية على قطاع الصحة. ومن هذا المنطلق فإن المجلس يتبنى في هذا التقرير مقارنة متعددة القطاعات بحيث يتعامل مع السياسة العمومية للصحة كـ مجال تقاطع للعديد من قطاعات الفعل العمومي.

انسجاماً مع التقليد الذي عمل على تكريسه في المذكرات والآراء السابقة، اعتمد المجلس في إعداد هذا التقرير مقارنة صاعدة وتشاركية امتدت على ثلاث مراحل أساسية:

- **مرحلة المشاورات الأولية** والتي تميزت بتنظيم لقاءات مع مجموعة من الفاعلين المتدخلين في المنظومة الصحية، إضافة إلى العديد من أعضاء المجلس وأطره. وقد مكنت هذه المرحلة من تحديد الإشكاليات الرئيسية التي تحد من فعلية الولوج إلى الحق في الصحة، وساعدت على بناء تصور أولي للمداخل الممكنة لمعالجتها.

- **أما في المرحلة الثانية** فقد سعى المجلس إلى إشراك طيف واسع من الفاعلين المؤسساتيين والمدنيين (الوزارة الوصية على قطاع الصحة، الجمعيات المهنية والعلمية، التنظيمات النقابية، جمعيات المجتمع المدني الفاعل في المجال الصحي) في اللقاءين اللذين نظمهما المجلس بالرباط. وقد سمحت هذه المرحلة بإنجاز تشخيص دقيق متعدد الأبعاد وبرؤى متقاطعة لأبرز العوائق التي تحول دون الولوج الفعلي للحق في الصحة من طرف الجميع.

واستحضاراً منه لإشكالات التفاوت الترابي والمجالي وأثارها المباشرة على إمكانات الولوج إلى الحق في الصحة وبالنظر للأهمية التي يوليها المجلس لإشراك الفاعلين على مختلف المستويات الترابية الجهوية والمحلية للإدلاء بأرائهم وتصوراتهم حول الموضوع، فقد عمل المجلس على التنسيق والتشاور مع مختلف الهيئات

1 - هذا التعريف مُقتبس من ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، بصيغته التي اعتمدها مؤتمر الصحة الدولي المعقود في نيويورك في الفترة بين 19 حزيران/يونيو و22 تموز/يوليو 1946.

والفعاليات المشاركة في هذه المرحلة حول منهجية اللقاءات التي نظمها على مستوى الجهات بتنسيق مع اللجان الجهوية لحقوق الإنسان.

- وقد تميزت المرحلة الثالثة والأخيرة بتنظيم لقاءات جهوية على مستوى جهات الداخلة- وادي الذهب، العيون- الساقية الحمراء، بني ملال-خنيفرة، فاس-مكناس، طنجة-تطوان-الحسيمة، وجهة الشرق) وهي الجهات التي تم اختيارها بناء على معايير دقيقة تسمح ببناء عينة ممثلة لمختلف الصعوبات والعوائق المرتبطة بسياقات محلية سواء في بعدها الجغرافي (المناطق الجبلية، المناطق الصحراوية) أو الأبعاد المتعلقة بطبيعة التحديات المرتبطة بإشكاليات صحية معينة (وفيات الأمهات والمواليد الجدد) أو بالتفاوتات من حيث البنيات التحتية الاستشفائية. وقد مكنت هذه المرحلة من إشراك عدد كبير من الفاعلين المحليين في تشخيص إكراهات الولوج الفعلي للحق في الصحة كما يعيشونها في سياقاتهم المحلية المتعددة والمتنوعة، واقتراح حلول عملية قابلة للتطبيق.

الخلاصات الأولية للقاءات التشاورية

اعتمد المجلس مقارنة تشاركية سمحت بإشراك كل مكونات المنظومة الصحية والمتدخلين بشكل مباشر أو غير مباشر في عملية ولوج المواطنين للحق في الصحة. وقد شملت هذه المشاركة الموسعة مختلف مستويات ومراحل إعداد هذا التقرير.

فعلى مستوى بناء التصور العام لمنهجية جمع المعطيات وإعداد التقرير وهيكلته، عمل المجلس على إشراك مختلف المتدخلين في بلورة منهجية الاشتغال بشكل تشاركي. وقد نظم المجلس لهذا الغرض لقاءين تشاوريين موسعين في مقره بالرباط، بمشاركة الهيئات النقابية العاملة في قطاع الصحة، الهيئة الوطنية للأطباء، الجمعيات المهنية والعلمية، إضافة إلى العديد من جمعيات المجتمع المدني العاملة في المجالات ذات الصلة بالأبعاد المختلفة للحق في الصحة.

وقد أسفر هذان اللقاءان عن النتائج التالية:

- تشخيص عدد من العوائق التي تحول دون الولوج الفعلي للحق في الصحة وعلى رأسها الاختلالات المتعددة والمركبة لنظام الحكامة المعتمد في قطاع الصحة، الاشكالات المتعلقة بالبنيات الاستشفائية والموارد البشرية، التكوين والبحث العلمي في مجال الصحة، الاشكاليات الصحية المرتبطة ببعض الخصوصيات المحلية، إضافة إلى المشاكل التي تطرحها ثنائية قطاع عام/قطاع خاص.

- التأكيد على مركزية الحق في الصحة في منظومة حقوق الإنسان وعلى طابعه الحيوي بالنسبة لقدرة الإنسان على التمتع بباقي الحقوق الأخرى. وقد دعا المشاركون إلى الاشتغال على مختلف محددات الحق في الصحة وفق منظور شمولي لا يختزل الحق في الصحة في القضايا المتعلقة بالولوج للخدمات الصحية فقط، وبناء على رؤية استباقية لا تقتصر على توفير العلاج فحسب، بقدر ما تسعى أيضاً إلى الاشتغال على العوامل المتحكمة في الاشكالات الصحية قبل ظهورها.

- تحديد منهجية جمع المعطيات الكمية والكيفية عبر تنظيم لقاءات جهوية في ست جهات تم اختيارها بناء على جملة من المعايير أهمها:

✓ معيار التنوع المجالي والديمقراطي حيث تشكل الجهات التي وقع عليها الاختيار عينة ممثلة لكل الخصائص المحلية والبيئية والجغرافية والديمقراطية التي يمكن أن تؤثر في صحة الإنسان.

✓ معيار حدة الاشكالات الصحية المطروحة في بعض الجهات، كما هو الشأن بالنسبة لمشكلة الصحة الإنجابية في جهة بني ملال خنيفرة.

وقد حرص المجلس على التمثيل المتوازن للوسطين الحضري والقروي في اللقاءات الجهوية، حيث عرفت بعض الجهات تنظيم لقاءين، أحدهما في عاصمة الجهة والآخر في منطقة قروية أو يغلب عليها الطابع القروي،

كما هو الشأن بالنسبة لكل من جهة الشرق (وجدة، جرسيف) وجهة فاس مكناس (فاس، تاوانات) وجهة بني ملال-خنيفرة (بني ملال، أزيلال).

وبعد استكمال كل اللقاءات الجهوية المبرمجة شكل المجلس لجنة خاصة تتكون من خبراء من داخل المجلس ومن خارجه، عهد إليها بصياغة التقرير النهائي، حيث عملت على تركيب كل المعطيات التي تم تجميعها والخلاصات التي أسفرت عنها النقاشات الوطنية والجهوية، في العناصر الثلاثة الكبرى التالية:

- أن النهوض بالحق في الصحة يقتضي اعتماد مقاربة شمولية تركز على الاشتغال بشكل عرضاني ومتزامن على مختلف المحددات القانونية والمؤسسية للحق في الصحة.
- أن معالجة الاختلالات والعوائق التي تحول دون فعلية الحق في الصحة تقتضي ضرورة التوفر على استراتيجية وطنية للصحة باعتبارها جزءا من السياسة العامة للدولة على أن يتم تصريفها عبر السياسات العمومية التي تشرف عليها الحكومات المتعاقبة.
- أن تنفيذ هذه الاستراتيجية يمر بالضرورة عبر مجموعة من المداخل التي تستهدف إحداث تأثير على مستوى الحكامة في كل أبعادها، البنيات والموارد البشرية، ضرورة الانتقال من نظام صحي قائم على المقاربة الاستشفائية إلى نظام قائم على مقاربة استباقية،² إعداد سياسة وطنية للنهوض بالصحة العقلية والنفسية، تعميم التغطية الصحية الشاملة للجميع كركن أساسي من أركان الحماية الاجتماعية، رفع تحدي التكوين والبحث العلمي كرافعة من روافع السيادة الوطنية في مجال الصحة، وإدماج القطاع الخاص ضمن نظام وطني للصحة كخدمة عمومية.

محددات الحق في الصحة

يتبنى المجلس الوطني لحقوق الإنسان تصورا شموليا للحق في الصحة لا يمكن اختزاله في المسألة المتعلقة بتوفر العلاجات وإمكانية الولوج للخدمات الصحية، والتي لا تشكل سوى أحد أبعاد الحق في الصحة كما تنص على ذلك المواثيق الدولية من جهة، وبناء على الممارسات الفضلى التي بلورتها بعض التجارب التي تعتمد على المقاربة المبنية على حقوق الإنسان في بناء السياسة الصحية من جهة أخرى.

وبناء عليه فإن نجاح مساعي تعزيز الحق في الصحة يبقى مشروطا بوجود خطة عمل منسجمة ومتناسقة تستهدف في الآن ذاته الاشتغال على كل من المحددات المؤسساتية والقانونية من جهة والمحددات السوسيواقتصادية والثقافية من جهة أخرى.

1 - المحددات القانونية والمؤسسية للحق في الصحة

تشكل البنيات المؤسساتية والضمانات القانونية إحدى أهم محددات الحق في الصحة بمعناه الشمولي والمتعدد الأبعاد المذكور أعلاه. فبالعودة إلى المعايير الدولية للحق في الصحة نجد أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ينص على أن « لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهة له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية...»³ حيث يبدو واضحا الترابط العضوي الوثيق بين ضمان صحة الإنسان وبين المحيط الذي يعيش فيه. ويتحدد هذا الترابط بشكل أكثر دقة في المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تعرف الحق في الصحة باعتباره الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. وقد سارت في هذا الاتجاه مجموعة من المواثيق الدولية لعل أهمها:

- اتفاقية الحد من كل أشكال الميز العنصري⁴.
- اتفاقية القضاء على كل أشكال التمييز ضد النساء⁵.
- اتفاقية حقوق الطفل⁶.
- اتفاقية حماية حقوق كل العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم⁷.
- اتفاقية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة⁸.

وإذا كان المغرب يتوفر على ترسانة قانونية تؤطر الحق في الولوج إلى العلاجات والخدمات الصحية، فإن المجلس يؤكد أن جهود مختلف الفاعلين المعنيين ينبغي أن تنصب على تحويل أهداف القوانين الجاري بها

3 - في الفقرة الأولى من المادة 15 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

4 - المادة 5 من اتفاقية الحد من كل أشكال الميز العنصري.

5 - المواد 11 و12 و14 من اتفاقية القضاء على كل أشكال التمييز ضد النساء.

6 - المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل.

7 - المواد 28 و43 و46 من اتفاقية حماية حقوق كل العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم.

8 - المادة 25 من اتفاقية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة

العمل، من مجرد تنظيم قطاع الصحة والولوج لخدماته، إلى تيسير التمتع الفعلي بالحق في الصحة وذلك من خلال:

- تكييف وملائمة المنظومة القانونية لقطاع الصحة مع متطلبات المقاربة المبنية على حقوق الإنسان، سواء عبر التنصيص على الخدمات الصحية كحق من حقوق الإنسان أو عبر إزالة المعوقات القانونية التي قد تمنع المواطنين أو بعض الفئات منهم من الاستفادة من هذا الحق.
- استحضار المقاربة المتعددة القطاعات في إعداد مشاريع ومقترحات القوانين المتعلقة بقطاع الصحة، وذلك بهدف جعل القوانين مدخلا لتذليل بعض صعوبات الولوج للحق في الصحة والتي ليس لها علاقة مباشرة بقطاع الصحة. ويعتقد المجلس أن من شأن هذا التحول في طريقة التشريع أن يساهم في مواجهة بعض الصعوبات ذات الطابع النسقي المعقد والتي لا ترتبط بالضرورة بالسلطة الحكومية الوصية على قطاع الصحة.
- إعادة هيكلة البنيات المؤسساتية الصحية وبنائها على أساس منطق الحق بدل منطق الحاجيات وتكيفها مع مسار العلاجات المندمج الذي يقترحه هذا التقرير.
- إيجاد الوسائل القانونية والآليات المؤسساتية الضرورية لإدماج المحددات الضمنية غير المباشرة المتحكمة في الحق في الصحة (الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية والثقافية) والتي لا تقع بالضرورة تحت وصاية قطاع الصحة سواء، في إعداد السياسة العمومية في مجال الصحة او في مراحل تنفيذها وتقييمها.

2 - المحددات السوسيو اقتصادية والثقافية للحق في الصحة

إن التعريف الذي تقدمه المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية يجعل الحق في الصحة حقا شموليا، لا يقتصر على توفير العلاجات الضرورية في الوقت المناسب فحسب، بل يشمل كذلك العوامل الأساسية المحددة للصحة غير المرتبطة بالضرورة بمسألة الولوج للرعاية الصحية أو توفير بنيات استشفائية.

وقد أطلقت لجنة الأمم المتحدة حول الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية اسم «المحددات الضمنية للصحة»⁹ وتشتمل على ما يلي:

• سلامة الماء الصالح للشرب والمرافق الصحية.

• غذاء سليم.

• تغذية وسكن ملائمين.

• التربية الصحية وتوفير المعلومات المرتبطة بالصحة.
• مساواة النوع.

وقد تركز هذا الوعي بالعلاقة بين حقوق الإنسان ومحدداتها الضمنية بإنشاء منظمة الصحة العالمية للجنة المحددات الاجتماعية للصحة سنة 2005 والتي أنيطت بها مهمة جمع وتركيب المعطيات حول المحددات الاجتماعية للصحة وأثرها على التفاوتات في مجال الصحة من مختلف دول العالم¹⁰.

وقد نددت اللجنة في تقريرها النهائي بشكل واضح وصريح بالفوارق الكبيرة في فرص الحياة والأوضاع الصحية بين الدول الغنية والفقيرة وبين الأغنياء والفقراء داخل الدولة الواحدة.

كما خلصت اللجنة إلى أن الشروط التي يولد فيها الناس ويكبرون ويعيشون ويشيخون تحدد وضعهم الصحي بشكل كبير، حيث أكدت على أنه في كل دول العالم تتحدد الصحة والمرض بشكل تناسبي مع السلم الاجتماعي social gradient حيث كلما كان الوضع السوسيو اقتصادي للأشخاص متدنيا كلما كانت أوضاعهم الصحية سيئة.

وتعزو اللجنة هذه الفوارق إلى ما تعتبره «تركيبة سامة» تجمع بين برامج وسياسات اجتماعية ضعيفة ونظام اقتصادي غير منصف وتدبير سياسي سيء. ولمواجهة هذه الوضعية اقترحت اللجنة ثلاث توصيات تتمحور حول:

- تحسين شروط الحياة اليومية للناس (أي الظروف التي يولد فيها الإنسان وينمو ويعيش ويعمل ويشيخ).
- والتصدي للتوزيع غير العادل للسلطة والمال والموارد باعتبارها أهم المسببات البنيوية للظروف السالفة الذكر.
- الطرح الدقيق لمشكلة المحددات الاجتماعية للصحة، وتقسيم أثر الجهود الموجهة لمعالجتها، ثم ضرورة رفع مستوى الوعي بها لدى الرأي العام⁽¹¹⁾.

يتضح إذن بجلاء من المعطيات السالفة الذكر الطابع النسقي والعرضاني للعوامل المتدخلة في التمتع الفعلي بالحق في الصحة، حيث أن هذا الأخير يعتمد في تحقيقه الفعلي على باقي حقوق الإنسان التي يساهم بدوره في تحقيقها¹². ويبدو هذا الترابط بين الحق في الصحة وباقي الحقوق أكثر وضوحا في سياق الفقر حيث أن الصحة الجسدية والعقلية تعتبر الثروة الوحيدة التي يعتمد عليها الفقراء من أجل الاستفادة من باقي حقوقهم الاقتصادية والاجتماعية كالحق في الشغل والحق في التعلم. فضلا عن ذلك فإن الصحة الجسدية والعقلية هي ما يمكن الأطفال من التعلم والكبار من العمل في حين يشكل سوء الأوضاع الصحية عبئا على الأفراد أنفسهم وعلى من يتكفلون برعايتهم.

10 - WHO Commission on Social Determinants of Health Globalization, Global Governance and the Social Determinants of Health: A review of the linkages and agenda for action, accessible on: https://www.who.int/social_determinants/resources/gkn_lee_al.pdf

11 - Op.cit. P 16 et suivantes.

12 - أنظر الفقرة 3 من التعليق العام رقم 14 حول المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية: الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه. اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الدورة الثانية والعشرون (2000)

في مرتكزات الاستراتيجية الوطنية للصحة

انطلاقا من تشخيص معيقات الولوج إلى الحق في الصحة كما وقف عليها المجلس خلال اللقاءات الوطنية والجهوية التي نظمها حول الموضوع، وانسجاما مع تعريف هذا التقرير للحق في الصحة ومحدداته، واسترشادا بتجارب بعض الأنظمة الصحية التي حققت تقدما في ضمان الحق في الصحة للجميع، يرى المجلس الوطني لحقوق الانسان أن جهود تعزيز الحق في الصحة لجميع المواطنين والمواطنات ينبغي أن يتأسس على استراتيجية وطنية للصحة كجزء لا يتجزأ من السياسة العامة للدولة. ويرى المجلس أن جعل الاستراتيجية الوطنية للصحة ثابتا من ثوابت السياسة العامة للدولة هو وحده الكفيل بتحسينها ضد تقلبات الظرفية السياسية وتعاقب الحكومات، في نفس الوقت الذي يسمح فيه لهذه الأخيرة بالتنافس والاجتهاد حول السبل والآليات الضرورية لتحويل الحق في الصحة، كخيار استراتيجي للدولة، إلى سياسة عمومية قابلة للتطبيق والأجراً.

ويقترح المجلس أن تستند الاستراتيجية الوطنية للصحة على المرتكزات التالية:

1 - الدولة الإجتماعية، ضامنة وحامية للحقوق

إن الدور المركزي للدولة في ضمان تمتع جميع المواطنين بحقوقهم لايتأسس فقط على وظيفتها المحورية في قيادة المجتمع وتنظيمه وحمايته بل أيضا على مسؤوليتها القانونية المترتبة عن التزاماتها الدولية (الاتفاقيات والمعاهدات الدولية) والوطنية (الدستور والتشريعات الوطنية) في مجال حماية حقوق مواطنيها والنهوض بها والوقاية من الانتهاكات التي قد تلحق بها. وإذا كان دور الدولة ما فتئ يتأرجح منذ بداية النصف الثاني من القرن العشرين بين التمدد تارة والتقلص تارة أخرى فإن الأزمات التي شهدتها العالم تبين بما لايدع مجالا للشك أن مختلف اشكال وآليات وتقنيات التدبير التي تبلورت في سياق تطور وظائف الدولة الحديثة، لايمكن أن تشكل بديلا للدولة ولا تغني عن دورها التقليدي في حماية الافراد والجماعات كما تبين ذلك الأزمة الصحية العالمية الناجمة عن كوفيد 19.

