السيادة الصحية
في
جنوب المتوسط
ورهان تحقيق الأمن الإستراتيجي

مؤلف جماعي

تنسيق:

إدريس بنعبد المالك

تقديم البروفيسور

الحسين الوردي

وزير الصحة سابقا

2025

السيادة الصحية في جنوب المتوسط ورهان تحقيق الأمن الإستراتيجي

تنسيق

إدريس بنعبد المالك

الكتاب:

السيادة الصحية في جنوب المتوسط ورهان تحقيق الأمن الإستراتيجي

التصنيف: مؤلف جماعي

المؤلف: مجموعة من المؤلفين

تنسيق: إدريس بنعبد المالك

الطبعة الأولى: 2025

Dépôt Légal: 2025MO0450

ISBN: 978-9920-487-68-9

طباعة ونشر:

دار العرفان للطباعة والنشر والتوزيع

Travaux d'impression
Offset & Numérique
Tél : 212 5 28 23 96 96
E-mail : daralirfane@gmail.com
97, Avenue Abdellah Guenoun - Cité Salam - Agadir

محفوظة جميع الحقوق

تم طبع هذا الكتاب بدعم من

مؤسسة هانس زايدل الألمانية

Fondation Hanns Seidel

اللجنة العلمية

الاسم الكامل	الصفة العلمية	المؤسسة
د.الحسين الوردي	أستاذ بكلية الطب/وزير الصحة سابقا	كلية الطب والصيدلة/ الدار البيضاء
د.إدريس جردان	أستاذ القانون العام	كلية العلوم القانونية والاقتصادية /طنجة
د.محمد العربان	أستاذ القانون العام	الكلية متعددة التخصصات/العرائش
د.عبد الرحيم العلام	أستاذ القانون العام	كلية العلوم القانونية والاقتصادية/مراكش
د.الحبيب استاتي زين الدين	أستاذ القانون العام	كلية العلوم القانونية والاقتصادية/مراكش
د.محمد سعيد الكراعني	طبيب متخصص في علم النفس	وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
د.ياسين اغلالو	أستاذ الفلسفة والفنون	كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية/القنيطرة

الفهرس

تقديم الكتاب **7**

البروفيسور الحسين الوردي

الفصل الأول

تعميم التغطية الصحية الأساسية بالمغرب بين القانون رقم 65.00 والقانون الإطار رقم 09.21 **11**

رشيد المدراسي

الفصل الثاني

تمويل ورش التغطية الصحية الإجبارية في المغرب: الآليات والتحديات المطروحة **39**

مريم زان

الفصل الثالث

الأمن الصحي أولوية استراتيجية للمغرب في عالم متغير **61**

حبيبي يوسف

الفصل الرابع

تجليات الأمن الصحي بالمغرب: تدابير و اكراهات **87**

منى دلوح

الفصل الخامس

آفاق تحقيق العدالة المجالية الصحية بالمغرب: أي دور للقانون؟ **125**

طارق الحجوجي

الفصل السادس

الطب عن بعد في المغرب بين ضرورات التنزيل و إكراهات التفعيل **161**

محمد زين الدين

الفصل السابع

الثقافة الصحية بالمغرب بين فعل الوقاية واستراتيجيات العلاج مقاربة سوسيو-أنثربولوجية **197**

رقية أشمال/ابراهيم الزاهي

الفصل الثامن

الدبلوماسية الصحية للمغرب تجاه إفريقيا **225**

خديجة نصير

الفصل التاسع

تأهيل الموارد البشرية بوصفها آلية لتجويد العرض الصحي **251**

عزيز كرامي/جوهرة بوسجادة

الفصل العاشر

الوظيفة الصحية بالمغرب بين تثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي **285**

محمد ضريف

الفصل الحادي عشر

المنظومة الصحية في سياق التحولات الديموغرافية لدول جنوب المتوسط: التحديات والفرص الممكنة **323**

أحمد نقوب

الفصل الثاني عشر

حضور قواعد القانون الخاص في تدبير المنظومة الصحية بالمغرب **363**

عبد العزيز العيساوي

الفصل الثالث عشر

مخاطر التطور العلمي والإعفاء من المسؤولية المدنية عن الأدوية المعيبة **397**

نور الدين الكامل

تقديم الكتاب

في عالم تتسارع فيه التحولات الصحية والتحديات الوبائية، تبرز السيادة الصحية كركيزة أساسية لضمان أمن الدول واستقلالية قراراتها في مجال الصحة العامة. إن إصدار هذا الكتاب، **"السيادة الصحية في جنوب المتوسط ورهان تحقيق الأمن الاستراتيجي"**، يأتي في لحظة مفصلية حيث تعيد الدول النامية النظر في منظوماتها ونماذجها الصحية، وتبحث عن سبل تحقيق الاكتفاء الذاتي من الموارد الاستراتيجية، تعزيزا لقدرتها على مواجهة الأزمات الصحية دون الاعتماد المفرط على الخارج.

إن السيادة الصحية ليست خيارًا، بل ضرورة استراتيجية ملحة. فبلدان الجنوب، وفي مقدمتها المملكة المغربية، تدرك أن تحقيق الأمن الصحي لا يقتصر على توفير العلاج والرعاية الطبية، بل يتطلب رؤية شمولية تدمج بين السياسات الصحية، والبحث العلمي، والصناعة الدوائية، والتعاون القاري جنوب-جنوب، بهدف تعزيز الإنتاج المحلي للأدوية والتجهيزات والمستلزمات الطبية، وتعميم استدامة التغطية الصحية الشاملة، وضمان عدالة التوزيع المجالي للموارد الصحية.

وفي هذا الصدد، برز نموذج التعاون المغربي-الإفريقي، كنموذج ملهم في سياق تواتر الأزمات الصحية، حيث لم تقتصر الجهود على تقديم الدعم الصحي العاجل فحسب، بل امتدت إلى بناء قدرات الدول الإفريقية الشقيقة والصديقة، وتعزيز نقل التكنولوجيا، وتبادل الخبرات، مما يعكس رؤية استراتيجية تقوم على التضامن والتكامل بدل التبعية. فالمغرب، بقيادة جلالة الملك محمد السادس نصره الله، جسّد هذه الرؤية من خلال مبادرات ملموسة، تهدف إلى تعزيز منظومات الصحة الوطنية بدول إفريقيا جنوب الصحراء، ودعمها في تحقيق استقلاليتها وسيادتها الصحية.

كل هاته الجوانب تطرق لها هذا الكتاب، بفضل إسهامات نخبة من الأكاديميين والخبراء، مما جعله يشكل مرجعًا علميًا وميدانيًا لمختلف جوانب السيادة الصحية، حيث يطرح توصيات عملية تستند إلى تجارب ناجحة، ويضع تصورًا مستقبليًا يهدف إلى انتقال السياسات الصحية بدول الجنوب من كونها سياسات استهلاكية إلى سياسات إنتاجية واستراتيجية، تساهم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

ولا شك أن القارئ، وهو يتصفح هذا الكتاب، سيجد فيه رؤى متعددة وأفكارًا غنية توسع آفاق البحث في هذا الموضوع الحيوي، الذي لم يعد محصورًا في الأوساط الأكاديمية بل أصبح أولوية لدى صناع القرار والمهنيين، والمجتمع المدني، وكل القوى الفاعلة الساعية إلى ضمان الحق في الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان.

ختامًا، أتوجه بخالص الشكر والتقدير لكل من ساهم في إثراء هذا العمل، وأدعو إلى تفعيل مخرجاته وتوصياته على أرض الواقع، بما يعزز السيادة الصحية لدول الجنوب، ويكرّس مبدأ "الصحة للجميع، وبالجميع."

البروفيسور الحسين الوردي

الفصل الأول

تعميم التغطية الصحية الأساسية بالمغرب بين القانون رقم 65.00 والقانون الإطار رقم 09.21

Mainstreaming basic health coverage in Morocco between Law No. 65.00 and Framework Law No.09.21

رشيد المدراسي

دكتور في القانون العام

أستاذ بالمركز الجهوي لمهن التربية والتكوين،

الدار البيضاء-سطات: المقر الرئيس.

ملخص:

يقصد بالتغطية الصحية الأساسية، ولوج جميع الأفراد للخدمات الصحية بجودة عالية، ومتاحة بشكل كاف، ودون أن تؤدي كلفة هذه الخدمات إلى صعوبات مالية عند الأداء.

يعد الحق في التغطية الصحية من أهم الحقوق التي نصت عليها مختلف دساتير العالم، وهو حق يستمد قوته من الحق في الصحة، لذلك عملت المملكة المغربية على اتخاذ مجموعة من التدابير والإجراءات الإصلاحية في مجال الصحة، وإصدار نصوص تشريعية وتنظيمية أبرزها القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية سنة2002، الذي شكل دعامة رئيسية وانطلاقة فعلية للتغطية الصحية الأساسية بالمغرب؛ بحيث يشمل التأمين الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية.

ولتحقيق رهان تعميم التغطية الصحية تم سن القانون-الإطار رقم09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الذي نص على: تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وذلك تنفيذا للتوجيهات الملكية بمناسبة افتتاح الدورة التشريعية بتاريخ 9 أكتوبر2020، وتطبيقا لمقتضيات الفصل 31 من دستور2011، الذي يكرس الحق في الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة. واستنادا كذلك إلى الالتزامات الدولية للمملكة المغربية في مجال الحماية الاجتماعية.

لكن رغم هذه التدابير المتخذة والمجهودات المبذولة، فإن تعميم التغطية الصحية الأساسية على جميع المواطنين، ما زال يعرف اختلالات بعضها مرتبط بالتمويل والآخر مرتبط بمنظومة الحكامة.

الكلمات المفتاحية: الحق في الصحة- التغطية الصحية الأساسية- تطور- تعميم- تحديات.

Abstract: Basic health coverage means the access of all individuals to health services of high quality and sufficiently available, without the cost of these services leading to financial difficulties when performing.

The right to health coverage is one of the most important rights stipulated in the various constitutions of the world, and it is a right that derives its strength from the right health. Therefore, the kingdom of Morocco has taken a set of measures and reform measures in the field of health and issued legislative and regulatory texts, the most prominent of which is Law No65.00, which constituted a main pillar and an actual launch for basic health coverage in Morocco, so that it includes basic insurances for illness and the medical assistance system, and to achieve the bet of generalizing health coverage, Law Framework No21.09 and this is in implementation of the royal directives on the occasion of the opening of the legislative session on October9,2020 and in implementation of the requirements of Article31 of the 2011 Constitution, which enshrines the right to protection, health coverage, and mutual or organized solidarity by the state, and also based on the international obligations of the kingdom of Morocco in the field of social protection.

However, despite these measures taken and the efforts made, generalization of basic health coverage to all citizens is still known, some of which are related to financing and the other is related to the governance system.

Key words: The right to health- Basic health coverage- Development- Generalization- Chllenges.

مقدمة

يعد الحق في التغطية الصحية من أهم الحقوق التي نصت عليها مختلف دساتير العالم، يستمد قوته من الحق في الصحة، لذلك اتخذت المملكة المغربية مجموعة من التدابير والإجراءات الإصلاحية، انطلقت مع المناظرة الوطنية الأولى حول الصحة سنة1959، مع إصدار نصوص تشريعية وتنظيمية أبرزها القانون رقم 65.00[1] بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية سنة2002، الذي شكل دعامة رئيسية وانطلاقة فعلية للتغطية الصحية الأساسية بالمغرب.

ولتعزيز هذه المكتسبات، تمت مأسسة منظومة الحماية الاجتماعية بصفة عامة، من خلال سن القانون-الإطار رقم09.21[2] المتعلق بالحماية الاجتماعية والذي نص على توسيع التغطية الصحية الأساسية، بحلول نهاية سنة2022، بحيث سيتمكن 22 مليون مستفيد إضافي من الاستفادة من التأمين الإجباري عن المرض الذي يغطي تكاليف العلاج والأدوية والاستشفاء. وذلك استنادا إلى مقتضيات الفصل 31 من دستور2011[3]، الذي يكرس الحق في الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة، واسترشادا بالرؤية الملكية التي تحث على بناء مجتمع مغربي تسوده العدالة الاجتماعية.

---

* إطار صحي وطالب باحث بسلك الدكتوراه في القانون العام جامعة عبد المالك السعدي، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة.

[1]- القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.02.296 بتاريخ 25 رجب1423 (3أكتوبر2002)، الجريدة الرسمية عدد5058، 16 رمضان1423 (21 نوفمبر2002)، ص.3449.

[2]- القانون-الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.21.30، بتاريخ 9 شعبان 1442(23 مارس 2021)، الجريدة الرسمية عدد 6975 بتاريخ 22 شعبان 1442(5 أبريل2021)، الصفحة 2178.

[3]- دستور المملكة المغربية الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.91 بتاريخ 27 من شعبان 1432(29يوليوز2011)، الجريدة الرسمية عدد5964مكرر بتاريخ 28 شعبان 1432(30يوليوز2011)، ص.3600.

تكمن أهمية الدراسة في كون التغطية الصحية الأساسية تم تضمينها في قانون-إطار يعبر عن الاختيارات والتوجهات الكبرى للبلاد في المجال الاجتماعي، حيث يعتبر بمثابة تعاقد وطني ملزم للجميع.

كما تهدف هذه الدراسة إلى الوقوف عند مدى استكمال توسيع وتعميم التغطية الصحية الإجبارية بحلول نهاية سنة2022، انسجاما مع الجدولة الزمنية لتنزيلها وفق ما جاء به القانون-الإطار رقم09.21.

لهذه الاعتبارات تم طرح ومعالجة الإشكالية التالية:

كيف تم تأطير ورش تعميم التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، على مستوى الفئات المستهدفة ومستوى التفعيل، لتجاوز الاختلالات التي طبعت تنزيل مقتضيات القانون رقم 65.00؟

تفرعت عن هذه الإشكالية المحورية الأسئلة التالية:

-ما هي أبرز الاختلالات التي حالت دون تعميم التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون رقم 65.00؟

- من هي الفئات التي استهدفتها التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون-الإطار رقم09.21؟

- ما هي آليات تنزيل وتعميم التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون-الإطار رقم 09.21؟

- ما هي أبرز التحديات التي تعترض تعميم التغطية الصحية الأساسية؟

انطلقت الدراسة من الفرضيتين التاليتين:

1- اتسمت التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون رقم 65.00 بالمحدودية وعدم الشمولية.

2- استهدف القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، تعميم وتنزيل التغطية الصحية الأساسية لفائدة الفئات المستفيدة من نظام المساعدة الطبية وفئات القطاع غير المهيكل، وذلك وفق آليات محددة.

لمعالجة الإشكالية المطروحة والتحقق من فرضيتي الدراسة تم اتباع التصميم التالي:

المطلب الأول: التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون رقم 65.00

المطلب الثاني: التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون-الإطار رقم 09.21

المطلب الأول: التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون رقم 65.00

بعد مرور أزيد من 60 سنة على استقلال المغرب، وعلى الرغم من التقدم المحرز سنة 2002، عبر إحداث أنظمة التأمين الصحي لفائدة العاملين في القطاع الخاص، وفي الوظيفة والقطاع العموميين، ولفائدة الفئات المعوزة (التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في إطار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والتأمين الإجباري عن المرض في إطار الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، ونظام المساعدة الطبية (راميد). (الفقرة الأولى)، إلا أن هذا النظام واجهته صعوبات على مستويات الشمولية والتضامن والمساواة وجودة خدمات الرعاية الصحية[4] (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: الفئات المستفيدة من التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون رقم 65.00

تكريسا لمبدأ الحق في الصحة الذي تنص عليه المواثيق الدولية، ولأن الهدف من التغطية الصحية هو السماح للأفراد بالاستفادة من الخدمات الصحية دون

[4]- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال: الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 2018/34، ص.75.

مواجهة ضائقة مالية[5]. عملت المملكة المغربية على اتخاذ التدابير اللازمة لتمكين المواطنين من التغطية الصحية وتمتيعهم بالتأمين الصحي؛ من خلال إحداث منظومة التغطية الصحية الإجبارية، تفعيلا لمقتضيات القانون رقم 65.00 الذي يهدف إلى:

- إحداث تأمين إجباري أساسي عن المرض قائم على مبادئ وتقنيات التأمين الاجتماعي لفائدة الأشخاص المزاولين نشاطا يدر عليهم دخلا والمستفيدين من المعاشات وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير والطلبة؛
- إحداث نظام للمساعدة الطبية قائم على مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين.

كما تم صدور القانون رقم 98.15[6] المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا. وما تلاه من صدور نصوص تطبيقية لهذا القانون، لاسيما المرسوم رقم 2.19.719 المتعلق بالقوابل والمروضين الطبيين، والمرسوم رقم 2.19.769 المتعلق بالعدول.

تنص المادة 3 من القانون رقم 98.15 المتعلق بإقرار نظام التأمين الإجباري عن المرض لفائدة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا شريطة ألا يكونوا خاضعين لأي نظام آخر للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

وتحدد مكونات هذه الفئة من:

- المهنيون وهم الأشخاص الذاتيون الذين يمارسون مهنة حرة؛
- العمال المستقلون ويندرج ضمنهم الأشخاص التالي بيانهم:

---

[5] - BENSED N.& FASLY H. « La réforme de la couverture médicale de base au Maroc : Etat des lieux » , Revue du contrôle de la comptabilitè et de l'audit, N°8 Mars2019/ Volume3 : N°4, P.439.

[6] - الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.17.15 في 28 رمضان 1438 (23 يونيو2017)، الجريدة الرسمية عدد 6586 بتاريخ 18 شوال 1438 (13 يوليوز2017)، ص.3960.

– الأشخاص الذاتيون الذين يمارسون نشاطا تجاريا فلاحيا أو أصحاب الاستغلاليات الفلاحية والغابوية وتوابعها؛

– العاملون بقطاع النقل الطرقي غير الأجراء، الحاملون لبطاقة السائق المهني طبقا لأحكام القانون رقم52.05 بمثابة مدونة السير على الطريق؛

– المسيرون غير الأجراء لإحدى الشركات الخاضعة للقانون رقم 5.96 المتعلق بشركة التضامن وشركة التوصية البسيطة وشركة التوصية بالأسهم والشركة ذات المسؤولية المحدودة وشركة المحاصة؛

– الفنانون؛ الصناع التقليديون؛ العاملون بقطاع الصيد البحري غير الأجراء عدا الخاضعين منهم لنظام الضمان الاجتماعي؛

- الأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا وهم التالي بيانهم:

– المقاولون الذاتيون حسب مدلول القانون 114.13 المتعلق بنظام المقاول الذاتي؛

– الأشخاص الآخرون غير الأجراء الذين يمارسون لحسابهم الخاص نشاطا مدرا للدخل كيفما كان نوع هذا النشاط أو الدخل سواء يتوفرون على محل لمزاولة نشاطهم أو لا يتوفرون عليه.

الفقرة الثانية: اختلالات ومواطن ضعف نظام التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون رقم 65.00

بذلت الحكومة جهودا محمودة بغرض الارتقاء بنظام التغطية الصحية، لتوسيع رقعة المستفيدين من نظام الحماية الاجتماعية، فبعدما تم اعتماد مدونة التغطية الصحية الأساسية سنة 2002، وتعزيزها بمكون التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بالنسبة للأجراء والموظفين سنة 2005، وكذا بنظام المساعدة الطبية (راميد) سنة 2012 للفئات المعوزة وغير المستفيدة من نظام التغطية الصحية الإجبارية، بلغت نسبة التغطية الصحية بالمغرب سنة2019، 68.8% من المغاربة،

مقابل 52% سنة 2015، وفي سنة 2015 تم توسيع التغطية الصحية الإجبارية لتشمل طلبة التعليم العالي، بحيث سجلت تغطية 232.083 طالب وطالبة[7].

إلا أن نسبة التغطية الصحية على المستوى الوطني لا تتجاوز 62% من مجموع المواطنات والمواطنين، لتبقى نسبة 38% غير مشمولة بأي نظام للتغطية الصحية، وهو ما يجعلها تواجه تحديات كبرى للتمتع بحقها في الصحة حيث أبانت النتائج عن اختلالات على مستوى التنفيذ في ما يتعلق بالفئات المستهدفة واستحقاقها وتوسيع سلة الخدمات الصحية[8]. كما أدت التحولات الديمغرافية والوبائية وتحديات تمويل التغطية الصحية الشاملة والنظام الصحي، وكذا الافتقار إلى التخطيط المناسب، إلى آثار غير متوقعة على إمكانية الولوج وعلى مسار الرعاية الصحية، والتأثير على أداء بنيات المنظومة الصحية[9]. مع العلم أن القانون الإطار رقم 34.09[10] المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، نص في المادتين 19 و20 على: "إحداث خريطة صحية ومخططات جهوية لغرض العلاجات؛ تهدف إلى توقع التطورات الضرورية لعرض العلاجات العمومية والخاصة وتحفيز إجرائها، قصد الاستجابة على النحو الأمثل، لحاجيات الساكنة من العلاج والخدمات الصحية، وتحقيق الانسجام والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد المادية والبشرية، وتصحيح الاختلالات بين الجهات وداخل كل جهة والتحكم في نمو العرض".

---

[7]- خالد بوقيش وإحسان العيدوني، قراءة في مقتضيات القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، عدد 157، مارس- أبريل2021، ص.59.

[8]- المجلس الوطني لحقوق الإنسان، التقرير السنوي عن حالة حقوق الإنسان بالمغرب لسنة 2019: فعلية حقوق الإنسان ضمن نموذج ناشئ للحريات، مارس 2020، ص.ص.51.50.

[9] - Jaafar Heikel, « Evaluation des effets de la Couverture Sanitaire Universelle(CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc »,Thèse pour le doctorat en Sciences Economiques, Université sorbonne paris nord, 04 Mars2020,P.65.

[10]- القانون-الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.83 بتاريخ 29 من رجب (2يوليوز2011)، الجريدة الرسمية عدد 5962، بتاريخ 21 يوليوز2011، الصفحة 3469.

اتسمت التغطية الصحية الأساسية بانحصار الفئات المشمولة ومحدودية مستوى التكفل، إذ بلغت نسبة الساكنة المشمولة بأحد أنظمة التغطية الصحية 54.6% فقط، بما يعني أن نصف الساكنة تقريبا 45.4% لا تتمتع بأي نوع من التغطية حسب إحصائيات سنة2016.

وتشير الإحصائيات التي نشرتها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي[11] بتاريخ 2020/12/14 بمناسبة اليوم العالمي للتغطية الصحية، أن نسبة التغطية الصحية في ما يخص جميع الأنظمة سنة 2019 بلغت 70%، موزعة بين: أجراء وأصحاب المعاشات بالقطاع العام 3117649 مستفيد (9%)، وأجراء وأصحاب المعاشات بالقطاع الخاص (21%) 7.842.700 مستفيد، ونظام المساعدة الطبية 10.905.007 مستفيد (30%)، والطلبة (1%) 232083 مستفيد، والأنظمة الخاصة 1.619.525 مستفيد (5%)، بالإضافة إلى نسبة (4%) تتعلق بفئات المادة 114 من القانون رقم 65.00 والتي تغطي ما يناهز 1.572.664 مستفيد[12].

وفي ما يخص نظام المساعدة الطبية فقد خرج عن الأهداف التي رسمت له بموجب القانون رقم 65.00 والمتعلقة أساسا بالولوج المجاني والشامل لكل الفئات المعوزة للخدمات الصحية بالجودة المطلوبة طبيا. مع العلم أن هذا النظام شكل

[11]- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تم إحداثها منذ سنة 2005 بموجب المادة 57 من القانون 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية. تتكلف بمهمة التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته في إطار التقييد بالأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة به. كما تتكلف الوكالة بمهمة تدبير الموارد المرصدة لنظام المساعدة الطبية.

[12]- إحصائيات منشورة على الموقع الإلكتروني للوكالة الوطنية للتأمين الصحي http://www.anam.ma (تاريخ الزيارة 23 أبريل 2023 على الساعة 11 و45 د).

فرصة لتجاوز الصعوبات المالية التي تحول دون تلقي الاستشفاء للفئات الهشة والفقيرة من السكان[13].