وكما يتبين ذلك من جائحة كورونا فإن الاستثمار في الحقوق الأساسية وعلى رأسها التعليم والصحة هو الضمانة الأساسية للخروج من الأزمة الحالية والتعاطي الاستباقي مع الأزمات المحتملة في المستقبل، وتتجلى محورية الدولة في هذا الإطار في كونها هي الفاعل الاساسي الذي يقع على عاتقه الاستثمار في المجالات ذات العلاقة بالحق في الصحة و توفير الشروط الملائمة لتدخل فاعلين آخرين تحت مسؤولية و رقابة الدولة ووفق متطلبات نظام وطني للصحة باعتباره خدمة عمومية.

وفي هذا الإطار يشدد المجلس الوطني لحقوق الانسان على ضرورة القطع مع التصورات التي تتعامل مع الصحة كقطاع اجتماعي غير منتج اقتصاديا. كما يود المجلس التذكير بأهم خلاصات التقرير الذي أعدته منظمة الصحة العالمية سنة 2001 في موضوع«الاقتصاد الكلي والصحة، الاستثمار في الصحة من أجل التنمية الاقتصادية»، والذي خلص بناء على معطيات دقيقة أن زيادة الاستثمار في الصحة له انعكاسات إيجابية على

الاقتصاد ويؤدي إلى زيادة مئات ملايين الدولارات إلى الدخل السنوي للدول ذات الدخل المنخفض. كما يشدد التقرير على أن تغطية الحاجات الأساسية في مجال الصحة تتطلب استثمارات تراوح بين 30 إلى 40 دولارا للفرد الواحد سنويا وأن معظم هذا المبلغ ينبغي أن يأتي من ميزانية الدولة وليس بتمويل من القطاع الخاص¹³.

ومن جهة أخرى يؤكد المجلس أن خاصية التدرج في الإنجاز المرتبطة بإعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بشكل عام والحق في الصحة بشكل خاص، وإن كانت ذات أساس منطقي فإنها لا تلغي وجود التزامات فورية على عاتق الدولة تلزمها ببذل كل الجهود الممكنة دون تأخير وبصرف النظر عن الإكراهات المالية، خاصة فيما يتعلق بمسؤوليتها في إعداد تشريعات وبرامج عمل خاصة واتخاذ كل الإجراءات الضرورية لضمان عدم التمييز في الولوج إلى الخدمات المرتبطة بالحق في الصحة¹⁴.

2 - تجاوز المقاربة القطاعية في جهود حماية الحق في الصحة

اعتبارا لتعدد العوامل المحددة لصحة المواطنين (عوامل اقتصادية، اجتماعية، بيئية وثقافية) والتي لا تدخل بالضرورة في نطاق السياسات الصحية القطاعية ولا تقع ضمن اختصاصات القطاع الحكومي الوصي على تنفيذها، وبالنظر لارتباط عوائق الولوج الفعلي للحق في الصحة بإشكاليات تنموية نسقية عابرة للقطاعات (اللامساواة، غياب العدالة الاجتماعية والمجالية). فإن المجلس الوطني لحقوق الانسان يدعو إلى تجاوز المقاربة القطاعية في بناء وتنفيذ وتقييم السياسة الصحية واعتماد مقاربة مندمجة ومتعددة القطاعات.

وتستند (هذه) الاستراتيجية الصحية المتعددة القطاعات-التي يقترحها المجلس-على البحث في التقاطعات وعناصر التأثير المتبادل بين الاشكاليات الصحية من جهة وبين المحددات الاقتصادية والاجتماعية والقضايا المرتبطة بسياسات التعليم والشغل والسكن والبيئة وأنماط العيش والغذاء وكل العناصر المرتبطة بالمحيط الذي يعيش فيه الانسان، والتي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على إمكانية تمتعه بأقصى مستوى ممكن بلوغه من الصحة الجسدية والنفسية.

ويعتبر المجلس أن انخراط بلادنا في أوراش النموذج التنموي الجديد يشكل فرصة مواتية لإطلاق هذا النوع من الإصلاحات المركبة والطويلة المدى.

واستلهاما للتجارب الفضلى في هذا المجال يقترح المجلس اعتماد مقاربة «الصحة في كل السياسات» policies all in Health باعتبارها منهجية في صناعة السياسات العمومية تقوم على ضرورة أخذ التداعيات المباشرة وغير المباشرة في كل القرارات المتخذة في مختلف السياسات العمومية على صحة المواطنين . وهي بذلك طريقة ناجعة لرفع مستوى الانسجام والتناغم في السياسات العمومية بما يضمن تفادي إضرار

13 - "Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development", Report of the Commission on Macroeconomics and Health Chaired by Jeffrey D. Sachs, accessible at: <http://www1.worldbank.org/publicsector/pe/PEAMMarch2005/CMHReport.pdf>

14 - أنظر المادة 34 من التعليق رقم 14 السالف الذكر.

بعض القرارات والسياسات المتبعة بصحة الساكنة، وعلى النحو الذي يسمح بتحقيق الانصاف في الولوج للحق في الصحة¹⁵.

ويذكر المجلس بأن المقاربة المتعددة القطاعات في مجال الحق في الصحة يمكن أن تشكل مدخلا لتعزز كل حقوق الإنسان في السياسات العمومية، ويتطلب اعتمادها أقصى مستويات التعاون والتنسيق بين مختلف القطاعات العمومية والمؤسسات الوطنية المتدخلة في مختلف المجالات ذات الصلة المباشرة وغير المباشرة بالحق في الصحة، إضافة إلى الانخراط الإيجابي لمختلف المنظمات المدنية.

وكما تؤكد على ذلك بعض التجارب الناجحة في هذا المجال فإن هذا التعاون والتنسيق يجب أن يكون مفكرا فيه وعلى درجة عالية من المأسسة والتوزيع الدقيق للأدوار والمسؤوليات بين كل الأطراف المتدخلة مع ضرورة التقييم المستمر لعملية التعاون والتنسيق.⁽¹⁶⁾

تأسيسا على ما سبق، ومن أجل ضمان تطبيق فعلي للمقاربة المتعددة القطاعات لتعزز الحق في الصحة، يؤكد المجلس أهمية خلاصات وتوصيات الحوارات الجهوية التي دعت الى مراجعة الإطار القانوني في اتجاه :

- تفعيل وتعزيز «مبدأ التكامل بين القطاعات» الوارد في المادة 2 من القانون الإطار رقم 34.09¹⁷
- ترسيخ ومأسسة عملية تقييم اثر السياسات والقرارات والبرامج العمومية المختلفة على الصحة العامة وعلى قدرة المواطنين على التمتع بأقصى درجة ممكنة من الصحة الجسدية والعقلية .
- تطوير وتشديد آليات المراقبة في هذا المجال وإشراك كل الفعاليات المجتمعية في إعداد وتنفيذ الاستراتيجية المتعددة القطاعات في مجال الصحة.

3 - رفع تحدي الاستدامة وضمان الأمن الانساني

يرى المجلس أن الحق في الصحة ينبغي النظر إليه باعتباره أحد الأوجه الرئيسية على إشكالية التنمية بشكل عام، وركنا أساسيا من مكونات الحق في التنمية ورهانا مركزيا للأمن الإنساني، وذلك بالنظر للعلاقة الاشتراكية الواضحة بين محددات الحق في الصحة من جهة ومقومات كل من التنمية المستدامة والأمن الإنساني.

15 - Kimmo Leppo, Eeva Ollila, Sebastián Peña, Matthias Wismar, and Sarah Cook (edited by), "Health in All Policies Seizing opportunities, implementing policies", Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013, accessible at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007188809/Health-in-All-Policies-final.pdf

16 - World Health Organization, "Multisectoral and intersectoral action for improved health and well-being for all: mapping of the WHO European Region Governance for a sustainable future: improving health and well-being for all", Final report 2018, accessible at: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005371435/multisectoral-report-h1720-eng.pdf

فالنهوض بالحق في الصحة يشكل أحد أهم أهداف أجندة 2030 للتنمية المستدامة، كما أن معالجة الاشكالات الصحية تعتبر أحد أهم تحديات الأمن الإنساني. ومن هذا المنطلق يؤكد المجلس أن استراتيجية تعزيز الحق في الصحة ينبغي أن تتأسس على وعي مسبق لدى الفاعلين بالأبعاد التنموية والأمنية لهذا الحق.

يؤكد المجلس أن الصحة في الآن ذاته ذات بعد موضوعي مرتبط بالسلامة الجسدية، وذات بعد ذاتي يتجسد في السلامة النفسية، إضافة إلى البعد المتعلق بالصحة كمصدر للشعور بالثقة في المستقبل. ومن هذه الزاوية فإن التمتع بصحة جيدة هو بمثابة الضمانة الأساسية الأولى للكرامة الإنسانية والأمن الإنساني. فالصحة الجيدة هي ما يمكن الناس من اختيار مسارات حياتهم ومباشرة تحقيق أهدافهم والتخطيط لمستقبلهم. فكل إمكانية للفعل في المجتمع تبقى مشروطة بالتمتع بصحة جيدة، كما أن قدرة مؤسسات المجتمع المختلفة (الأسرة، المدرسة، المقولة...إلخ) تبقى كذلك مشروطة بتمتع الفاعلين فيها بصحة جيدة. ومن ثمة فإن الصحة وإن كانت مرتبطة بالفرد فإنها تبقى ذات بعد اجتماعي واضح، بل ينبغي التعامل معها باعتبارها شرطا قريبا للعدالة الاجتماعية والأمن والاستقرار الاجتماعي.

· وبناء عليه يدعو المجلس إلى:

· اعتماد سياسات صحية لا تختزل الصحة في مسألة الخلو من المرض، واعتبارها حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والرفاه الاجتماعي، بما يجعلها تتحقق من خلال أبعاد ثلاثة تتداخل بشكل كبير مع متطلبات الاستدامة والأمن الإنساني.

· ضرورة استحضار التهديدات الجديدة المرتبطة بالمناخ والحروب البيولوجية وغيرها من التهديدات غير التقليدية التي جعلت المسألة الصحية تكتسي أهمية متزايدة في السياسات الأمنية. فالأزمات المرتبطة بالصحة العامة كالأوبئة غالبا ما تكون لها انعكاسات خطيرة على كل مناحي الحياة في المجتمع، كما تبين ذلك الازمة الصحية العالمية الناجمة عن جائحة كورونا، حيث يمكن أن تتحول الأزمات الصحية بسرعة إلى أزمات اقتصادية واجتماعية وسياسية وحقوقية تهدد التوازنات التي يقوم عليها الأمن والاستقرار في المجتمع.

· استحضارا للالتزامات الدولية للمغرب في مجال التنمية المستدامة، واستلهاما للتجارب الفضلى فيما يتعلق باستحضار الرهانات التنموية والأمنية في بناء السياسات الصحية.

· بناء نظام صحي وطني قادر على استباق التحديات الصحية التي أصبحت تفرض نفسها كإشكالات للاستدامة والأمن الإنساني. ويتعلق الأمر أساسا بإشكاليات تدبير الأمراض المعدية والأوبئة، التهديدات الصحية المرتبطة بالفقر والهشاشة (كما هو الشأن بالنسبة لداء السل مثلا)، إضافة إلى التحديات المرتبطة بتعزيز مناعة المجتمع وصموده في وجه الأزمات.

مراجعة القانون الإطار وتفعيله بما يضمن تعزيز فعلية الحق في الصحة ويأخذ بعين الاعتبار كل الفاعلين المتدخلين فيه وتطوير اليات التنسيق والاتقائية وعقلنة الموارد المرصودة بما فيها الموارد الموجهة لأغراض البحث العلمي والتكوين.

4 - تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية كرهان أساسي للحق في الصحة

في هذا السياق يدعو المجلس إلى :

• ربط الإصلاحات في مجال الصحة بالجهود التي تبذلها الدولة في مجال تقليص التفاوتات المجالية سواء بين الوحدات الترابية أو داخل نفس الوحدة، وفق مقارنة مجالية لدعم فعلية حقوق الإنسان الأساسية. ويتعلق الأمر بالخصوص بتقليص التفاوتات بين المجالين الحضري والقروي على مستوى الولوج للحقوق الاجتماعية والاقتصادية، عبر فك العزلة عن العالم القروي باعتبارها أحد أهم الكوابح التي تحول دون استفادة الساكنة القروية من الحقوق الانسانية الأساسية كالصحة والتعليم.

• ربط السياسة الصحية بتطوير اللامركزية كأسلوب لتدبير الشأن العام، بما يجعلها أحد مقومات استراتيجية تعزيز العدالة المجالية. وفي هذا السياق يؤكد المجلس أن الجهوية المتقدمة- باعتبارها صيغة من صيغ ممارسة اللامركزية- يمكن أن تشكل رافعة لدعم العدالة المجالية في مجال الولوج للحق في الصحة، من خلال انخراط الوحدات والجماعات الترابية في تعاقدات دقيقة وفق سلم من الحوافز، التي من شأنها أن تعزز جاذبية الوحدات الترابية للبنيات والموارد البشرية والاستثمارات الخاصة النوعية الكفيلة بسد التفاوتات المجالية.

• مراجعة وتعزيز مقتضيات المادة 2 من القانون الإطار رقم 34.09 المرتبطة باعتماد مقارنة النوع في الخدمات الصحية من خلال وضع شبكة دقيقة للمؤشرات التي من شأنها توجيه بناء السياسات العمومية في مجال الصحة، سواء بمناسبة التخطيط لوضع عرض العلاجات، أو بمناسبة تنفيذ وتقييم هذه المقاربة القائمة على النوع، مع الحرص على تكييف هذه المقاربة حسب الخصوصيات الجهوية والمجالية، ونهج مبادرات مبتكرة ومتجددة مناسبة لبناء السياسات الصحية في المجال القروي والجبلي.

• انسجاما مع خيار الجهوية وبالنظر إلى أهمية الوحدات المجالية في النهوض بفعلية الحق في الصحة وتجاوز إشكالات التفاوت المجالي، وبهدف إحقاق نوع من العدالة المجالية وتعبئة كل البنيات الترابية للانخراط في بناء منظومة محفزة ومستقطبة للأطر الصحية بصرف النظر عن مواقعها الترابية والجغرافية، يؤكد المجلس على:

- أهمية التنصيب على دور الجماعات المحلية والمنظمات المهنية التي تعمل في مجال الصحة والحفاظ على البيئة على المشاركة إلى جانب الدولة في تنزيل وتحقيق الأهداف المرتبطة بالصحة¹⁸.
- ضرورة وضع إطار قانوني ومؤسسي مهيكّل لطبيعة التعاقدات بين مختلف المتدخلين يضمن فعلية الحق في الصحة وتعزيزها كخدمة عمومية.
- أهمية تنصيب مقتضيات المادة 9 من القانون الإطار 34.09، على ضرورة أن يكون « عرض العلاجات موزعا بشكل متواز وعادل على مجموع التراب الوطني في إطار احترام المبادئ المشار إليها في المادة 2 وطبقا لأحكام القسم 3 من القانون الإطار¹⁹.
- ضرورة العمل على تفعيل مبدأ التضامن في اتجاه تمكين بعض الوحدات المجالية، التي تعرف خصاها من حيث البنيات الأساسية، في إيجاد إمكانيات تمويل واستحداث البنيات الأساسية الصحية.
- بناء سياسة صحية مناهضة للتمييز بمختلف أشكاله وخاصة التمييز على أساس الانتماء المجالي. ويقتضي ذلك إعطاء الأولوية في مرحلة أولى للمناطق الأكثر هشاشة وإيجاد وسائل مبتكرة لتمييزها إيجابيا كوسيلة لإنصافها ومساعدتها على تدارك الخصائص البنيوية في المجال الصحي.
- العمل على إيجاد حلول ترابية لإشكالية استقرار الموارد البشرية الصحية في بعض المناطق المهمشة. ويقصد المجلس بالحلول الترابية كل ما من شأنه تعزيز جاذبية هذه المناطق وتشجيع الأطر الصحية على الاستقرار فيها، سواء تعلق الأمر بالإعفاء الضريبي أو بتمويل المصحات الخاصة وتطوير بنية التعاقد بين القطاع العام والخاص.
- أهمية استحضار المعطيات الجغرافية والترابية في التخطيط لإحداث البنيات التحتية، وذلك بهدف تحقيق العدالة المجالية أولا، واستغلال المؤهلات والخصوصيات الطبيعية والجغرافية لبعض الوحدات الترابية التي تعرف خصاها مهولا في اتجاه توطين بنيات استشفائية صحية من الجيل الجديد تتكفل بالتببع والنقاها، علما أن المناطق الترابية الجبلية مؤهلة لمثل هذه المنشآت²⁰.

18 - المادة 5 من القانون الإطار رقم 34.09

19 - المادة 9 من القانون الإطار رقم 34.09

20 - المادتين 21 و 22 من القانون الإطار رقم 34.09

مداخل لتعزيز فعالية الحق في الصحة

1 - تعزيز حكامه قطاع الصحة

ينبغي أن تستند السياسة الصحية إلى رؤية تتجاوز مدة الانتداب الوزاري والولايات الانتخابية والحكومية، من أجل تحديد الأهداف والوسائل على المدى الطويل، على عكس البرامج الجزئية والقطاعية القصيرة الأمد. ولا حاجة للتذكير أن ضعف أو غياب رؤية استراتيجية يساهم في إهدار الزمن والموارد وانتقاص من فعالية المنظومة الصحية ومردوديتها. ولذلك يوصي المتدخلون في الشأن الصحي من ممثلي المهنيين والباحثين وكذا المؤسسات الدستورية (تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول العلاجات الأساسية 2003، و تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية بمجلس النواب (حول المنظومة الصحية يوليوز 2021) في المغرب بضرورة تبني رؤية استراتيجية للمسالة الصحية وعدم ربطها فقط بالسياسات القطاعية التي غالبا ما تتغير مع تغير المسؤولين عن القطاع.

أ - حكامه اليات صناعة القرار في المجال الصحي

وفي هذا السياق يؤكد المجلس تبني ودعم التوصيات الواردة في الحوار الجهوي والوطني والداعية إلى :

- اعتماد مؤسسات أوبنيات تسمح بهندسة وبناء مقاربات واستراتيجيات بعيدة المدى للسياسات العمومية في مجال الصحة، مبنية على حوار مجتمعي من حيث التفكير والتدبير والتقييم، لتفادي السياسات القطاعية المجتزئة والمتغيرة كليا مع كل تغير للمسؤولين عن القطاع الصحي أو مدة الانتداب التشريعي والحكومي.
- إعادة هيكلة المديرية التابعة للصحة خاصة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي ومديرية الأدوية والصيدلة، في اتجاه خلق بنية مؤسسية تتميز بالاستقلالية عن الوزارة، وذلك بهدف سد ثغرات «تضارب المصالح» وتعزيز قواعد السلامة والجودة وضمان الشفافية وحرية المنافسة.
- تعزيز وأجراء المقتضيات المتعلقة بمسطرة لتقييم المؤسسات الصحية تحت مسمى «الاعتماد»، تهدف إلى إنجاز تقييم مستقل لجودة المؤسسات الصحية، على أساس مؤشرات ومعايير ومرجعيات وطنية يتم إعدادها من طرف «اللجنة الوطنية للتقويم والاعتماد».
- الربط بين إحداث بنية مؤسسية أو آلية الاعتماد « ومطلب إحداث «الوكالة الوطنية للصحة والغذاء» وذلك بهدف جعل المرجعيات الوطنية للاعتماد ضمن رؤية شاملة للصحة والغذاء.

ب - حكامه البنيات الاستشفائية

- يبلغ معدل إشغال أسرة المستشفيات العمومية %62,0، ومتوسط معدل الإقامة 4,0 يوم.
- لا تتجاوز معدل العمليات الجراحية لكل طبيب جراح 166 عملية سنويا، بمعدل أقل من عملية جراحية واحدة في يوم عمل لكل طبيب جراح بالقطاع العام. أما معدل الاستشارات التخصصية لكل طبيب اختصاصي فيبلغ 789 استشارة سنويا، بمعدل ثلاث استشارات ونصف كل يوم عمل لكل طبيب اختصاصي بالمغرب.²¹
- ضعف، وأحيانا سوء استخدام، الموارد البشرية بسبب مشاكل التدبير، يجعل جزء من الموارد البشرية والبنيات والتجهيزات في حالة عطالة، بينما جزء آخر تحت الضغط. ولعل هذا ما يجعل القطاع في حاجة إلى ترشيد توظيف التجهيزات والبنيات والموارد البشرية، وزيادة إنتاجية الموارد البشرية بتحسين ظروف وأساليب وأدوات العمل، واعتماد آليات التقييم والتحفيز. ويود المجلس التذكير أن رفع تحدي تجويد الخدمات الصحية لا يمر بالضرورة عبر زيادة الاعتمادات المالية المخصصة للقطاع، بقدر ما يستوجب في أحيان كثيرة تحسين حكامه الإمكانيات المتاحة، ذلك أن المزيد من الميزانيات لا يحسن بالضرورة وبشكل متناسب العرض الصحي العمومي ولا المؤشرات الصحية.²²

في ضوء هذه التحديات السالفة الذكر، وسعيا لتعزز حكامه تدبير البنيات والموارد البشرية، يؤكد المجلس على ما يلي:

- ضرورة الربط بين تأهيل العرض الصحي وتدعيم البعد الجهوي لتدبير الخدمات الصحية، واستعجالية برمجة وبناء مستشفيات جامعية في كل الجهات، مع العمل بتعاون مع الشركاء الجهويين على إعادة تأهيل المراكز الجهوية للصحة وفق دفتر تحملات دقيق يأخذ بعين الاعتبار متطلبات الخريطة الصحية الجهوية وخصوصيات الوحدات الترابية وحاجياتها.
- إعادة هيكلة المستشفيات الإقليمية ووضع شبكة دقيقة «للاعتما» في تصنيف المؤسسات، مع العمل على الاحترام الصارم لمسلك العلاجات والرفع من جاذبية المستوصفات وجعلها مراكز متقدمة في النهوض ببرامج العلاجات الأولية والتصدي لكل الأمراض السارية وغير السارية والأوبئة في بدايتها للتخفيف من كلفة العلاجات وتيسير الولوج المتكافئ إلى الخدمات الصحية بالمراكز الجهوية والمستشفيات الجامعية.²³

21 - Rapport Santé en chiffres Maroc 2017

https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/2021/sante%20en%20chiffres%202017.pdf

22 - Financement public de santé au Maroc entre contraintes et opportunités

Nadia Ben Ali, Colloque national de la santé, Marrakech 2 juillet 2003

· تعزيز مبادئ الحكامة الجيدة في تسيير المؤسسات الاستشفائية وإحياء مبدأ التخطيط الترابي للعرض الصحي وخلق بنى تشاورية جهوية مع مختلف المتدخلين لتعزيز الشفافية والرفع من جاذبية القطاع وتجويد آليات التنسيق والالتقائية والتكامل في تدبير الصحة باعتبارها خدمة عمومية مفتوحة على أكثر من قطاع.

· تسجيل أهمية تنصيب المادة 7 من القانون الإطار 34.09 على «الحماية الصحية» واحترام الشخص وسلامة جسده وحفظ كرامته وخصوصياته « واحترام حق المريض في المعلومة المتعلقة بمرضه»²⁴، إلا أنه يشدد على أن أجراً هذه المقترضات، التي تقع في صلب حقوق الإنسان تتطلب توفر مختلف البنات الاستشفائية على مراكز للتواصل والاعلام والتوجيه وبنات دقيقة للتشكي والانتصاف عند الحاجة.

ج - تمويل الحق في الصحة

· رغم أن التمويل الصحي يعتبر ركناً أساسياً لفعلية الحق في الصحة فإن الميزانية العامة لوزارة الصحة لا زالت تتراوح بين 6% و7% من الميزانية العامة عوض 12% الموصي بها من طرف منظمة الصحة العالمية أو مقارنة مع دول أخرى (10.7% في الجزائر، أو 12.4% في الأردن أو 13.6% في تونس).. كما أن الإنفاق الصحي يبقى أقل من 6% من الناتج المحلي الإجمالي، وهو أقل من المعدل العالمي الذي يبلغ 10%.

· وبالإضافة إلى هذا المستوى المنخفض من الإيرادات، يتم تمويل النفقات الصحية أساساً من طرف الأسر بنسبة 63.3% منها 50.7% في المائة بشكل مباشر، و24.4% من الموارد الضريبية، و22.4% من اشتراكات الضمان الاجتماعي²⁵.

· تشكل مساهمات الأسر المرتفعة في تمويل النفقات الصحية عائقاً أمام الحق في الصحة والعلاج بسبب ضعف الولوج إلى العلاج: 0.6 استشارة علاجية بالسنة لكل فرد مقابل 2.7 في تونس و6.4 في فرنسا و13 باليابان.

· ويبلغ إجمالي الإنفاق على الصحة للفرد 161 دولار بينما يبلغ 471 دولاراً في المتوسط بالنسبة للبلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، أو بلدان مثل الأردن (250 دولار) أو تونس، (340 دولار).²⁶ ولذلك فإن منظمة التجارة والتعاون الاقتصادي OCDE تقدر أن على المغرب أن يرفع، في أفق سنة 2030، مستوى الإنفاق الصحي بمقدار 2.5 نقطة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، ليلبلغ 8.2% من الناتج المحلي الإجمالي، أو

24 - المادة 7 من القانون الإطار رقم 34.09

25 - COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE - 2018

26 - OCDE (2020), Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc. www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-au-maroc.htm.

107 مليار درهم بما في ذلك 77 مليار درهم من الميزانية العامة، من خلال العمل على توسيع التغطية الصحية وتعزيز المساهمات، والمدائل الجبائية.²⁷ سيوفر تعميم التغطية الصحية مدايل جديدة لتمويل المنظومة الصحية في القطاعين العام والخاص. لذلك فمن شأن تأهيل المستشفيات العمومية وتحسين خدماتها أن يساهم في استقطابها لمزيد من التمويل من طرف التأمين الإجباري عن المرض.

بناء على هذه المعطيات ولضمان تعبئة مزيد من التمويلات المبتكرة لقطاع الصحة، يدعو المجلس إلى :

- تأهيل المستشفيات العمومية وتجويد خدماتها لاستقطاب مزيد من التمويل من طرف التأمين الإجباري عن المرض، عوض اكتفاءها باستقطاب 6% من نفقات التأمين الإجباري عن المرض حاليا، وخصوصا مع تعميم التغطية الصحية الذي سيدر مدايل جديدة لتمويل المنظومة الصحية.
- تعزيز مدايل جبائية صحية كالضرائب الداخلية على استهلاك المنتجات الضارة بالصحة.
- وضع نظام ضريبي بيئي، من أجل تمويل النفقات الصحية من جهة، وتحسين التعامل مع البيئة والصحة العامة.
- الرفع من الميزانية المخصصة لوزارة الصحة من الميزانية العامة لتتوافق مع معايير منظمة الصحة العالمية 12%.
- الرفع من معدلات الانفاق الصحي للأفراد لينتقل من 170 دولارا في عام 2016 إلى 419 دولارا في عام 2030، مع خفض نسبة مساهمات الاسر بأكثر من النصف على الأقل: من 63% حاليا إلى أقل من 30% كهدف أولي، ثم ما تحت 25%.
- وبالنظر إلى المتغيرات الدولية والتحولت الناشئة المرتبطة بتداعيات جائحة كوفيد 19، وانسجاما مع ملاحظات وتوصيات المشاركين في الحوار الجهوي، يؤكد المجلس أهمية تحرير تمويل الصحة من إكراهات التوازنات الماكرو اقتصادية والتعامل مع خيار الصحة كاستثمار وطني يهم السيادة والأمن الوطني.

ث - حكامه الموارد البشرية

انطلاقا من مختلف اللقاءات الوطنية والجهوية التي نظمها المجلس حول الحق في الصحة، يبدي المجلس انشغاله العميق بمجموعة من الاختلالات التي يعرفها تدبير الموارد البشرية والتي تؤثر بشكل مباشر على فعلية الولوج للحق في الصحة، أهمها:

27 - OCDE (2020), Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc,

OCDE, Paris, www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-au-maroc.htm.

· **الخصاص الكبير في عدد الأطر الصحية**، حيث يعمل بالمغرب 23 ألف طبيب ويحتاج إلى 32 ألف طبيب إضافي، حسب المعايير الأساسية لمنظمة الصحة العالمية. كما أنه في حاجة كذلك لأزيد من 65 ألف مهني صحي.²⁸ ومن المتوقع أن تتزايد هذه الحاجيات من الأطر البشرية بشكل متسارع في المستقبل بسبب مجموعة من العوامل، أهمها:

- تعميم التغطية الصحية التي تهدف إلى تمكين كل المغاربة من الولوج إلى العلاج بشكل متكافئ ودون عقبات وهو ما سيرفع الضغط على الخدمات الصحية.
- النمو الديمغرافي للسكان وهو ما يستدعي مرافقته بمزيد من الأطر الصحية.
- شيخوخة المجتمع وحاجيات هذه الفئة العمرية من الناحية الصحية.
- انتشار الأمراض المزمنة والطويلة الأمد مع ما تستلزمه من عناية طبية مكثفة وممتدة زمنيا.
- شيخوخة الأطر الطبية نفسها وضرورة تعويضها.
- متطلبات تنفيذ المقاربة الصحية القائمة على الوقاية عوض الاستشفاء.

· **نزيف هجرة الأطباء والأطر الصحية**: حيث تقدر الإحصائيات إلى أنه مقابل 23 ألف طبيب مغربي يمارسون بالمغرب، هناك ما بين 10 ألف و14 ألف طبيب مغربي يمارسون ببلاد المهجر وخصوصا بالبلدان الأوروبية. وهو ما يجعل واحدا من كل ثلاث أطباء مغاربة تقريبا يمارس بالخارج، رغم الحاجة الملحة للمغرب لكل أطباءه بل للمزيد منهم.

· **التوزيع غير المتكافئ لهذه الأطر على التراب الوطني**، ذلك أن أكثر من نصف الأطباء يعمل في محور الجديدة الدار البيضاء الرباط القنيطرة. كما أن ثلثا المهنيين الصحيين يتمركزون بأربع جهات من المملكة، في حين يتوزع الثلث الباقي على الثماني جهات الأخرى، مع سوء توزيع هذه الأطر داخل الجهات نفسها، وما بين المناطق الحضرية والمناطق القروية. وكنتيجة لهذا التوزيع غير المتكافئ فإن الوصول إلى العلاج يتعذر على العديد من المواطنين والمواطنات، مما يساهم في ظاهرة التخلي عن خدمات الرعاية الصحية. وتشير المعطيات التي توصل إليها المجلس إلى أن أربعة (4) مواطنين من كل عشرة (10) يضطرون لقطع أكثر من (10) عشر كيلومترات للوصول لأول نقطة صحية²⁹، مما يساهم في عدم الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية. وهو ما يفسر تباين معدل الاستشارات العلاجية لكل نسمة: 0,3 استشارة سنويا أو استشارة واحدة كل 40 شهرا كمتوسط في جهة درعة تافيلالت 0,9 أو استشارة كل 13 شهرا في جهة فاس مكناس. أما المعدل الوطني فهو

28 - Khalid Ait Taleb, *Ministre de la santé*, MAP 04/05/2021

29 - Les indicateurs de l'offre et de la demande de soins en santé reproductive

<https://www.hcp.ma/file/103093/>

لا يتجاوز 0,6 استشارة علاجية لكل فرد سنويا او استشارة كل 20 شهرا.³⁰

من الواضح أن هناك حاجة ملحة اليوم إلى تكوين عدد كبير من الأطباء سنويا وكذا عدد أكبر في باقي المهن الصحية. فمشروع تكوين 3300 طبيب سنويا الذي أقرته الحكومة سنة 2007 في أفق 2020، لم يحقق مبتغاه ولا اقترب من أهدافه. في سنتي 2019 و2020 بلغ عدد الأطباء المكوينين بين 2100 و2200 طبيب فقط. أزيد من 600 - 700 طبيب منهم يهاجرون نحو الخارج.

ومن جهة أخرى فإن الأطر الطبية العاملة في القطاعين العام والخاص على حد سواء، تعاني من ضعف الأجور والمداويل مقارنة حتى مع الفئات المهنية الأخرى، وغياب التحفيزات وتدهور ظروف العمل والممارسة الطبية كما أكد على ذلك كل الأطر الصحية التي شاركت في اللقاءات الجهوية التحضيرية لهذا التقرير.

ويعاني أطباء القطاع الخاص من هشاشة الظروف المحيطة بالممارسة الطبية، وضعف التغطية الصحية لدى المواطنين وانعدام التحفيزات التي تساعد على الاستمرار وعلى تطوير أداء القطاع الخاص.

في ضوء هذه المعطيات، يؤكد المجلس على:

- اعتماد خريطة صحية تحدد الحاجيات الحقيقية وتمكن من توزيع الموارد بشكل عادل، لضمان العدالة الترابية، والاستغلال الأمثل للموارد البشرية والمالية والبنية التحتية وتضمن تكافؤ الفرص، في القطاع العام وتوفر البنيات والشبكات التحفيزية المالية والضريبية لتشجيع توجه الاستثمار الخاص نحو المناطق الأقل تغطية.

- تثمين الموارد البشرية بالعمل على إحداث وظيفة عمومية صحية مما يستدعي مراجعة القانون الإطار 34.09 في اتجاه ملاءمة تدبير الرأسمال البشري للقطاع الصحي مع خصوصية المهنة وتحسين جاذبية القطاع الصحي العمومي من خلال مراجعة شبكة الأجور ووضع شبكة دقيقة للتحفيز في انسجام تام مع خصوصيات وبعد مواقع العمل الترابي.

- العمل على إطلاق ورش استعجالي مع الشركاء الترابيين على المستوى الجهوي لوضع شبكة إضافية للتحفيزات التي من شأنها جعل جاذبية القطاع تقوم على التكافؤ بين الوحدات الترابية.

- إصلاح التكوين في المجال الصحي وإعادة وضع مخططات طموحة لتخريج ما يكفي من الأطر الصحية التي من شأنها الاستجابة للحاجيات المتزايدة جراء الدخول في تنزيل الحماية الاجتماعية الشاملة.

- ضرورة مراجعة شروط الولوج إلى كليات الطب والصيدلة.

- العمل على تحسين أوضاع الأساتذة الجامعيين الأطر العاملة بكليات الطب والمستشفيات الجامعية ومضاعفة أعدادهم لتتلافى الإشكالات التي تطرحها الإحالة على التقاعد.
- ترشيد توظيف الموارد البشرية والتجهيزات والبنيات وتحسين ظروف وأسايب وأدوات العمل، واعتماد آليات التقييم والتحفيز.
- تأهيل المستشفى العمومي حتى يكون أكثر جاذبية وتنافسية لضمان استمراريته، وتنويع وزيادة مصادر تمويله، عوض اكتفاءه باستقطاب 6% من مصاريف التأمين الاجباري عن المرض.
- رقمنة النظام الصحي لما لذلك من انعكاسات إيجابية لفائدة المرضى والمهنيين الصحيين والصحة العامة، من خلال استخدام أنظمة معلومات متكاملة، وتحسين جودة التشخيص وبروتوكولات العلاج، وضمان استمرارية رعاية المرضى، وتحسين الرعاية الصحية في حالات الطوارئ، وتتبع أفضل لتطور الأمراض المعدية والحالة الصحية للسكان والوضعية الوبائية بفضل تدفق سريع للمعلومات.
- تطوير وتفعيل الجهوية المتقدمة في المجال الصحي للإجابة المثلى عن انتظارات المواطنين، واشراكهم في التفكير والتدبير وتنفيذ السياسات الصحية الملاءمة لخصوصيات جهتهم المجالية والثقافية والصحية والاقتصادية.

د- تعزيز حكامه الصناعة الدوائية الوطنية

- تتوخى السياسة الدوائية الوطنية المساهمة في التمكين الفعلي لكل المواطنين من الولوج إلى العلاج، وذلك بتأمين وتسهيل وولوجهم للأدوية الأساسية ذات الجودة العالية بأثمنة مناسبة وبضمان الاستعمال الرشيد. كما أنها تهدف كذلك إلى حماية الصحة العمومية من خلال ضمان جودة وسلامة وفعالية جميع الأدوية والمنتجات الصحية الموضوعه في السوق، وتحسين المكاسب العلاجية وتقليل التبذير الاقتصادي من خلال تعزيز الاستعمال الرشيد للأدوية من طرف واصفي الأدوية ومستهلكيها، وكذا الإسهام في تعزيز الصناعة الوطنية للأدوية.
- وعلى هذا الأساس فإن اختلالات قطاع الأدوية، تؤثر بشكل كبير على صحة المواطنين من خلال إعاقة وولوجهم إلى العلاج بشكل عادل. وفي هذا الإطار يسجل المجلس انشغاله بأن السوق الوطنية لا تزال ضيقة وغير شفافة حيث وقف تقرير مجلس المنافسة³¹ على كون السوق الوطنية للأدوية ضعيفة بمعدل استهلاك لا يتجاوز في المتوسط 450 درهم لكل فرد سنويا، في حين أن هذا المعدل يبلغ 300 دولار أي ستة أضعافها المبلغفي أوروبا.