هذا النظام الذي كان يهدف إلى إعفاء الفقراء من التكاليف الاستشفائية وتمتيعهم برعاية صحية مجانية في كافة المستشفيات العمومية بالمملكة، وقد خصصت له اعتمادات مالية مهمة، إلا أن فعاليته على أرض الواقع لم تكن في المستوى المطلوب، ولم تبلغ الأهداف المسطرة له مداها، فظل المواطنون المعنيون يشتكون من ضعف فعالية هذا النظام[14]. فرغم القفزة التي تحققت في نسبة التأمين الصحي في ظل نظام المساعدة الطبية، فإن 26.1% فقط من بين 20% من السكان الأشد فقرا هم الذين تم إشراكهم خلال سنة2014. وعلى الرغم من أن هذا النظام يستهدف خصوصا الطبقات الاجتماعية المتواضعة، فإن 7.6% من بين 20% من شريحة السكان الأكثر يسرا هم الذين يستفيدون منه أيضا[15]. كما أسفر تعميم نظام المساعدة الطبية دون تأهيل مسبق للقطاع عن تدهور في جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة لمجموع المستفيدين، بسبب تزايد الطلب على العلاجات المتوفرة بمؤسسات الصحة العمومية[16].

بالإضافة إلى أن فئة كبيرة من المواطنين وجدت نفسها خارج مدونة التغطية الصحية الأساسية، فلا هي بمستفيدة من نظام للتأمين الإجباري عن المرض، ولاهي في خانة ذوي الدخل المحدود. وتشمل هذه الفئة على الخصوص المزاولين للمهن الحرة الصغيرة والمتوسطة والتجار، والحرفيين الصغار والمتوسطين الذين لهم دخل محدود

---

[13] - El Houcine Akhnif , « La Couverture Sanitaire Universelle au Maroc : Le role du ministère de la santé en tant qu'Organisation Apprenante », Thèse de l'obtention du grade de docteur en sciences de la Santé, Université catholique de Louvain, Institut de recherche santé et société, juillet2019, P.12

[14] -عصام القرني، الإنفاق العمومي الصحي بالمغرب، مجلة البوغاز للدراسات القانونية والقضائية، العدد 16 يوليوز2021، ص.180.

[15] - تقرير التنمية البشرية 2017: التفاوتات السوسيو- مجالية والتنمية البشرية: مساهمة في الحوار حول النموذج التنموي بالمغرب، المرصد الوطني للتنمية البشرية، المملكة المغربية، ص.14.

[16] - خالد بوقيش وإحسان العيدوني، قراءة في مقتضيات القانون الإطار رقم 09.21، ص.62.

وغير قار، بالإضافة إلى الطلبة وآباء وأمهات المؤمنين لدى مؤسسات التأمين الإجباري، والذين يملكون دخولا متواضعة ولا يسمح لهم بالحصول على بطاقة الراميد[17].

وإجمالا تميز نظام التغطية الصحية الأساسية، بنقط ضعف نوجزها في ما يلي:

- بالنسبة للفئات المشمولة بالتغطية الصحية ومستوى التكفل: لا يتوفر على تغطية صحية كل الأشخاص الذين لم يراكموا فترات تأمين كافية تؤهلهم لاستحقاق المعاش، أو من هم في وضعية فقدان الشغل أو البطالة، والعاملون في بيوتهم. كما أن الأشخاص المستفيدون من أحد أنظمة التأمين عن المرض ملزمون بدفع 40% في المتوسط بالنسبة للقطاع الخاص، و32% بالنسبة للقطاع العام من تكاليف العلاج. ومن بين الأسباب الرئيسية لارتفاع الجزء الباقي من المصاريف الواقع على عاتق المؤمن لهم، يشير العديد من المتدخلين إلى عدم احترام التعريفة المرجعية الوطنية من قبل مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص، علما أنه جرى تحديد هذه التعريفة نفسها في مستويات تقل عن الأسعار المعمول بها بالنسبة لجزء كبير من العلاجات، مما يدفع الممارسين والمرضى إلى اللجوء إلى تعاملات غير نظامية.
- على مستوى التمويل والتوازن: تم تسجيل اختلال في التوازن المالي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، هذا الاختلال الذي ظل مرشحا للتفاقم، بسبب عوامل من قبيل:

- انتقال حصة الأمراض الطويلة الأمد والأمراض الخطيرة والمكلفة من 2.32% في سنة2006 إلى 5.58% سنة 2017؛

- ارتفاع كلفة العديد من أصناف الرعاية الصحية، لاسيما: الأدوية بسبب تطبيق الأسعار العمومية الجديدة لبيع الأدوية ابتداء من عام 2014، حيث تضاعفت كلفتها من ثلاث إلى 4أربع مرات بالنسبة للمؤمن لهم؛ ثم تزايد اللجوء إلى العلاجات.

[17]- حسن بداوي، مرتكزات الحكامة الجيدة لمعالجة ضعف المنظومة الصحية، مجلة البوغاز للدراسات القانونية والقضائية، العدد 16 يوليوز2021، ص.ص.48.47.

- في ما يخص جودة الخدمات الصحية المقدمة: لم تتم مواكبة التغطية الصحية الأساسية بآليات عمومية لقياس حسن تدبيرها وجودة الخدمات المقدمة في إطارها.
- على مستوى منظومة الحكامة: واجه تدبير التغطية الصحية الأساسية تحديات عديدة شملت الجوانب التالية:

- تعدد أنظمة التأمين الأساسي الإجباري عن المرض، وهو ما يتناقض مع مبادئ التضامن والتعاضد في تحمل المخاطر والتوحيد التي نص عليها القانون رقم 65.00، علما أن هذا التشتت لا يساهم في الاستدامة المالية على المدى الطويل لمنظومة التغطية الصحية ككل؛

- بطء أو تجميد عملية تحيين التعريفات المرجعية، بالإضافة إلى عدم كفاية وسائل مراقبة وتتبع استهلاك الأدوية؛

- اتسام مسطرة تدبير موارد نظام المساعدة الطبية (راميد) بالتناقض: فبينما يعهد القانون رقم 65.00 إلى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بتدبير هذا النظام، فإن النصوص التطبيقية الخاصة بهذا القانون تعهد بتدبير موارد " الراميد" إلى وزارتي الصحة والاقتصاد والمالية، مما يحول دون استعمال الموارد المالية التي يحصلها نظام المساعدة الطبية مباشرة من المستفيدين المؤدين[18].

المطلب الثاني: التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون-الإطار رقم 09.21

اتسمت التغطية الصحية الأساسية بانحصار الفئات المشمولة ومحدودية مستوى التكفل، ناهيك عن ضعف الإنصاف في التعامل مع المؤمن لهم من القطاعات المشمولة، مع غياب مشاريع صريحة وواقعية لضمان الاستدامة المالية، خاصة مع

[18]- للاستزادة يرجى الاطلاع على: تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال: الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 2018/34 (من الصفحة 83 إلى الصفحة 86).

تزايد الأمراض طويلة الأمد وارتفاع تكاليف الأدوية والعلاجات وعدم انخراط العديد من المؤسسات والمقاولات في أنظمة التأمين بشكل فعال[19]. في هذا الصدد أكد الخطاب الملكي بمناسبة الذكرى 19 لعيد العرش (29 يوليوز2018) على: "...تصحيح الاختلالات التي يعرفها تنفيذ برنامج التغطية الصحية «RAMED » بموازاة مع إعادة النظر، بشكل جذري، في المنظومة الوطنية للصحة، التي تعرف تفاوتات صارخة، وضعفا في التدبير..."[20].

وهو ما نبه إليه الخطاب الملكي بمناسبة الذكرى 21 لعيد العرش وفق ما يلي:"...وقد سبق أن دعوت في خطاب العرش لسنة 2018، للتعجيل بإعادة النظر في منظومة الحماية الاجتماعية، التي يطبعها التشتت، والضعف في مستوى التغطية والنجاعة. لذا، نعتبر أن الوقت قد حان لإطلاق عملية حازمة، لتعميم التغطية الاجتماعية لجميع المغاربة، خلال الخمس سنوات المقبلة. وندعو للشروع في ذلك تدريجيا، ابتداء من يناير2021، وفق برنامج عمل مضبوط، بدء بتعميم التغطية الصحية الإجبارية...."[21].

الفقرة الأولى: الفئات المستفيدة من تعميم وتنزيل التأمين الإجباري عن المرض في ضوء القانون الإطار رقم 09.21

كانت تتكون التغطية الصحية الإجبارية بالمغرب من نظامين مستقلين: نظام المساعدة الطبية(راميد) القائم على مبدأ التضامن الوطني، الموجه للفئات المعوزة والهشة التي لا تستفيد من أي نظام للتغطية الصحية، ومن نظام التغطية الصحية الإجبارية القائم على الاشتراك وعلى التعاضد في مواجهة المخاطر، ويشمل كل شخص يزاول نشاطا مدرا للدخل (الموظفون في القطاع العام والأجراء في القطاع الخاص)؛

[19]- ميلود الرحالي، مشروع "تعميم" الحماية الاجتماعية بين ثقل الواقع وتوصيات الوثائق الرسمية، مقال ضمن مؤلف: الحماية الاجتماعية والنموذج التنموي الجديد: مقاربات ودراسات نقدية مقارنة، المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، الإصدار الأول دجنبر 2022، ص.ص.107-108.

[20]- مقتطف من الخطاب الملكي السامي بمناسبة الذكرى 19 لعيد العرش بتاريخ 29 يوليوز2018.

[21]- مقتطف من الخطاب الملكي السامي بمناسبة الذكرى 21 لعيد العرش بتاريخ 29 يوليوز2020.

والمتقاعدين؛ بالإضافة إلى طلبة التعليم العالي، وبعض فئات المستقلين وأصحاب المهن الحرة[22].

بمناسبة افتتاح الدورة التشريعية بتاريخ 09 أكتوبر2020، أكد التوجه الملكي على ضرورة تعميم ورش الحماية الاجتماعية، فتم سن القانون-الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الذي نص على تعميم التأمين الصحي الإجباري خلال فترة 2021-2022 لفائدة 22 مليون مستفيد إضافي من التأمين الأساسي عن المرض، الذي يغطي تكاليف العلاج، والأدوية والاستشفاء. والذي نص في المادة 05 على: " توسيع الاستفادة من هذا التأمين لتشمل الفئات المعوزة المستفيدة من نظام المساعدة الطبية؛ وتحقيق التنزيل التام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا، ليشمل كل الفئات المعنية".

أولا: تعميم التأمين الإجباري الصحي على الفئات المستفيدة من نظام المساعدة الطبية في ضوء القانون رقم 09.21

لقد تجاوزت نسبة المشمولين بنظام المساعدة الطبية الأهداف الأولية المسطرة، حيث سجل نسبة إنجاز بلغت 129% سنة 2016، هذه " النسبة العالية جدا" لا تعكس في حد ذاتها فعالية هذا النظام، بل إنها تؤكد في العمق الأثر الانتقائي السلبي الذي يخلفه الطابع التجزيئي وكذا شروط الاستفادة من الأنظمة القائمة على المساهمة التابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وشركات التأمين الخاصة، على نظام المساعدة الطبية الذي يتم تمويله في نهاية المطاف من لدن جميع الملزمين بالضرائب، وبلغ معدل تجديد التسجيل في نظام المساعدة الطبية 46% في نهاية سنة2017، كما كان معدل سحب البطاقات الخاصة بالأشخاص في وضعية هشاشة في حدود 31% (بمبلغ اشتراك

[22]- خالد بوقيش وإحسان العيدوني، قراءة في مقتضيات القانون الإطار رقم 09.21، ص.59.

يتراوح ما بين 120و600 درهم)، أما الأشخاص الذين يوجدون في وضعية فقر، فقد شكلوا 91% من مجموع المستفيدين[23].

لذلك استهدف القانون-الإطار رقم 09.21 هذه الفئة من خلال إخضاعها لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وهو التعديل الذي جاء به القانون رقم 27.22[24]، الذي نص على " سن إجبارية التأمين الأساسي عن المرض قصد تحقيق استفادة الجميع من الخدمات الطبية مع حرص الدولة على التوازن المالي عبر تأطير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بصفة مستديمة.

وفي هذا الإطار يهدف هذا القانون إلى إحداث " تأمين إجباري أساسي عن المرض" يرتكز على:

- آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك؛
- آلية قائمة على التضامن لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

بعدما كان القانون رقم 65.00 يهدف إلى: إحداث تأمين إجباري أساسي عن المرض، وإحداث نظام المساعدة الطبية (راميد).

ثانيا: تحقيق التنزيل التام لنظام التأمين الإجباري عن المرض لفائدة فئات القطاع غير المهيكل

يشمل تنزيل ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض العديد من الجوانب الجوهرية، والتي تتعلق أساسا بالسند القانوني وآليات التمويل، والحكامة.

---

[23]-تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، ص.78.

[24]- القانون رقم 27.22 القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.22.65 بتاريخ 30 من ربيع ال آخر1444 (25نوفمبر2022)، الجريدة الرسمية عدد 7147 مكرر-5 جمادى الأولى 1444(30نوفمبر2022)، ص.7673.

ومن أجل تجويد المنظومة القانونية المتعلقة بورش تعميم التغطية الضحية الأساسية، عملت الحكومة على إخراج 22 مرسوما تطبيقيا[25]، من أجل توفير التأمين الصحي ل 11 مليون مواطن ومواطنة، من العمال غير الأجراء وذوي حقوقهم المرتبطين بهم:

– مليون و600 ألف فلاح؛ نصف مليون حرفي؛ 800 ألف من التجار والصناع التقليديين الخاضعين لنظام المساهمة المهنية الموحد، أو الذين يمسكون محاسبة وكذا المقاولين الذاتيين؛

– 140 ألف من سائقي سيارات الأجرة؛ 230 ألف من السائقين المهنيين؛

– إضافة إلى الأطباء والصيادلة والمهندسين والبياطرة والطبوغرافيين والقابلات ومهن الترويض وصناع الأسنان والمتخصصين في التغذية والموثقين والمرشدين السياحيين والعدول والفنانين، وغيرهم من الفئات[26].

كما أوضحت الحكومة أنها ستقوم بتمكين الفئات الفقيرة والهشة الخاضعة لنظام " راميد" من التوفر على التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، يمكنها من الولوج إلى القطاعين العام والخاص، وبنفس سلة علاجات أجراء القطاع الخاص[27].

[25]- منها، -المرسوم رقم 2.22.860 المتعلق بتطبيق القانون رقم 98.15 والقانون رقم 99.15 المتعلق بالرياضيين والأطر الرياضية غير الأجراء، الذين يمارسون نشاطا في رياضة كرة القدم؛- المرسوم رقم 2.22.858 بتطبيق القانون رقم 98.15 والقانون رقم 99.15 بإحداث نظام للمعاشات، الخاصين بفئات المهنيين والعمال المستقلين؛ - المرسوم رقم 2.22.797 بتطبيق القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، في ما يخص نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.

[26]- تقرير موضوعاتي حول الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية، المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي، مجلس المستشارين، يوليوز2022، ص.ص.68.69.

[27]- تقرير موضوعاتي حول الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية، ص.115.

الفقرة الثانية: آليات وتحديات تعميم التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون الإطار رقم 09.21

إذا كان كل نظام صحي يسعى إلى تحقيق ثلاثة أهداف رئيسة، وهي تحسين صحة السكان (الإنصاف)، والاستجابة(الجودة)، والحماية من المخاطر المالية[28]. فإن نجاح التغطية الصحية الشاملة يتطلب تقييم أداء النظام الصحي ككل. والواقع أن تحدي الأداء يتزايد أكثر، لاسيما في مواجهة التطور المتناقض بين التمويل العام للصحة والحاجيات المتزايدة للسكان[29].

أولا: آليات تعميم التغطية الصحية الأساسية وفق القانون- الإطار رقم 09.21

حسب الفقرة الأخيرة من الفصل 71 من دستور2011 التي تنص على أن: للبرلمان صلاحية التصويت على قوانين تضع إطارا للأهداف الأساسية لنشاط الدولة، في الميادين الاقتصادية والاجتماعية والبيئية والثقافية. لهذا فإن القانون-الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، قانونا يعبر عن الاختيارات والتوجهات الكبرى للبلاد في المجال الاجتماعي، حيث يعبر عن تعاقد وطني ملزم للجميع، يتطلب تفعيله آليات يتعلق بعضها بالتمويل، والآخر بمنظومة الحكامة.

1- آليات التمويل

يرتكز تعميم الحماية الاجتماعية على آليتين للتمويل[30]:

---

[28]- Mohammed Nabil ELM.& Bouchra O., « Les apports du Nouveau Modèle de développement pour la réforme du système de santé au Maroc : Une analyse sur la base du cadre conceptuel des systèmes de santé », Dossiers de Recherches en Economie et Gestion : Dossier 10,N°1 :Mars2022, P.16.

[29] - El Houcine Akhnif , « La Couverture Sanitaire Universelle au Maroc : Le role du ministère de la santé en tant qu'Organisation Apprenante », Thèse de l'obtention du grade de docteur en sciences de la Santé, Université catholique de Louvain, Institut de recherche santé et société, juillet2019, P.13.

[30]- المادة 11 من القانون-الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

أ- آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على المساهمة في تمويل هذه الحماية الاجتماعية ؛ (حسب المادة 12 يتم تمويل الحماية الاجتماعية في إطار هذه الآلية عن طريق:

- الاشتراكات المستحقة تطبيقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل؛

- الواجبات التكميلية التي تفرضها الدولة على بعض الفئات المهنية، في إطار نظام المساهمة المهنية الموحدة، قصد أداء الاشتراكات الاجتماعية).

ب-آلية قائمة على التضامن لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك؛ وذلك من خلال الموارد التالية:

- المخصصات المالية من ميزانية الدولة؛ -العائدات الضريبية المخصصة لتمويل الحماية الاجتماعية؛ -الموارد المتأتية من إصلاح نظام المقاصة؛ -الهبات والوصايا؛ -جميع الموارد الأخرى التي يمكن أن ترصد بموجب نصوص تشريعية أو تنظيمية خاصة. (المادة 13).

في هذا السياق، تم بموجب قانون المالية السنوي رقم 65.20 لسنة 2020 (المادة 6) إحداث نظام المساهمة المهنية الموحدة، وذلك لتمكين فئة من الملزمين المزاولين للأنشطة ذات الدخل المحدود من أداء ضريبة موحدة شاملة تضم من جهة الضرائب والرسوم الخاصة بالنشاط المهني (الضريبة على الدخل والرسم المهني والرسم على الخدمات الجماعية) وكذا واجبات تكميلية مرصودة للخدمات الاجتماعية لفائدتهم تشمل في مرحلة أولى التأمين الإجباري عن المرض.

وبغية إدماج هذه الفئة من الملزمين ضمن منظومة الحماية الاجتماعية وتمكينهم من الاستفادة من الخدمات الاجتماعية، جعلت المادة 41 من المدونة العامة للضرائب من الانخراط في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض شرطا ضروريا لمنح الملزم الحق في اختيار نظام المساهمة المهنية الموحدة، وذلك إلى جانب الشرط الآخر المتمثل في عدم تجاوز مبلغ رقم الأعمال السنوي المحقق مليوني (2000000)

درهم في ما يتعلق بالأنشطة الصناعية والتجارية والأنشطة الحرفية؛ و(500.000) درهم في ما يتعلق بمقدمي الخدمات[31].

وعلاقة بآليات التمويل، يجب ضمان تمويل مستدام للحماية الاجتماعية سواء بالنسبة لقطب التأمين أو لقطب التضامن. فبالنسبة للتأمين الاجتماعي، يهدف النموذج التنموي الجديد إلى توسيع مجال التغطية من خلال إدماج المهن الحرة والمقاولين الذاتيين والعمال المنزليين والقطاع غير المهيكل (الحرفيون، التجار...) في أنظمة تقوم على المساهمة المالية، وكذا من خلال مكافحة الغش الاجتماعي. وبخصوص شبكات الأمان الاجتماعي المبنية على التضامن، يقترح النموذج التنموي الجديد تعبئة المداخيل الضريبية المخصصة لتمويلها، لاسيما تخصيص حصة من مداخيل الضريبة على القيمة المضافة وإحداث ضريبة للتضامن على الممتلكات غير المنتجة، واستمرار فرض مساهمات اجتماعية على الأرباح والأجور العليا والرفع من قيمة الرسوم الداخلية على استهلاك المواد المضرة (الكحول والتبغ)، وتخصيص مواردها لتمويل الجانب التضامني للتغطية الصحية المعممة[32].

وحيث أن التغطية الصحية الشاملة تقاس من خلال أبعادها الثلاثة، الموارد البشرية، والمالية، وتقديم الخدمات، فمن المهم ضمان الولوج المنصف والتوفر على عرض صحي أساسي جيد لجميع المواطنين[33].

2- آليات الحكامة

حسب المادة 15 من القانون الإطار رقم 09.21 " تسهر السلطات العمومية على اتخاذ الإجراءات اللازمة لوضع إطار للحكامة يمكن من ضمان التقائية مختلف أنظمة الحماية الاجتماعية، لا سيما من خلال اعتماد هيئة موحدة لتدبير هذه الأنظمة".

---

[31]- خالد بوقيش وإحسان العيدوني، قراءة في مقتضيات القانون الإطار رقم 09.21، ص.64.

[32]- التقرير العام حول النموذج التنموي الجديد، اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي، أبريل 2021، ص.114.

[33] - HACHRI H , « Couverture universelle en santé », Annales des Sciences de la Santé, N°3 , Vol.1 : 1-2, P.02.

كما تنص المادة 16 من نفس القانون-الإطار على أنه:" من أجل ضمان تكامل وتناسق الإجراءات المتخذة لإصلاح الحماية الاجتماعية، تعمل الحكومة على إحداث آلية للقيادة تسهر بصفة خاصة، على تتبع تنفيذ هذا الإصلاح وتنسيق تدخلات مختلف الأطراف المعنية".

في هذا السياق، باعتبار الحماية الاجتماعية استثمارا في الرأسمال البشري وركيزة للإدماج. من خلال توفير حماية أساسية معممة على جميع المواطنين، وتقوية قدراتهم على التكيف، وحماية خاصة تستهدف الفئات الأكثر هشاشة. فإن لجنة النموذج التنموي توصي بتحديث حكامة نظام الحماية الاجتماعية وضمان فعالية تدخلاته؛ من خلال اعتماد رؤية مندمجة للعمليات ذات الطبيعة الاجتماعية وتجديد حكامتها، ويقترح في هذا الصدد وضع آلية "مغرب الإدماج"، كما يجب أن تضم هذه الآلية الوكالات العمومية المكلفة حاليا بهذه البرامج أو المؤسسات الأخرى، وتسعى اللجنة إلى جعل العمل الاجتماعي يرتكز حول الجودة، والنتائج والأثر من خلال المزيد من الدقة في وضع البرامج، وتعميم إجراءات التتبع، والتحفيز على تحقيق النتائج[34].

فعلى مستوى هيئات التدبير والحكامة، نصت المادة 32 من القانون-الإطار رقم 06.22[35] على أن "تعمل الدولة على إحداث: -هيئة عليا للصحة تتولى، على وجه الخصوص، التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتقييم جودة خدمات المؤسسات الصحية وإبداء الرأي في السياسات العمومية في ميدان الصحة؛ - مجموعات صحية ترابية في شكل مؤسسات عمومية تتولى، على الصعيد الجهوي، تنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة".

[34]- التقرير العام حول النموذج التنموي الجديد، اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي، ص.114.

[35]- القانون-الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.22.77 بتاريخ 14من جمادى الأولى 1444(9 ديسمبر2022)، الجريدة الرسمية عدد 7151، 17 جمادى الأولى 1444 (12 ديسمبر2022)، ص.7895.