31 - <https://conseil-concurrence.ma/cc/ar/wp-content/uploads/sites/2/2021/01/Avis-du-Conseil-de-la-Concurrence-Num-A.4.20-FR-du-15-01-21.pdf>

Avis du Conseil de la Concurrence n° A/4/20 du 3 kaada 1441 (25 juin 2020) relatif à la situation de la concurrence dans le marché du médicament au Maroc

ومن ناحية أخرى فإن سوق الدواء في المغرب تعاني من الاحتكار و هيمنة بعض الأصناف الدوائية، مع ضعف الشفافية، وغياب سياسة عمومية حقيقية للدواء الجنييس. وقد خلص تقرير المهمة الاستطلاعية البرلمانية حول ثمن الدواء، إلى أن أمانة الدواء في المغرب مرتفعة بشكل غير عادي، وأنه في بلد كالمغرب حيث القدرة الشرائية منخفضة، من المفترض أن تكون العلامات التجارية الأكثر مبيعا من نفس الدواء هي الأقل ثمنا، إلا أن الواقع عكس ذلك، فالعلامات الأعلى هي الأكثر مبيعا. كما أكد التقرير نفسه أن ثمن الدواء في المغرب يعرف ارتفاعا على العموم عن مثيلاته في دول أخرى (30 إلى 189 في المئة مقارنة مع تونس بالنسبة للأدوية الأصلية)، إلى جانب الاختلاف الكبير بين أمانة نفس الدواء تحت علامات تجارية مختلفة بنسب تصل إلى 600 في المئة، كما تختلف أمانة نفس الدواء تحت نفس العلامة التجارية حسب المكان الذي تشتري منه بنسب تصل إلى 300 في المئة.

أما فيما يتعلق بمعدل اختراق الدواء الجنييس في سوق الأدوية فإنه يبقى محدودا، فمعدل استهلاك الأدوية الجنييسة في المغرب لا يتجاوز 40% مقابل 60% للأدوية الأصلية. ويعزى هذا الضعف إلى طبيعة سوق الأدوية التي تتسم بضعف استهلاك الدواء، وتدني مستوى التغطية الصحية، وتحمل المريض لجزء كبير من المصاريف ذات الصلة بالأدوية. وعلى سبيل المقارنة فقد بلغ معدل استهلاك الدواء الجنييس من حيث الحجم، برسم 2017، نسبة 86% بالولايات المتحدة الأمريكية و84% بالشيلي و81% بألمانيا، مع العلم أن متوسط الاستهلاك العالمي يصل إلى 58%³².

بناء على كل هذه الاعتبارات، وتفاعلا مع توصيات الحوار الجهوي فإن يدعو المجلس إلى :

- تعزيز الصناعة الوطنية للأدوية، وإخراج « الوكالة الوطنية للدواء » إلى الوجود، مع إحداث مرصد وطني للدواء من أجل إنتاج نظام للمعلومات يساعد على معرفة الجوانب الاستراتيجية المرتبطة بسير وتطور جميع مكونات القطاع.
- إعادة النظر في الوضعية الحالية للوكالة الوطنية للتأمين عن المرض بتحويلها استقلالا في التدبير، مع إعادة النظر في العلاقات التي تربطها بالسلطة الوصية انسجاما مع القانون المنظم لمدونة التغطية الصحية الأساسية.
- تشجيع استعمال الدواء الجنييس لتخفيف عبء التحملات المالية على الأسر وعلى صناديق التأمين.

2 - بناء نظام صحي قائم على المقاربة الوقائية

أ - استهداف المحددات السوسيواقتصادية والبيئية للحق في الصحة

32 - Avis du Conseil de la Concurrence A/4/20 relatif à la situation de la concurrence dans le marché du médicament au Maroc

<https://conseil-concurrence.ma/cc/ar/wp-content/uploads/sites/2/2021/01/Avis-du-Conseil-de-la-Concurrence-Num-A.4.20-FR-du-15-01-21.pdf>

· لتمكين الأفراد والجماعات من الاستفادة الفعلية من الحق في الصحة، و جعل الاستفادة من هذا الحق مدخلا لتسهيل الولوج الى باقي حقوق الإنسان، يرى المجلس ضرورة اعتماد المقاربة الشاملة لتعزيز فعلية الحق في الصحة. وقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية فعلية الحق في الصحة في تحسين عدد من المؤشرات السوسيو اقتصادية والاقلاع التنموي، وكذا أهمية تحسين المحددات الاجتماعية للصحة في تحسين المؤشرات الصحية.

· ومما لا شك فيه أن كل انتهاك للحق في الصحة يؤثر على القدرة على التمتع بحقوق الإنسان الأخرى، كالحق في التعليم أو الشغل. كما أن الأفراد والمجتمعات يتمتعون بالصحة كلما تم احترام وحماية حقوق الإنسان، فتعزيز الحق في التعليم يؤدي إلى صحة أفضل. فقد مكن تعليم الفتيات من إنقاذ حياة 30 مليون طفل أقل من خمس سنوات من العمر. كما أثبتت الدراسات أن تعلم النساء حتى نهاية الابتدائي يمكن من نقص وفيات الأمهات بالثلثين. وأن كل طفل من أم تجيد القراءة له 50% حظوظ أكثر للاستفادة من التلقيح، ونفس الزيادة من الحظوظ للعيش إلى ما بعد الخمس سنوات من العمر.³³

· غير أنه من الضروري التأكيد أنه لا يمكن تحسين صحة الأفراد والصحة العامة بالعمل فقط على المنظومة الصحية، بل يجب بالأساس الاشتغال على المحددات الاجتماعية الأخرى للصحة من توفير الماء الشروب، التغذية، السكن اللائق، البيئة وغيرها من المحددات. فالمنظومات الصحية رغم محوريتها وأهميتها، فهي تساهم في تحسين الصحة بنسبة أقل بكثير من المحددات الاجتماعية الأخرى للصحة التي تساهم ب 73%. فقد أظهرت الدراسات أنه من أصل 30 سنة تم ربحها في القرن الماضي في مؤشر معدل أمد الحياة عند الولادة، ساهمت المنظومات الصحية في ربح 8 سنوات، بينما ساهمت المحددات الاجتماعية الأخرى للصحة في ربح 22 سنة.³⁴

· وفي نفس الاتجاه فقد خلصت عدة دراسات في محاولة لفهم تحول دول أسيوية إلى دول صاعدة بينما لم تنجح دول مجاورة لها أو دول افريقية ومن أمريكا اللاتينية في ذلك، إلى كون تحسين الولوج إلى العلاج والحق في الصحة من طرف تلك البلدان الأسيوية خلال خمسينيات وستينيات القرن الماضي، كان هو المحدد الأساسي الذي جعلها تحقق ثلاثين أو أربعين سنة بعد ذلك فقرة تنموية هائلة متحولة إلى بلدان

33 - L'impact de l'éducation sur la santé en infographie

<https://france.aide-et-action.org/expertise/limpact-de-leducation-sur-la-sante-en-infographie/>

34 - Déterminants de la santé : Pourquoi agir sur les déterminants de la santé?

Institut national de santé publique du Québec

INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique

<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>

صاعدة³⁵، على عكس العناصر التي قدمت لتفسير هذه العملية، كعنصر الخصائص الثقافية، أو ثقافة التوفير، أو المؤسسات السياسية.

. كما خُصّص تقرير أنجزته لجنة مختصة في منظمة الصحة العالمية تحت عنوان: «الماكرو اقتصاد والصحة، الاستثمار في الصحة من أجل نمو اقتصادي»، أن استثمار 66 مليار دولار في الخدمات الصحية في البلدان ذات الدخل الضعيف لن يساهم فقط في إنقاذ حياة 8 ملايين إنسان، بل بإمكانه أن يوفر عائدا استثماريا بين سنة 2015 و2020 قدره 360 مليار دولار، نصفه عائدا اقتصادية مباشرة بفضل حياة أطول وصحة أفضل ودخل أكثر، والنصف الآخر بطريقة غير مباشرة. وقد التقرير كذلك أن استثمار دولار واحد في الأمراض الغير السارية يعود بسبعة دولارات كعائد اقتصادي.

. تأسيسا على ما سلف، يدعو المجلس إلى:

- . اعتبار السياسات العمومية والاستراتيجيات والتدخلات المرتبطة بالصحة تفعيلًا للحق في الصحة من حيث هو حق لذاته، وبالتالي إعداد دراسة شمولية حول مختلف تدخلات الفاعلين المعنيين بالحق في الصحة، باعتباره حقا مؤسسا لإمكانية التمتع بباقي حقوق الإنسان.
- . استحضار المقاربة القائمة على حقوق الإنسان وضرورة التحسين التدريجي لتمتع الأفراد والمجموعات بالحق في الصحة، في بناء السياسات والاستراتيجيات الصحية، وعدم الاكتفاء بسؤال النجاعة فقط.
- . استحضار كافة المحددات الاجتماعية للصحة من توفير الماء الشروب، التغذية، السكن اللائق، البيئة وغيرها من المحددات المؤثرة في التمتع بالحق في الصحة.

ب - اعتماد نظم تركز على الرعاية الصحية الأولية

. الرعاية الصحية الأولية هي نظام صحي يركز على احتياجات وظروف الأفراد والأسر والمجتمعات المحلية. وتُعنى الرعاية الصحية الأولية بالمسائل الشاملة والمترابطة الخاصة بالصحة البدنية والنفسية والاجتماعية، وبتوفير الرعاية للإنسان، فيما يخص الاحتياجات الصحية طوال الحياة، من خلال رعاية شاملة إرشادية وحمائية ووقائية وعلاجية وتأهيلية ومُلتطفة طوال فترة الحياة. إنها الوسيلة الأكثر فعالية من حيث التكاليف لتحقيق التغطية الصحية الشاملة في جميع أنحاء العالم.³⁶

35 - Les relations entre santé, développement et réduction de la pauvreté Relationships between health, development and poverty reduction

Présenté par François Gros Jean-Claude Berthélemy

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1631069108002308>

36 - OMS : Soins de santé primaires

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

ولذلك فإن منظمة الصحة العالمية ما فتئت تؤكد على أهمية الرعاية الصحية الأولية كأساس للمنظومات الصحية منذ ما قبل مؤتمر ألماطا سنة 1978. فرغم كل التطور الطبي والعلمي والتكنولوجي الذي عرفه مجال الصحة، فإن التجارب الدولية التي مر منها تطور المنظومات الصحية، أظهرت محدودية نتائج التدخلات البعدية، وكلفتها المالية والاجتماعية والإنسانية مقارنة مع التدخلات القبئية، ووضحت هذه الحقائق أكثر وضوحا مع شيخوخة المجتمعات ونجاح البشرية في القضاء أو التقليل من الأمراض السارية، واستفحال الأمراض المزمنة.

ولا حاجة للتذكير أن التوعية الصحية والتربية الصحية والتلقيح والمتابعة المنتظمة لصحة الأفراد والجماعات داخل مجتمعاتهم المحلية، من طرف منظومة صحية مبنية على طب القرب وطب الأسرة، تؤدي إلى تحسين المؤشرات الصحية والحفاظ على حياة وصحة الأفراد بأقل تكلفة، وتضمن تكافؤ الفرص وتجعل المنظومة الصحية، أكثر فعالية وأكثر كفاءة وأكثر عدالة³⁷. وفي هذا الإطار تشير الإحصائيات إلى أن كل طبيب أسرة إضافي لكل 10 آلاف نسمة يمكن أن يساهم في انخفاض معدل الوفيات بنسبة 6% تقريبا³⁸. كما أن الرعاية الصحية الأولية تحسّن إجمالي التكاليف، وتحسّن الكفاءة بالتقليل من الحاجة لدخول المستشفيات، مما يشكل تأثيرا إيجابيا على المنظومة الصحية وعلى جودة الحياة بالنسبة للمرضى الذين يتلقون علاجهم بين ذويهم عوض المستشفيات. ولذلك فإن تقوية الرعاية الصحية الأولية أمر جوهري لتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة والتغطية الصحية الشاملة³⁹.

أما في المغرب فيتوزع الأطباء بين 38% أطباء عامون و62% أطباء اختصاصيون وهو عكس ما يجب أن يكون عليه هذا التوزيع، (أي 60% أطباء عامون و40% أطباء اختصاصيون)، من أجل إنجاز مقاربات صحية مبنية على الرعاية الأولية.

ومن جهة أخرى يسجل المجلس أهمية التلقيح كركيزة لرعاية صحية أولية فعالة وناجعة، حيث ساهم في حماية صحة وحياة البشر كما لم يساهم أي اكتشاف وأي إجراء آخر في تاريخ البشرية، باستثناء توفير الماء الشروب لصالح المجتمعات⁴⁰. وتقدر الإحصائيات أن اللقاحات المستعملة حاليا تنقذ حياة ما بين ثلاثة

37 - *Contribution of Primary Care to HealthSystems and Health*

BARBARA STARFIELD, LEIYU SHI, JAMES MACINKO,

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.14680009.2005.00409..x>

38 - *Journal of Public Health Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association?*

Department of Public Health Sciences, Kings College London

39 - التغطية الصحية الشاملة

توفير الرعاية الصحية الأولية من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، تقرير المدير العام

pdf.ar-A72_12/WHA72/files_pdf/ebwha/gb/int.who.apps://https

40 - Plotkin S, Orenstein W, Offit P. Vaccines, 5th ed. Saunders, 2008.

Vaccines, 5th Edition

PublishedDate: 7th February 2008

وأربعة ملايين إنسان سنويا. ويعتبر المغرب من الدول الرائدة عالميا في تغطية نسبة كبيرة من الأطفال باللقاحات، حيث تتجاوز نسبة التغطية 95%.

وبناء على المعطيات السالفة الذكر يوصي المجلس بما يلي :

- إعادة بناء المنظومة الوطنية للصحة على أساس جعل الرعاية الطبية الأولية في قلب هذه المنظومة باعتبارها الوسيلة الأكثر كفاءة وفعالية، ومدخلا لربح رهان الحماية الاجتماعية الشاملة، وبالنظر إلى دورها المحوري في كسب رهان التربية الصحية والمتابعة المنتظمة لصحة الأفراد والجماعات داخل مجتمعاتهم المحلية، من طرف منظومة صحية مبنية على طب القرب وطب العائلة، كما أنها توفر إطارا واضحا لتحسين المؤشرات الصحية والحفاظ على حياة وصحة الأفراد بأقل تكلفة، وأكثر فعالية وعدالة.
- جعل الرعاية الصحية الأولية أداة لتحسين تكافؤ الفرص والمساواة بين المواطنين والمواطنات، في خدمة منظومة صحية، أكثر فعالية وكفاءة و عدالة، وقادرة على المساهمة في تقليص أعباء وكلفة الأمراض المزمنة.

ج - المسار المنسق للعلاج: ترشيد الموارد البشرية والمالية وجودة الخدمات الصحية.

· يسجل المجلس انشغاله بكون مسار المريض من أجل العلاج داخل المنظومة الصحية، أضحى أكثر تعقيداً بسبب أنظمة صحية، بمثابة متاهات من حيث تنوعها وتنظيمها وتخصصاتها الدقيقة والمختلفة. كما يؤكد ذلك العديد من مهنيي الصحة، الذين شاركوا في الحوار الوطني والجهوي، ذلك أن غياب مسار علاجات منظم وواضح يعتبر مصدر إهدار للوقت والمال، وإساءة استخدام الموارد البشرية الغير الكافية أصلا. والى جانب هدر الموارد الصحية فإن هذا المسار غير الواضح يؤدي إلى ضياع فرص ثمينة للتشخيص والعلاج في الوقت المناسب، مما يؤثر سلبا على صحة وحياة الأفراد، ويتسبب تبعا لذلك في زيادة الضغط على الخدمات الصحية وعلى المنظومة الصحية في مجملها.

ولذلك وانسجاما مع خلاصات الحوار الجهوي، يؤكد المجلس الوطني:

- ضرورة الاعتماد على المسار المنسق للعلاج الذي يسمح لكل مواطن بالحق في اختيار طبيبه المعالج، الذي يتابعه ويستقبله ويوجهه ويرافقه وينسق مساره في المنظومة الصحية، من أجل ربح الوقت في التشخيص والعلاج، وترشيد استعمال جهود المهنيين الصحيين، والإنفاق الصحي، واستخدام البنى التحتية وتحسين جودة الرعاية.
- ملاءمة تكوين الأطباء مع الحاجيات الأساسية للسكانه وتكييفه مع خصوصيات طب القرب.
- تعزيز المكتسبات الوطنية في ميدان تلقيح الأطفال، وضمان احترام رزمة التلقيح الكاملة، وتشجيع الكبار على الاستمرار في الاستفادة من التلقيحات الدورية وكذا بعض الفئات من البالغين من استعمال اللقاحات الملائمة.

- تعزيز برامج الرعاية الصحية لفائدة الأمهات والأطفال.
- تعزيز برامج الرعاية الصحية الخاصة للأمهات بمناسبة الحمل والولادة.
- تعزيز برامج الرعاية الصحية الموجهة للرضع خلال خمس سنوات الأولى.
- تعزيز مؤشرات محاربة وفيات الأطفال والرضع خلال سنة وخمس سنوات.
- تعزيز البرامج الموجهة لمحاربة سرطان الثدي والرحم، وتحسين المؤشرات.
- وضع برامج لتعزيز مؤشرات محاربة سرطان البروستات لدى الرجال.
- تعزيز البرامج الموجهة لتعزيز صحة الأطفال في وضعية إعاقة.

د - النهوض بالصحة الجنسية والإنجابية

تعتبر الصحة الجنسية والإنجابية، حسب المفوضية السامية لحقوق الإنسان، مرتبطة بحقوق متعددة، بما فيها الحق في الحياة، والحق في الصحة، والحق في عدم التعرض للتعذيب، والحق في الخصوصية، والحق في التربية، وحظر التمييز، إلخ. وقد طور المغرب على مدى عقود، عددا كبيرا من الاستراتيجيات⁴¹ والخطط⁴² والبرامج⁴³ المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية.

وفي إطار التوجهات الجديدة التي عرفها المغرب في مجال التنمية البشرية، تم إطلاق الاستراتيجية الثانية للصحة الجنسية والإنجابية 2021-2030، انسجاما مع الإرشادات الصحية الدولية المنصوص عليها في الاتفاقيات الدولية والاتفاقيات الإطارية التي انضم إليها المغرب، ومواكبة للإصلاح المؤسساتي الذي تعرفه المملكة في مجال السياسة الصحية بالمغرب تعزيزا للطلب الاجتماعي المتزايد في هذا المجال.

وقد مكنت هذه الاستراتيجية من احراز تقدم ملحوظ في تحسين العديد من المؤشرات الرئيسية للصحة الجنسية والإنجابية، وهو ما من خلال تحسين المؤشرات المتعلقة بصحة الأمهات والأطفال والنساء والشباب. فحسب نتائج المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة لسنة 2018، الذي تم من خلاله رصد أهم المؤشرات الصحية المتعلقة بصحة الأمهات والأطفال، فقد سجل معدل وفيات الأمهات، باعتباره مؤشرا رئيسيا لتقييم مستوى الولوج للحقوق الصحية والإنجابية، انخفاضا ملحوظا حيث انتقل من 112 حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية حسب المسح الديمغرافي للمندوبية السامية لتخطيط لسنة 2010 إلى 72.6 حالة وفاة لكل مائة ألف

41 - الاستراتيجية الوطنية لمحاربة الأمراض المنقولة جنسيا القابلة للشفاء والتي يتم من خلالها الكشف عن فيروس السيدا، خاصة لدة النساء في سن الأنجاب والحوامل، حيث ارتفع عدد الحوامل المستفيدات من الفحص من 43000 سنة 2012 إلى أزيد من 120000 سنة 2018؛ الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية 2011-2020

42 - المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان 2010-2019 والذي تم في إطاره تعزيز عمليات الرصد المبكر لسرطانات الثدي وعنق الرحم، حيث سجلت سنة 2017 استفادة أزيد من 1.832.000 امرأة من الفئة العمرية 40-69 سنة من خدمات الكشف المبكر لسرطان الثدي. تم تشخيص أكثر من 1504 سرطان للثدي مقابل استفادة 920000 امرأة من الكشف المبكر وتشخيص حوالي 133 حالة سرطان للثدي خلال الحملة الوطنية برسم سنة 2018.

43 - البرنامج الوطني لمراقبة الحمل والولادة، والذي اتخذ سياسة الإعفاء من الأداء بالنسبة للعلاجات الخاصة بالولادة الطارئة والأطفال حديثي الولادة، والخدمات الصحية المقدمة في المرافق الصحية الأساسية والعملية القيصرية والفحوصات المخبرية، كما تشمل إجراءات الترحيل الصحي للحوامل ودهم وحدات الإسعاف والإنقاذ لنساء الحوامل في المناطق المعزولة، إضافة إلى إصدار قانون رقم 44.13 يتعلق بمزاولة مهنة القبالة سنة 2016.

ولادة حية سنة 2018⁴⁴. كما انخفض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة بنسبة 38% بين عامي 2011 و2018 من 21.7 إلى 13.6 حالة وفاة لكل 1000 حالة وفاة وهو يتعلق بثلاثة أرباع وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وتعزى هذه النتائج إلى توسيع الولوج إلى الخدمات الصحية.

ومن جهة أخرى فقد عرفت بعض المؤشرات الأخرى تحسنا ملموسا، حيث يخضع ما يزيد عن 88.6% من النساء الحوامل لمراقبة الحمل من طرف المؤسسات الصحية سنة 2018 مقابل 76% سنة 2011. كما أن أكثر من 86% من الولادات تتم في مؤسسات صحية تحت رعاية مهنيي الصحة المؤهلين برسم سنة 2018 مقابل 73% سنة 2011⁴⁵. و94.5% من الأطفال ما بين 12 و23 شهرا من العمر تم تلقيحهم⁴⁶. كما أظهر انتشار موانع الحمل بين النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة تقدما جيدا، حيث وصل إلى 70.8% في عام 2018. وفي السياق نفسه، توسع الولوج إلى مؤسسات الصحية العمومية، سيما بفضل تعميم نظام المساعدة الطبية «راميد».

وعلى الرغم من التحسن الذي تعكسه الأرقام المذكورة أعلاه، فإن المجلس، وعلى ضوء مخرجات اللقاءات الوطنية والجهوية التي نظمها يسجل انشغاله بمجموعة من المؤشرات التي تبين ضعف الولوج إلى الصحة الإنجابية والجنسية، ولاسيما :

- استمرار وفيات الأمهات بمناسبة الحمل أو الولادة بحيث لازالت 482 امرأة تموت كل عام جراء المضاعفات ذات الصلة بالحمل والولادة، ويتركز ثلثا وفيات الأمهات في المناطق القروية، حيث يستمر ما يناهز ثلث النساء في الولادة في المنزل.

- استمرار تفشي سرطان الثدي وعنق الرحم بين النساء. وهما على التوالي السببان الرئيسيان للوفاة بالسرطان بين النساء المغربيات.

- استمرار الإبلاغ عن حوالي 350.000 حالة من الأمراض المنقولة جنسيا سنويا. ويبلغ معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية بين عموم السكان 0.08%، بينما 8% فقط من النساء هن من تلقين استشارة قبل الزواج، كما تبلغ نسبة سرطان الثدي 36.14%، بين النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 35 و55 عاما ويتم تشخيص وعلاج ثلثي حالات سرطان عنق الرحم في مرحلة متقدمة من المرض.

- وتعتبر 5.8% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 عاما «عقيمت»، وتتاثر ما يقرب من 3 ملايين امرأة بمشاكل متعلقة بانقطاع الطمث نتيجة الزواج المتأخر وعسر الإنجاب وارتفاع تكلفة الولوج إلى العلاج.

44 - المندوبية السامية للتخطيط تقرير حول مؤشرات التنمية البشرية بالمغرب لسنة 2020

45 - التقرير المرحلي المتعلق بمتابعة تنفيذ توصيات الجولة الثالثة من آلية الاستعراض الدوري الشامل، 2019، صفحة 34

46 - المندوبية السامية للتخطيط تقرير حول مؤشرات التنمية البشرية بالمغرب لسنة 2020

-استمرار استغلال الاستثناء الوارد في مدونة الأسرة لتزويج القاصرات دون سن 18 عشر.

- التأثير السلبي لجائحة كوفيد 19 على برامج الصحة الإنجابية والجنسية، ففي سنة 2020 وخلال فترة الحجر الصحي، من بين 6% من الأسر التي ضمن أفرادها نساء معنية بالصحة الإنجابية، تبين أن 34% منهن لم يحصلن على هذه الخدمات الصحية 27% في المناطق الحضرية و 39% في المناطق القروية⁴⁷.

- استمرار تجريم الإجهاض غير الشرعي في القانون المغربي، مع استثناء بعض حالاته من العقاب، بوجود مبررات قاهرة، مع ما يسببه ذلك من معاناة، ولما له من آثار صحية ونفسية واجتماعية على المرأة والأسرة والجنين.

كما يسجل المجلس أثر الاختلالات المرتبطة بالحكامه في إعاقه تعزيز حماية الحقوق الإنجابية والجنسية، خاصة فيما يتصل ب⁴⁸:

-العرض المتعلق بالعلاجات، سيما في الوسط القروي، وبالموارد البشرية العاملة في القطاع.

- عدم تكافؤ الفرص من خلال عدم تجانس هندسة المؤسسات الصحية للولوج إلى العلاجات.

- ضعف جاذبية المؤسسات للعلاجات الصحية الأولية.⁴⁹

- فوارق الولوج إلى الخدمات الصحية، حيث أن ما يقارب 20 في المائة من السكان يبعد عنهم أقرب مركز صحي بأكثر من 10 كيلومترات وهو ماقد يشكل خطرا على صحة الساكنة، سيما في المناطق القروية والجبيلية.⁵⁰

-أما فيما يتعلق بالحقوق الصحية والانجابية للشباب فان المجلس يسجل أن الحياة الجنسية لهذه الفئة لا تزال موضوعا لا يحظى بالاهتمام الضروري في النقاش العمومي حول الحق الصحة، مما يشكل عقبة رئيسية أمام مراعاة احتياجاتهم واحترام حقوقهم⁵¹.

بناء على كل هذه الاعتبارات فان المجلس يدعو إلى :

- الحد من عدم المساواة في الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية بين المناطق الحضرية والقروية؛

- تعزيز التكامل والتنسيق بين برامج الرعاية، لاسيما بين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية وخدمات فيروس نقص المناعة البشري وخدمات العنف القائم على اختلاف النوع والاستفادة من التجارب الوطنية السابقة؛

47 - تقرير للمندوبية السامية للتخطيط حول مؤشرات التنمية البشرية للمغرب لسنة 2020

48 - التقرير السنوي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي لسنة 2018 و2020

49 - الخريطة الصحية بالمغرب. وزارة الصحة، 2018

50 - الخريطة الصحية بالمغرب. وزارة الصحة، 2018

51 - دليل الجمعية المغربية لتنظيم الأسرة حول الترافع حول الحقوق الإنجابية والجنسية للشباب

- تطوير البرامج المخصصة للوقاية من العقم، سن اليأس، سرطان الرحم، وسرطان الثدي، وسرطان البروستات...
- التركيز في اعداد الاستراتيجيات والبرامج على الفئات الأكثر حرمانا من الصحة الجنسية والانجابية من قبيل القاصرات والمراهقين والنساء القرويات والأشخاص في وضعية إعاقة؛
- التثقيف والتحسيس المستمر فيما يتعلق بالصحة الجنسية والانجابية لفائدة مختلف فئات المجتمع بطريقة متناسب ومختلف الأعمار؛
- ضرورة ايلاء الاهتمام بالصحة الجنسية والانجابية لفئات المهاجرين واللاجئين باعتبارهم فئات مستضعفة وجزء من المجتمع المغربي؛
- تأطير الإجهاض بشكل يخرج من المساءلة الجنائية في أفق عدم إجبار النساء على مواصلة الحمل حتى الوضع حينما يكون ذلك متعارضا مع الالتزامات المنصوص عليها في العهد (المادتان 6 و 7) وأن تحرر الأحكام المتعلقة بقطع الحمل⁵²؛
- الامتناع على فرض رقابة على مستوى برامج التربية الوطنية وتوفير المعلومات عن الصحة الجنسية والانجابية وتسهيل وصولها للمراهقين بما في ذلك فيروس نقص المناعة؛
- توفير تكوين ملائم لمقدمي الرعاية الصحية لتوفير خدمات جيدة في مجال الصحة الجنسية والانجابية؛
- مواءمة الترسانة القانونية الوطنية مع الصكوك الدولية في هذا الشأن؛
- نهج سياسة شاملة ومنسقة من أجل التصدي بفعالية لممارسة تزويج الأطفال، وتعزيز فرص التمكين الاقتصادي للمرأة والفتاة عموما، وتقريب الخدمات الصحية وتعميمها؛
- جعل الاختصاص للبت في زواج القاصر للقضاء الجماعي، تعزيزا للضمانات التي يجب أن تحيط به، وتحديد الحد الأدنى لسن زواج القاصر.

ه - الأشخاص المسنون

يتم التداول في مسألة الشيخوخة في الأمم المتحدة منذ ما يناهز ثلاثة عقود، وترتكز حماية حقوق الأشخاص المسنين على الأسس التالية:

• خطة عمل فيينا الدولية للشيخوخة التي اعتمدها الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 1982 بموجب

القرار 37/51؛

الإعلان السياسي لمبادئ الأمم المتحدة المتعلقة بالأشخاص المسنين 1991؛

خطة عمل مدريد للشيخوخة لسنة 2002، وهي الإطار الدولي الوحيد الذي يعنى بالأشخاص المسنين.

ويسجل المجلس أنه لا يوجد في الوقت الحاضر تراكم كبير فيما يخص وجود قوانين دولية مطبقة عالميا ومعتمدة كمرجع لصياغة تشريعات وطنية ودولية بهدف حماية حقوق الأشخاص المسنين جميعا. أما على المستوى الوطني فالبلاد تشهد وعيا ملحوظا بشأن أوضاع الأشخاص المسنين، إلا أن معالجة هذه القضايا تتطلب المزيد من الجهود. فحسب مؤشرات التقييم التي وضعتها (Watch Age Global) الجمعية الدولية للشيخوخة⁵³، جاء تصنيف المغرب على الساحة الدولية في وضعية غير مريحة، وذلك استنادا للمؤشرات المتعلقة بمستوى التعليم والتكوين، ومعدل الشغل، والتأمين المالي والتغطية الصحية، وأمد الحياة والشيخوخة السليمة وحرية الاختيار وغيرها، كما أن وضع المرأة المسنة غير مرضٍ، نتيجة التمييز وعدم الإنصاف اللذين تواجههما المرأة في حياتها.

51

وكباقي دول العالم يشهد المغرب تحولات ملحوظة على مستوى هرمه السكاني من خلال حركية ديمغرافية تنحو نحو الشيخوخة. وتبعا لهذه المتغيرات تم إعداد خطة مندمجة للنهوض بأوضاع الأشخاص المسنين -2020-2030، رسالتها الأساسية تثمين الرأسمال البشري، بمختلف فئاته، خصوصا الأشخاص المسنين، وإدماج حاجياتهم وأولوياتهم في مسار التنمية المستدامة.

مع نهاية العقد الثاني من الألفية الجديدة، يوشك المغرب، على غرار عدة دول، على إنهاء انتقاله الديمغرافي بفضل تحسن أمد حياة سكانه بالإضافة إلى انخفاض معدل الخصوبة. وينعكس هذا التطور في زيادة عدد الأشخاص المسنين. وبالتالي، فقد وصل عدد البالغين 60 سنة فأكثر، سنة 2021، إلى ما يقرب من 4,3 مليون نسمة، وهو ما يمثل 11,7% من مجموع السكان، مقابل 2,4 مليون نسمة سنة 2004 أي ما يمثل 8% من مجموع ساكنة المغرب. وحسب الإسقاطات الديمغرافية، المنجزة من طرف المندوبية السامية للتخطيط سيصل عدد الأشخاص المسنين ما يزيد بقليل عن 6 ملايين نسمة في أفق سنة 2030، وهو ما يشكل زيادة بنسبة 42% مقارنة بسنة 2021، وسوف تمثل هذه الفئة 15,4% من مجموع السكان.

53 - وفقا لتقرير رصد أحوال المسنين في العالم لعام 2015 Global Age Watch 2015. الذي أعدته منظمة الأمم المتحدة والرابطة الدولية غير الحكومية لمساعدة المسنين International HelpAge، حل المغرب في المرتبة الرابعة والثمانين من بين 96 بلدا وفي المرتبة الحادية والثمانين من بين 91 بلدا في عام 2013، ولكن ه تقدم على البلدان العربية المصنفة (الأردن في المرتبة الخامسة والثمانين، والعراق في المرتبة السابعة والثمانين، ودولة فلسطين في المرتبة الثالثة والتسعين، وحل في المرتبة الثالثة على قائمة البلدان الأفريقية التسعة المصنفة، وتحديدًا بعد جنوب إفريقيا في المرتبة الثانية والسبعين، وغانا (في المرتبة الحادية والثمانين)، وينتمي المغرب إلى مجموعة البلدان الأخيرة التي يعتبر فيها كبار السن أن الظروف المعيشية غير مؤاتية لهم.

ومن جهة أخرى تعد الرعاية الملطفة⁵⁴ عنصراً أساسياً في الخطة الوطنية للوقاية من السرطان ومكافحته 2010-2019. كما تتضمن استراتيجية القطاع الصحي للفترة 2017-2021 نقاط عمل بشأن الرعاية الملطفة.

وقد أتاح تحليل وضعية الأشخاص المسنين في المغرب، وتموقع المغرب في الساحة الدولية، والنقاش المتبادل ومخرجات اللقاءات التشاورية، والمقابلات الفردية تحديد ثماني مجالات تستحق الأولوية في التدخل، وتنقسم إلى عدة تدابير ملموسة⁵⁵:

1. تطوير المعرفة العلمية حول الشيخوخة؛
2. ضمان الأمن الاقتصادي، ومحاربة الفقر عند المسنين؛
3. تعميم التغطية الصحية للأشخاص المسنين غير المؤمنين وتحسين الولوج إلى العلاجات والخدمات الطبية؛
4. توفير الشروط الضرورية من أجل شيخوخة نشطة مدعومة بصحة جيدة؛
5. تعزيز الرعاية المنزلية عن بعد ودعم مقدمي الرعاية؛
6. النهوض بطب الشيخوخة بهدف تقديم رعاية صحية جيدة لفائدة المرضى المسنين؛
7. تعزيز المشاركة الاجتماعية والثقافية لفائدة الأشخاص المسنين؛
8. ضمان احترام الحقوق الإنسانية للأشخاص المسنين.

ورغم الدينامية التي يعرفها موضوع الأشخاص المسنين في العقدين الأخيرين، فإن المجلس يسجل أهمية الانكباب على معالجة التحديات التالية :

- الجمود الواضح من حيث الرعاية المكيفة مع خصوصيات كبار السن؛
- ندرة مرافق الرعاية طويلة الأمد
- ضعف المواكبة الاقتصادية والاجتماعية للأشخاص المسنين؛
- التفاوت المجالي فيما يخص توفر مراكز الرعاية الصحية؛
- ظهور مجموعة من الأمراض الخاصة بكبار السن، بما في ذلك مرض الزهايمر؛

- تكلفة الأمراض المزمنة بالنسبة للمسنين.
- النقص الحاد في وحدات الرعاية الملطفة أمام المرضى عموماً والمرضى المسنين بشكل خاص.
- انحصار ومحدودية الاختصاص في مجال طب الشيخوخة.
- غياب التقائية البرامج والمبادرات لحماية للأشخاص المسنين؛
- ضعف التدابير الحمائية المتعلقة بالأشخاص المسنين؛
- ضعف المستوى التعليمي للأشخاص المسنين خاصة بالعالم القروي؛
- تنوع احتياجات الأشخاص المسنين حسب وضعيتهم الاقتصادية والاجتماعية وكذلك حسب الوسط؛
- تسجيل نقص في الموارد البشرية والمالية الخاصة بمؤسسات الرعاية الاجتماعية للأشخاص المسنين؛
- ضعف المشاركة الاجتماعية في مختلف مناحي الحياة العامة؛
- قلة الدراسات والبحوث التي تخص قضايا المسنين والشيخوخة؛
- غياب مؤشر السن في بعض البرامج وقواعد المعطيات القطاعية والمؤسسية؛
- عدم الأخذ بعين الاعتبار بعد السن في بعض البرامج وقواعد المعطيات القطاعية والمؤسسية؛
- تداول الصور النمطية حول الأشخاص المسنين؛
- ضعف مبادرات التربية على الشيخوخة السليمة؛
- غياب إطار قانوني يلزم باستحضار مؤشرات "الشيخوخة" في بلورة ميزانيات السياسات القطاعية مثلاً
ضمن القانون التنظيمي لقانون المالية؛
- ضعف استفادة الأشخاص المسنين من الخدمات الاجتماعية في المجال القروي مقارنة مع نظرائهم في
المجال الحضري.

أما فيما يتعلق بالرعاية الملطفة⁵⁶ فإن التقديرات على الصعيد العالمي تشير إلى أن شخصاً واحداً فقط يحصل على الرعاية الملطفة من أصل كل 10 أشخاص يحتاجون إليها، وسيستمر الطلب العالمي على الرعاية اللازمة للأشخاص

المصابين بأمراض تهدد حياتهم في الزيادة مع تقدم السكان في السن وزيادة عبء الأمراض غير السارية. ومن المتوقع بحلول عام 2060 أن تزداد الحاجة إلى الرعاية الملطفة إلى الضعف تقريباً.

كما تشير إلى أنه يوجد سنوياً أكثر من 56.8 مليون شخص، منهم 25.7 مليون شخص في السنة الأخيرة من عمرهم، ممن تلزمهم الرعاية الملطفة، علماً أن نسبة 78% منهم يعيشون في بلدان منخفضة ومتوسطة الدخل.