ثانيا: تحديات تعميم التغطية الصحية الأساسية في ضوء القانون-الإطار رقم 09.21

إن تحقيق أهداف تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض قد تواجهه بعض المخاطر، والتي يمكن اعتبارها في آن واحد عوامل نجاح رئيسية للإصلاح، وتتجلى خاصة في ما يلي:

- تمديد آجال التغطية الصحية الفعلية لجزء من السكان المعنيين إلى ما بعد 2022 بسبب تباطؤ وتيرة التسجيل لكافة الفئات المعنية بالمقارنة مع الآجال المتوقعة؛
- جدوى واستدامة الجوانب المتصلة بتمويل التغطية الصحية والتي يتعين توفيرها للمنظومة برمتها؛
- تطوير وتأهيل عرض العلاجات في شموليته (البنيات الاستشفائية العمومية والخاصة والموارد البشرية والتجهيزات...)؛
- ضعف الحصة المسترجعة لتغطية تكاليف العلاجات الصحية؛
- التأخر في تنزيل السجل الاجتماعي الموحد على مجموع التراب الوطني[36].

كما أن السلطات العمومية ركزت بشكل رئيسي، على تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، في حين لم يتم تحديد تفاصيل المكونات الأخرى للإصلاح المنصوص عليها في القانون الإطار، حيث:

– في ما يخص التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، تم التوقيع في 14 أبريل 2021، على ثلاث اتفاقيات إطار من قبل مختلف القطاعات الوزارية المعنية، ليشمل هذا التأمين مجموعة من الفئات غير المستفيدة التي يبلغ عددها 3 ملايين منخرطا رئيسيا.

– في ما يتعلق بالإطار القانوني، تجدر الإشارة على وجه الخصوص إلى تعديل القانون رقم 98.15 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص

[36]- التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021 – المحاور الرئيسية-، دجنبر2022، ص.26.

بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا بالإضافة إلى المصادقة على 22 مرسوما تطبيقيا يتعلق بهذه الفئات. وإلى حدود 17 أكتوبر2022، تم تسجيل 2.35 مليون شخص من فئة غير الأجراء منهم 1.03 مليون فلاح و459 ألف حرفي.

– وفي الجانب المتعلق بالتمويل، يكتسي ضمان استمرارية واستدامة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض أهمية بالغة. ويلاحظ حاليا أن هناك توجه نحو التمويل وفق آلية المساهمة مع تمويل المتبقي من طرف الدولة في إطار التضامن وخاصة في ما يتعلق بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك. وطبقا لتوقعات الحكومة لسنة 2021، فإن التكلفة السنوية لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض تقدر بما يناهز 13.8 مليار درهم[37].

بناء عليه، فإن تحسين وتعميم التغطية الصحية يتطلب وجود الموارد البشرية المؤهلة والأدوية والبنيات والتجهيزات القريبة والملائمة لكل الأفراد والمجموعات[38]. لذلك تمت المصادقة على القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، والذي يروم الإصلاح الشامل لها بهدف تمكينها من القيام بالمهام المنوطة بها على الوجه الأكمل والاستجابة بشكل ملائم لانتظارات المواطنين.

خاتمة

خطا المغرب خطوات كبيرة في إرساء نظام التغطية الصحية الأساسية، إذ تم سن القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية سنة2002، ثم العمل بالتأمين الإجباري عن المرض سنة2005، كما تم تبني نظام المساعدة الطبية (راميد)، سنة 2012، وذلك بهدف توفير الحماية الاجتماعية لفئات واسعة من المواطنين، لكن على الرغم من هذه التدابير التشريعية، والمجهودات المبذولة، فإن

[37]- التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021، ص.25.

[38]- المجلس الوطني لحقوق الإنسان، فعلية الحق في الصحة: تحديات، رهانات ومداخل التعزيز، تقرير موضوعاتي فبراير 2022، ص.60.

تحقيق رهان تعميم التغطية الضحية الأساسية، اتسم بالعديد من أوجه القصور، لتتم المصادقة على القانون-الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، وذلك تنزيلا للرؤية الملكية في مجال توفير الحماية الاجتماعية لجميع المواطنين.

ولتحقيق تعميم وشمولية نظام التغطية الصحية الأساسية، كما نص عليها القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، والقانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، وبغية حماية المؤمنين من المخاطر والصعوبات المالية، لا بد من تخفيض تكاليف العلاج لاسيما المترتبة عن الحصة الإضافية التي يتحملها المرضى، وضمان تجانس مختلف الأنظمة المتعلقة بالتغطية الصحية الإجبارية، بالإضافة إلى توسيع سلة العلاجات وتعميمها على جميع المؤمنين، مع ضرورة حكامة الصناديق المكلفة بتدبير مختلف أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، واحترام المبادئ المهيكلة للتغطية الصحية الأساسية والمتمثلة في: الإجبارية، الشمولية، الإنصاف، والتضامن.

لائحة المصادروالمراجع

أولا: اللغة العربية

1- المقالات والدراسات

- بداوي حسن، مرتكزات الحكامة الجيدة لمعالجة ضعف المنظومة الصحية، مجلة البوغاز للدراسات القانونية والقضائية، العدد 16 يوليوز2021.
- بوقيش خالد و العيدوني إحسان، قراءة في مقتضيات القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، عدد 157، مارس- أبريل2021.
- الرحالي ميلود، مشروع "تعميم" الحماية الاجتماعية بين ثقل الواقع وتوصيات الوثائق الرسمية، مقال ضمن مؤلف: الحماية الاجتماعية والنموذج

التنموي الجديد: مقاربات ودراسات نقدية مقارنة، المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، الإصدار الأول دجنبر 2022.

- القرني عصام، الإنفاق العمومي الصحي بالمغرب، مجلة البوغاز للدراسات القانونية والقضائية، العدد 16 يوليوز2021.

2- الخطب الملكية

- الخطاب الملكي السامي بمناسبة الذكرى 19 لعيد العرش (29 يوليوز2018).
- الخطاب الملكي السامي بمناسبة الذكرى 21 لعيد العرش بتاريخ 29 يوليوز2020، القسم الثاني من الجزء الخامس والستين من سلسلة" انبعاث أمة".
- الخطاب الملكي بمناسبة افتتاح الدورة التشريعية بتاريخ 9 أكتوبر2020، القسم الثاني من الجزء الخامس والستين من سلسلة" انبعاث أمة".

3- التقارير

- التقرير السنوي عن حالة حقوق الإنسان بالمغرب لسنة 2019: فعلية حقوق الإنسان ضمن نموذج ناشئ للحريات، المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مارس 2020.
- تقرير موضوعاتي، فعلية الحق في الصحة: تحديات، رهانات ومداخل التعزيز، المجلس الوطني لحقوق الإنسان، فبراير 2022.
- تقرير موضوعاتي حول الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية، المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي، مجلس المستشارين، يوليوز2022.
- التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021 – المحاور الرئيسية-، دجنبر2022.
- التقرير العام حول النموذج التنموي الجديد، اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي، أبريل 2021.

■ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال: الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 2018/34.

■ تقرير التنمية البشرية: التفاوتات السوسيو-مجالية والتنمية البشرية: مساهمة في الحوار حول النموذج التنموي بالمغرب، المرصد الوطني للتنمية البشرية، 2017.

ثانيا: اللغة الفرنسية

■ Akhnif El Houcine , « La Couverture Sanitaire Universelle au Maroc : Le rôle du ministère de la santé en tant qu'Organisation Apprenante », Thèse de l'obtention du grade de docteur en sciences de la Santé, Université catholique de Louvain, Institut de recherche santé et société, juillet 2019.

■ BENSED N.& FASLY H. « La réforme de la couverture médicale de base au Maroc : Etat des lieux » , Revue du contrôle de la comptabilitè et de l'audit, N°8 Mars2019.

■ ELM. Mohammed Nabil .& Bouchra O., « Les apports du Nouveau Modèle de développement pour la réforme du système de santé au Maroc : Une analyse sur la base du cadre conceptuel des systèmes de santé », Dossiers de Recherches en Economie et Gestion : Dossier 10,N°1:Mars 2022.

■ HACHRI H , « Couverture universelle en santé », Annales des Sciences de la Santé, N°3 , Vol.1 :1-2.

■ Heikel Jaafar , « Evaluation des effets de la Couverture Sanitaire Universelle(CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc »,Thèse pour le doctorat en Sciences Economiques, Université sorbonne paris nord, 04 Mars 2020.

الفصل الثاني

تمويل ورش التغطية الصحية الإجبارية في المغرب: الآليات والتحديات المطروحة

Funding the Compulsory Health Coverage Scheme in Morocco: Mechanisms and Challenges

مريم زان

*دكتورة في القانون العام والعلوم السياسية

بجامعة محمد الخامس بالرباط.

ملخص: تعتبر التغطية الصحية بالمغرب من الإصلاحات الكبرى التي تهدف إلى تحسين نظام الرعاية الصحية وضمان وصول الجميع إلى الخدمات الصحية الأساسية، يتم تمويل التغطية الصحية عبر آليتين: آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على المساهمة، وآلية قائمة على التضامن بالنسبة للأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، وتقدر التكلفة الإجمالية لتعميم الحماية الاجتماعية بحوالي 51 مليار درهم منها 28 مليار درهم برسم الانخراط و23 مليار درهم برسم التضامن. رغم المجهودات المبذولة فإن تمويل هذا الورش لازال يتطلب مواجهة مجموعة من التحديات.

كلمات المفاتيح: تمويل – التعطية الصحية – الاشتراك – التضامن- الحماية الاجتماعية- التحديات.

Abstract: Health coverage in Morocco is considered one of the major reforms aimed at improving the healthcare system and ensuring that everyone has access to basic health services. Health coverage is funded through two mechanisms: a subscription-based mechanism for individuals who can contribute, and a solidarity-based mechanism for those unable to afford subscription fees. The total cost of universal social protection is estimated at approximately 51 billion dirhams, of which 28 billion dirhams

are allocated to subscriptions and 23 billion dirhams to solidarity. Despite the efforts made, funding this initiative still faces a number of challenges.

Keywords: Funding -Health coverage -Subscription -Solidarity -Social protection -Challenges.

مقدمة

إن الصحة حق إنساني متعدد الأبعاد من مكوناته عدالة الولوج المجالي والاجتماعي للعلاج والانتفاع منه دون قيد أو شرط أو تمييز، وقد سعى المغرب إلى تحقيق ذلك خلال العقود الأخيرة في إطار دولة الحق والقانون وسياسة التنمية الاجتماعية من خلال صياغة وتطبيق العديد من التدابير والإجراءات والآليات القائمة على مبدأ التضامن والتلاحم الاجتماعي والمساواة والإنصاف في استفادة جميع المواطنين من الخدمات الصحية[39].

وبالنظر إلى الاختلالات المهمة التي يعرفها نظام الحماية الاجتماعية بالمغرب والتي تفاقمت مع الأزمة الصحية لكوفيد-19 والتي كانت لها انعكاسات بالغة على صحة المواطنين وجودة حياتهم، وكذا على نشاط النسيج الاجتماعي ودخل الأسر وميزانيات الدولة، حيث كانت سياقا مناسبا من أجل إطلاق إصلاح عميق لنظام الحماية الاجتماعية.

لكل هذه الأسباب وأخرى، أعطى جلالة الملك محمد السادس في خطاب العرش في شهر يوليوز 2020 انطلاقة مشروع اجتماعي ضخم يعد ثورة اجتماعية، يتثمل في تعميم الحماية الاجتماعية لفائدة كافة المغاربة[40]، وتأكيده بمناسبة افتتاح الدورة

[39]- بدر الدين لعسري، محمد انفلوس، البعد الجغرافي للعدالة الصحية ومؤشرات التباينات الجهوية للمنظومة الصحية المغربية، مجلة ابن خلدون للدراسات والأبحاث، المجلد الأول، العدد الثالث، الجزء الثاني، ص:1344.

[40]- الخطاب الملكي بمناسبة الذكرى الحادي والعشرين لعيد العرش بتاريخ 29 يوليوز 2020.

الخريفية للبرلمان في أكتوبر 2020 على ضرورة توسيع أنظمة الحماية الاجتماعية لتشمل خدماتها مختلف شرائح المجتمع[41].

وفي 14 أبريل 2021 احتضن القصر الملكي بفاس حفل توقيع ثلاث اتفاقيات – إطار لتعميم التأمين الإجباري عن المرض لفائدة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا، أي ما يناهز2.9 مليون شخص[42].

وتنفيذا للتوجهات الملكية السامية المتضمنة في خطاب العرش ليوليوز 2020، والتي تدعو إلى تعميم التغطية الاجتماعية لجميع المغاربة قامت الحكومة بإصدار القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية سنة2021[43]، باعتباره ورشا مجتمعيا غير مسبوق، حيث عمل هذا القانون الإطار على تحديد الأحكام والمبادئ والتوجهات والآليات المؤطرة لعمل الدولة في هذا المجال، والكفيلة ببلوغ الأهداف المسطرة. مما يمكن من التقليص من الفقر ومحاربة الهشاشة ودعم القدرة الشرائية للأسر وتحقيق العدالة الاجتماعية والنهوض بالرأسمال البشري.

لذلك كان لزاما أن تنصب الجهود الحكومية نحو بلورة مقاربة جديدة وتأهيل خدمات القطاع الصحي، باعتباره أحد الأسس الكبرى التي تهيكل تعاقدها مع المواطنات والمواطنين عبر السعي نحو إعادة النظر في مسار العلاجات الأساسية وإحداث تحول عميق في نوعية الخدمات الطبية المقدمة.

---

[41]-الخطاب الملكي السامي بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة.

[42]- التقرير الاقتصادي والمالي، المرفوق بمشروع قانون المالية لسنة 2022، ص:48.

[43]-القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.21.30 صادر في 9 شعبان 1442 (2 مارس 2021) ج.ر عدد 6975-22 شعبا ن1442(5 أبريل2021)، ص:2178.

وعليه فإن تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال تعميم التأمين الإجباري عن المرض، يعتبر المرحلة الأولى في مسار تعميم الحماية الاجتماعية، وسيستفيد برنامج التأمين الإجباري عن المرض من غلاف مالي سنوي يقدر ب 13 مليار درهم.

وفي هذا الإطار، تثور إشكالية هذه الدراسة حول: ما هي الآليات الكفيلة لضمان تمويل مستدام للتغطية الصحية الإجبارية بالمغرب كأحد المحاور الأساسية لمنظومة الحماية الاجتماعية وأحد السبل لتحقيق الأمن الصحي؟

وللإجابة على هذه الإشكالية المطروحة في هذه الدراسة، سوف نعتمد على تقسيم الموضوع على الشكل التالي:

المحور الأول: مسار تطور أنظمة التغطية الصحية الإجبارية

المحور الثاني: آليات تمويل ورش التغطية الصحية الإجبارية

المحور الثالث: تحديات تمويل ورش التغطية الصحية الإجبارية والحلول الممكنة

المحور الأول: مسار تطور ورش التغطية الصحية الإجبارية

رأى نظام التغطية الصحية بالمغرب النور خلال فترة الحماية الفرنسية، من خلال إنشاء تعاضديات للموظفين تؤطرها نصوص قانونية (ظهائر شريفة) يعود تاريخيا إلى سنتي 1927 و1928، وبعد مرور أزيد من 60 سنة على استقلال المغرب، وعلى الرغم من التقدم المحرز منذ سنة 2002، عبر إحداث أنظمة التأمين الصحي لفائدة العاملين في القطاع الخاص والقطاع العام، ولفائدة الفئات المعوزة (التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في إطار الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض في إطار الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، ونظام المساعدة الطبية (راميد)[44]. إلا أن هذا النظام لا يزال يواجه

[44]- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال: الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 2018/34، ص:75.

صعوبة في احترام مبادئ الشمولية والتضامن والمساواة وجودة خدمات الرعاية الصحية.

من هذا المنطلق، تتولى تدبير نظام التأمين الأساسي الإجباري عن المرض، الذي دخل حيز التنفيذ في 18 غشت 2005 هيئتان[45]:

- تم تكليف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي الذي كان فدرالية لتعاضديات موظفي وأعوان الدولة بتوفير خدمة عمومية حولت صبغته التعاضدية إلى هيئة خاضعة للقانون العام وتتولى تدبير التأمين عن المرض لفائدة موظفي وأعوان الدولة وأصحاب المعاشات وذوي حقوقهم ومستخدمي المؤسسات العمومية، وإلى حدود نهاية سنة 2016 كان الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يوفر التغطية الصحية لفائدة 3.024 ملايين مستفيدا.
- يتولى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في القطاع الخاص لفائدة 6.083 ملايين شخص مؤمن لهم وذوي حقوقهم، كما عهد إلى الصندوق منذ يونيو 2017 بتدبير نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنة حرة، أكثر من 3400 مقاولة من بين المقاولات المفترض خضوعها لنظام التأمين الإجباري الصحي عن المرض المدبر من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، لم تلتحق بهذا النظام على الرغم من مرور أكثر 5 سنوات على دخول القانون بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية حيز التنفيذ، علما أن المادة 114 من هذا القانون تمنح لهذه المقاولات فترة انتقالية قبل الانتقال نحو التغطية الصحية الأساسية وضمان تغطية صحية تكميلية لمأجوريها، بشكل اختياري، إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين وإما في إطار صناديق داخلية، وتشغل هذه المقاولات 21% من الأجراء المؤمن لهم من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في إطار نظام معاشات التقاعد، وتبلغ كتلة 53 مليار درهم.

[45]- المرجع نفسه، ص:76.

أما نظام المساعدة الطبية (راميد) فقد دخل حيز التنفيذ في مارس 2012 بعد تجربة نموذجية بدأت في سنة 2008 في جهة تادلة أزيلال، وإلى حدود نهاية سنة 2017 استفادة من هذا النظام 11.7 مليون شخص.

مع نهاية 2016 بلغت نسبة الساكنة المغربية المشمولة بنظام من أنظمة التغطية الصحية 54.6% بينما لا يتوفر 45.4% من السكان على أي تغطية صحية[46].

رغم إرساء نظام التغطية الصحية الأساسية في المغرب، قد مكن من تحقيق تقدم ملموس وعلى قدر كبير من الأهمية، إلا أن عملية تقييم النظام كشف عن مجموعة من أوجه القصور والاختلالات المهمة التي تعتريه. والتي تتمثل في ضعف التغطية الصحية، بفعل الاختلالات البنيوية التي يعانيها العرض الصحي، فضلا عن قصور منظومة التأمين الإجباري عن المرض، الأمر الذي نتج عنه شعور كبير بعدم الرضا في أوساط المواطنين.

كما تتوزع أهم مظاهر هذه الاختلالات المسجلة في ضعف تجهيز المؤسسات الطبية العمومية، وارتفاع كلفة الأدوية والعلاج بالمؤسسات الطبية الخاصة بالمقارنة مع القدرة الشرائية للطبقات الوسطى والمعوزة، هذا بالإضافة إلى عجز المنظومة الصحية على المستوى الجهوي وعدم قدرة العديد من الجهات على التكفل بالمرضى، بسبب التوزيع غير العادل للموارد البشرية والمادية على مستوى التراب الوطني[47].

في ظل هذه التحديات والقصور الذي طبع منظومة الحماية الاجتماعية بصفة عامة ونظام التغطية الصحية بصفة خاصة، يسعى المغرب إلى الانخراط في إصلاحات عميقة، لتحقيق النهوض بالعنصر البشري الذي يشكل قطب الرحى في عملية التنمية

[46]- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال...، م.س، ص:83.

[47]- تفعيل ورش التغطية الصحية والاجتماعية بالمغرب لترسيخ أسس الدولة الاجتماعية، جواب رئيس الحكومة عزيز أخنوش خلال الجلسة الشهرية المتعلقة بالسياسة العامة أمام مجلس المستشارين، بتاريخ 10 يناير 2023، ص:10

الاقتصادية والاجتماعية والأساس في بناء مجتمع تسوده العدالة الاجتماعية والمجالية[48].

لذلك كان لزاما على الحكومة أن تتجه مختلف الجهود نحو اتخاذ قرارات حقيقية تؤسس لمرحلة جديدة وتخلق دينامية تنموية غر مسبوقة، يكون فيها المواطن هو الشغل الشاغل لورش الدولة الاجتماعية بمختلف مشاريعها وسياستها. وهي المقاربة الكفيلة بإنجاح مشروع الحماية الاجتماعية بمعناه المندمج الذي يوازي بين الحماية كحق من حقوق الإنسان، وكسياسة تنموية تروم تحقيق الإقلاع الاقتصادي[49].

وقد سبق لجلالة الملك أن أعطى تعليماته السامية بمناسبة عيد العرش لسنة 2020 للتسريع في تنزيل مختلف مكونات منظومة الحماية الاجتماعية ببلادنا، معتبرا أن " توفير الحماية الاجتماعية لكل المغاربة، التي ستبقى شغلنا الشاغل، حتى نتمكن من تعميمها على جميع الفئات الاجتماعية ... أن الوقت قد حان لإطلاق عملية حازمة، لتعميم التغطية الاجتماعية لجميع المغاربة، خلال الخمس سنوات المقبلة".

وهو ما ينسجم مع إحدى التوصيات الرئيسية التي دعا إليها النموذج التنموي الجديد والرامية إلى إرساء قاعدة صلبة للحماية الاجتماعية تروم تعميم وتوحيد التغطية الصحية الشاملة، لتمكين جميع المواطنين من الولوج لسلة من العلاجات الأساسية كمدخل مهيكل بإمكانه أن يساهم في تحقيق نمو اقتصادي مهم، ويعزز لحمة المجتمع وقوة روابطه[50].

[48]- معاذ صويلح، الحماية الاجتماعية على ضوء النموذج التنموي الجديد: واقع الحال وتطلعات الإصلاح، مقال منشور ضمن مؤلف جماعي حول موضوع: الحماية الاجتماعية والنموذج التنموي الجديد: مقاربات ودراسات نقدية مقارنة، الإصدار الأول دجنبر 2022، ص:127.

[49]- تفعيل ورش التغطية الصحية والاجتماعية بالمغرب لترسيخ أسس الدولة الاجتماعية، م.س، ص:4.

[50]- المرجع نفسه.

لذلك شرعت الحكومة في إعداد الأرضية المثلى لبناء منظومة حديثة للحماية الاجتماعية ببلادنا في احترام للجدولة الزمنية التي أعلنها جلالة الملك بمناسبة الذكرى 21 لعيد العرش المجيد، وتجاوز مختلف أشكال التشتت التي طبعت البرامج السابقة، وعدم قدرتها على استهداف الفئات التي تستحقها، سواء من حيث محدودية نسبة التغطية الصحية أو من خلال ضعف آليات الحكامة والتنسيق المؤسسي. وبالتالي يشكل هذا العمل ثورة اجتماعية في التعاطي مع القضايا الأساسية للمواطن وفي مقدمتها الحق في الصحة.

المحور الثاني: آليات تمويل ورش التغطية الصحية الإجبارية

إن ضمان تمويل منصف ومستدام لمنظومة الحماية الاجتماعية يعد مطلبا ملحا، من خلال اعتماد آليات تمويل تراعي عجز الأفراد عن تحمل تكاليف الرعاية الاجتماعية، الأمر الذي سعى القانون الإطار إلى أخذه بعين الاعتبار في هذا الباب، من خلال ارتكاز تعميم الحماية الاجتماعية على آليتين للتمويل[51]:

آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على المساهمة، وآلية قائمة على التضامن بالنسبة للأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك[52]، وتقدر التكلفة الإجمالية لتعميم الحماية الاجتماعية بحوالي 51 مليار درهم منها 28 مليار درهم برسم الانخراط و23 مليار درهم برسم التضامن.

هذا الغلاف المالي سيتم توزيعه على الأهداف الأربعة التالية[53]:

- تعميم التغطية بالتأمين الإجباري عن المرض: 14 مليار درهم؛

---

[51]- عبد المنعم الانصاري، قراءة في القانون الإطار 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، مقال منشور ضمن مؤلف جماعي حول موضوع: الحماية الاجتماعية والنموذج التنموي الجديد: مقاربات ودراسات نقدية مقارنة، الإصدار الأول دجنبر 2022، ص:32.

[52] - Mohamed Nmili, financement optimal de la protection sociale au Maroc : quel benchmarking des expériences internationales, revue AME, vol 4,no 3(juillet 2022), p : 446.