وقد أبرزت جائحة كوفيد-19 الحاجة إلى الرعاية الملطفة في جميع الأماكن والبيئات لتخفيف المعاناة في نهاية العمر، مثل المعاناة الجسدية الناجمة عن ضيق التنفس أو الألم النفسي الذي يخلّفه فراق الأحبة. وتذكّرنا الجائحة أيضاً بضرورة حصول جميع المهنيين الصحيين على برامج للتدريب على منهجية تقديم الرعاية الملطفة: لأن الطلب على الخدمات الملطفة يفوق قدرة الفرق المتخصصة على تقديمها لوحدها.

وللنهوض بأعباء الرعاية الملطفة، يدعو المجلس إلى :

- تمكين المجتمعات المحلية من المبادئ الأولية في الرعاية الملطفة،
- إدماج المبادئ الأولية في الرعاية الملطفة ضمن أسلاك التكوين المهني الخاصة بالرعاية الاجتماعية.
- إحداث باكوريا متخصصة في المواكبة الاجتماعية للمسنين والرعاية الملطفة خاصة في الجهات التي تعرف خصاصاً من حيث البنيات الأساسية.
- إجراء بحوث في مجال الرعاية الملطفة،
- إتاحة أدوية الرعاية الملطفة الأساسية،
- تعزيز نظم تثقيف وتدريب العاملين والمهنيين في ميدان الرعاية الملطفة،
- تعزيز مهارات الفاعلين المدنيين في مجال النهوض بحقوق المسنين.
- الاهتمام بجودة خدمات الرعاية الملطفة. باعتبارها حق من حقوق الإنسان وضرورة أخلاقية بالنسبة إلى جميع النظم الصحية.
- كما يؤكد المجلس راهنية التوصيات التي تضمنها التقرير التركيبي الذي أنجزته وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة بشراكة مع الأمم المتحدة سنة 2018، والذي جاء فيه :
- تطوير المعلومات والمعرفة العلمية بشأن الشيخوخة وتجلياتها في جميع مجالات الحياة في المجتمع؛

- على المدى المتوسط والبعيد زيادة معدل التشغيل لدى السكان النشطين ولاسيما النساء، والحفاظ على المسار المهني للأشخاص المسنين المشتغلين؛
- على المدى القريب، تقديم دعم مادي للأشخاص المسنين ليتمكنوا من العيش بكرامة؛
- توسيع تغطية التأمين التقاعدي على جميع النشطين اقتصاديا (الذين يعملون بأجر أو بدون أجر)؛
- تشجيع الحلول الاختيارية للدخار الطويل الأجل؛
- تعميم وصول جميع الأشخاص المسنين المحتاجين وغير المؤمنين إلى «نظام الحماية الاجتماعية الشاملة».
- الحد من الإنفاق الشخصي لكبار السن المؤمنين وللمستفيدين من نظام المساعدة الطبية؛
- تسهيل الوصول إلى الرعاية برفع الحواجز والصعوبات المرتبطة «بتسديد سلفة النفقات الصحية»؛
- توسيع التغطية الطبية الأساسية على جميع الأشخاص النشطين اقتصاديا حاليا، الذين سيصبحون كبار السن في الغد؛
- زيادة حصة النفقات الصحية في الناتج المحلي الإجمالي وضمان الاستخدام الأمثل للموارد؛
- تعزيز الشيخوخة النشطة وبصحة جيدة؛
- نشر ثقافة «الشيخوخة الجيدة» الأنشطة البدنية، والتغذية، والعناية بالجسم، والروابط الأسرية والاجتماعية، والثقافة والترفيه، إلخ)؛
- نشر ثقافة الوقاية الصحية (الفحص، والتلقيح، والحد من الإدمان، والأمراض المزمنة، والإعاقة الوظيفية، وحوادث الحياة اليومية، والإفراط في تناول الأدوية...؛
- توعية المهنيين الصحيين، والاجتماعيين، والأطباء وتدريبهم على الوقاية الصحية والاستقلالية؛
- وضع الأقارب ومقدمي الخدمات في صلب السياسات العامة؛
- تطوير تخصص خدمات المساعدة المنزلية؛
- تطوير تخصص علم لشيخوخة لتحسين رعاية كبار السن؛

- تشجيع مشاركة الأشخاص المسنين في الحياة الاجتماعية والثقافية والمدنية؛
- تحديد موقف المغرب فيما يتعلق بالبروتوكول الملحق بالميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب والمتعلق بحقوق المسنين في أفريقيا.
- كما يذكر المجلس بالتوصيات التي جاءت في الاستشارة العالمية «نحو اتفاقية دولية جديدة بشأن حقوق كبار السن - فرص وأهمية مشاركة المؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان» المنظمة من طرف التحالف الدولي للمؤسسات الوطنية لحقوق الإنسان و الأمم المتحدة بتاريخ 17 فبراير 2022، وأهمها:
- تعزيز التشريعات الوطنية لحماية الحقوق الأساسية لكبار السن،
- تنفيذ تدابير الحماية الاجتماعية للمسنين (الولوج إلى الرعاية الصحية)؛
- معالجة القصور المتعلقة بالبحث العلمي؛
- رصد الفجوة الرقمية التي يواجهها كبار السن (الولوج إلى التكنولوجيات الحديثة)؛
- الترافع من أجل بلورة اتفاقية دولية تعنى بحماية الأشخاص المسنين.

و - النهوض بالصحة النفسية والعقلية:

يعتمد هذا التقرير في تحديده لمفهوم الصحة على تعريف منظمة الصحة العالمية، والتي تعتبر الصحة عبارة عن حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب أو انعدام المرض أو العجز. وبصرف النظر عن الانتقادات الموجهة لهذا التعريف، فإنه يتميز بكونه يغطي كل أبعاد صحة الإنسان المغربي، الجسدية والعقلية على حد سواء. غير أن المجلس يرى أنه من الضروري إفراد حيز خاص بالتحديات المرتبطة بالصحة العقلية والنفسية في هذا التقرير، وذلك للاعتبارات التالية:

أولاً: أن المشاكل المرتبطة بالصحة العقلية والنفسية أصبحت تشكل في حد ذاتها مشكلة للصحة العامة ببلادنا كما بينت ذلك مجموعة من الدراسات والتقارير، وعلى رأسها البحث الوطني حول الاضطرابات العقلية والذي تم اجراؤه خلال الفترة ما بين 2003-2006. بالإضافة إلى التقرير الموضوعاتي الذي أنجزه المجلس حول واقع الصحة العقلية والنفسية بالمغرب.

ثانياً: طبيعة التمثلات حول المرض السائدة لدى فئات واسعة من المجتمع والتي لاتزال تحصره في الأمراض العضوية، في حين لاتزال معظم المشاكل الصحية العقلية والنفسية تصنف كطابوهات، أو غير معترف بها كأمرض بالمعنى العلمي للكلمة، حيث يتم اللجوء في حالات كثيرة إلى أساليب الشعوذة والدجل لمعالجة بعض

المرضى، في الوقت الذي يضطر فيه البعض الأخر الى العيش في حالة تشرذ.

ثالثا: أن الأمراض العقلية والنفسية، وخلافا للأمراض العضوية غالبا ما تؤدي الى معاناة ثلاثية الأبعاد، فإلى جانب معاناة الشخص المريض، فإن محيطه العائلي يعاني كذلك، إضافة إلى الوصم الملازم للأمراض العقلية والنفسية في المجتمع المغربي، فضلا عن الأعباء المادية الكبيرة جراء اضطراب العديد من الأسر إلى تحمل تكاليف علاج مرضاها نتيجة ضعف التكفل الطبي بالأمراض العقلية والنفسية في المنظومة الصحية الوطنية. أما البعد الثالث من المعاناة الناجمة عن الأمراض النفسية والعقلية فتتعلق بالمجتمع بأكمله، حيث يشكل المرضى النفسيون والعقليون الموجودين في وضع تشرذ مصدر تهديد دائم لسلامة وأمن الاشخاص والممتلكات.

وبناء على مخرجات اللقاءات الجهوية التي نظمها المجلس، وكذا الاستشارات التي قام بها لدى خبراء ومختصين في مجال الصحة النفسية والعقلية، وانطلاقا من التراكم الموجود في مجال تشخيص أوضاع الصحة النفسية والعقلية في المجتمع المغربي، يود المجلس التأكيد على عناصر التشخيص التالية:

لقد أصبحت الصحة العقلية أحد أبرز مشاكل الصحة العامة ببلادنا. فكما جاء في البحث الوطني حول الاضطرابات العقلية الذي أنجزته وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، فإن 48.9 من السكان الذين شملهم البحث والذين تفوق أعمارهم 15 سنة يعانون من واحد على الأقل من الاضطرابات الخمسة والعشرين التي شملها البحث.

ومن جهة أخرى يود المجلس التذكير بالخلاصات الاساسية للبحث الذي أجراه سنة 2012 حول مؤسسات الصحة العقلية والتي لاتزال ذات راهنية كبرى إلى اليوم، ومن أهمها:

- أن الصحة العقلية باعتبارها مكونا اساسيا لراحة ورفاهية المواطنين لاتزال لا تحظى بالأهمية التي تستحق في السياسات العمومية الصحية. فقد سجل المجلس تقادم القانون المنظم للصحة النفسية والعقلية والقوانين المرتبطة به، إلى جانب ضعف وعدم ملاءمة البنيات الاستشفائية سواء من حيث هندستها المعمارية وتجهيزاتها، أو من حيث توزيعها الجغرافي غير المتكافئ حيث تتركز أغلب هذه البنيات في محور الرباط، الدار البيضاء، مراكش، في الوقت الذي تبقى فيه أزيد من نصف العمالات والاقاليم بدون بنيات استشفائية خاصة بالصحة العقلية والنفسية.⁵⁷

- ضعف جودة التكفل بالمرضى النفسيين والعقليين بسبب ضعف الخدمات الطبية وغير الطبية المقدمة في المستشفيات، إضافة الى ظروف الإيواء الصعبة، وغياب العلاجات المتخصصة الموجهة لفئات معينة

من المواطنين (الأطفال، المراهقين، والمسنين)، وعدم توفر الجيل الجديد من الادوية التي تتميز بفعالية أكبر ومضاعفات جانبية أقل.

- يسجل المجلس أن مستشفيات الأمراض العقلية والنفسية بالمغرب تعرف نقصا حادا في بنيات الاستقبال من مراكز صحية وقائية أو أجنحة خاصة بالمستشفيات العمومية، كما أن التجهيزات المتوفرة متقدمة أو معطلة أو غير ملائمة. ومن جهة أخرى فإن عدد الأسرة لا يتجاوز 1725 سريرا في 27 مؤسسة صحية لعلاج الأمراض العقلية، علاوة على النقص الحاد في الموارد البشرية المتخصصة والتي لا تتجاوز حاليا 172 طبيبا نفسيا و740 ممرضا اختصاصيا في الطب النفسي بالقطاع العام مقابل 131 طبيبا في القطاع الخاص، وهو عدد بعيد عن الاستجابة للمعايير العالمية في هذا المجال. فضلا عن ذلك فإن 54 في المائة من هؤلاء الأطباء والممرضين يتمركزون في محور الدار البيضاء والرباط وطنجة.⁵⁸

بناء على ما سلف وبالنظر إلى حجم الخصاص والتفاوت المجالي في مجال البنيات والموارد البشرية الخاصة بالصحة العقلية والنفسية، واستنادا إلى التوصيات الواردة في اللقاءات الجهوية يؤكد المجلس على :

· ضرورة الاهتمام بالصحة النفسية بمعناها الواسع، باعتبارها «قدرة كل شخص على الشعور والتفكير والفعل بشكل يسمح له بالاستمتاع بالحياة ورفع التحديات التي يواجهها»، أي باعتبارها شعورا ايجابيا بالراحة الوجدانية والروحية التي تتحقق من خلال الإنصاف والعدالة الاجتماعية وصيانة كرامة الأشخاص والاهتمام بالأبعاد الثقافية للحياة.⁵⁹

· التأكيد على الحاجة الملحة للاهتمام بمحددات الصحة النفسية من خلال الاشتغال على مختلف أشكال تفاعل الافراد مع المحيط الذي يعيشون فيه، اعتمادا على مقارنة علم الوبئة الاجتماعي.

· الدعوة إلى النهوض بالبحث العلمي، ليس في مجال المحددات الفردية والبيولوجية للصحة النفسية فحسب، بل كذلك المحددات والعوامل الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية، السياسية، والبيئية التي تتحكم بشكل كبير في الصحة النفسية للإنسان وفق مقارنة استباقية، بمختلف تأثيرات سيرورة التغير الاجتماعي على الصحة النفسية للمغاربة.

· جعل مطلب النهوض بالصحة العقلية والنفسية عنصرا مركزيا ضمن مشروع إعادة هيكلة البنيات الاستشفائية على المستوى الوطني والجهوي لمواكبة المتغيرات والديناميات الناشئة بفعل التحولات المجتمعية والديموغرافية والوبائية.

58 - وردت هذه التوصية والتوصيات التي تليها ضمن تقرير الشبكة المغربية للدفاع عن الحق في الصحة =الحق في الحياة، حول واقع الصحة النفسية والعقلية بالمغرب صدر سنة 2012.

59 - George L. Engel, The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, Psychodynamic Psychiatry, 40(3) 377-396, 2012, accessible sur <https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosocial-Model.pdf>

· الاهتمام بأبعاد الصحة النفسية المرتبطة بتحولات ظروف العمل ونمط العيش، ومظاهر الاقصاء الاجتماعي، وبتداعيات التمييز ضد النساء وغيرها من انتهاكات حقوق الانسان على الصحة النفسية للمواطنين والمواطنات.⁶⁰

· اعتماد مقارنة تتجاوز التركيز على الاضطرابات العقلية كما توصي بذلك منظمة الصحة العالمية. مع الحرص على تجاوز المقاربة القطاعية في الجهود الرامية إلى ضمان الصحة النفسية، عبر إشراك مختلف القطاعات كالتربية والتعليم، الشغل، العدالة، النقل، السكن، والبيئة.

· وضع مطلب النهوض بالصحة النفسية والعقلية في صلب مراجعة السياسات العمومية الموجهة لبناء وهندسة السياسة الترابية بالمدن والبوادي.

· ووضع سياسة اجتماعية واقتصادية وتربوية تقي من الإصابة بالأمراض النفسية ووضع سياسة شاملة ومتكاملة للصحة العقلية تنخرط جميع مكونات المجتمع والفاعلين والمعنيين والمهتمين في وضع خطوطها العريضة ورسم معالمها، وفق مقتضيات دستور منظمة الصحة العالمية و«مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية» و«القواعد الموحدّة بشأن تحقيق تكافؤ الفرص للمعاقين».⁶¹

· تغيير قانون 30 أبريل 1959، والعمل على وقاية المصابين بالأمراض العقلية ومعالجتهم بشكل جذري وفق مقاربة تشاركية واسعة.

· سن نظام أساسي خاص بالمرمضات والممرضين المختصين في الأمراض العقلية وتحسين ظروف عملهم وتحفيزهم.

· توفير الخدمات العلاجية بما يضمن الكرامة الإنسانية للمرضى وحقوقهم الأساسية من خلال:

1. توفير بنيات مستقبله في المستوى المطلوب.
2. سد الخصاص المريع في الموارد البشرية.
3. تبني سياسة علاجية متعددة الأبعاد.

60 - H. Landraut et al. « La santé mentale au Maroc : définitions, évolutions et enjeux actuels », publié le 01-04-2019, accessible sur <https://www.santementale.fr/2019/04/la-sante-mentale-au-maroc-definitions-evolutions-et-enjeux-actuels/>

61 - وردت هذه التوصية والتوصيات التي تليها ضمن تقرير الشبكة المغربية للدفاع عن الحق في الصحة = الحق في الحياة، حول واقع الصحة النفسية والعقلية بالمغرب مرجع سابق.

4. إعادة النظر في الأئمة المهولة للدواء خصوصا الجيل الثالث، وإقرار المجانية الكاملة للمرضى المصابين بأمراض نفسية وعقلية.
5. ضمان المساواة في العلاج ما بين جميع المواطنين والمواطنات وتحقيق التوازن الكمي والنوعي على جميع المستويات ما بين الجهات.
6. اعتبار إشكالية الصحة العقلية والنفسية إشكالية حكومية عامة بمعنى إقحام كل القطاعات الوزارية على المساهمة كل حسب اختصاصه (التعليم، العدل، الصحة، الاتصال، الداخلية....) في الحد من تفشي المرض النفسي
7. تشجيع مؤسسات وجمعيات المجتمع المدني العاملة في هذا المجال والبحث عن موارد مالية لتغطية نفقات العلاج وتعزيز الإدماج الاجتماعي للأشخاص المصابين بأمراض نفسية وعقلية.
8. تعزيز وتقوية التواصل والتفاعل بين القطاع الصحي والقطاعات الاجتماعية من اجل المساهمة في الإدماج الفعلي للمرضى بعد شفائهم ومتابعة وضعيتهم النفسية والصحية والاجتماعية وتأمين مشاركة المرضى وعائلاتهم في عملية العلاج وحققهم في الحصول على المعلومة وضمان السر المهني من طرف الأطباء والممرضين.
9. وضع نظام صحي وتأمين خاص مجاني لكل المرضى المصابين بأمراض نفسية وعقلية وبعث ثقافة لمحاربة وصمة المرض في المجتمع عبر التوعية ووسائل الإعلام الوطنية.
10. إدماج المواكبة والتوجيه النفسي ضمن برنامج إصلاح التعليم بجميع أسلاكه.

3 - مدخل التغطية الصحية الشاملة

تتطلب التغطية الصحية الشاملة توفير بنيات تمويل ملائمة، حتى لا يضطر الأفراد إلى دفع معظم تكاليف الخدمات الصحية من أموالهم الخاصة أو من مدخراتهم أو بيع ممتلكاتهم، لأن من شأن ذلك حرمان الفقراء من الحصول على الخدمات الصحية التي هم في حاجة إليها، بما في ذلك الرعاية الأولية، والتأثير حتى على الأغنياء الذين يعانون من أمراض خطيرة، طويلة الأمد ومكلفة، وتكبدهم مشاكل وأزمات مالية. ويتطلب تحسين التغطية الصحية وجود الموارد البشرية المؤهلة والأدوية والبنيات والتجهيزات القريبة والملائمة لكل الأفراد والمجموعات. ومن جهة أخرى ينبغي التأكيد أن الرعاية الصحية الأولية الجيدة تشكل العمود الفقري للتغطية الصحية الشاملة، وهي الوسيلة الأنجع لتحسين جودة الرعاية الصحية بتكلفة مناسبة.

وانطلاقاً من ما تم تداوله في اللقاءات الجهوية والاستشارات التي قام بها المجلس مع الخبراء والمختصين في الأنظمة الصحية، فقد خلص المجلس إلى أن أنظمة التغطية الصحية بالمغرب تعاني من ثلاثة اختلالات كبرى، وهي:

أ - تحدي التوازنات المالية:

فبينما يتوفر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على فائض مالي، يعاني الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي من العجز منذ عدة سنوات. ويمكن إجمال أسباب اختلالات عناصر التوازنات المالية للتأمين الإجباري عن المرض فيما يلي:

- حصة النفقات في القطاع الخاص من مجموع المساهمات والاشتراكات بلغت 54% في عام 2018. وفي القطاع العام، بلغت حصة النفقات من مجموع المساهمات في نفس السنة ما مجموعه 95.2%.

- ارتفاع معدلات المساهمات في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام: نسبة المساهمة في القطاع الخاص 6.37%، وتبلغ 5% في القطاع العام.

- نسبة المساهمة الخاصة بالمتقاعدين 4.52% في القطاع الخاص و2.5% في القطاع العام.

- وجود حد أقصى للمساهمات والاشتراكات في القطاع العام وهو 400 درهم للمتقاعدين و800 درهم للمؤمنين الناشطين.

- متوسط عمر المستفيدين من القطاع الخاص يبلغ 29,2 سنة، بينما يبلغ هذا المتوسط في القطاع العام 34,6 سنة بسبب محدودية التوظيف.

- انخفاض معدل الأشخاص العاملين لكل متقاعد في القطاع العام 1,73 نشيط لكل متقاعد مقابل 5,6 في القطاع الخاص، مع ما لذلك من تأثير على ضعف المداخيل حيث يساهم المتقاعدون بشكل أقل من الناشطين، وينعكس على ارتفاع المصاريف حيث يستهلك المتقاعدون أكثر من الناشطين. ويقل معدل متوسط عدد ذوي الحقوق بالنسبة لكل شخص مؤمن عليه في القطاع الخاص عنه في القطاع العام: فهو 1.18 في القطاع الخاص و1.44 في القطاع العام.⁶²

- نسب التعويضات أعلى في القطاع العام وبالتالي فهي تشجع على استعمال خدمات الرعاية الصحية. ففي عام 2018 بلغ المتوسط العام للتعويضات التي يستفيد منها المستفيد في القطاع

- العام في المعدل السنوي 1585 درهما وبذلك تمثل أكثر من ثلاثة أضعاف متوسطها في القطاع الخاص، 577 درهما.⁶³ ويعود هذا الفرق في حجم التعويضات التي يتلقاها المؤمنون بين القطاعين العام والخاص لعدة أسباب أهمها ارتفاع متوسط مستوى الدخل بالنسبة للقطاع العام، وكذلك الاستفادة من التغطية التكميلية، وهما عاملان يشجعان على استخدام الرعاية الصحية.⁶⁴
- انعدام أو قلة البروتوكولات والمراجع العلاجية للعديد من الأمراض للتأمين الإجباري عن المرض.
- عدم مراجعة التعريف الوطنية المرجعية منذ سنة 2006 خلافا للتشريع الذي ينص على هذه المراجعة كل ثلاث سنوات مما يسيء للعلاقة بين الأطباء والمؤمنين ويثقل كاهل هؤلاء بنفقات خارج التعويض.
- ضعف ولوج الدواء لجنييس للسوق الوطنية حيث يبقى في حدود 40%

ب - تحدي النجاعة:

- تتحمل الأسر المغربية بشكل عام أكثر من 50% من المصاريف الصحية بشكل مباشر، وأكثر من 63% إذا احتسبنا مساهمة الأسر في التغطية الصحية، وهو ما يشكل عائقا حقيقيا أمام المواطنين للولوج إلى العلاج، ويساهم في انزلاق نسبة مهمة من الساكنة سنويا نحو الفقر والهشاشة. بسبب مشكل صحي تضطر الأسر إلى استعمال مدخراتها أو بيع ممتلكاتها أو الاقتراض لمواجهة تكاليف العلاج.⁶⁵ كما أن ضعف نجاعة التغطية الصحية يدفع فئات عريضة من المستفيدين من التأمين الإجباري عن المرض إلى تلافي التطبيب والتنازل عن حقهم في العلاج.
- ومن جهة أخرى فإن ارتفاع نسبة المصاريف التي تقع على كاهل المؤمنين والتي قد تصل إلى حوالي النصف بالنسبة للعلاجات الخارجية في القطاع الخاص، يشكل عقبة أمام استفادة المؤمنين من ذوي الدخل البسيط من الرعاية الصحية. أما نسبة الحصص المتبقية **le Reste à charge**: الحصص المتبقية من المصاريف التي يتحملها المؤمن. وبخصوص لحالات العلاجات الخارجية أي الغير استشفائية، فتبلغ 47.6% في المائة في القطاع الخاص، و40.5% في المائة في القطاع العام.

63 - Rapport ANAM 2018

<http://www.anam.ma/wp-content/uploads/201506/RAG2018-VE.pdf>

64 - OCDE (2020), Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc,

OCDE, Paris, www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-au-maroc.htm.

65 - OCDE (2020), Mobilisation des recettes fiscales pour le financement de la santé au Maroc,

OCDE, Paris, www.oecd.org/fr/fiscalite/politiques-fiscales/mobilisation-des-recettes-fiscales-pour-le-financement-de-la-sante-au-maroc.htm.

ج - غياب نظام الثالث المؤدي في العلاجات الخارجية:

· يساعد نظام الثالث المؤدي **payant Tiers** المعمول به في العلاجات الاستشفائية على إقبال المؤمنين على هذا النوع من العلاجات، بفضل عدم اضطرارهم لتأدية مجموع المصاريف وانتظار استرجاعها بعد أسابيع أو أشهر كما هو الحال بالنسبة للعلاجات الخارجية. وفي غياب هذا النظام فإن المؤمنين يضطرون إلى دفع 39.9% من المصاريف الصحية في القطاع الخاص و31.3% في القطاع العام من ميزانيتهم الخاصة رغم كونهم مؤمنين.

· ويسجل المجلس أن ظاهرة تلافي العلاجات بسبب ضعف الأجور وبالأخص في القطاع الخاص حيث 59% من الأجراء المؤمنين يتقاضون أقل من 2800 درهم شهريا، تؤدي إلى مفارقة تتجلى في أن شريحة واسعة من المؤمنين من ذوي الدخل المحدود بالقطاع الخاص أساسا، يساهمون في تمويل صناديق التأمين من أموالهم، دون التمكن من الاستفادة من العلاجات المخصصة لهم، ويتحولون إلى ممولين لعلاجات المنخرطين ذوي المداخل المرتفعة الذين يستطيعون الولوج إلى العلاج وتحمل النفقات.

· ويرتب على ذلك تفاوت كبير بين القطاعين العام والخاص على مستوى الاستفادة من التعويضات، حيث أن المتوسط العام للتعويضات التي يستفيد منها المؤمنون في القطاع العام سنة 2018 تبلغ في المعدل السنوي 1585 درهما وبذلك تمثل أكثر من ثلاثة أضعاف متوسطها في لقطاع الخاص، أي 577 درهما⁶⁶ وتؤدي هذه العقبة في الوصول إلى العلاج إلى نتيجتين سلبيتين على الأقل:

أولهما تخلي عدد من المؤمنين من ذوي الدخل الضعيف والمتوسط عن العلاجات إلا في حالات الضرورة، أما النتيجة السلبية الثانية فتتجلى في الاقتصر على العلاجات الاستشفائية التي تعمل بنظام الثالث المؤدي، مع إهمال الوقاية والتشخيص المبكر والرعاية الأولية، مما يساهم في تعقد الحالات المرضية وظهور المضاعفات التي تتطلب لاحقا الكثير من العلاجات والمصاريف.

· انطلاقا مما سلف يدعو المجلس إلى:

- ضرورة استغلال مناسبة تنزيل ورش الحماية الاجتماعية الشاملة لمعالجة مشكل تشتت صناديق التأمين عن المرض والعمل على تجميعها، وتوحيد نسب المساهمات الأساسية بين المؤمنين لتمكين المواطنين والمواطنات من الولوج إلى العلاج وفق مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص، وتعزيز إمكانية النهوض بالرعاية الأولية.
- تقليص نسبة المصاريف التي تبقى على كاهل المؤمنين.
- اعتماد نظام الثالث المؤدي بالنسبة للاستشارات والعلاجات الخارجية، واستعجال هذا النظام بالنسبة للمؤمنين من ذوي الدخل المحدود كمرحلة أولية.

- تشجيع استعمال الأدوية الجينية، وتشجيع إدخال الأدوية التي يمكن أن تكون قابلة للتجنيس في السوق المغربية.
- تحسين جاذبية المستشفى العمومي لخلق تنافسية لصالح المريض.
- تطوير ونشر البروتوكولات العلاجية.
- اعتماد المسار المنسق للعلاج.
- تعزيز برامج الوقاية والتشخيص المبكر والعلاجات الأولية.

4 - التكوين والبحث العلمي كرافعة لتعزيز السيادة الصحية

أجمع المشاركون في الاستشارات التي نظمها المجلس على أهمية تحويل التهديدات التي فرضتها الجائحة إلى فرص لتعزيز مناعة المجتمع المغربي في مواجهة الأزمات المحتملة في المستقبل. وقد تمحورت أغلب المقترحات التي قدمت في هذا الإطار حول ضرورة توسيع هامش الاعتماد على الذات بما يضمن تعزيز السيادة الوطنية في مجال الصحة. وإذ يستحضر المجلس التوصيات التي أوردها في المذكرة التي وجهها للجنة الخاصة بالنموذج التنموي الجديد، فإنه يعيد التأكيد على الأهمية القصوى والحيوية للتكوين والبحث العلمي كرافعة لتعزيز السيادة الوطنية في مجال الصحة، ويشدد على ضرورة العمل على أحداث تحول نوعي على المسارات الثلاث التالية:

أ - تكوين الأطباء والأطر الصحية وتحسين ظروف الممارسة الطبية واستهداف الكفاءات الطبية المغربية بالخارج:

- حدد تقرير لجنة النموذج التنموي معدل 3600 طبيب كمعدل سنوي لتكوين الأطباء وبلوغ معدل 4,5 مهني صحي لكل ألف نسمة في أفق سنة 2035 وهو ما يتماشى مع معايير منظمة الصحة العالمية.⁶⁷ وبلوغ هذا الهدف يدعو المجلس إلى:
- فتح المزيد من كليات الطب والمراكز الاستشفائية الجامعية، ومدارس ومعاهد تكوين المهنيين الصحيين، وتكوين المزيد من الأساتذة والمكونين، ومراجعة نظم الدراسات الطبية والصحية وإشراك المستشفيات العمومية والخاصة والعيادات الطبية بالقطاع الخاص في عملية التداريب الميدانية والتكوين وفق أنظمة الاعتماد الخاصة التي تستجيب للحاجيات المحلية والجهوية. ويود المجلس التأكيد على ضرورة إحداث تغيير بشكل متزامن على المستويات الأربع التالية:

ب - أهمية ملائمة تكوين الأطباء مع الحاجيات الأساسية للسكان ودور طب القرب

توضح دراسة مرجعية في عالم الطب تحت عنوان: «بيئة الرعاية الطبية» (Medi- of Ecology)

«care cal».. ويطلق على ملخصها مربع وايت White de Carré أنه خلال شهر واحد، من بين 1000 شخص معرض لمشاكل صحية، 750 يبلغون عن المشكلة، 250 منهم سيستشرون طبيبا، 9 يدخلون المستشفى، 5 يتم توجيههم لطبيب آخر وشخص واحد فقط سيدخل مستشفى جامعا. تم تحيين هذا المربع 40 سنة بعد ذلك - سنة 2001 من طرف باحثين آخرين الذين أكدوا نفس الخلاصات ونفس الدروس:

لمواجهة أهم المشاكل الصحية وأكثرها يجب الاهتمام بطب القرب، ومن أجل تكوين جيد للأطباء والمهنيين الصحيين يجب تكوينهم داخل المؤسسات الصحية القريبة من المواطنين لاكتشاف الأعراض والأمراض والمشاكل الصحية الأكثر انتشارا وليس الاكتفاء بتكوينهم داخل المستشفيات الجامعية فقط.⁶⁸

ج - تامين السيادة والامن الصحي:

الصناعة الدوائية في المغرب هي الثانية افريقيا. بحيث ينتج المغرب ما بين 60% و70% من حاجياته، ويصدر 10% من إنتاجه لإفريقيا والعالم العربي وآسيا واروبا. غير ان تمكن المغرب اليوم من المرور إلى مرحلة إنتاج الأدوية الحيوية التي تضم اللقاحات وأدوية بيولوجية أخرى، يجعل صناعته الدوائية تتطور لضمان قدر أكبر من أمنه الصحي وسيادته، وأمن افريقيا وسيادتها.⁶⁹

د - إنتاج الأدوية الحيوية وتطوير التكنولوجيا الحيوية:

يتطلب إنتاج اللقاحات، والبيوتكنولوجيا بشكل عام، تعبئة إمكانيات تقنية ومعرفية وتكنولوجية ومهارات بشرية أكبر. ومن شأن هذا الورش أن يساعد على استباق الأزمات المحتملة في المستقبل كما هو الشأن بالنسبة لمشروع إنتاج اللقاحات ضد كوفيد 19 ولقاحات أخرى والتي سيستفيد منها المغرب وافريقيا والعالم في القضاء على الجائحة.

ه - إحداث مجلس وطني للأخلاقيات:

بموازاة مع رهانات النهوض بالبحث العلمي وجعله قاعدة مركزية لتطوير وتعزيز الخدمات الصحية بمختلف أصنافها، وفي سياق المشاورات التي انصبت من طرف المشاركات والمشاركين في الحوار الجهوي حول إمكانيات مراجعة الأطر القانونية والمقتضيات المرتبطة بالقانون 34.09 طالب المشاركون والمشاركات بضرورة مراجعة المقتضى الخاص بلجنة وطنية للأخلاقيات من المادة 30 في اتجاه إحداث مجلس وطني للأخلاقيات يكون بمثابة بنية مؤطره لكل التحولات الناشئة في مجال الطب والبيولوجيا ويأخذ على عاتقه:

68 - White KL, Williams TF, Greenberg BG.— The ecology of medical care. N Engl J Med, 1961, 265, 885-892.

69 - Vers un marché maghrébin du médicament, MOHAMED WADIE ZERHOUNI L. ASMA EL ALAMI EL FELLOUSSE Février 2015

http://www.ipemed.coop/adminIpemed/media/fich_article/1452778736_rapport-ipemed-bd--vers-un-marche-maghrebin--du-medicament--bd.pdf

تحمل المسؤولية اتجاه ما يطرحه التقدم العلمي والتكنولوجي من تحديات أخلاقية تمس كرامة الإنسان، وتهدد وجوده ومستقبله. ويتعلق الأمر ب:

- ✓ مسألة الانجاب بمساعدة طبية مثلا وكل التحديات المتعلقة بهذا الموضوع والحالات التي تسمح بالاستعانة بهذه التقنيات والحالات التي لا تسمح أخلاقيا بالاستعانة بهذه التقنيات (في حالة كان الزوج متوفى مثلا وحالات أخرى مشابهة...).
- ✓ مسألة الموت الرحيم وانتزاع أجهزة التنفس والتغذية الاصطناعية عن المرضى الذين يعانون من غيابة طويلة الأمد رحمة بهم أم يواصلون إبقاءهم أحياء بشكل اصطناعي.
- ✓ - مسألة الإجهاض وإشكالاته المتعددة وما يتطلبه من وجوب الصرامة في مسألة محاربة الإجهاض السري الذي يعرف تصاعدا والذي يجب أن يمرّ عبر تشريع يوسع حقل الإنهاء الإرادي للحمل الآمن وليس فقط الإنهاء العلاجي له، والخ من القضايا الملحة وذات راهنيه حارقة.
- ✓ قضية استعمال الأعضاء البشرية للمتوفين لإنقاذ أرواح بشرية تصارع الموت تطرح عدة مخاطر وإشكالات وطنيا ودوليا (كمسألة الاتجار بالأعضاء البشرية والاتجار بالبشر لهذا الغرض الى اخره. . .). فرسميا لا يتجاوز عدد المتبرعين بالأعضاء في المغرب 1500 شخص⁷⁰ من الذين سجلوا رغبتهم في التبرع بالأعضاء في المحاكم الابتدائية وفق القانون وعلى الرغم من التقدم المحرز في هذا المجال فإن الاستفادة من هذه التقنية لا يزال من القضايا الرئيسية والشائكة والتي تعلوها العديد من الاكراهات الثقافية والاجتماعية بارتباط مع أخلاقيات البيولوجيا في المغرب.
- وفي هذا الصدد يسجل المجلس أهمية الترسانة القانونية الحالية، لكنها لا ترقى لمتطلبات التحديات الراهنة.⁷¹
- كما يؤكد المجلس أنه وعلى الرغم من التزام المغرب منذ عقود باحترام القانون العالمي لحقوق الإنسان وإدماجه في قانونه الوطني، فإن قضايا أخلاقيات البيولوجيا لا تشكل أولوية ولا تستثمر بالوتيرة المطلوبة في السياسة والقانون وعلم الاجتماع، وعليه يدعو المجلس إلى:
- تأطير ومواكبة الممارسات التجريبية ضمن القانون ومبادئ حقوق الإنسان.

70 - الدكتور الطرابلسي محمد لحنن ، وكالة المغرب العربي للأنباء أكتوبر 2014

71 - القانون رقم 98-16 المعلن في 1999/08/25 المتعلق بشأن التبرع بالأعضاء والأنسجة البشرية وإزالتها وزرعها.

القانون رقم 13-28 الصادر في 2015/07/19 بشأن «حماية الأشخاص المشاركين في البحوث الطبية الحيوية»

القانون الإطار 09-34 لعرض الرعاية الصحية لسنة 2011.

القانون «المتعلق بالمساعدة الطبية على الإنجاب رقم 47.14 الصادر في 2015/07/19.

المرسوم رقم 326.20.2 الصادر في 22 من شعبان 14.42 (5 أبريل 2021) بتطبيق القانون رقم 13.28 المتعلق بحماية الأشخاص المشاركين في الأبحاث البيو طبية.

- تأطير وتنظيم ممارسة العاملين في ميادين علم الحياة والطب والصحة في ضوء مبادئ حقوق الإنسان.
- توفير بنية قانونية متينة للسماح بتطوير البحث العلمي على المستوى الوطني والجهوي.
- حماية العلماء والباحثين وتعزيز انخراطهم في مجال البحث العلمي.
- إدماج الأخلاقيات الطبية والبيولوجية في مسارات التكوين بكليات الطب والصيدلة ومراكز ومختبرات البحث العلمي.

وفي ظل الدروس المستخلصة من جائحة كوفيد 19 يتضح أن هناك توجهها عالميا لإعادة النظر في سياسات الاعتماد المتبادل لتزويد السوق الوطنية خصوصا ببعض الحاجيات الأساسية التي تتنوع بين المواد الصحية والغذاء مرورا بالرقائق الاللكترونية والبلستيك وغيرها. وقد أصبحت الكثير من الدول واعية بصعوبة الاعتماد على دول بعيدة جغرافيا أو على بلد واحد يركز كل الإنتاج العالمي عنده فيتوقف العالم عند حدوث أزمة صحية. ولذلك يعتبر المجلس أن مرحلة ما بعد الجائحة تشكل فرصة حقيقية بالنسبة للمغرب بالنظر لموقعه الاستراتيجي كعامل لاستقطاب وتحويل بعض الاستثمارات الأوربية من آسيا نحو المغرب.