[53]-محمد بن شعبون، تقديم مشروع القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، مجلس المستشارين، بتاريخ 22 فبراير 2021.

- تعميم التعويضات العائلية: 20 مليا ر درهم؛
- توسيع قاعدة المنخرطين في نظام التقاعد: 16 مليار درهم؛
- التعويض عن فقدان الشغل: 1 مليار درهم.

فتمويل آلية الانخراط بالنسبة للأشخاص الذين تتوفر لديهم القدرة على المساهمة في تمويل التغطية الاجتماعية ستكون من خلال عنصرين أساسين:

- الاشتراكات المستحقة تطبيقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل؛
- الواجبات التكميلية التي تفرضها الدولة على بعض الفئات المهنية في إطار نظام المساهمة المهنية الموحدة، قصد أداء الاشتراكات الاجتماعية[54].

أما آلية التضامن فقد وضعت بالنسبة للأشخاص الذين لا تتوفر لديهم القدرة على المساهمة في التمويل، تقوم الدولة في إطار هذه الآلية بالأداء المسبق للاشتراكات بالنسبة للأشخاص المعنيين، وقد حددت عدة المصادر للتمويل منها[55]:

- المخصصات المالية من ميزانية الدولة؛
- العائدات الضريبية المخصصة لتمويل الحماية الاجتماعية[56]؛
- الموارد المتأتية من إصلاح صندوق المقاصة؛
- جميع الموارد الأخرى التي يمكن أن ترصد بموجب نصوص تشريعية أو تنظيمية خاصة[57]:

[54]- يتم احتساب الواجب التكميلي على أساس فرض المساهمة المهنية الموحدة، والذي أقره المشرع كمستجد في قانون المالية لسنة 2021.

[55] -Mohamed Nmili, financement optimal de la protection sociale au Maroc, op.cit, p : 444.

[56]- قد أقر قانون المالية لسنة 2021 ضريبة تضامنية وهي المساهمة الاجتماعية للتضامن على الأرباح والأجور، سواء على الشركات أو الأشخاص الذاتيين وجاءت لتجاوز تداعيات الأزمة الصحية لكوفيد 19 والتي كشفت عن ضعف المنظومة الاجتماعية بالمغرب.

إن تحقيق التغطية الصحية الشاملة من خلال تعميم التأمين الإجباري عن المرض يعتبر المرحلة الأولى في مسار تعميم الحماية الاجتماعية. والتي تمكن 22 مليون مستهدف إضافي من الاستفادة من التأمين الإجباري عن المرض والذي سيغطي تكاليف العلاج واقتناء الأدوية والرعاية والاستشفاء وسيتم تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من خلال[58]:

✓ توسيع الاستفادة من هذا التأمين لتشمل الفئات المعوزة المستفيدة من نظام المساعدة الطبية؛

✓ تحقيق التنزيل التام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا، ليشمل كل الفئات المعنية، واعتماد الآليات اللازمة لهذا لغرض، لاسيما تبسيط مساطر الأداء وتحصيل الاشتراكات المتعلقة بهذا التأمين.

في هذا الإطار تم اتخاذ مجموعة من التدابير الجبائية والميزانياتية لتعبئة الموارد الضرورية لتنزيل تعميم التأمين الإجباري عن المرض ابتداء من قانون المالية لسنة 2021 همت بالأساس[59]:

➢ تعبئة غلاف مالي يقدر بحوالي 10 ملايير درهم لتفعيل التأمين الإجباري عن المرض؛

➢ إحداث نظام المساهمة المهنية ليحل محل نظام الربح الجزافي: بعد عام من تطبيق هذا النظام الجديد تبين أن الخاضعين للضريبة يجدون صعوبات في تطبيق معامل الهامش الموافق لنشاطهم لذا قام قانون المالية لسنة 2022 بتغيير تدابير المادة I.40 من المدونة العامة للضرائب الخاصة بنظام المساهمة المهنة الموحدة وذلك من خلال:

---

[57]- يمكن للدولة أن تضع نصوص تشريعية أو تنظيمية مرتبطة بقطاعات معينة، لما لها من علاقة مباشرة بالأفراد للزيادة في حجم التضامن.

[58]- المادة 5 من القانون الإطار رقم 09.21.

[59]- التقرير الاقتصادي والمالي، المرفوق بمشروع قانون المالية لسنة 2023، ص: 87.

- مراجعة معاملات الهامش المطبق على رقم الأعمال المصرح به عبر تجميع الأنشطة ذات نفس الطبيعة؛

- توضيح كيفية فرض الضريبة على الدخل المهني المحدد وفق نظام المساهمة المهنية الموحدة في حالة مزاولة خاضع للضريبة لعدة أنشطة.

➢ تعديل نص القانون المتعلق بتأسيس الصندوق الخصوصي لدعم التماسك الاجتماعي لتمويل تعميم الحماية الاجتماعية تحت اسم جديد "صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي"؛

➢ تعبئة موارد جديدة لتنزيل الإصلاح في إطار قانوني المالية 2021-2022:

- المساهمة الاجتماعية للتضامن على الأرباح والدخول: 5.6 مليار برسم 2022؛

- الضريبة الداخلية على الاستهلاك المطبقة على إطارات المطاطية: 200 مليون درهم؛

- الضريبة على الاستهلاك لإعادة تدوير بعض التجهيزات الإلكترونية والبطاريات المخصصة للمركبات: 500 مليون درهم؛

- الضريبة الداخلية على الاستهلاك المطبقة على المنتجات والآلات والأجهزة التي تشتغل بالكهرباء: 150 مليار درهم.

فعلى مستوى تنزيل ورش التغطية الصحية الإجبارية فقد تم[60]:

✓ إخراج جميع النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة بتنزيل هذا الورش؛

✓ اعتماد المراسيم الضرورية التي مكنت من فتح باب الاستفادة من التغطية الصحية إلى غاية 10 أبريل من هذه السنة، لفائدة حوالي 5 ملايين شخص من المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء، منهم 1.9 من المؤمنين الرئيسيين و 3 ملايين من ذوي الحقوق؛

[60]- كلمة السيد فوزي لقجع الوزير المنتدب المكلف بالميزانية بمناسبة الاجتماع المنعقد على مستوى لجنة المالية والتخطيط والتنمية الاقتصادية بمجلس المستشارين والمخصص لتدارس موضوع: مسار ورش تعميم التغطية الصحية الإجبارية، بتاريخ 3 ماي 2023، ص:3.

✓ بلغ عدد ملفات التعويض التي تم إيداعها إلى غاية التاريخ المذكور من طرف هذه الفئات لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي حوالي 640.000 ملفا؛

✓ أما بالنسبة للأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك (الخاضعين سابقا لنظام المساعدة الطبية):

- تم فتح باب الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص لهذه الفئة ابتداء من فاتح دجنبر 2022: 9.6 ملايين مؤمن بما في ذلك ذوي الحقوق، تحملت ميزانية الدولة اشتراكاتهم في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بمبلغ إجمالي بلغ 9.5 مليار درهم؛

- تم الحفاظ على الحقوق المكتسبة لهذه الفئة وذلك بالاستفادة من نفس سلة العلاجات مع مجانية التطبيب والاستشفاء بالمؤسسات الصحية العمومية، حيث ستتكفل الدولة بالجزء الباقي على عاتقهم والذي يصل في المعدل إلى ما يناهز 30 % من مبلغ الخدمات المفوترة؛

- أصبح بإمكان هذه الفئة الاستفادة من الولوج للاستشفاء بالقطاع الخاص، والتي يتكفل بها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وذلك منذ انطلاق الاستفادة من هذا النظام في فاتح ديسمبر 2022 إلى غاية 10 أبريل 2023:

- أزيد من 680.000 ملفا تم إيداعه من طرف هذه الفئة إلى غاية 10 أبريل 2023؛
- منها 480.000 ملفا يتعلق بطلبات التعويض؛
- و40.000 ملفا يهم طلبات التكفل بمصاريف العلاج التي تتعلق أساس بالأمراض المكلفة والمزمنة؛
- و160.000 ملفا للعلاج بالمستشفيات العمومية.
- وقد ناهز المبلغ الإجمالي للخدمات المفوترة أزيد من 1.9 ملايير درهم، منها 857 مليون درهم للخدمات التي تم تقديمها، و434 مليون درهم من التحويلات في

شكل مبلغ ثابت حسب عدد المستفيدين، و620 مليون درهم سيتم تحويلها بالنسبة للخدمات المقدمة من طرف المستشفيات العمومية؛

- وقد بلغ متوسط الكلفة عن كل ملف حوالي 1263 درهم بالنسبة للأشخاص غير القادرين على أداء واجبات الاشتراك، مقابل 1438 درهم بالنسبة للعمال غير الاجراء، و1200 درهم بالنسبة للأجراء.

من أجل نجاح تعميم التغطية الصحية الإجبارية تم إطلاق ورش هام لإصلاح قطاع الصحة بالمغرب الذي يكرس حكامة جديدة لقطاع الصحة من خلال إحداث هيئات التدبير والحكامة المتمثلة في الهيئة العليا للتقنين المندمج للصحة والوكالات الجهوية للصحة والمجموعات الصحية الترابية[61].

يهدف هذا الإصلاح أيضا الى تعزيز الاستثمار الأجنبي وجلب الخبرات والكفاءات الطبية الأجنبية بما يضمن من جهة تطوير البنية التحتية من جهة أخرى، تحفيز الكفاءات الطبية المغربية المقيمة بالخارج للعمل والاستقرار بالمغرب بشكل دائم.

كما يتوخى هذا الإصلاح تأهيل العرض الصحي، خصوصا على الصعيد الجهوي، من خلال أجرأة البرنامج الطبي الجهوي، وإقرار إلزامية احترام مسلك العلاجات، مع العمل على تأهيل المؤسسات الصحية.

يسمح إحداث نظام معلوماتي مندمج بجمع ومعالجة واستغلال كل المعلومات الأساسية الخاصة بالمنظومة الصحية بما فيه القطاع الخاص. ويعد هذا النظام من الركائز الأساسية لورش إصلاح القطاع الصحي، حيث سيمكن من التتبع الدقيق للمريض وتحديد وتقييم مسار العلاجات الخاص به، وذلك بالاعتماد على الملف الطبي المشترك مع تحسين نظام الفوترة بالمؤسسات الاستشفائية.

ولتنزيل هذا الإصلاح، تم اتخاذ مجموعة من التدابير تروم تعزيز الأطر الصحية اللازمة وتحسين وضعهم المهني حيث تم المصادقة من طرف مجلس الحكومة بتاريخ 27 ماي 2021 على مشروع القانون 21.33 يقضي بتغيير وتتميم القانون رقم 13.131

[61]- التقرير الاقتصادي والمالي، المرفوق بمشروع قانون المالية لسنة 2022، ص: 48.

المتعلق بمزاولة مهنة الطب لتمكين الأجانب والمغاربة المقيمين بالخارج من مزاولة مهنة الطب بالمغرب بشكل دائم وإحداث نظام للوظيفة العمومية خاص بقطاع الصحة[62].

عموما فقد خصصت الحكومة في إطار قانون المالية لسنة 2023 لقطاع الصحة والحماية الاجتماعية أزيد من 28 مليار درهم بزيادة بحوالي 5 ملايير درهم مقارنة مع سنة 2022 إضافة إلى ما يعادل 9.5 مليار درهم لتعميم التغطية الصحية دون احتساب الجزء الباقي على عاتق المؤمنين من الفئات الهشة بالمستشفيات العمومية، أي أن مجموع الاعتمادات المخصصة للصحة يتجاوز 40 مليار درهم سنة 2023[63].

رغم المجهودات المبذولة فإن تنزيل هذا الورش لازال يتطلب مواجهة مجموعة من التحديات.

المحور الثالث: تحديات تمويل التغطية الصحية الإجبارية والحلول الممكنة

إن تمويل ورش الحماية الاجتماعية يعتبر ضغط على الدولة والمجتمع خصوصا أن هذا التمويل سيقوم على آليتين: الاشتراك والتضامن، وبالتالي يجب أن تتوفر شروط لكي تنجح الحكومة في تنزيل هذا الورش من ضمنها التزام المساهمين بإداء ما عليهم، كما أن على الدولة أن تبحث عن تمويلات لأداء 23 مليار درهم.

فالواجبات التكميلية التي تفرضها الدولة على بعض الفئات المهنية في إطار نظام المساهمة المهنية الموحدة، فهي تؤدي من طرف المهنيين الذين لا يتوفرون على تأمين اجتماعي، فهذه الواجبات تشكل ضغطا على مدخول هذه الفئة من المهنيين. وبالتالي فمبلغ 28 مليار درهم الذي هو حصيلة الاشتراكات يكون من جيوب دافعي الضرائب، شركات وأشخاص وهو ما يغيب مساهمة الدولة في هذه الآلية.

---

[62]- التقرير الاقتصادي والمالي، المرفوق بمشروع قانون المالية لسنة 2022، ص: 48.

[63]- كلمة السيد فوزي لقجع الوزير المنتدب المكلف بالميزانية بمناسبة الاجتماع المنعقد على مستوى لجنة المالية والتخطيط والتنمية الاقتصادية بمجلس المستشارين والمخصص لتدارس موضوع: مسار ورش تعميم التغطية الصحية الإجبارية، م.س.، ص: 11.

أما آلية التضامن فعبئها ملقي على المكلف الملزم بالضريبة، حيث تتوخى الدولة من هذه الآلية توفير 23 مليار درهم، وستكون من العائدات الضريبية المخصصة لتمويل الحماية الاجتماعية، ومن الموارد المتأتية من إصلاح صندوق المقاصة، وجميع الموارد الأخرى التي يمكن أن ترصد بموجب نصوص تشريعية.

وبهذا تكون آلية التضامن هي موجهة بالأساس الى المواطن والمقاولة لا إلى الدولة، بحيث يمكن أن تكون لهذه الآلية عواقب عكسية، فعوض أن تكون آلية للحماية الاجتماعية، يمكن أن تصبح آلية للفقر والهشاشة بسبب الضرائب التي يمكن أن تضاف إلى مجموع الضرائب التي يؤديها المواطن والمقاولة.

وتطرح على هذا المستوى عدة تحديات يتطلب مواجهتها، تتمثل في[64]:

➢ **التحدي الأول** يتعلق بضمان استدامة أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وضمان توازنها المالي، وهو ما يطلب:

- تعزيز تحصيل الموارد، من خلال اتخاذ كل التدابير لضمان تسريع وتيرة تسجيل المهنيين والعمال غير الأجراء وأصحاب المهن الحرة والأجراء غير المصرح بهم. وهو ما يعني أن تحقيق هدف تعميم التغطية الصحية مرتبط بالانخراط الفعلي لكل الفئات المعنية، بما في ذلك النقابات والجمعيات المهنية ...؛
- التحكم في التكاليف وخاصة تلك المتعلقة بضبط أثمنة الأدوية مقارنة مع الأثمنة المعمول بها عالميا وتقنين استهلاكها، علما أن نفقات الأدوية تجاوزت 3 ملايير درهم سنة 2020 وهو ما يمثل 33 % من إجمالي نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض؛

➢ **التحدي الثاني** يتعلق بضمان الاستدامة المالية للمجموعات الصحية الترابية، في ارتباط بالتنزيل الفعلي لإصلاح المنظومة الصحية على مستوى تأهيل

[64]- كلمة السيد فوزي لقجع الوزير المنتدب المكلف بالميزانية بمناسبة الاجتماع المنعقد على مستوى لجنة المالية والتخطيط والتنمية الاقتصادية م.س،ص: 11.

البنيات الاستشفائية وتعزيز الموارد البشرية واعتماد النظام المعلوماتي المندمج، وعلاقة كل ذلك باستقطاب نسبة مهمة من المؤمنين لضمان التمويل الضروري والاستقلال التدريجي عن إعانة الدولة.

➢ **التحدي الثالث** مرتبط بتوفير التمويل الضروري لمنظومة الحماية الاجتماعية ككل، والتي تتطلب سنويا ما بين التغطية الصحية وتعميم التعويضات العائلية ما يفوق 30 مليار درهم سنويا، وهو ما يفرض تفعيل الإصلاحات الضرورية على مستوى منظومة الدعم، إل جانب إيجاد التمويلات الداعمة عن طريق آليات التضامن.

ولتوسيع الهامش الميزانياتي لقطاع الصحة يتوجب اتخاذ مجموعة من الإجراءات تهم بالخصوص[65]:

➢ تعزيز النمو الاقتصادي لزيادة الموارد الجبائية وتعزيز هوامش ميزانية الدولة؛

➢ ترشيد النفقات العمومية المخصصة لقطاع الصحة في إطار مراجعة شاملة للنفقات العمومية، من خلال تحديد البرامج غير الفعالة أو ذات أولوية أقل؛

➢ اللجوء إلى آليات تمويل مبتكرة تجمع بين المجهود الميزانياتي ومساهمة القطاع الخاص؛

وقد بينت التجارب الناجحة على المستوى الدولي أهمية عقلنة النفقات العمومية من خلال تخصيص اعتمادات الميزانية وفقا لمعايير مرتبطة بالنتائج والنجاعة إضافة إلى اعتماد آليات المراجعة الدورية للنفقات إضافة الى اللجوء إلى آليات مبتكرة للتمويل من أجل تعبئة موارد مالية إضافية وتنشيط الاقتصاد وخلق موارد جبائية إضافية[66].

[65]- التقرير الاقتصادي والمالي، المرفوق بمشروع قانون المالية لسنة 2023، ص: 88.

[66]- المرجع نفسه.

وبالموازاة مع هذه الخيارات التي يمكن تحقيقها، فإن اعتماد السجل الاجتماعي الموحد سيمكن من استهداف أفضل للمستفيدين من البرامج الاجتماعية، بما في ذلك تلك المتعلقة بالولوج إلى العلاجات الصحية.

خاتمة

لقد كشفت تداعيات كوفيد 19 عن هشاشة النظام الصحي الوطني، مما يستدعي إصلاحا عميقا لهذا القطاع الحيوي، وفي هذا السياق تم إطلاق إصلاح شامل للحماية الاجتماعية سنة 2020 من خلال المصادقة على القانون الإطار رقم 21.09 المتعلق بالحماية الاجتماعية سنة 2021.

يقتضي هذا الإصلاح إجراء تغييرات جدرية في تسيير وحكامة نظام الحماية الاجتماعية، كما يكرس تغطية اجتماعية شاملة من خلال تعميم التغطية الصحية والتعويضات العائلية وتوسيع قاعدة الانخراط في أنظمة التقاعد وتعميم الاستفادة من التعويض عن فقدا الشغل.

ويتطلب هذا الإصلاح تمويلا مهما، بغض النظر عن تعبئة مصادر تمويل لضمان استدامة هذا النظام، حيث سيترتب عن تعميم التامين الإجباري عن المرض زيادة الطلب على الخدمات الصحية، مما يتطلب النهوض بالقطاع من حيث البنية التحتية والموارد البشرية المؤهلة، ويتماشي هذا الورش وتحقيق الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة المتعلق بصحة الساكنة بحلول سنة 2023، والذي يتطلب تعبئة موارد مالية مهمة ومستدامة تصل إلى أكثر من 100 مليار درهم سنة 2030[67].

[67]- التقرير الاقتصادي والمالي المرفوق بمشرع قانون المالية لسنة 2023، ص:88.

لائحة المراجع

- معاذ صويلح، الحماية الاجتماعية على ضوء النموذج التنموي الجديد: واقع الحال وتطلعات الإصلاح، مقال منشور ضمن مؤلف جماعي حول موضوع: الحماية الاجتماعية والنموذج التنموي الجديد: مقاربات ودراسات نقدية مقارنة، الإصدار الأول دجنبر 2022؛
- عبد المنعم الانصاري، قراءة في القانون الإطار 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، مقال منشور ضمن مؤلف جماعي حول موضوع: الحماية الاجتماعية والنموذج التنموي الجديد: مقاربات ودراسات نقدية مقارنة، الإصدار الأول دجنبر 2022؛
- بدر الدين لعسري، محمد انفلوس، البعد الجغرافي للعدالة الصحية ومؤشرات التباينات الجهوية للمنظومة الصحية المغربية، مجلة ابن خلدون للدراسات والأبحاث، المجلد الأول، العدد الثالث، الجزء الثاني؛
- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال: الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 2018/34؛
- التقرير الاقتصادي والمالي، المرفوق بمشروع قانون المالية لسنة 2022؛
- التقرير الاقتصادي والمالي، المرفوق بمشروع قانون المالية لسنة 2023؛
- تفعيل ورش التغطية الصحية والاجتماعية بالمغرب لترسيخ أسس الدولة الاجتماعية، جواب رئيس الحكومة عزيز أخنوش، خلال الجلسة الشهرية المتعلقة بالسياسة العامة أمام مجلس المستشارين، بتاريخ 10 يناير 2023؛
- كلمة السيد فوزي لقجع الوزير المنتدب المكلف بالميزانية بمناسبة الاجتماع المنعقد على مستوى لجنة المالية والتخطيط والتنمية الاقتصادية بمجلس المستشارين والمخصص لتدارس موضوع: مسار ورش تعميم التغطية الصحية الإجبارية، بتاريخ 3 ماي 2023؛

- تقديم مشروع القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، من طرف السيد محمد بن شعبون أمام مجلس المستشارين، بتاريخ 22 فبراير 2021؛
- القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.21.30 صادر في 9 شعبان 1442 (2 مارس 2021) ج.ر عدد 6975-22 شعبا ن1442 5(أبريل2021)؛
- الخطاب الملكي بمناسبة الحادي والعشرين لعيد العرش بتاريخ 29 يوليوز 2020؛
- الخطاب الملكي بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة.

- Mohamed Nmili, financement optimal de la protection sociale au Maroc : quel benchmarking des expériences internationales, revue AME, vol 4,no 3(juillet 2022.

الفصل الثالث

الأمن الصحي أولوية استراتيجية للمغرب في عالم متغير

Health security is a strategic priority for Morocco in a changing world

حبيبي يوسف

دكتور في الدراسات السياسية والقانون العام،

جامعة سيدي محمد بن عبد الله، المغرب

ملخص:

يحظى موضوع الأمن الصحي بأهمية استراتيجية في عالم متغير، لارتباطه بحياة الإنسان ووجوده، وباعتباره حقا من حقوق الإنسان. وبهذا الخصوص، يولي الأمن الصحي أهمية بالغة للمنظومة الصحية، وهي أهمية نابعة من الاعتراف بالحق في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، كما ورد في العديد من الوثائق واللوائح الدولية والوطنية. وأخذا بالاعتبار الآثار السلبية الناجمة عن تفشي جائحة "كورونا"، وفي ظل التنافس الجيوسياسي بين القوى الكبرى لتعزيز سيادتها الصحية، تكمن الرهانات الاستراتيجية لتعزيز الأمن الصحي للمغرب في كونه مدخلا لتعزيز سيادته الصحية، على نحو من شأنه تقوية إشعاعه الدولي، وتعزيز مكانته كمصدر للأمن الصحي في محيطه الإقليمي والقاري.

كلمات مفاتحية: الأمن الصحي، السيادة الصحية، المنظومة الصحية، الرهانات الاستراتيجية

Abstract:

Health security maintain to be a strategic key in a changing world, as it is connected to the human being's life and existence, as well as being a human right .On, this point, the health system plays a crucial role in health security since it recognizes that everyone has the right to access to the highest possible health system, as identified in many international health regulations and national commitments.

In sideline of the negative effects of the "Corona" pandemic, and regarding the geopolitical competition among the major powers to improve their health sovereignty, in which Morocco set out the challenges to strengthening its health security system as the main point to choose the a[21]

llies whether in regional or international level. Furthermore, as a way that could strengthen its international reputation and enhance its position as a source of health security in its regional and continental surroundings.

Keywords: health security, health sovereignty, health system, strategic stakes

مقدمة

أحدثت الأزمة الصحية العالمية تحولًا دراماتيكيا في بنيات السياسة والاقتصاد والمجتمع والأمن، وأعادت التأكيد على الترابط والتشابك بين مفاهيم الأمن والصحة في ظل مناخ دولي يطبعه الخوف والشك وانعدام اليقين، وذلك بالنظر لما خلفته جائحة "كورونا" من آثار بالغة على مستوى المنظومة الصحية العالمية، الأمر الذي عجل بوعي مختلف الدول بضرورة إعادة هيكلة وتقوية منظومتها الصحية لمواجهة كافة المخاطر والأوبئة المستقبلية.

وفي هذا السياق العالمي المضطرب، حظي موضوع الأمن الصحي باهتمام بالغ من قبل مختلف الفاعلين في المجال الصحي سواء الدوليين أو الاقليمين أو الوطنيين، وذلك لارتباطه بحياة الأفراد والمجتمعات، وباعتباره حقا من حقوق الإنسان التي يظل تحقيقها مرتبطا بمدى توافر الإمكانيات الاقتصادية والبنى التحتية والكفاءات البشرية، بالإضافة إلى مواكبة التحولات المرتبطة بظاهرة انتشار الأوبئة والمخاطر الصحية عبر العالم.

وبهذا الصدد، يولي الأمن الصحي أهمية بالغة للمنظومة الصحية، وهي أهمية نابعة من كونها نهجا يتمحور حول احتياجات وأولويات الأفراد، ويهتم بصحتهم بجوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية، كما ترتكز على ضمان الحصول على العلاج وتيسير الولوج إلى الخدمات الصحية، وعلى الاعتراف بالحق الأساسي في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة، كما ورد في العديد من الوثائق الدولية والإقليمية والوطنية.

ومن جانب آخر، يعد الأمن الصحي مكونا أساسيا من مكونات الأمن الاستراتيجي للمغرب، حيث يعتبر من العناصر الجوهرية المكونة لسيادة الدولة المغربية. وهذا ما أكد عليه ملك البلاد بشكل واضح في الخطاب الذي وجهه إلى الأمة يوم 31 يوليوز 2021 بمناسبة عيد العرش. وبالتالي، تكمن أهمية تعزيز الأمن الصحي للمغرب في

كونه مدخلا لتعزيز السيادة الصحية التي تعد أساس الأمن الاستراتيجي، الأمر الذي سيمكنه من تقوية إشعاعه الدولي، والتموقع ضمن البلدان الرائدة على الصعيد الإقليمي والقاري.

وفي هذا الإطار، فرضت جائحة "كورونا"، ضغوطا ومسؤوليات جديدة على الدول، كما شكلت تحديا على مفهوم السيادة؛ باعتبارها الركن الأساسي الذي تبنى عليه الدولة قوتها وسلطتها، سواء على المستوى الداخلي أو الخارجي، أي في علاقتها بالمواطنين فوق ترابها الإقليمي، أو فيما يتعلق بعلاقاتها الدولية مع باقي الكيانات المستقلة وذات السيادة.

وأخذا بالاعتبار التحولات الدولية والإقليمية، وفي ظل التنافس الجيوسياسي بين القوى الكبرى لتعزيز سيادتها الصحية، برز نقاش حول مفهوم الهيمنة الصحية، بعدما باتت الدولة التي تملك اللقاح تفرض إرادتها على بقية الدول. وهذا مع فرض على المغرب التكيف مع هذه المعطيات الدولية، وإعادة النظر في السياسة الوطنية في مجال الصحة التي أضحت مطلبا حيويا لمواكبة التغيرات الدولية، ومكونا أساسيا من مكونات الأمن الاستراتيجي.

وضمن هذا التوجه المنهجي، تجد إشكالية الموضوع جذورها في فكرة أساسية؛ تتمثل في كون مقاربة موضوع "الأمن الصحي أولوية استراتيجية للمغرب في عالم متغير "، أمرا في غاية التعقيد لكونه خاضعا لسقف مطالب واحتياجات المواطنين المرتبطة بأمنهم وسلامتهم، وخاضعا لمتطلبات التغير الذي تمر به الدولة الوطنية في عالم اليوم، وما تفرضه البيئة العالمية من تحديات وفرص في سلم ميزان القوى الدولي والإقليمي. وبالتالي، ما هي رهانات تعزيز الأمن الصحي بالمغرب في ظل معطيات البيئة الدولية؟

ولتفكيك هذه الإشكالية، فإنه من الضروري الاعتماد على مقتربات منهجية مختلفة، لا سيما المنهج التحليلي الوصفي الذي سيمكننا من تحليل العناصر المعرفية

لمفهوم الأمن الصحي، ثم المنهج القانوني من أجل رصد المرجعيات المؤطرة للأمن الصحي، وتوضيح فلسفة المشرع (دوليا ووطنيا)، الرامية إلى تكريس الحماية القانونية للمواطنين لضمان أمنهم الصحي، وذلك بهدف الكشف عن الجهود الوطنية لتحقيق السيادة الصحية. بالإضافة إلى المنهج الوظيفي، بهدف دراسة التغير في وظائف وأولويات الدول، والأولوية الاستراتيجية التي بات يحظى بها موضوع الأمن الصحي بالمغرب في ظل تحولات المشهد الجيوسياسي العالمي. وذلك دون إحداث أي قطيعة مع المناهج الأخرى.

وفي ضوء ذلك، سيتم تقسيم هذه الدراسة إلى محورين أساسيين، يعالج الأول مفهوم الأمن الصحي ومرجعياته، وذلك من خلال الكشف عن مضمون الأمن الصحي، والبحث في المرجعيات المؤطرة له دوليا ووطنيا. فيما يرصد الثاني، الرهانات الاستراتيجية لتعزيز الأمن الصحي للمغرب، باعتباره مدخلا لتعزيز سيادته الصحية، على نحو من شأنه تقوية إشعاعه الدولي، وتعزيز مكانته كمصدر للأمن الصحي في محيطه الإقليمي والقاري.

أولا: الأمن الصحي للمغرب: المفهوم والمرجعيات

ظهر مفهوم الأمن الصحي، وذاع استخدامه في الخطابات السياسية والأكاديمية خلال السنوات الأخيرة، حيث برزت مجموعة من التصورات المتداولة حول مفهوم الأمن الصحي، بيد أنه لا يوجد اتفاق على نطاق المفهوم ومضمونه. وفي ضوء هذا الجدل المفاهيمي، فإنه لا مناص من تقديم تعريفات للمفهوم وتحليل أبعاده. وذلك في أفق الكشف عن المرجعيات المؤطرة للأمن الصحي للمغرب.

1- مفهوم الأمن الصحي

يعتبر مفهوم الأمن من أصعب وأعقد المفاهيم التي يتناولها البحث العلمي والتحليل السياسي، باعتباره مفهوما مركبا ومتغيرا من حيث المحتوى والدلالة[68]. وقبل التطرق إلى مفهوم الأمن الصحي في سياقاته المعرفية والأكاديمية، فإنه لا بد من التأكيد أولا على صعوبة إعطاء تعريف محدد لما يعنيه مفهوم "الأمن"، لكونه مفهوما معقدا، ومتنازع عليه بشكل أساسي[69]، حيث تشير كلمة "أمن" إلى معنى الشعور بالاطمئنان وعدم الخوف[70]. ولا شك أن أبرز المعاني المرتبطة بمفهوم الأمن، ما أوضحه باري بوزان (Barry Buzan)، حيث يعرفه بأنه: "العمل على التحرر من التهديد"[71]، وهو الوصف الأكثر تداولا لمفهوم الأمن في الدراسات الأمنية المتخصصة.

وإذا كان المقترب التقليدي للأمن يركز على حماية أمن الدولة من الأخطار الداخلية والخارجية باستخدام القوة العسكرية، فإن هذا التصور أصبح متجاوزا أمام التحولات العميقة التي أخذت تشهدها البيئة الأمنية في عالم اليوم[72]، سيما مع بروز مشكلات أمنية جديدة ومعقدة ناجمة عما بات يعرفه العالم من أزمات اقتصادية واضطرابات اجتماعية وكوارث طبيعية واختلالات مناخية وجوائح وبائية، وما تشكله هذه الأخيرة من تحديات جمة على الأمن القومي عامة وعلى وجود وبقاء الانسان بصفة خاصة.

---

[68]- سليمان عبد الله الحربي، "مفهوم الأمن: مستوياته وصيغه وتهديداته، دراسة نظرية في المفاهيم والأطر"، المجلة المغربية للعلوم السياسية، العدد 19، صيف 2008، ص 9.

[69]- Barry Buzan, People, States and Fear: An Agenda for International Security Studies in the Post-Cold War, (Boulder: Lynne Rienner Publishers, 1991), p. 7.

[70]- فهد بن محمد الشقحاء، الأمن الوطني: تصور شامل، المفهوم، الأهمية، المجالات، المقومات، ط 1 (الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2004)، ص 13.

[71]- Buzan, p.18.

[72]- أحمد المرابطي، "في الحاجة إلى مراجعة مفهوم الأمن"، جريدة بناصا، 2020/04/16.

ولعل الفضل في تقديم أول إطار تحليلي لفهم طبيعة العلاقة بين الأمن والصحة يعود إلى إسهامات مدرسة كوبنهاغن[73]، وتحديدا للأعمال النظرية التي قادها باري بوزان وأولي وايفر (Ole Waever). ويتلخص التصور الأمني لمدرسة كوبنهاغن في فكرة تجاوز التركيز الحصري على الدولة كموضوع مرجعي للأمن، وتوسيعه ليمتد لقطاعات أخرى من غير القطاع العسكري، وتعميقه ليشمل أمن الأفراد والجماعات[74]. وهو الأمر الذي أتاح إمكانية التوسيع في قائمة التهديدات الأمنية لتشمل التهديدات المرتبطة بتفشي الأمراض والأوبئة، وما يترتب عن ذلك من تداعيات على القطاع الصحي.

ورغم هذا التحول المهم الذي عرفه مفهوم الأمن في حقل الدراسات الأمنية، فإنه لم يقدم تعريفا دقيقا لمفهوم الأمن الصحي بحكم تواجده عند تقاطع العديد من المجالات والتخصصات المعرفية. ورغم اختلاف تصورات الباحثين، فإنه يمكن تعريف الأمن الصحي من خلال مقاربة الأمن الإنساني، حيث يعد أحد أبعاد الأمن الإنساني، والذي يهدف إلى ضمان الحماية من الأمراض وأنماط الحياة غير الصحية. وتضيف لجنة الأمن الإنساني أن الأمن الصحي لا يعني مجرد حالة غياب المرض، وإنما هو حالة رفاه متكاملة من الصحة العقلية والجسدية والاجتماعية التي يتمتع بها الفرد[75]. وعليه، يسعى الأمن الصحي من خلال مقاربة الأمن الإنساني إلى تحرير الإنسان من كل

[73]- يستعمل مصطلح مدرسة كوبنهاجن للدلالة على برنامج بحثي نقدي في الدراسات الأمنية، يضم عددا من الباحثين في معهد كوبنهاجن لأبحاث السلام في الدانمارك، تأسس المعهد سنة 1985 برعاية البرلمان الدانماركي بهدف تطوير بحوث متعددة التخصصات في مجال الأمن والسلام. وفي سنة 2004 تم دمجه ليصبح جزءا من المعهد الدانماركي للدراسات الدولية. ومن أبرز الباحثين الذين استضافهم المعهد، وساهموا في التأسيس لمدرسة كوبنهاجن وإثراء أطروحاتها، نجد "أولي وايفر" و"جاب دي وايلد" و"باري بوزان".

[74]- عبد الحق بن جديد، مراد بن قيطة، "الأمن الصحي في عالم من دون حدود: هواجس متنامية ومضامين متباينة"، مجلة آفاق للعلوم، السنة الأولى، المجلد 1، العدد 3، ماي 2016، ص 45-46.

[75]- خالد كاظم أبو دوح، "الأمن الصحي"، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، أوراق السياسات الأمنية، المجلد 1، العدد 1، 2021، ص 3.

التهديدات التي يمكن أن تؤثر سلبا في سلامته الجسدية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد تقديم الرعاية الصحية التي تحميه من المرض والعجز فحسب.

وبالموازاة مع ذلك، دفعت منظمة الصحة العالمية، بداية من القرن الحالي، بفكرة الأمن الصحي العالمي، حيث ظهر هذا المفهوم في قرارات منظمة الصحة العالمية، وفي تقارير الأمانة العامة[76]. كما عملت منظمة الصحة العالمية بمناسبة اليوم العالمي للصحة والسكان سنة 2007، على إصدار تقريرها السنوي[77]، الذي تشير فيه إلى ضرورة العمل على تقليص نسبة تعرض الأشخاص في جميع أنحاء العالم للمخاطر الصحية والحد من انتشارها، والتأكيد على ضرورة التقيد باللوائح الصحية، التي تمت مراجعتها سنة 2005، باعتبارها تشكل اتفاقية ملزمة بين الدول، التي تسعى من ورائها إلى تعزيز الأمن الصحي العالمي، وذلك عن طريق الرفع التدريجي من قدرات الرصد والتنبيه والتأهب ومواجهة حالات الطوارئ الصحية.

وحسب إعلان أوسلو الوزاري[78]، فإنه لا يزال من المتعين إضفاء المزيد من التدقيق في مفهوم الأمن الصحي العالمي، حيث لا ينبغي أن تفهم الإشارة إلى الأمن على أنها تتعلق بتهديدات تحدق بصون السلم والأمن الدوليين كما هي مكرسة في ميثاق الأمم المتحدة، بل إن مفهوم الأمن الصحي العالمي، يستخدم في سياق حماية الصحة العامة من الأخطار والتهديدات التي تتخطى بحكم طبيعتها حدود البلدان، حيث يعتمد على امتلاك جميع البلدان للقدرات الأساسية المقترن بالتزامها بالتعاون على النحو المبين في اللوائح الصحية الدولية.

---

[76]- William Aldis, "Health security as a public health concept: a critical analysis", Health Policy and Planning, Volume 23, Issue 6, November 2008, p.369–375.

[77]- "تقرير الصحة في العالم 2007"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2007، شوهد في 2023/03/20، على الرابط: https://www.emro.who.int/ar

[78]- إعلان أوسلو الوزاري، الدورة الثالثة والستون، الجمعية العامة للأمم المتحدة، 5 دجنبر 2008.

وتماشيا مع التحديات المطروحة في مجال الصحة، عرف مفهوم الأمن الصحي تطورا تدريجيا، حتى أصبح يشمل مختلف الأنشطة الواجب القيام بها من طرف الدول، سواء بشكل استباقي أو كانت عبارة عن ردود أفعال، تسعى إلى التخفيف من حدة المخاطر التي تتعرض لها الصحة العمومية.

2- المرجعيات المؤطرة للأمن الصحي للمغرب

وعيا بالأهمية التي يوليها الأمن الصحي للمنظومة الصحية، وأخذا بالاعتبار الآثار السلبية الوخيمة التي خلفتها جائحة "كوفيد-19"، فإنه من الضروري البحث في المرجعيات المؤطرة للأمن الصحي بالمغرب، وذلك لارتباطه بحياة المواطنين ووجودهم، وباعتباره حقا من حقوق الإنسان. ومن الواضح أن نجاع مساعي الدولة في تعزيز الأمن الصحي يبقى مشروطا بمدى توفرها على ترسانة قانونية تؤطر الحق في الولوج إلى العلاجات والخدمات الصحية.

وتشكل المقاربة المبنية على حقوق الإنسان إحدى أهم المرجعيات المحددة للأمن الصحي، وذلك لأهمية الضمانات القانونية للحق في الصحة في بناء السياسة الصحية لأي دولة. وبهذا الخصوص، نجد أن الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لعام 1948، ينص في الفقرة الأولى من المادة (25) على أن: "لكل شخص حق مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية، وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية (..)[79]". كما أكد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في متن المادة (12)، على حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. ولأجل ذلك، حث على ضرورة اتخاذ التدابير اللازمة من أجل الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والأمراض الأخرى، وعلاجها ومكافحتها. وكذا

[79]- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الجمعية العامة للأمم المتحدة، القرار رقم 217 ألف (د-3)، 10 ديسمبر 1948.

تهيئة الظروف التي من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض[80].

وتعزز هذا التوجه، بتأكيد دستور منظمة الصحة العالمية[81]، على أن الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا لا مجرد انعدام المرض أو العجز، وأن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، وبالتالي وجب على الحكومات التقيد باللوائح الصحية الدولية (2005)[82]، وتحمل مسؤولية صحة شعوبها، وذلك باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية[83].

وبالموازاة مع ذلك، أضفى المغرب صبغة دستورية على الأمن الصحي[84]، من خلال الفصل 31 من دستور 2011، والذي نص على أن الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية تعمل على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنات والمواطنين، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية، والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية.

---

[80]- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الجمعية العامة للأمم المتحدة، القرار رقم 2200 ألف (د-21)، بتاريخ 16 ديسمبر 1966.

[81]- دستور منظمة الصحة العالمية، أقره مؤتمر الصحة الدولي المنعقد في نيويورك من 19 يونيو إلى 22 يوليوز 1946، ودخل حيز النفاذ في 7 أبريل 1948، وأدخلت عليه عدة تعديلات آخرها في 15 شتنبر 2005.

[82]- تمثل اللوائح الصحية الدولية (2005)، اتفاقا ملزما يضم 196 بلدا، من بينهم الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، وتهدف هذه اللوائح إلى مساعدة المجتمع الدولي على الوقاية والتصدي للمخاطر الوخيمة التي تهدد الصحة العمومية، والتي يمكن أن تعبر الحدود وتهدد الناس حول العالم.

[83]- بالإضافة إلى ذلك، أشارت العديد من المواثيق الدولية لأهمية تعزيز الحق في الصحة كمدخل لتيسير الولوج للعلاج وللخدمات الصحية والتمتع بالرعاية الطبية، لعل أهمها:

- الاتفاقية رقم 102 المتعلقة بالمعايير الدنيا للضمان الاجتماعي المعتمدة بجنيف في 28 يونيو 1952، خلال الدورة الخامسة والثلاثين للمؤتمر العام لمنظمة العمل الدولية؛ اتفاقية الحد من كل أشكال الميز العنصري (المادة 5). اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (المواد: 11-12-14)؛ اتفاقية حقوق الطفل (المادة 24)؛ اتفاقية حماية حقوق كل العمال المهاجرين وأفراد عائلاتهم (المواد 28-43-46)؛ اتفاقية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة (المادة 25).

[84]- الدستور المغربي، المنشور بالجريدة الرسمية، عدد 5964، سنة 2011.

وعلى هذا الأساس، احتل موضوع الأمن الصحي بالمغرب مكانة خاصة لدى صناع القرار، حيث شغلت قضايا الصحة حيزا كبيرا في الخطب الملكية في السنوات الأخيرة، وذلك بالدعوة إلى إعادة النظر بشكل جذري في المنظومة الصحية[85]. كما شكل أحد ركائز النموذج التنموي الجديد، بهدف ضمان الولوج لخدمات صحية ذات جودة، وللحماية الصحة باعتبارها حقوقا أساسية للمواطنين. بالإضافة إلى العديد من الإجراءات لتحسين العرض الصحي، وتعزيز قدرات النظام الصحي على الصمود أمام مخاطر الأزمات الصحية في المستقبل.

وللوصول إلى هذا المبتغى، شكل الإصلاح العميق للمنظومة الصحية الوطنية ضرورة ملحة وأولوية وطنية ضمن أولويات السياسة العامة للدولة الرامية إلى الاعتناء بصحة المواطنين، حيث يحدد القانون -الإطار رقم 22-06، المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية في مادته الثانية[86]، الأهداف الأساسية لنشاط الدولة في ميدان الصحة والآليات الضرورية لبلوغها.

بناء على ما سبق، لا بد من التأكيد على أن مقاربة الأمن الصحي للمغرب من هذه الزاوية، يأتي في سياق الكشف عن المداخل المؤطرة له دوليا ووطنيا، وذلك في أفق البحث عن السبل الممكنة والناجعة لتحقيق الأمن الصحي، باعتباره مدخلا لتعزيز السيادة الصحية في مواجهة المخاطر الصحية، ورهانا استراتيجيا يطمح من خلاله المغرب إلى تقوية مكانته في عالم متغير تطبعه النظريات والمبادئ المتناقضة.

---

[85]- راجع:

- خطاب الملك محمد السادس بمناسبة الذكرى 19 لعيد العرش، بتاريخ 29 يوليوز 2018.

- خطاب الملك محمد السادس بمناسبة الذكرى 21 لعيد العرش، بتاريخ 29 يوليوز 2020.

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

- خطاب الملك محمد السادس بمناسبة الذكرى 22 لعيد العرش، بتاريخ 31 يوليوز 2022.

[86]- القانون -الإطار رقم 22-06، المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، الجريدة الرسمية، عدد 7151، سنة 2022.

ثانيا: الرهانات الاستراتيجية لتعزيز الأمن الصحي للمغرب

أخذا بالاعتبار الآثار السلبية الناجمة عن تفشي جائحة "كورونا"، وفي ظل التنافس الجيوسياسي بين القوى الكبرى لتعزيز سيادتها الصحية، تكمن الرهانات الاستراتيجية لتعزيز الأمن الصحي للمغرب في كونه مدخلا لتعزيز السيادة الصحية، وقاطرة نحو تكريس الإشعاع الدولي للمغرب وتعزيز مكانته كمصدر للأمن الصحي في محيطه الإقليمي والقاري.

1- الأمن الصحي مدخل لتعزيز السيادة الصحية

أعادت الأزمة الوبائية إلى الواجهة شروط تحقيق الأمن الصحي لبلوغ السيادة الصحية، ومواجهة التهديدات العابرة للحدود في المجال الصحي، وكيفية النهوض بالمنظومة الصحية وتعزيز قدراتها. كما ساهمت في رفع قضايا الصحة إلى مستوى التهديدات الأمنية والشواغل الجيوسياسية، وأصبح الأمن الاستراتيجي للدولة امتدادا للأمن الدولي، مما أفرز مفاهيم جديدة مرتبطة بالسيادة الوطنية بمختلف أبعادها[87].

ومن هذا المنطلق، أصبح مفهوم السيادة يشغل حيزا ملحوظا في الخطب الملكية في الآونة الأخيرة[88]، وذلك باعتبارها ركنا أساسيا من أركان الدولة في شكلها الحديث، ومميزا لها عن غيرها من الكيانات الأخرى، وهو ما جعل المفهوم يأخذ حيزا لا يستهان به من اهتمامات فقهاء القانون لكونه أحد المفاهيم الأكثر إثارة للجدل لما يحمله من معان مختلفة. ويعتبر مفهوم السيادة بمعناه الكلاسيكي الركن الأساسي الذي تبنى عليه الدولة قوتها وسلطتها، سواء على المستوى الداخلي أو الخارجي، أي في علاقتها

[87]- "مداخلة وزير الصحة والحماية الاجتماعية خالد آيت طالب بمناسبة مناقشة تقرير اللجنة الموضوعاتية حول الأمن الصحي بالمغرب"، مجلس المستشارين، 2022/07/19، شوهد في 2023/04/05، على الرابط: http://www.chambredesconseillers.ma/ar

[88]- "(..) وقد اعادت الأزمة الوبائية عن عودة قضايا السيادة للواجهة، والتسابق من أجل تحصينها، في مختلف أبعادها، الصحية والصناعية والغذائية، وغيرها، (...)". مقتطف من خطاب الملك محمد السادس، بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الأولى من الولاية الحادية عشرة، بتاريخ 8 أكتوبر 2021.

بالمواطنين فواق ترابها الإقليمي، أو فيما يتعلق بعلاقاتها الدولية مع باقي الكيانات المستقلة وذات السيادة، وفي ظل ضوابط القانون الدولي[89].

من الناحية التاريخية، يعتبر جون بودان (Jean Bodin) أول من وضع نظرية متكاملة للسيادة، في كتابه "الكتب الست للجمهورية"، الذي صدر سنة 1576[90]، حيث عرفها على أنها سلطة الدولة العليا المطلقة والدائمة، التي يخضع لها جميع الأفراد. كما أكد على أهمية السيادة في وجود واستقرار الدولة بأهمية العارضة الرئيسية للسفينة التي بدونها تغرق السفينة، وبالمثل في غياب السيادة تختفي الدولة.