ولربح هذا الرهان، يدعو المجلس الوطني لحقوق الانسان إلى:

- ضرورة الاعتماد على الموارد البشرية والدوائية والتقنية الذاتية، من أجل تعزيز السيادة والأمن الصحيين، وذلك عبر العمل على تكوين مزيد من الأطباء والمهنيين الصحيين.
- مواجهة أسباب هجرة الأطر الطبية، بتحسين ظروف وبيئة العمل في القطاعين العام والخاص، وتشجيع عودة الكفاءات المقيمة بالخارج.
- مراجعة نظم التكوين والدراسات الطبية والصحية وإشراك المستشفيات العمومية والخاصة والعيادات الطبية بالقطاع الخاص في عملية التداريب الميدانية والتكوين وفق أنظمة الاعتماد الخاصة التي تستجيب للحاجيات المحلية والجهوية.
- تشجيع البحث العلمي والرفع من مصادر تمويله والاستثمار فيه، وخلق البيئة الملائمة لتطويره على المستوى الوطني والجهوي، وتعزيز شبكة التحفيزات الموجهة للباحثين في المجال العلمي، لتمكينهم من الانخراط الواسع في التطوير والابتكار الذي من شأنه تعزيز المنظومة الصحية وإنتاج فائض القيمة وتعزيز الصناعة الدوائية لتستجيب للحاجيات المتجددة وفق متطلبات الخرائط الجهوية للصحة.
- تطوير صناعة اللقاحات والأدوية الحيوية بالمغرب من أجل تأمين السيادة والأمن الصحيين، والتهيؤ للمستقبل من أجل تدبير أفضل للازمات الصحية المستقبلية.

· جعل المغرب قاعدة للخدمات والمنتجات الصحية نحو افريقيا والعالم العربي واروبا في ظل وعي الدول بصعوبة الاعتماد على دول بعيدة جغرافيا أو على بلد واحد يركز كل الإنتاج العالمي عنده فيتوقف العالم عند حدوث أزمة صحية.

ز - الاستثمار في الصحة والتقنيات الجديدة

· يمكن اعتبار قطاع الصحة أحد القطاعات الواعدة للاستثمار على المستوى العالمي، خاصة في ضوء الخصائص الكبير المسجل في مجال تطوير الخدمات، ومن حيث الموارد المالية التي لازال القطاع ينتظر ضخها فيه. وفي هذا السياق نبه المشاركون والمشاركات في الحوار الوطني والجهوي إلى خطورة العجز الكبير الذي يتعين سده، خاصة أن تعميم التأمين الصحي سيولد المزيد من الطلب على الرعاية الصحية. إضافة الى التأثير المتوقع لعوامل أخربكالنمو الديموغرافي، وشيخوخة السكان، وزيادة الطلب المتزايد على الرفاه، وهي كلها عوامل تستدعي فتح المجال امام الاستثمار في هذا القطاع من أجل تطويره والاستفادة من قيمته المضافة.

· كما يسجل المجلس الحاجة الملحة إلى تعزيز الاستثمار في القطاعات المرتبطة بالحق في الصحة، خاصة في قطاع خدمات الرعاية (الاستشفاء، الرفاه، المختبرات، الأشعة، إلخ)، صناعة الادوية، المعدات الطبية، و التقنيات الصحية الجديدة، بما في ذلك أدوات التشخيص والعلاج، و التكنولوجيا الحيوية.

· كما يؤكد أهمية اعتماد التقنيات الجديدة (مثل الطب عن بعد) كطريقة لتوسيع دائرة الولوج إلى الرعاية الصحية، حيث تساهم التكنولوجيات الجديدة في تحسين جودة الخدمات، مع خفض التكاليف وضمان جودة الحياة. ومن شأن الانخراط المبكر والقوي في التكنولوجيات الجديدة أن يدعم الجهود الرامية الى ضمان تكافؤ الفرص ويساعد على تقليص التفاوتات بكل أشكالها ومظهرها. كما أن استعمال التقنيات الجديدة سيساعد على تقريب التوعية والتربية الصحية ووسائل التشخيص والعلاج والتتبع والمرافقة للمواطنين والمواطنات في المناطق البعيدة والأقل استفادة من التطبيب. وعلى عكس بعض التصورات، فإن التكنولوجيات الجديدة وتطورها المرتقب مع تقنيات الجيل الخامس 5G، من شأنها خفض الكلفة وضمان مزيد من تكافؤ الفرص وترشيد استعمال الموارد البشرية.

· تأسيسا على ما سلف، يدعو المجلس الى تشجيع توطين واستعمال التقنيات الجديدة مثل الطب عن بعد، الصحة الاليكترونية والروبوتات كوسيلة لتحسين جودة الخدمات، وخفض التكاليف وضمان جودة الحياة.

ح - النهوض بالبحث العلمي كجزء من استراتيجية استباق الأزمات الصحية:

· ترتبط الأمراض المعدية وسوء التغذية والأمراض غير السارية بتدهور التنوع البيولوجي والنظم الإيكولوجية، جراء الاحتكاك المتزايد للإنسان مع الحياة البرية وما يسببه من إنهاك غير مقبول لكوكب

الأرض. ان هذا الضغط المتزايد على النظم الإيكولوجية جعل الإنسانية تعيش خلال العقود الثلاثة الأخيرة على وقع أوبئة كل 3 او 4 سنوات، منها ما يتم تطويقه في رقعة جغرافية معينة (الساسر بآسيا، الميرس الشرق الأوسط، اييولا، زيكا،) ومنها ما يتحول الى جائحة (الانفلونزا سنة 2009، كوفيد19 سنة 2019).

وقد أظهرت الدراسات أن انتقال العدوى بين الأنواع أكثر من اثنين إلى ثلاثة مرات مما كانت عليه قبل أربعين عاماً، وذلك بسبب القرب الأكبر بين البشر والحيوانات. مع التذكير أن ثلاث أرباع مسببات الأمراض الجديدة التي تم اكتشافها في العقود الأخيرة هي من أصل حيواني.⁷² كما أظهرت دراسة علمية أجريت عام 2008 أنه بين سنتي 1960 و2004 ظهر 335 مرض تعفني جديد، أزيد من 60% منها من أصل حيواني. وبناء عليه تتأكد الحاجة الملحة لإعادة النظر في علاقة الانسان مع البيئة كشرط ضروري لمواجهة الأزمات المحتملة في المستقبل.

وبناء على المعطيات أعلاه يؤكد المجلس على أهمية اعتماد سياسة عمومية في مجال البحث العلمي قادرة على رفع التحديات التالية:

- التهيؤ للامتات الصحية

يشير تقرير للبنك الدولي إلى امكانية بناء استراتيجيات وبرامج صحية استباقية وملاءمة لمواجهة الطوارئ الصحية، بتخصيص ميزانيات لا تتعدى 1,69 دولار لكل فرد⁷³.

- تعزيز اليقظة والرصد الوبائي:

يتطلب الأمر إنشاء مراكز للرصد الوبائي وتتبع الجراثيم والفيروسات وتطورها وتحورها وتفشيها لاستباق تحولها إلى أوبئة وجائحات. بالإضافة إلى تمكين النظم الصحية من وسائل ومراكز الإنذار المبكر لتحفيز النظم الصحية، قبل تطور تفشي الإصابات الى حالة وبائية ولربما جائحة عالمية.

- تطوير الطب الدقيق والبنوك الحيوية:

يأمل الطب الدقيق إيجاد بدائل جينية لتشخيص الأمراض عن طريق فحوص الأحماض النووية للمرضى، وتوظيف تاريخهم المرضي والعائلي للتنبؤ بالأمراض قبل حدوثها، كما يسعى إلى إيجاد الدواء الصحيح لمريض بعينه، وفي الوقت المناسب معتمدا على كون اختلاف استجابة المرضى للدواء يعود لاختلاف التكوين الجيني (الوراثي) للمرضى.

72 - Global trends in emerging infectious diseases

Kate E Jones 1, Nikkita G Patel, Marc A Levy, Adam Storeygard, Deborah Balk, John L Gittleman, Peter Daszak

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18288193/>

73 - Gottret Pablo & George Shieber, «Health Financing Revisited, A practioner's Guide», World Bank 2006.

- تكيف المؤسسات الصحية لتكون آمنة وملاءمة في كل الظروف وخصوصا خلال الازمات.

طرحت الجائحة تحديات غير مسبوقة على المؤسسات الصحية العمومية من مستشفيات ومراكز صحية، وكذا في المصحات الخاصة والعيادات ومراكز الفحص بالأشعة والمختبرات وغيرها، متعلقة بكيفية تدبير الجائحة مع استمرار تقديم الخدمات الصحية الاعتيادية، من الناحية المعمارية والتجهيزية وتقسيم الفضاءات. ويبدو واضحا أن غالبية هذه المؤسسات الصحية بمختلف الدول صممت دون الأخذ بعين الاعتبار مثل هذه الازمات الصحية.

- توظيف التكنولوجيات الحديثة في المجال الصحي:

سواء من أجل تتبع الوباء أو تتبع المرضى زمن الجائحة والحجر الصحي، أو للتعليم والعمل عن بعد عند الضرورة، برزت أهمية الاستثمار في التكنولوجيات الحديثة وابتكار أخرى من أجل توظيفها في العمل اليومي في الأوقات العادية أو خلال الازمات التي قد تضرب المجتمعات بشكل مفاجئ. ولذلك فإن توظيف التكنولوجيات الحديثة من شأنه المساعدة على إدارة أفضل للازمات الصحية وعلى إعداد حلول بديلة والتكيف مع الأوضاع التي تخلفها بعض تداعيات تلك الازمات.

واعتبارا لكل المعطيات المذكورة أعلاه يود المجلس التأكيد على ما يلي :

- العمل على التهيؤ للازمات الصحية المتسارعة في ظل عالمية المخاطر الصحية وعالمية الأجوبة ومحلية التدبير، من خلال اعداد وبناء استراتيجيات وبرامج صحية استباقية وملاءمة لمواجهة الطوارئ الصحية.
- خلق وتفعيل وتطوير آليات اليقظة والرصد الوبائي ومراكز الإنذار المبكر.
- الاهتمام بالطب الدقيق وبالبنوك الحيوية.
- تكيف المؤسسات الصحية لتكون آمنة وملاءمة في كل الظروف وخصوصا خلال الازمات.
- توظيف التكنولوجيات الحديثة من أجل تتبع المرضى والامراض، لإدارة أفضل للازمات الصحية وإعداد الحلول البديلة والتكيف مع الأوضاع التي تخلفها الازمات.

5 - إدماج القطاع الخاص ضمن نظام وطني للصحة كخدمة عمومية:

أجمع المشاركون في الاستشارات الوطنية والجهوية التي نظمها المجلس حول فعلية الحق في الصحة على أن طبيعة وشكل حضور القطاع الخاص في النظام الصحي الوطني يشكل أحد أهم عوائق الولوج الفعلي للحق في الصحة للجميع. وهو ما يعني أن البحث عن صيغ ملائمة ومبتكرة لإدماج القطاع الصحي الخاص ضمن منظومة وطنية للصحة باعتبارها خدمة عمومية، يشكل أحد أهم تحديات إعادة بناء النظام الصحي الوطني. وانطلاقا

من المعطيات التي استقاها المجلس من المهنيين والخبراء والمواطنين/ المرتفقين وكذا الفاعلين في مختلف مجالات تدبير الشأن الصحي ببلادنا، يسجل أهمية الخلاصات التالية:

- يتعين معاملة القطاع الطبي الخاص باعتباره مسؤولا عن تقديم خدمة عمومية، سواء من حيث التزاماته وظروف اشتغاله، لتمكين المواطن من التمتع بالحق في الصحة باعتباره حقا يكفله الدستور ولذلك فإن السياسة الصحية الوطنية يجب أن يشارك فيها القطاع الخاص بجانب باقي المتدخلين في كل مراحل التفكير والتدبير والتنفيذ والتقييم وليس فقط التنفيذ، كما توصي بذلك منظمة الصحة العالمية لضمان المشاركة المفيدة.

- أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص لا تشمل فقط شراء الخدمات من طرف القطاع العام لدى القطاع الخاص من قبيل شراء خدمات مراكز تصفية الكلي، بل تنبني على القدرة على تعبئة الموارد المالية والتقنية والبشرية المتوفرة لدى القطاع الخاص وخبرته لإنجاح السياسة الصحية الوطنية. ومن شأن هذه الشراكة الاستفادة من خدمات الموارد البشرية للقطاع الخاص، وبنيتها التحتية واستثماراته وخبرته، وترشيد استخدام عروض الرعاية الصحية من خلال دمج الهياكل والخدمات التي يقدمها القطاع الخاص، وسد الثغرات في الخدمة العمومية، وتجميع استخدام الموارد البشرية والاستشفائية والتقنية.

- ولسد الخصاص على مستوى البنيات الاستشفائية، يتعين البحث عن صيغ تعاون تسمح بإدماج العيادات الطبية والمصحات الخاصة والمؤسسات المشابهة في القطاع الصحي الخاص في المنظومة الصحية، بما يضمن تنفيذ السياسات الصحية الوطنية وفق خصوصيات القطاع وبشكل متلائم مع خصائصه واكراهاته. فبالإضافة إلى نقص الموارد البشرية، يحتاج قطاع الصحة إلى استثمارات لتحديث القطاع الاستشفائي، حيث يوجد في المغرب حوالي 33 ألف سرير في المستشفيات، ثلثها تقريبا بالقطاع الخاص.

- يحتاج القطاع إلى مراجعة شاملة لمواجهة المعوقات التي تعرقل دخول الاستثمار الخاص للقطاع الصحي، من قبيل ضعف ومحدودية التغطية الصحية بالمغرب، ضعف التعريفات الوطنية المرجعية التي لم يتم تحيينها منذ 2006 عوض كل ثلاث سنوات.

- كما يتطلب تشجيع الاستثمار الخاص الوطني والاجنبي في القطاع الصحي، تحيين مصنف الاعمال المهنية الطبية، وبروتوكولات العلاج والاطارات المرجعية للرعاية الصحية وإقرار مدونة للمسؤولية الطبية.

- من جهة أخرى يعتبر المجلس أن اختلالات التوزيع المجالي للقطاع الصحي الخاص ومحدودية خدماته في العديد من المناطق يشكل أحد أسباب التفاوتات في الولوج للحق في الصحة. ولذلك فإن إقرار آليات تحفيزية لتشجيع الاستثمار في البنيات الصحية في المناطق الأكثر تهميشا والأقل استفادة من العرض الصحي، سيساعد لامحالة على بناء خريطة صحية تضمن العدالة المجالية.

- يسجل المجلس الحاجة الملحة إلى تسريع حوسبة المنظومة الصحية، لترشيد وتجويد الخدمات وتعزيز الشفافية في المعاملات وحسن تدبير القطاع. وهو ما من شأنه كذلك تعزيز جاذبية القطاع للاستثمار الخاص الوطني والأجنبي وإقرار سياسة تحفيزية لتشجيع تطيبب المناطق الاقل استفادة من العرض الصحي في إطار.

ويشدد المجلس على:

- ضرورة معاملة القطاع الطبي الحر على أساس مبدأ قطاع خاص يقدم خدمة عامة، من حيث التزاماته وظروف اشتغاله.
- أهمية تحديد القانون لمفهوم الخدمة الصحية والمؤسسات الصحية أيا كان نظامها القانوني، وضرورة اعتبار القطاع الخاص يتحمل نفس المسؤولية مع القطاع العام من حيث تقديم خدمات الوقاية أو التشخيص أو العلاج أو إعادة التأهيل⁷⁴.
- ضرورة وضع إطار دقيق للشراكة والتعاقد بين القطاع العام والخاص لتعزيز الصحة كخدمة عمومية وحماية حقوق المواطنين والمواطنين وذلك من خلال العمل على أجراً وتفعيل أماط الشراكة الواردة في المادة 15 من القانون 34.09.
- تطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص من أجل تعبئة الموارد المالية والتقنية والبشرية المتوفرة لدى القطاع الخاص وخبرته لإنجاح السياسة الصحية الوطنية.
- ضرورة التعجيل بتفعيل المادة 30 من القانون الإطار 34.09 المتعلقة بإحداث لجنة وطنية للتنسيق بين القطاع العام والقطاع الخاص⁷⁵ على أن تكون هذه اللجنة بطابع تقريبي وليس استشاري، وذلك لوضع رؤية استراتيجية تقوم على تعاقد شفاف ومسؤول يعزز فعلية الحق في الصحة ويستجيب للمطالب المتزايدة للمواطنين والمواطنين بجميع المجالات الترابية للوطن على قاعدة الانصاف والمساواة.
- ضرورة دمج الهياكل والخدمات التي يقدمها القطاع الخاص ضمن رؤية واحدة للمنظمة الصحية الوطنية متكاملة ومفتوحة أمام كل المواطنين والمواطنات، وفق نظرة وبرامج شاملة تعتبر مؤسسات القطاع الخاص جزء من النسيج الصحي الوطني الموكل له تنفيذ السياسة الصحية الوطنية، عبر آليات إدارية وقانونية وتعاقدات بين القطاع الخاص والقطاعات الحكومية الوصية، يلتزم من خلالها القطاع الخاص بالعمل وفق اهداف ووسائل محددة، وتوفر الدولة الاليات والامكانيات والتحفيزات الملائمة، من اجل ضمان استفادة المواطن من الخدمات الصحية في القطاعين معا بكل حرية وبدون معيقات.

- ضرورة تفعيل مقتضيات المادة 16 والمتعلقة بإحداث آليات خاصة لتنسيق الخدمات العلاجية بين مؤسسات القطاعين العام والخاص، وبين مختلف مستويات التكفل الطبي الاستشفائي والخارجي المتنقل⁷⁶.
- إشراك القطاع الخاص بجانب باقي المتدخلين في كل مراحل التفكير والتدبير والتنفيذ والتقييم للسياسة الصحية الوطنية.
- مراجعة شاملة للإطار التشريعي والجبائي والمهني للاستثمار في القطاع الصحي الخاص لجلب الاستثمار الوطني أو الأجنبي.
- إقرار سياسة تحفيزية لتشجيع تطيبب المناطق الأقل استفادة من العرض الصحي في إطار خريطة صحية تضمن العدالة المجالية.
- وضع إطار قانوني ومؤسسي لتعزير مشاركة الوحدات الترايبية الجهوية في تمويل واستقطاب الاستثمارات الصحية.



المجلس الوطني لحقوق الإنسان
المجلس الوطني لحقوق الإنسان
Conseil national des droits de l'Homme

فعالية الحق في الصحة

تحديات، رهانات ومدخل التعزيز

فبراير 2022

@CNDHMaroc



www.cndh.ma