وفي ضوء التداعيات والتحديات الصحية والاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي خلفها تفشي فيروس "كوفيد-19"، اكتسبت السيادة أهميتها خصوصا مع تعطيل آليات التضامن الدولي، حيث أضحى مفهوم السيادة مرادفا للأمن على المستوى الصحي. وعليه، تستدعي معالجة موضوع الأمن الصحي باعتباره مدخلا لتعزيز السيادة الصحية عدم النظر إليه بمنظور ضيق، يقتصر على وضع منظومة لليقظة والرصد الوبائي، وتوفير الإمكانيات والوسائل لمواجهة المخاطر الصحية والحد من انتشارها، بل إن المخاطر التي تهدد الصحة العامة، تدفعنا إلى البحث عن المداخل الممكنة لتعزيز السيادة الصحية. وبالتالي أين يمكن أن تتجلى مظاهر السيادة الصحية في الوقت الراهن؟

ولا شك أن التوفر على منظومة صحية متكاملة، تفتح المجال للمواطنات والمواطنين من أجل الولوج إلى الصحة كحق طبيعي، وفق مبدأ المساواة والإنصاف في

[89]- خديجة غرداين، "السيادة في القانون الدولي المعاصر"، مجلة الدراسات القانونية والسياسية، المجلد الرابع، العدد الثاني، يونيو 2018، ص. 391-423.

[90]- Jean Bodin, Les Six Livres de la République, Edition de Mario Tuchetti, (Paris : Classiques Garnier, 2013).

تلقي علاج مناسب وبجودة عالية، وللخدمات الصحية سواء في الظروف العادية أو في زمان الوباء، من شأنه أن يضمن السيادة الصحية للمغرب[91].

وفي ضوء ذلك، يهدف نشاط الدولة في المجال الصحي إلى العمل على تحقيق الأمن الصحي وحفظ صحة السكان ووقايتهم من الأمراض والأوبئة والأخطار المهددة لحياتهم، وذلك من خلال تيسير ولوج الساكنة إلى الخدمات الصحية وتحسين جودتها[92]، وضمان توزيع متكافئ ومنصف لعرض العلاجات على مجموع التراب الوطني[93].

وفي هذا الإطار، يشكل القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية[94]، أداة مهمة فيما يتعلق بتعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية لفائدة جميع المواطنات والمواطنين المغاربة بحلول عام 2025، حيث يهدف إلى تعميم التغطية الصحية الإجبارية في أفق 2022، لفائدة 22 مليون مستفيد إضافي، وغيرها من الإجراءات التي تستهدف تأمين تكاليف العلاج والأدوية والاستشفاء للمغاربة.

ولأن الأمر يتعلق بحياة المغاربة والأجانب، فإن تعزيز السيادة الصحية، يتطلب ضمان سيادة دوائية وتوافر الأدوية والمنتجات الصحية وسلامتها وجودتها، تكريسا لمبادئ الشفافية والنزاهة والمراقبة الصارمة، وتحقيقا للأمن الدوائي من خلال

---

[91]- الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، (الرباط: منشورات مجلس المستشارين، 2022)، ص 15.

[92]- المادة الثانية من القانون-الإطار رقم 22-06.

[93]- وبهذا الصدد، يستلزم الارتقاء بالمنظومة الصحية الوطنية وتجاوز مختلف الأعطاب التي تحد من فعاليتها، إصلاحا جوهريا وحقيقيا يشمل بالأساس تطوير البنيات التحتية، وضمان العدالة الاجتماعية والمجالية في ولوج المواطنين إلى خدمات علاجية ذات جودة، بالإضافة إلى تدارك النقص الحاصل في الموارد البشرية بهذا القطاع. وفي هذا الاتجاه، تمت المصادقة على عدد من مشاريع القوانين:

- مشروع القانون رقم 08.22، المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية؛
- مشروع القانون رقم 11.22، المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته؛
- مشروع القانون رقم 09.22، الخاص بالوظيفة الصحية؛
- مشروع القانون رقم 07.22، بإحداث الهيئة العليا للصحة.

[94]- القانون رقم 09.21، المتعلق بالحماية الاجتماعية، الجريدة الرسمية، عدد 6975، سنة 2021.

استيفاء الأدوية والمستلزمات الطبية للمعايير الصحية الدولية[95]. وبالتالي، يتوخى تحقيق الأمن الصحي للمغرب تعزيز السيادة الدوائية، وذلك من أجل تمكين المواطنات والمواطنين من حق الولوجية للأدوية والمستلزمات الطبية ذات الجودة العالية، مع مراعاة شروط السلامة الصحية، والعمل على مكافحة كل أشكال الغش والتزييف[96]، من خلال مراقبة الجودة والسلامة فيما يتعلق بالأدوية الجنيسة، إلى جانب إجراء التحاليل المخبرية من طرف المختبر الوطني لمراقبة الأدوية، وكذا لجان التفتيش الصيدلي من طرف أطر مشهود بكفاءتها.

علاوة على ذلك، يفترض تعزيز يقظة المنظومة الصحية، تنمية آليات ووسائل الرصد والوقاية من الأخطار المهددة للصحة وتطويرها، من خلال وضع خطة استباقية للرصد واليقظة، قادرة على رصد وتتبع الأوبئة ومواجهة كافة الأمراض والأزمات الصحية. وإن التوفر على خطة فعالة لإدارة المخاطر والأزمات الصحية، خصوصا العابرة للحدود الوطنية يضمن السيادة الصحية للمغرب، ويوفر البيئة

[95]- وبهذا الصد، تم توفير ترسانة قانونية تمكن من تقنين وتأطير قطاع الأدوية والمنتجات الصحية، ومراقبة عناصر الجودة المتعارف عليها عالميا، وذلك من خلال سن مجموعة من القوانين، مثل: القانون رقم 10.22، المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية؛ القانون رقم 17 -04، بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة؛ القانون 84-12، المتعلق بالمستلزمات الطبية؛ القانون 08-11، الخاص بالكواشف المستعملة لغرض إجراء التحاليل بالمختبر، والذي يلزم بضرورة انشاء مواقع لصنع الأدوية والمنتجات الصحية مرخصة وخاضعة للتفتيش والمراقبة بصفة منتظمة، والحصول على الإذن بالعرض في السوق، واحترام قواعد حسن إنجاز تصنيع وتوزيع وتخزين الأدوية والمنتجات الصحية. بالإضافة إلى اعتماد نظام الاحتراز الدوائي والاحتراز المتعلق بالمنتجات الصحية.

[96]- يعتبر تزييف الأدوية ظاهرة عالمية تعيق تحقيق الأمن الدوائي، وتحاول كل دول العالم الحد من استفحالها في إطار تظافر الجهود والسعي إلى إبرام اتفاقيات عالمية تمكن من تبادل المعلومات والخبرات في هذا المجال، والمغرب لا يخرج عن هذا الإطار، وذلك من خلال توقيعه في 2012 على الاتفاقية العالمية (MEDICRIME)، والتي تعتبر أداة مهمة وضعت من قبل المجلس الأوروبي لتجريم تزييف الأدوية والمنتجات الصحية. وتشكل هذه الاتفاقية أول معاهدة دولية تجرم صناعة وترويج المنتجات الصحية المزيفة. كما تنص على التعاون المشترك على المستوى المحلي والدولي بين السلطات المختصة من صحة وعدل وأمن وجمارك.

الحاضنة للتحول الذي يعرفه مفهوم الأمن الصحي لجعلها كفيلة بضمان فعالية كافة الإجراءات المتخذة لمواجهة المخاطر الصحية.

ومن جانب آخر، إن النظر للسيادة الصحية باعتبارها "عنصرا أساسيا في تحقيق الأمن الاستراتيجي للبلاد"[97]، يتطلب التوفر على منظومة صحية وطنية تضمن الحاجيات الوطنية. وللوصول إلى هذا المبتغى، أطلق المغرب عدة مشاريع في مجال صناعة الأدوية والمستلزمات الطبية والمواد الطبية الضرورية، حيث أن من بين الشروط الأساسية لتحقيق السيادة الصحية، ضرورة العمل على إحداث تغيير في المنظومة الصحية بما يجعلها قطاعا منتجا يضفي قيمة اجتماعية واقتصادية، وتضمن الاكتفاء الذاتي.

2- تقوية الإشعاع الدولي للمغرب وتعزيز مكانته كمصدر للأمن الصحي في محيطه الإقليمي والقاري

نجم عن تفشي فيروس كورونا، وانتشاره السريع في جميع مناطق العالم، أزمة غير مسبوقة ومتعددة الأبعاد، وذلك بالنظر لانعكاساتها السلبية على صحة المواطنين وجودة حياتهم، وتأثيرها على الوزن السياسي للدول التي سارعت إلى اتخاذ جملة من التدابير والإجراءات من أجل تعزيز أمنها الصحي، وضمان سيادتها الصحية.

وفي ضوء ذلك، أفرزت الأزمة الصحية العالمية وضعا دوليا مضطربا، طبعه تنافس محموم للحصول على اللقاحات، وهو ما مهد لصراع جيوسياسي عالمي في ظل دخول السباق الدولي على تطوير هذه اللقاحات وإنتاجها دائرة المنافسة الاستراتيجية، مما دفع الدول الكبرى لتقديم مصالحها الداخلية على حساب مكانتها وسمعتها العالمية في حال تعارض المصالح الوطنية والقومية مع المصالح الخارجية. في المقابل، اكتسب المغرب في ظل هذه الأزمة مركزا مؤثرا في فضاءه القاري، بفضل رؤيته

[97]-"خطاب الملك محمد السادس بمناسبة الذكرى 22 لعيد العرش"، البوابة الوطنية، 2021/07/31، شوهد في 2023/04/06، على الرابط: https://www.maroc.ma/ar

الشمولية لتعزيز الأمن الصحي، حيث أرسى نموذجا جديدا للتضامن الدولي عبر العديد من المبادرات لتعزيز الأمن والسيادة الإقليمية والقارية، وهو ما بوأه وضعا جيوسياسيا متقدما في علاقته بالقارة الإفريقية.

وجدير بالذكر أنه خلال هذه الأزمة، حظي تدبير المغرب لجائحة كورونا بتقدير وإشادة وطنية ودولية، حيث اتسم بالاستباقية والدقة والشمولية، في سبيل الحفاظ على صحة المواطنات والمواطنين[98]. وإيمانا منه بأن صحة المواطن ركيزة أساسية للتقارب والتضامن بين الشعوب، عمل المغرب على منح وتوصيل مجموعة هامة من المعدات والمنتوجات الخاصة بالحماية والوقاية، وكذا الأدوية عبر جسور جوية إلى أكثر من عشرين بلدا إفريقيا[99].

وبهدف تعزيز المكاسب في مجال تدبير الجائحة والتي جعلت منه نموذجا يحتذى على الصعيد الدولي والاقليمي، اعتمد المغرب مقاربة جيو-استراتيجية في إطار شراكة جنوب-جنوب، تقوم على التضامن والتعاون وخدمة المصالح المشتركة، بما يعود بالنفع على المواطن الإفريقي. فقد أبانت جائحة "كوفيد -19"، أهمية تعزيز الأمن الصحي للقارة الإفريقية، وهو ما تطلب ضرورة العمل الجماعي لتمكين الشعوب الإفريقية من العلاجات واللقاحات الضرورية، ومواجهة مختلف الأمراض والأوبئة[100].

وفي هذا الإطار، شكلت مسألة تأمين اللقاحات أولوية استراتيجية للمغرب من أجل ضمان أمنه الصحي، ورهانا جيوسياسيا يجعل من المغرب مصدرا للأمن الصحي في محيطه القاري والدولي، وذلك بالنظر للمبادرات التي أطلقها لتعزيز سيادته الصحية جنبا إلى جنب مع شركائه. وضمن هذا التوجه، أطلق المغرب مشروعا

---

[98]- "سنة من تدبير جائحة كوفيد-19"، رئاسة الحكومة، 2021/03/12، شوهد في 2023/04/08، على الرابط: https://www.cg.gov.ma/ar

[99]- "رسالة الملك محمد السادس إلى المشاركين في المناظرة الإفريقية الأولى للحد من المخاطر الصحية"، البوابة الوطنية، 11/16/ 2022، شوهد في 2023/04/08، على الرابط: https://www.maroc.ma/ar

[100]- المرجع نفسه.

لتصنيع وتعبئة اللقاح المضاد لـ "كوفيد-19" ولقاحات أخرى، من أجل تمكين المغرب من التوفر على قدرات صناعية وبيوتكنولوجية شاملة ومندمجة لتصنيع اللقاحات لتعزيز اكتفائه الذاتي[101]، حيث يسعى من خلال هذا المشروع إلى تأمين سيادته اللقاحية ولمجموع القارة الإفريقية[102].

ويهدف هذا المشروع الاستراتيجي، على المدى المتوسط (2022-2025)، إلى نقل التعبئة المعقمة وتصنيع المواد النشطة لأكثر من 20 لقاحا ومنتوجا للعلاجات الحيوية، من ضمنها ثلاثة لقاحات مضادة لكوفيد-19، لتغطية أكثر من 70 بالمائة من احتياجات المغرب، وأكثر من 60 بالمائة من احتياجات القارة الإفريقية. كما يطمح المشروع على المدى الطويل (2023-2030)، إحداث قطب إفريقي للابتكار البيوصيدلاني واللقاحي بالمغرب معترف به عالميا[103].

وبالموازاة مع ذلك، انخرط المغرب في العديد من المبادرات لتعزيز الأمن والسيادة الإقليمية والقارية، حيث احتضن المناظرة الإفريقية الأولى للحد من المخاطر الصحية، والتي أوصت بوضع ميثاق إفريقي للحد من المخاطر الصحية، وبإحداث صندوق قاري مستقل للأمن الصحي. وبهذا الخصوص، ظل المغرب مقتنعا بأن تحقيق الأمن الصحي وتعزيز السيادة الوطنية ينبغي أن يمر أولا عبر تعزيز الصمود والأمن والسيادة الإقليمية والقارية، ولا سيما في إطار التعاون جنوب-جنوب. وانطلاقا من هذه القناعة الراسخة، يدعم المغرب الجهود القارية الهادفة إلى إنشاء أنظمة صحية

---

[101]- "حفل إطلاق وتوقيع اتفاقيات تصنيع وتعبئة اللقاح المضاد لكوفيد-19 ولقاحات أخرى بالمغرب"، وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الإفريقي والمغاربة المقيمين بالخارج، 2021/07/05، شوهد في 2023/04/08، على الرابط:

https://www.diplomatie.ma/ar

[102]- "جلالة الملك يترأس حفل إطلاق أشغال إنجاز مصنع ببنسليمان لتصنيع اللقاح المضاد لكوفيد-19 ولقاحات أخرى"، وكالة المغرب العربي للأنباء، 2022/01/27، شوهد في 2023/04/08، على الرابط:

https://www.mapnews.ma/ar

[103]- المرجع نفسه.

قادرة على الاستجابة بشكل أكثر فاعلية للأزمات الصحية المستقبلية، من خلال دعمها الكامل لإنشاء الوكالة الإفريقية للأدوية ولجهود المركز الإفريقي للسيطرة على الأمراض والوقاية منها[104].

تأسيسا على ما سبق، لا بد من التأكيد على مسألة أساسية، وهي أنه لا يجب النظر لصناعة الأدوية واللقاحات ومختلف المنتجات ذات الصلة بالصحة على أساس تجاري محض، فهي ليست سلعا كلاسيكية بل إنها موارد استراتيجية يجب أن تحظى بعناية خاصة من طرف الدولة. ولعل موضوع تطوير الصناعة الدوائية بالمغرب، قد أضحى ضرورة ملحة لتعزيز السيادة الوطنية، خاصة وأن امكانات هذا القطاع كبيرة في السوق الدولية[105]. وبالتالي، فإن دعم الصادرات الموجهة للسوق الإفريقية ستساهم في ضمان السيادة الصحية للبلدان الإفريقية، وتجعل من المغرب مزودا رئيسيا للأمن الصحي بالقارة الإفريقية. كما أن بناء شراكات في هذا القطاع مع الدول الصناعية الكبرى في المجال، سيجعل من المغرب منصة رائدة في صناعة الأدوية واللقاحات، وهو ما سيكرس إشعاعه الدولي ويعزز مكانته كمصدر للأمن الصحي في محيطه الإقليمي والقاري.

خاتمة

يحتل موضوع الأمن الصحي بالمغرب مكانة خاصة لدى صناع القرار، حيث شغلت قضايا الصحة حيزا كبيرا في الخطب الملكية في السنوات الأخيرة، كما شكل أحد ركائز النموذج التنموي الجديد، بهدف ضمان الولوج لخدمات صحية ذات جودة

[104]- "انعقاد أشغال اجتماع قمة فريق الاتصال لحركة عدم الانحياز بأذربيجان بمشاركة المغرب"، وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الإفريقي والمغاربة المقيمين بالخارج، 2023/03/02، شوهد في 2023/04/08، على الرابط: https://www.diplomatie.ma/ar

[105]- استطاع المغرب تلبية احتياجاته من الأدوية بفضل صناعة وطنية واعدة، إذ تصنع البلاد نحو 70 بالمائة من حاجات السوق الوطنية من الأدوية، في حين تستورد النسبة المتبقية من الخارج. وتشكل الصناعة الدوائية ثاني نشاط كيميائي بالمغرب بعد الفوسفاط، حيث يحتل المرتبة الثانية على مستوى القارة الإفريقية، كما أن لهذه الصناعة إمكانات نمو هائلة من شأنها أن تعزز السيادة الدوائية للمغرب وتقلل من تبعيته للخارج.

وبأقل تكلفة، وللحماية الصحية باعتبارها حقا أساسيا للمواطنين. بالإضافة إلى العديد من الإجراءات لتحسين العرض الصحي، وتعزيز قدرات النظام الصحي على الصمود أمام مخاطر الأزمات الصحية في المستقبل. وللوصول إلى هذا المبتغى، شكل الإصلاح العميق للمنظومة الصحية الوطنية ضرورة ملحة وأولوية وطنية ضمن أولويات السياسة العامة للدولة الرامية إلى الاعتناء بصحة المواطنين، حيث يحدد القانون -الإطار المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية الأهداف الأساسية لنشاط الدولة في ميدان الصحة والآليات الضرورية لبلوغها.

ولا بد من التأكيد على أن بناء نظام صحي وطني قادر على الصمود وتحقيق الأمن والسيادة في المجال الصحي، يتطلب الاستثمار في الصحة، باعتبارها محركا للتنمية، ذلك أن تحقيق السيادة الصحية يسهم في حماية الدول من الأزمات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، كما أنه لا توجد تنمية بدون صحة، ولا صحة بدون تنمية. فرغم أن الصناعة الدوائية بالمغرب هي الثانية بإفريقيا، فإن المرور لمرحلة إنتاج الأدوية الحيوية التي تضم اللقاحات والأدوية البيولوجية سيمكنه من ضمان قدر أكبر من أمنه وسيادته الصحية، وأمن أفريقيا وسيادتها.

تأسيسا على ما سبق، يعد الأمن الصحي للمغرب سؤالا ملحا في واقع دولي متغير، والذي يقوم في جانب كبير منه على فكرة أن كل دولة تحتاج لأن تحمي نفسها بنفسها تجاه التهديدات والمخاطر الصحية، بما أتيح لها من قدرات وموارد، وهي المسؤولة في النهاية عن أمنها. ولتجاوز هذا الواقع الدولي المعقد، فقد اختار المغرب أن يجعل من الأمن الصحي مدخلا لتعزيز سيادته الصحية، على نحو يقوي إشعاعه الدولي، ويعزز مكانته كمصدر للأمن الصحي على الصعيد الإقليمي والقاري.

لائحة المراجع

أولا: الكتب

- الشقحاء، فهد بن محمد. الأمن الوطني: تصور شامل، المفهوم، الأهمية، المجالات، المقومات، ط 1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، 2004.
- الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، الرباط: منشورات مجلس المستشارين، 2022.
- المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي. الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية، الرباط: منشورات مجلس المستشارين، يوليوز 2022.

ثانيا: المجلات

- بن جديد، عبد الحق وآخرون. "الأمن الصحي في عالم من دون حدود: هواجس متنامية ومضامين متباينة"، مجلة آفاق للعلوم، السنة الأولى، المجلد 1، العدد الثالث، ماي 2016.
- الحربي، سليمان عبد الله. "مفهوم الأمن: مستوياته وصيغه وتهديداته، دراسة نظرية في المفاهيم والأطر"، المجلة المغربية للعلوم السياسية، العدد 19، صيف 2008.
- غرداين، خديجة. "السيادة في القانون الدولي المعاصر"، مجلة الدراسات القانونية والسياسية، المجلد الرابع، العدد الثاني، يونيو 2018.
- كاظم، خالد أبو دوح. "الأمن الصحي"، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، أوراق السياسات الأمنية، المجلد 1، العدد 1، 2021.

ثالثا: المو اقع الإلكترونية

- "انعقاد أشغال اجتماع قمة فريق الاتصال لحركة عدم الانحياز بأذربيجان بمشاركة المغرب"، وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الإفريقي والمغاربة المقيمين بالخارج، 2023/03/02، شوهد في 2023/04/08، على الرابط:

https://www.diplomatie.ma/ar

- "تقرير الصحة في العالم 2007"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، 2007، شوهد في 2023/03/20، على الرابط:

https://www.emro.who.int/ar

- "جلالة الملك يترأس حفل إطلاق أشغال إنجاز مصنع ببنسليمان لتصنيع اللقاح المضاد لكوفيد-19 ولقاحات أخرى"، وكالة المغرب العربي للأنباء، 2022/01/27، شوهد في 2023/04/08، على الرابط:

https://www.mapnews.ma/ar

- "حفل إطلاق وتوقيع اتفاقيات تصنيع وتعبئة اللقاح المضاد لكوفيد-19 ولقاحات أخرى بالمغرب"، وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الإفريقي والمغاربة المقيمين بالخارج، 2021/07/05، شوهد في 2023/04/08، على الرابط:

https://www.diplomatie.ma/ar

- "خطاب الملك محمد السادس بمناسبة الذكرى 22 لعيد العرش"، البوابة الوطنية، 2021/07/31، شوهد في 2023/04/06، على الرابط:

https://www.maroc.ma/ar

- "رسالة الملك محمد السادس إلى المشاركين في المناظرة الإفريقية الأولى للحد من المخاطر الصحية"، البوابة الوطنية، 11/16/ 2022، شوهد في 2023/04/08، على الرابط: https://www.maroc.ma/ar

- "سنة من تدبير جائحة كوفيد-19"، رئاسة الحكومة، 2021/03/12، شوهد في 2023/04/08، على الرابط:https://www.cg.gov.ma/ar

- "مداخلة وزير الصحة والحماية الاجتماعية خالد آيت طالب بمناسبة مناقشة تقرير اللجنة الموضوعاتية حول الأمن الصحي بالمغرب"، مجلس المستشارين، 2022/07/19، شوهد في 2023/04/05، على الرابط:

http://www.chambredesconseillers.ma/ar

رابعا: المراجع باللغة الأجنبية

- **Aldis, William. "Health security as a public health concept: a critical analysis", Health Policy and Planning, Volume 23, Issue 6, November 2008.**

- **Bodin, Jean. Les Six Livres de la République, Edition de Mario Tuchetti, Paris : Classiques Garnier, 2013.**

- **Buzan, Barry. People, States and Fear: An Agenda for International Security Studies in the Post- Cold War, Boulder: Lynne Rienner Publishers, 1991.**

الفصل الرابع

تجليات الأمن الصحي بالمغرب: تدابير واكراهات

Manifestations of health security in Morocco: measures and restrictions

منى دلوح

دكتوراه في القانون العام/جامعة عبد المالك السعدي-طنجة.

ملخص:

أضحى الأمن الصحي من الإشكالات المطروحة حاليا، ما جعل المجتمعات الدولية تعمل على تحسينه وتكييفه مع المعايير الدولية، بشكل يوازن ويلائم متطلبات الأمن الإنساني، وكونه رهان تتداخل فيه مجموعة من التحديات الراهنة من قبيل تغير المناخ والتهديدات البيئية، أمن واستقرار الأفراد، حق التنقل، الأمن المائي والغذائي، ناهيك عن انتشار الأمراض والأوبئة مثل انفلوزا الطيور، فيروس نقص المناعة البشرية، الايدز، السل والايبولا، علاوة على الانتكاسات التي خلفتها الأزمة الصحية لفيروس كرونا التي شهدها العالم في أواخر سنة 2019.

والمغرب لم يكن بمعزل عن تداعيات هذه الأزمة الصحية التي وضعته في مسار تنموي جديد، وأبانت في كثير من الأحيان عن هشاشة المكتسبات ومحدودية الضمانات الدستورية، وكشفت على صعيد الدولة والمؤسسات والمجتمع بأنه في حاجة إلى تطوير المجتمع من كافة النواحي الاقتصادية والاجتماعية والأمنية وحتى الصحية والبيئية، ولهذا فإن وضع استراتيجيات شاملة تعالج المسائل الصحية وتعمل على تسريع وثيرة الإصلاحات والتدابير اللازمة، ضرورة حتمية لانبثاق مغرب أكثرا صمودا لمواجهة العقبات الرئيسية أمام تحقيق التغير والتقدم المنشود لأهداف التنمية المستدامة، المتوخى تحقيقها في أفق 2030 .

الكلمات المفتاحية: الأمن الصحي- الحق في الصحة- فيروس كرونا- المغرب- الضمانات الدستورية- حقوق الانسان.

Abstract:

Health Security has become one of the problems currently being raised, which has led international communities to work to improve it and adapt it to international standards, in a way that balances and suits the requirements of human security. It is a bet in which a group of current challenges intersect, such as climate change and environmental threats, the security and stability of individuals, the right to movement, and security. Water and food, not to mention the spread of diseases and epidemics such as bird flu, HIV, AIDS, tuberculosis and Ebola, in addition to the setbacks caused by the health crisis of the Corona virus that The world witnessed it in late 2019.

Morocco was not isolated from the repercussions of this health crisis, which put it on a new development path. It often revealed the fragility of its gains and the limitations of constitutional guarantees, and revealed at the state, institutional and societal levels that it is in need of developing society from all economic, social, security, and even health and environmental aspects. Therefore, developing comprehensive strategies that address health issues and work to accelerate the pace of reforms and necessary measures is an inevitable necessity for the emergence of a more resilient Morocco to confront the main obstacles to achieving the desired change and progress towards the goals of Sustainable development, which is expected to be achieved by 2030.

Keywords: Health security - The right to health - Corona virus – Morocco - Constitutional guarantees - human rights

مقدمة

شهد العالم في السنوات الأخيرة تغيرات سياسية واقتصادية واجتماعية وحقوقية، صاحبته عدة تحولات في قضايا كانت ولازالت مطروحة على الساحة الدولية، من بينها قضية الأمن الصحي التي أصبحت ملفا ساخنا تتمحور حوله الحياة السياسية، وإشكالية عويصة تتطلب المعالجة من جميع الجوانب، وذلك عبر الانخراط الجدي في المساعي الدولية والوطنية قصد إيجاد حلول لها في سياق الاحترام الكامل لحقوق الإنسان، وفي إطار جامع يشمل جميع المقتضيات والقواعد القانونية والحقوقية، ويستند على فواعل أساسية تنظم وترسخ الأمن الصحي.

مفهوم الأمن الصحي ظهر لأول مرة مع بداية التسعينيات من القرن الماضي، إبان وقوع مأساة تلوث الدم بفيروس الإيدز، ومع ظهور الالتهاب الكبدي الفيروسي "س" في فرنسا، وتزايد الاهتمام به مع انتشار وباء الطاعون سنة 1994 في الهند، ووباء حمى الإيبولا النزفية سنة 1995، ثم ليتخذ بعدا آخر مع قضية تسرب غاز السارين في مترو أنفاق بطوكيو سنة 1995، وبروز أزمة إرسال جراثيم الأنتراكس عبر النظام البريدي الأمريكي سنة 2001، ليعود مرة أخرى للظهور مع فضيحة دواء " المدياتور" سنة 2010 ، الأمر الذي جعل مختلف دول العالم في حاجة ماسة إلى الأمن الصحي، وخصوصا في المجالات المتعلقة بالمنتجات الطبية والصحية والغذائية والبيئية والتهديدات البيولوجية[106].

الأمن الصحي يعد من الأبعاد السبعة الأساسية المشكلة للأمن الإنساني الذي تم إدراجها في تقرير برنامج الأمم المتحدة (PNUD) الذي أصدر سنة 1994، وعرف بأن الأمن الإنساني كان دائما يعني شيئين رئيسيين"التحرر من الخوف والوقاية من الحاجة"، وقد عدد التقرير سبع مستويات تشكل كلها محتوى الأمن الإنساني وهي :

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

الأمن الاقتصادي، الأمن الغذائي، الأمن البيئي، الأمن الشخصي، الأمن الجماعي والأمن السياسي، الأمن الصحي.[107] الذي يقصد به حق الفرد في أن يكون بمأمن من المرض والعوز، لضمان تحريره من المرض، والحق في توفير العلاج والأدوية اللازمة لعلاجه ووقايته من الأمراض خاصة منها الفتاكة وسريعة الانتشار، فالإهمال الصحي يؤدي إلى موت الآلاف يوميا في مختلف بقاع العالم[108].

فهو بذلك يعتبر حق أساسي من الحقوق الأساسية لأي إنسان المنصوص عليها في المواثيق والتشريعات العالمية، بغض النظر عن أي اعتبارات أخرى، ومن الحقوق الصلبة التي لا غنى عنها لأي سبب ما من أجل التمتع بالحقوق الأخرى، لذلك يحق لكل إنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وهذا الحق لا يمكن تصوره إلا بوفاء الدولة بالتزاماتها وترتب مسؤولياتها، ذلك أن الدول والمنظمات الدولية باكتسابها الصفة الاعتبارية والمعنوية تكتسب حقوق وتتحمل التزامات، مما يجعلها هي الأخرى خاضعة لأحكام ومبادئ القانون الدولي مثلها مثل باقي الأشخاص الطبيعيين.[109] كما عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز[110].

وعليه عرف الأمن الصحي تطورا تدريجيا، حتى أصبح يشمل مختلف الأنشطة الواجب القيام بها من طرف الدول، سواء بشكل استباقي أو عبارة عن ردود أفعال، تسعى إلى التخفيف من حدة المخاطر، التي تتعرض لها الصحة العمومية، حيث أصبح

---

[107] - PUND, Rapport mondial sur le développement humain94, Paris, Economica, 1994, p26.

[108] - فريدة حموم:"الأمن الإنساني مدخل جديد في الدراسات الأمنية"، رسالة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر-كلية العلوم السياسية والإعلام، السنة الجامعية 2003-2004، ص: 68.

[109] - خالد محمد نور عبد الحميد الطباخ: التعاون الدولي في المجال الصحي لمواجهة تفشي جائحة كرونا(COVID-19)، دراسة أنجزت في يوليوز 2020، ص: 9.

[110] - تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، (الرئيس: الحبيب المالكي، المقرران: مصطفى ابراهيمي-رشيد حموني)، المملكة المغربية-مجلس النواب، الولاية التشريعية العاشرة 2016-2021، دورة ابريل 2021، ص: 44.

هذا المفهوم منذ أواخر سنة 2019 متداولا بقوة، جراء تفشي أزمة كوفيد -19، التي خلفت آثارا سلبية عميقة على المنظومة الصحية، والانتكاسات التي خلفها على الإنسانية جمعاء، مما جعلته رهان مطروح تعمل المجتمعات الدولية على تحسينه وتعزيزه مع المعايير الدولية، بشكل يوازن ويلائم متطلبات الأمن الإنساني، كونه رهان تتداخل فيه مجموعة من التحديات الراهنة من قبيل قضايا المناخ والتهديدات البيئية، أمن واستقرار الأفراد، حق التنقل، الأمن المائي والغذائي، ناهيك عن الأزمات المرتبطة بانتشار الأمراض والأوبئة مثل انفلوزا الطيور، فيروس نقص المناعة البشرية، الايدز، السل والايبولا...

المغرب لم يكن بمعزل عن هذه التداعيات التي وضعته في مسار تنموي جديد، التي كشفت على صعيد الدولة والمؤسسات والمجتمع بأنه في حاجة إلى تطوير المجتمع من النواحي الاقتصادية والاجتماعية والصحية، من خلال تزايد الاهتمام بالمنظومة الصحية، وإعطائها أولوية قصوى تجعل منها نقطة إلتقائية لمختلف السياسات والبرامج والمشاريع العمومية في هذا المجال، والتوجه نحو وضع إطار عملي يضمن تسريع وثيرة الإصلاحات والتدابير اللازمة لانبثاق مغرب أكثر صمودا وانسجاما، وتنسيق جهود كافة الفاعلين وفق رؤية سياسية مندمجة واضحة، خصوصا بعد ما عرفه بسبب الأزمة الوبائية الأخيرة.

وعليه تكمن أهمية هذا الموضوع في كونه قضية ذات راهنية، تتداخل فيها مجموعة من الأبعاد والرهانات الإنسانية التي أضحت تؤرق المجتمع الدولي ككل بما في ذلك السياسة المغربية، التي تتطلب المعالجة والدراسة من جميع الجوانب، وكذا ملامسة أهم التحديات والاخلالات التي أفرزتها، ضمن إطار عملي يشمل كافة التدابير والإجراءات التي تعزز الضمانات الصحية بالمغرب. على ضوء إشكالية تمت صياغتها كالأتي: **ما هي التدابير والإجراءات القانونية التي اعتمدها المغرب في تعزيز الأمن الصحي؟ وما مدى وملاءمتها مع المعايير والتطورات الدولية؟ وما هي الاكراهات المعيقة في تحقيق نظم صحية فعالة؟**

للإجابة عن هذه التساؤلات خصصنا أربع محاور رئيسية، في المحور الأول سنتطرق فيه إلى المرجعيات الدولية الأساسية المؤطرة للأمن الصحي، المحور الثاني سنعالج من خلاله التدابير والإجراءات القانونية المعتمدة في تعزيز الأمن الصحي بالمغرب، وبخصوص المحور الثالث سنتناول فيه الآليات المؤسساتية التي ساهمت في ترسيخ الأمن الصحي، علاوة على ذلك هناك تحديات واكراهات تؤثر في تحقيق نظام صحي فعال ومستدام الذي سنتعرف عليها من خلال المحور الرابع.

المحورالأول: المرجعيات الدولية الأساسية المؤطرة للأمن الصحي

كما نعلم جميعا أن الحق في الصحة من الحقوق الإنسان الأساسية المعترف بها عالميا، والتي تم دسترتها في العديد من المواثيق والتشريعات المكونة للقانون الدولي لحقوق الإنسان، وهي تعد مرجعيات أساسية على جميع الدول المصادقة عليها الالتزام بأحكامها واحترام مقتضياتها وموازنتها مع ما تتطلبه المصادقة، وعلى رأسها:

أولا: الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948

النقطة الأساسية لصياغة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1946، كانت القناعة بأن ما ورد في ميثاق الأمم المتحدة لم يكن كافيا، وأنه من الضروري أن تبادر المنظمة إلى إظهار مدى اهتمامها بموضوع حقوق الإنسان، كوثيقة مستقلة تكون في متناول الجميع حكاما ومحكومين، أفرادا وهيئات،[111] ولجنة حقوق الإنسان هي من أعدته وعرضته على الجمعية العامة وأقرته في 10 دجنبر 1948 بقرارها رقم 217 (AIII) وذلك بأغلبية 48 صوتا وامتناع 8 أعضاء عن التصويت.

وتنص المادة 25 من الإعلان على أنه: لكل شخص حق في مستوى من معيشة يكفى لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وخاصة على صعيد التغذية والملبس والمسكن والعناية الطبية وصعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق في ما

[111]- عيسى بيرم: "الحريات العامة وحقوق الإنسان بين النص والواقع"، دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر الطبعة 1998، ص: 145.

يأمن به الغوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز أو الترمل أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه. وكذا للأمومة والطفولة الحق في رعاية ومساعدة خاصتين، ولجميع الأطفال حق التمتع بذات الحماية الاجتماعية سواء ولدوا في إطار الزواج أو خارجه[112].

ثانيا: العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية

تحظى مواثيق الأمم المتحدة ونشاطها في مضمار حقوق الإنسان بأهمية خاصة، بسبب عالميتها والمكانة التي مازالت تحظى بها المنظمة الدولية، ومن بين هذه المواثيق العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الذي أقرته الجمعية العامة في 16 دجنبر 1966 بقرار رقم 2200،[113] وقد نصت المادة12 منه على أن تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه. كما تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق، تلك التدابير اللازمة من أجل:

- العمل على خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا.
- تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية.
- الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها.

[112]- التقرير السنوي حول وضعية حقوق الإنسان بالمغرب لسنة 2019، إصدارات المنظمة المغربية لحقوق الإنسان – مؤسسة فريدريش ابرت الألمانية فرع المغرب، سنة الإصدار 2019، ص: 165، رابط التقرير:
http://aohr.net/portal/wp-content/uploads/2020/05/Rapport-OMDH-DH-2019.pdf

[113]- مصطفى عبد العزيز مرسي: "قضايا المهاجرين العرب في أروبا"، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الاستراتيجية، الطبعة الأولى 2010، ص: 215.

- تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض[114].

ثالثا: دستور المنظمة الصحة العالمية

تعتبر منظمة الصحة العالمية إحدى الوكالات الدولية التابعة لمنظمة الأمم المتحدة والمتخصصة في مجال الصحة، التي يرمز لها باختصار (WHO)، فهي أنشأت بموجب مؤتمر الصحة العالمي الذي عقد في نيويورك بدعوة من المجلس الاقتصادي والاجتماعي، الذي وافق على دستورها في 1946/7/22، ودخل حيز التنفيذ في 1947/4/7،[115] ودستورها يؤكد على أن التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان بما يضمن الحصول على الرعاية التي تضمن توافر القدر الكافي من المرافق الصحية وتكافؤ الفرص في الاستفادة والولوج للخدمات بمستوى معين من الجودة. ويفرض هذا الحق على الدول ثلاثة أنواع من الالتزامات : أولاها احترام وعدم التدخل في التمتع بالحق في الصحة ثم الحماية من عرقلة التمتع بهذا الحق، ويبقى الالتزام الأهم هو اتخاذ الخطوات الإيجابية لإعمال الحق في الصحة[116]. وأن الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية.

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

[114]- التقرير السنوي حول وضعية حقوق الإنسان بالمغرب لسنة 2019، مرجع سابق، ص: 165.

[115]- حسين حنفي عمر: "دليل المنظمات الدولية"، دار الفكر العربي-القاهرة، طبعة 2000، ص، 96.

[116]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص: 43.

على الصعيد الدولي، وغيرها من الأمراض الصحية الأخرى، واتخاذ التدابير في مجال الصحة العمومية[117].

رابعا: إعلان" ألما أتا "ومعالم إصلاح قطاع الصحة في العالم

صدر إعلان ألما أتا أو ما سمي إعلان المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية عام 1978،[118] حيث اعتُبِر حينها علامة فارقة على صعيد الصحة العالمية، وذلك لكونه أول اتفاق دولي ينص على ضرورة تفعيل إجراءات وتدابير وطنية ودولية، كفيلة بتوفير رعاية صحية أولية في دول العالم قاطبة، كشرط أساسي لرفع وتحسين مستوى صحة الأفراد والشعوب. وقد اعتبر هذا الإعلان أنه ليس من المقبول سياسيا واجتماعيا واقتصاديا اختلال ميزان العدالة الصحية بين الناس، وبالأخص بين الدول المتطورة والنامية، كما أن التنمية الاقتصادية والاجتماعية مهمة لتحقيق الصحة للجميع، فإن تعزيز الصحة ضروري أيضا لصيانة التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وأن الناس لهم حق المشاركة الفردية والجماعية في تخطيط وتنفيذ برامج الرعاية الصحية، وتقع على الحكومات مسؤولية رعاية صحة شعوبها عبر إجراءات صحية واجتماعية كافية لتحقيق هذا الهدف.

كما أن الحق في الصحة لا يقتصر على الرعاية الصحية المناسبة فقط حسب ما ورد في الإعلان، بل يمتد أيضا ليشمل ما يعرف بمحددات الحالة الصحية، مثل توافر مياه الشرب النظيفة، والغذاء الكافي، والمسكن الملائم، والمعلومات الصحية الضرورية، وغيرها من العوامل التي تؤثر سلبا أو إيجابا في الحالة الصحية العامة[119].

---

[117]- الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، دراسة أنجزها مجلس المستشارين –المملكة المغربية، الولاية التشريعية 2021-2027، منشورات مجلس المستشارين، ص: 26.

[118]- المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية (ألما آتا- الاتحاد السوفياتي- شتنبر 1978)، الوثيقة رقم . EB63/21 بتاريخ 19 دجنبر 1978.

[119]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص: 31.

خامسا: خطة أهداف التنمية المستدامة 2030

تطرقت الخطة إلى الحق في الصحة من خلال الهدف الثالث، الذي جاء فيه: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار[120]. كما تعتبر الخطة بأن الصحة ومحدداتها تؤثر وتتأثر في الحد ذاته بالأهداف والغايات الأخرى التي تشكل جزءاً لا يتجزأ من التنمية المستدامة. وقد تم اعتماد العديد من الغايات المرتبطة بالصحة والمضمنة بأهداف التنمية المستدامة نتيجة وجود برامج لم يتم إنجازها في إطار أهداف الألفية للتنمية، كما أن الكثير من الغايات الأخرى تم اعتمادها انطلاقا من قرارات المنتدى الدولي للصحة ومخططات العمل ذات الصلة. من أهمها الغاية رقم 8.3، التي تهم تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وعلى الأدوية الأساسية.[121]

القصد من التغطية الصحية الشاملة أن يحصل جميع الأفراد والمجتمعات على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دونما تأثير على وضعهم المالي وحمايتهم من الفقر، وهي تشمل مجموعة من الخدمات الضرورية والتي تتصدى لأسباب المرض والوفاة. وتحقيق التغطية الصحية الشاملة هو أحد الأهداف التي تبنتها بلدان العالم عندما اعتمدت أهداف التنمية المستدامة في عام 2015، فتقدم البلدان في تحقيق التغطية الصحية الشاملة سيشكل تقدما وتطورا في بلوغ الغايات الأخرى المتعلقة بالصحة والأهداف الأخرى للتنمية المستدامة.

على غرار ما سبق هناك مواثيق دولية وإقليمية أخرى كرست ضمن مقتضياتها الحق في الصحة، من قبيل اتفاقية القضاء على كل أشكال التمييز ضد المرأة، اتفاقية

---

[120]- الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، دراسة أنجزها مجلس المستشارين –المملكة المغربية، مرجع سابق، ص:19- 26-27.

[121]- تقرير موضوعاتي حول: مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة2015-2030، المجلس الأعلى للحسابات- المملكة المغربية، يناير 2019، ص: 21-22.

حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، اتفاقية حقوق الطفل، الميثاق الاجتماعي الأوربي...، وهي تعتبر من أهم معاهدات حقوق الإنسان الدولية التي اعترفت بالحق في الصحة وفي تهيئة الظروف الملائمة لممارسة هذا الحق والتي صادق عليها المغرب.[122]

المحور الثاني: التدابير القانونية والاستراتيجية المعتمدة في تعزيز الأمن الصحي بالمغرب

يعد المغرب من الدول التي تعمل على ترسيخ وتحيين ترسانتها القانونية في مختلف المجالات كلما دعت الضرورة إلى ذلك، والقطاع الصحي لم يكن بمعزل عن تحديث ترسانة قانونية تتماشى مع التحولات والتطورات الدولية من جهة، ومع ما تتطلبه المصادقة وما تقتضيه الضمانات الإنسانية من جهة أخرى. علاوة على البرامج والمخططات التي انتهجت في سبيل تعزيز منظومة صحية أمنة.

أولا: التدابير القانونية والحقوقية

لمسايرة الوضع القائم وإيجاد إطار معياري ينظم المنظومة الصحية، عمل المغرب على تحديث ترسانة قانونية مهمة، ولعل أبرزها:

1- دستور 2011

يعتبر الدستور أعلى وثيقة تتصدر الهرم القانون والتنظيمي للبلاد، بعد الاتفاقيات الدولية المصادق عليها، حسب ما جاء في ديباجة التعديل الدستوري الذي تم الاستفتاء عليه في يوليوز 2011، الذي جاء مؤطرا للبعد الحقوقي، وشدد على التزام المغرب بحقوق الإنسان كما هي متعارف عليها دوليا،[123] إذ تضمنت المقتضيات الدستورية إقرارا بمجموعة من الحقوق والحريات الأساسية، وفاءا بالالتزامات الدولية وبالتوجهات الملكية، وخص الباب الثاني منه للحقوق والحريات، وكرس حق

[122]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص:42- 44.

[123]- الظهير الشريف عدد 1.11,91 الصادر بتاريخ 29 يوليوز 2011، المتعلق بدستور المملكة المغربية –نشر في الجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر الصادرة بتاريخ 30 يوليوز 2011 .

المواطنات والمواطنين في الحصول على العلاج والعناية الصحية، حيث نص في الفصل 31 منه، على أنه تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسر أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية، الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة،[124] ومجموعة من الحقوق التي تشكل في مجملها منظومة صحية متكاملة.

بالإضافة للفصل 31 نجد مجموعة من المقتضيات الدستورية التي أقرت حقوقا تساير نفس المنحى كالفصل 20 الذي ينص على الحق في الحياة والفصل 21 الذي ينص على الحق في السلامة الشخصية للأفراد، وقد حظي الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بعناية كبيرة من خلال أحكام الفصل 34 صراحة على توجيه السياسات العمومية لرعاية هذه الفئة من المواطنين[125].

جل هذه الحقوق لم يسبق أن تضمنتها الدساتير المغربية المتعاقبة منذ الاستقلال، لكن هذا لم يمنع المشرع المغربي من إقرار قوانين تهم المجال الصحي والتغطية الصحية وتنظيم المهن الصحية منذ سنة 1959.[126] كما صادق المغرب على مجموعة من المعاهدات الدولية التي تعترف بحق الإنسان في الصحة وفي توفير الشروط الصحية والمسماة شروط الصحة الدفينة[127].

---

[124]- التقرير السنوي حول وضعية حقوق الإنسان بالمغرب لسنة 2019، مرجع سابق، ص: 165.

[125]- الفصل 20-21-34 من دستور 2011.

[126]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص: 41-42.

[127]- يقضي التعليق العام للجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية بأن الحق في الصحة لا ينطوي على توفير خدمات الرعاية الصحية في الوقت المناسب فحسب، بل ينطوي أيضا على محددات الصحة الدفينة، مثل توفير المياه النقية والصالحة للشرب ووسائل الإصحاح الملائمة وإمدادات كافية من الأغذية والأطعمة المغذية المأمونة والمساكن الآمنة وظروف مهنية وبيئية صحية وتوفير وسائل التثقيف الصحي والمعلومات الصحية المناسبة، بما في ذلك في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

2- قانون إطاررقم 22-06 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية

يعتبر القانون رقم 22-06[128] من التشريعات الجديدة التي انتهجها المغرب لإصلاح منظومته الصحية، تماشيا مع التطورات الدولية وكذا مراعاة للالتزامات الدولية التي صادق عليها في هذا المجال، وجاء ضمن ديباجة هذا القانون أن النهوض بالقطاع الصحي، والعمل على تطويره، والرفع من أدائه، يعتبر مسؤولية مشتركة بين الدولة والجماعات الترابية والمؤسسات العمومية من جهة، والقطاع الخاص والمجتمع المدني والهيئات المهنية والساكنة من جهة أخرى، حيث أصبح الإصلاح العميق للمنظومة الصحية الوطنية ضرورة ملحة وأولوية وطنية ضمن أولويات السياسة العامة للدولة الرامية إلى تثمين الرأسمال البشري، والاعتناء بصحة المواطنين كشرط أساسي وجوهري لنجاح النموذج التنموي المنشود.

وتنفيذا لهذه التوجيهات الملكية السامية، واعتبارا لكون الحق في الصحة حقا من حقوق الإنسان الأساسية، كما نصت عليه المواثيق الدولية، ولا سيما العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ودستور منظمة الصحة العالمية، وأهداف الألفية، وميثاق الأمم المتحدة للتنمية المستدامة.

واستنادا إلى أحكام الدستور لا سيما أحكام الفصل 31 - 71 منه، يروم هذا القانون-الإطار وضع إطار قانوني للأهداف الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية الوطنية وإعادة هيكلتها وفق مقاربة تشاركية، قوامها الانخراط الجماعي والمسؤول للدولة وسائر الفاعلين المعنيين.

وقد جاءت مقتضيات المادة 2 منه بما يلي: يهدف نشاط الدولة في المجال الصحي إلى العمل على تحقيق الأمن الصحي وحفظ صحة السكان ووقايتهم من الأمراض والأوبئة والأخطار المهددة لحياتهم، وضمان عيشهم في بيئة سليمة، ولهذه

[128] - الظهير الشريف رقم 77-22-1 القاضي بتنفيذ القانون رقم 22-06 الصادر في 14 من جمادى الأولى 1444 الموافق 9 دجنبر 2022.

الغاية تعمل الدولة على تحقيق مجموعة من الأهداف: تيسير ولوج الساكنة إلى الخدمات الصحية وتحسين جودتها، ضمان توزيع متكافئ ومنصف لعرض العلاجات على مجموع التراب الوطني. التوطين الترابي للعرض الصحي بالقطاع العام وتحسين حكامته من خلال إحداث مجموعات صحية ترابية. وضمان سيادة دوائية وتوافر الأدوية والمنتجات الصحية وسالمتها وجودتها.

وكذا تنمية آليات ووسائل الرصد والوقاية من الأخطار المهددة للصحة وتطويرها، وإعادة تنظيم مسار العلاجات ورقمنه المنظومة الصحية، وتعزيز التأطير الصحي في أفق بلوغ المعايير المعتمدة من لدن منظمة الصحة العالمية في هذا المجال، بالإضافة إلى تثمين الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة وتأهيلها عبر إرساء وظيفة صحية تراعي خصوصيات الوظائف وأملهن بالقطاع، مع تفعيل آليات الشراكة والتعاون والتكامل بين القطاعين العام والخاص، إلى جانب تشجيع البحث العلمي والابتكار في الميدان الصحي.

حسب المادة 4 من القانون تقوم المنظومة الصحية الوطنية على عدة مبادئ منها: المساواة في الولوج إلى العلاج وفي الاستفادة من الخدمات الصحية، الاستمرارية في أداء الخدمات الصحية، الإنصاف والتوازن في التوزيع المجالي للموارد والبنيات والخدمات الصحية على مجموع التراب الوطني، الحكامة الجيدة، التدبير القائم على النتائج وربط المسؤولية بالمحاسبة. وعلى الدولة أن تتخذ التدابير الضرورية لتفعيل التزاماتها في مجال الصحة ولا سيما تلك المتعلقة بإعلام الساكنة بالمخاطر الصحية والسلوكات والتدابير الاحتياطية التي يتعين إتباعها للوقاية منها، حماية الصحة والولوج إلى الخدمات الصحية الملائمة والمتوفرة، ضمان حماية السلامة الجسدية والمعنوية للأشخاص، كذلك احترام حق المريض في الحصول على المعلومة المتعلقة بمرضه، وبكيفية التكفل به، ومكافحة كل أشكال التمييز أو الوصم التي يمكن أن يتعرض لها شخص بسبب مرضه أو إعاقته أو خصائصه الجينية، وذلك بمساهمة

المنظمات المهنية والجمعيات الناشطة في المجال الصحي وفق مقتضيات المادة 6 من هذا القانون.

علاوة على ما سبق هذا القانون يتضمن 11 عشر باب، كل باب منه يتضمن مقتضيات وأحكام عامة متعلقة به، على سبيل الجزء المتعلق برقمنة المنظومة الصحية، والجزء المتعلق بالمؤسسات الصحية، وأخرى متعلقة بحقوق الساكنة وواجباتها[129].

3- القانون 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات

اعتمد المشرع هذا القانون في 2 يوليوز 2011، وأفرد ضمنه الحق في الصحة، حيث نص في المادة 2 على أنه تتألف المنظومة الصحية من مجموع المؤسسات والموارد والأعمال المنظمة لتحقيق الأهداف الأساسية للصحة على أساس مجموعة من المبادئ منها التضامن وإشراك الساكنة في مسؤولية الوقاية والمحافظة على الصحة والمعافاة من المرض، المساواة في الولوج إلى العلاج والخدمات الصحية، التكامل بين القطاعات، اعتماد مقاربة النوع في الخدمات الصحية، وتقع مسؤولية إعمال هذه المبادئ أساسا على عاتق الدولة. كما نصت المادة الثالثة أيضا على أن هدف أعمال الدولة في مجال الصحة هو الوقاية من الأخطار المهددة للصحة، كما تدخل في خانة هذه الأعمال التربية الصحية والتشجيع على اعتماد أنماط عيش سليمة، المراقبة الصحية وتقديم خدمات وقائية أو علاجية أو ملطفة وخدمات إعادة التأهيل.[130]

في حين تطرقت المادة الخامسة منه على مسؤوليات باقي مكونات المجتمع والدولة في الرعاية والحفاظ على الحق في الصحة، وتضمنت مساهمة الجماعات

---

[129]- القانون رقم 22-06 الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 77-22-1 صادر في 14 من جمادى الأولى 1444 (9 دجنبر 2022)، منشور بالجريدة الرسمية تحت عدد 7151، نشر بتاريخ 2022/12/9.

[130]- الظهير الشريف رقم 1.11.83 الصادر في 29 من رجب 1432 في 2 يوليوز 2011، القاضي بتنفيذ القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الجريدة الرسمية عدد 5962 بتاريخ 19 شعبان 1432 (21 يوليو 2011)، ص 3469.

المحلية والمنظمات المهنية والجمعيات التي تعمل في مجال الصحة والحفاظ على البيئة إلى جانب الدولة في تحقيق الأهداف والأعمال الصحية.

وبحسب المادة 53 من المرسوم 24 الصادر في يوليوز2015 المتعلق بتطبيق القانون الإطار رقم 34.09 يتولى والي الجهة رئاسة اللجنة الجهوية لعرض العلاجات ويبدي رأيه حول مشروع المخطط الجهوي لعرض العلاجات المتعلق بالجهة مع مراعاة التقطيع الترابي والصحي والخريطة الصحية بالجهة وبالنسبة لكل عمالة أو إقليم، وذلك وفق المادة 24 من القانون 34.09 التي تحدد الحاجيات في مجموعة من الأهداف التي تتجلى في جرد البنية التحتية الصحية الموجودة، التوقعات المرتقبة للمؤسسات الصحية، إلى جانب التوزيع المجالي والتوقعات المرتقبة في إعداد الموارد البشرية...[131].

4- قانون رقم 00-65 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية

حسب ديباجة قانون رقم 00-65 الذي تم تعديله مؤخرا يعتبر تحسين المستوى الصحي أحد المكونات الأساسية، التي تهدف إلى ضمان مشاركة المواطنين مشاركة كاملة في التنمية المستدامة للبلاد. ولهذه الغاية فإن ضمان المساواة وتحقيق الإنصاف بالنسبة لجميع السكان في مجال الاستفادة من الخدمات الطبية، يمثل إحدى أولويات الدولة في مجال الصحة.

وهذه الأولوية قد أصبحت تشكل موضوع توافق وطني يتماشى مع المتغيرات الدولية، وذلك باعتبارها أداة فعالة من أدوات تحقيق العدالة الاجتماعية ومحاربة الفوارق. وتفرض حماية الصحة على الدولة التزاما بتوفير الخدمات الصحية الوقائية مجانا لفائدة جميع المواطنين أفرادا وجماعات، بالإضافة إلى سهرها على تنظيم مجال تقديم خدمات طبية نوعية موزعة توزيعا متكافئا على سائر أرجاء التراب الوطني

[131]- نوال موحوت:"الحق في الصحة بالمغرب .. التنصيص القانوني والإعمال الواقعي"، مقال نشر على موقع هسبرس، بتاريخ 7 فبراير 2020، على الساعة 7:00 صباحا، وتم الاطلاع عليه بتاريخ 2023/4/26، على الساعة 17:40 مساءا على الموقع التالي:

https://www.hespress.com

وضمان الاستفادة من هذه الخدمات لفائدة جميع الشرائح الاجتماعية عن طريق التكفل الجماعي والتضامني بالنفقات الصحية وفق المادة 1.

في هذا الصدد نص المشرع ضمن مقتضيات هذا القانون بأن الدولة تعمل على اتخاذ التدابير اللازمة لفرض تحمل علاج الأشخاص الذين تخضع حالتهم الصحية للأبحاث العلمية من طرف الجهة صاحبة مشروع البحث، ولبلورة هذا الالتزام الذي يكرس مبدأ الحق في الصحة كما تنص عليه المواثيق الدولية، فإن هذا القانون يأتي تتويجا لتجربة المغرب في مجال التغطية الصحية وتعزيزا للحقوق التي اكتسبها المواطنون المغاربة المتمتعون حاليا بتأمين صحي، حيث سيتم العمل تدريجيا على توسيع هذا التأمين ليشمل جميع المواطنين بمختلف شرائحهم الاجتماعية وذلك بسن إجبارية التأمين الأساسي عن المرض قصد تحقيق استفادة الجميع من الخدمات الطبية مع حرص الدولة على التوازن المالي عبر تأطير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بصفة مستديمة، عبر إحداث تأمين إجباري أساسي عن المرض يرتكز على: آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، وآلية قائمة على التضامن لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك وفق أحكام الباب الأول من القانون[132].

على غرار ما سبق هناك مجموعة من التنظيمات التي اعتمدها المغرب لترسيخ الأمن الصحي وفق التطورات والمتغيرات الدولية التي عرفها هذا المجال، من بينها:

* مرسوم رقم.2.48.624-18-2 صادر في 10 جمادى الأولى 1440 الموافق 17 يناير 2019، بتطبيق أحكام المادة 17من القانون رقم15-98 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص

[132]- القانون رقم 00-65 الذي صدر ب**ظهير شريف رقم 1-02-296 في 25 من رجب 1423 الموافق 3 أكتوبر 2002، وتم تعديله** *بظهير شريف رقم 1-22-65 الصادر بتاريخ 30 من ربيع الثاني 1444 الموافق25 نونبر 2022، عدد 7147 مكرر بتاريخ 5 جمادى الأولى 1444 (30 نوفمبر 2022) نشر بالجريدة الرسمية تحت عدد 5058.*

غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا بشأن مجلس إدارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

* مرسوم رقم.513- 18-2 صادر في 17 من ذي القعدة 1439 الموافق 31 يوليوز 2018 بتغيير المرسوم رقم 657-15-2 بتاريخ 18 من ذي القعدة 1436 الموافق شتنبر 2015، بتطبيق القانون رقم 116-12 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساس ي عن المرض الخاص بالطلبة.

* القانون 64-12 المتعلق بإحداث هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي...

ثانيا: البرامج والمخططات الإستراتيجية

تعتبر مخططات العمل والسياسات الموجهة في مجال الصحة تدابير مهمة لترسيخ الأمن الصحي بشكل فعال ومستدام، ومن بينها نجد:

1- **الإستراتيجية القطاعية 2012-2016**

استهدفت السياسة القطاعية لوزارة الصحة تحسين الولوج للعلاجات وتنظيم الخدمات، وتعزيز صحة الأم والطفل، والفئات الاجتماعية ذات الاحتياجات الخاصة، وتعزيز الرصد الوبائي وتطوير اليقظة الصحية، وتنمية مراقبة الأمراض غير السارية، والتطوير والسيطرة على الموارد الإستراتيجية للصحة، وتحسين حكامة القطاع الصحي .كما أولت أهمية كبيرة لتطوير جودة الخدمات وتحسين الاستقبال في المستشفيات ومؤسسات العلاج العمومية، وتأمين الولوج العادل للخدمات الصحية الأساسية، خاصة عند الإنجاب في الحالات المستعجلة، مع إعطاء الأولوية للمناطق القروية والمهمشة، إضافة إلى التركيز على ضرورة تحسين الولوج للأدوية، خاصة لدى الفئات المعوزة، من خلال خفض أثمنتها وتشجيع استعمال الأدوية الجنسية[133].

[133]- الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، منشورات مجلس المستشارين –المملكة المغربية، مرجع سابق، ص:35.

كما ركزت الاستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي2017 -2021 على أربعة محاور أساسية تتمثل في :توطيد الإصلاح ودعم البرامج الصحية الأساسية، تعزيز الولوج للخدمات الصحية وتكريس التوجه الخدماتي، وجعل المرفق في صلب المنظومة الصحية، وتجاوز إكراهات شح الموارد البشرية الصحية، والعمل على تحفيزها وتطوير أدائها، بالإضافة إلى تعزيز التأطير القانوني وتجويد حكامة القطاع.[134]

2- الورش الملكي للحماية الاجتماعية في أفق 2025

تجسد هذا الورش في إطلاق مجموعة من البرامج الاجتماعية في طليعتها المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، ونظام المساعدة الطبية، وبرنامج تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية، وبرامج دعم تمدرس الأطفال وغيرها من البرامج الاجتماعية الطموحة. كما تم بناء على تعليمات ملكية سامية إطلاق استشارات واسعة حول ورش إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، توجت بتنظيم المناظرة الوطنية الأولى للحماية الاجتماعية في نونبر 2018، وقد أثمر ذلك إنتاج سياسة عمومية مندمجة 2020-2030 للحماية الاجتماعية بالمغرب. وتهدف هذه السياسة إلى تنفيذ تصور موحد لمنظومة الحماية الاجتماعية في بلادنا، يُمَكنِ من ربح الرهانات الكبرى في هذا المجال والمتمثلة في مجموعة من النقاط منها: التعميم من خلال توسيع التغطية الاجتماعية لتشمل جميع الشرائح الاجتماعية، الحكامة عبر إرساء نظام استهداف أكثر نجاعة وفعالية وشفافية من خلال مشروع السجل الاجتماعي الموحد، التجويد عبر التحسين المستمر لجودة برامج الحماية الاجتماعية.

[134]- الإستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي2017 -2021، يراجع في ذلك الإستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي 2017-2021 وزارة الصحة، 2017 ، وأيضاً تقرير نجاعة الأداء وزارة الصحة، 2018 ص - 6 .

ولمسايرة الوضع تطلب هذا الورش الاجتماعي تغيير حزمة واسعة من القوانين النافذة ذات الصلة بالحماية الاجتماعية حتى تلائم التصور الملكي وتوفر له سبل التنزيل السليم[135].

3- مخطط الصحة 2025

يسطر المخطط الخطوط العريضة لإستراتيجية صحية وطنية بمفهوم مبتكر يستقي مصداقيته من دستور المملكة الذي رسخ لمبادئ المشاركة والتشاور مع الفرقاء في تخطيط وتدبير الشأن العام، وإطاره المرجعي يعتمد بالأساس على إعمال التوجيهات الملكية السامية سواء خلال المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة بمراكش في 2013، وخطاب العرش لسنة 2015، وخطابه عند افتتاح الولاية التشريعية العاشرة في أكتوبر 2016، كما يستند على البرنامج الحكومي 2016-2021 في شقه المخصص لتحسين وتعميم الخدمات الصحية بمحاوره الأربعة، يرتكز أيضا على تحليل السياق الصحي الوطني وإنجازات المراحل السالفة خصوصا منها الفترة 2012-2016.

طرح مخطط الصحة 2025 للتشاور بتاريخ 15 ماي 2018 مع الفرقاء والمهتمين بالشأن الصحي الوطني في إطار اثني عشر مجموعة عمل، بثلاثة دعامات رئيسة و25 محورا و125 تدبيرا، انبثقت عن رؤية تصبو إلى منظومة صحية منسجمة، من أجل عرض صحي منظم، ذي جودة وفي متناول الجميع، تحركه برامج صحية فعالة وتدعمه حكامة جديدة، وفق ستة مبادئ هي: جودة الخدمات، المساواة في الولوج، التكافل والتضامن، الاستمرارية والقرب، الأداء والنجاعة، ثم المسؤولية والمحاسبة.

وتم العمل على صياغة المخطط وإخراجه في صيغة نهائية عملية في أواخر يوليوز 2018، التي ستكون بمثابة خارطة طريق تعاقدية بين وزارة الصحة ومدبري الشأن الصحي الوطني في المستويين المركزي والجهوي على المدى القريب والمتوسط[136].

[135]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص: 56-57.

علاوة على ما سلف فقد طرحت اللجنة الوطنية الخاصة بالنموذج التنموي الجديد، مجموعة من الأهداف الإستراتيجية منها الهدف الثالث، المتجلي في تدعيم فكرةَ اعتبارِ الصحة والرفاه حقوقا للمواطنين وواجبات أساسية على الدولة تجاههم، وأكدت اللجنة على أنه يجب أن يتجسد الأمر من خلال تأطير صحي يكون ذي جودة في متناول الجميع وموزع بشكل متكافئ على مجموع التراب الوطني. وجاءت أزمة كوفيد 19 لتذكر بأهمية التوفر على نظام صحي فعال وناجع، يضمن لجميع المواطنين رعاية صحية ذات جودة وحماية مستدامة ضد الأمراض والمخاطر الصحية في شتى أنواعها[137].

المحور الثالث: آليات مؤسساتية لترسيخ الأمن الصحي

تعمل مؤسسات الدولة سواء الحكومية أو غير الحكومية في تسطير البرامج والمشاريع المعنية السياسات العمومية في مجال الصحي، تكريسا للالتزامات الدولية والتوجهات الملكية وكذا الضمانات الدستورية، ومن أهمها:

أولا: المؤسسة الملكية

مما لا شك فيه أن صحة المواطنات والمواطنين المغاربة تعتبر من الاهتمامات الأولى لصاحب الجلالة الملك محمد السادس، وإذا شكلت جائحة كورونا فرصة لتأكيد حرص جلالته من خلال جلسات العمل التي عقدها مع المتدخلين في المنظومة الصحية، وهذا الاهتمام يبرزه أيضا من خلال الخطب الملكية الموجهة للأمة والرسائل

---

[136]- بلورة مخطط الصحة 2025 : الحصيلة المرحلية، مقال منشور بوزارة الصحة، تم الاطلاع عليه بتاريخ 2023/03/25 على الساعة 15:50، على الرابط التالي:
https://www.sante.gov.ma/sites/Ar/Pages/activites.aspx?activiteID=127

[137]- التقرير العام:"النموذج التنموي الجديد-تحرير الطاقات واستعادة الثقة لتسريع وثيقة التقدم وتحقيق الرفاه للجميع"، اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي- المملكة المغربية، ابريل 2021، ص: 100، متوفر على الموقع الرسمي: https://www.csmd.ma/rapport

الموجهة للمؤتمرات أو القمم الإقليمية والدولية والتوجيهات الملكية السامية للحكومة والبرلمان.

تطرق في أغلب لقاءاته للأهمية البالغة التي تكتسيها خدمات الرعاية الصحية الأساسية بصفة عامة، وفي إطار المنظومة الصحية على وجه الخصوص، نابعة من كونها نهجا يشمل كل مكونات المجتمع، ويتمحور حول احتياجات وأولويات الأفراد والأسر والمجتمعات، ويهتم بصحتهم، بجوانبها البدنية والنفسية والاجتماعية، الشاملة والمترابطة، إرشادا ووقاية وعلاجا، وإعادة تأهيل. وإذا كان توفير الموارد المالية والبشرية الصحية الملائمة، ضروريا لتوفير الرعاية الصحية الأولية، فإن من الواجب التعامل بمنهجية مع المحددات الأوسع للصحة، بما في ذلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية، والبيئية والسلوكية. وهو ما يقتضي بلورة وإقرار سياسات وإجراءات قطاعية وبين-قطاعية، تأخذ بعين الاعتبار هذه العوامل مجتمعة، في إطار المسؤولية المشتركة بين كافة المتدخلين في الشأن الصحي، والتي تملي عليهم جميعا تضافر الجهود، وترشيد الموارد"[138].

كما أولى عناية خاصة للتغطية الصحية الشاملة عبر تعميم نظام المساعدة الطبية أو ما يسمى ب"الراميد" سنة 2012، وتأكدت رؤيته الملكية السديدة بعد ظروف الجائحة وتأثيرها على المواطنين عبر العالم، بإطلاق عملية التغطية الاجتماعية الشاملة في خطابه السامي بمناسبة عيد العرش المجيد للعام 2020، حيث قال ضمن خذا الخطاب..." نعتبر أن الوقت قد حان، لإطلاق عملية حازمة، لتعميم التغطية الاجتماعية لجميع المغاربة، خلال الخمس سنوات المقبلة، وندعو للشروع في ذلك تدريجيا، ابتداء من يناير 2021 ، وفق برنامج عمل مضبوط بدءا بتعميم التغطية الصحية ا لإجبارية[139].

[138]- الرسالة الملكية الموجهة للمشاركين في اليوم العالمي للصحة سنة 2019 المنظم من طرف المنظمة العالمية للصحة بالرباط.

[139]- الخطاب السامي الذي وجهه جلالة الملك إلى الأمة بمناسبة عيد العرش المجيد 30/07/2020 .

وفي إطار تتبع صاحب الجلالة الملك محمد السادس، لهذا الورش تم تحت رئاسة جلالته، يوم الأربعاء 14 أبريل 2021 بالقصر الملكي بفاس حفل إطلاق تنزيل مشروع تعميم الحماية الاجتماعية وتوقيع الاتفاقيات الأولى المتعلقة به.[140] وتطرق إلى تعميم التغطية الاجتماعية لجميع المغاربة، وهو مشروع وطني كبير وغير مسبوق، يرتكز على أربعة مكونات أساسية:أولها تعميم التغطية الصحية الإجبارية، في أجل أقصاه نهاية 2022، لصالح 22 مليون مستفيد إضافي، من التأمين الأساسي على المرض، سواء ما يتعلق بمصاريف التطبيب والدواء، أو الاستشفاء والعلاج..."[141] ولا ننسى بأنه أعطى أهمية خاصة لبرامج التنمية البشرية، وللنهوض بالسياسات الاجتماعية، والتجاوب مع الانشغالات الملحة للمغاربة، وكما سبق أن قال في أحد الخطب، فإنه لن يهدأ لي بال، حتى نعالج المعيقات، ونجد الحلول المناسبة للمشاكل التنموية والاجتماعية"[142].

وتكرس ذلك مع تفشي وباء كوفيد -19 وما خلفه من أثار على تدبير منظومته، حيث "شدد على ضرورة إحداث منظومة وطنية متكاملة، تتعلق بالمخزون الاستراتيجي للمواد الأساسية، لاسيما الغذائية والصحية والطاقية، والعمل على التحيين المستمر للحاجيات الوطنية، بما يعزز الأمن الاستراتيجي للبلاد..."[143].

ثانيا: وزارة الصحة

تعتبر وزارة الصحة الجهاز الوصي على قطاع الصحة بالمغرب حيث تمارس مجموعة من الاختصاصات، من بينها: إعداد وتنفيذ سياسة الحكومة المتعلقة بصحة المواطنين، العمل باتصال مع الوزارات المعنية على سلامة السكان البدنية والعقلية

[140]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص: 39.

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

[142]- رسالة موجهة إلى المشاركين في الدورة السنوية لمنتدى كرانس مونتانا المنظم بمدينة الداخلة 16/3/2019 .

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

والاجتماعية، تتبع السياسة الصحية الدولية التي يساهم فيها المغرب مع تطبيق وتتبع إنجاز البرامج المتفق عليها، إجراء المراقبة على ممارسة المهن الطبية وشبه الطبية والصيدلية.[144] بالإضافة إلى الوصاية على المؤسسات العمومية والهيئات التابعة لها كالوكالة الوطنية للتأمين الصحي ومعهد باستور والمراكز الاستشفائية.

ثالثا: الهيئات المهنية

لا يخفى علينا الدور الذي تقوم بهذه الهيئات، وتنظيم وتدبير المنظومة الصحية لا يمكن أن يتم بمعزل عن الممارسين للمهن الطبية وشبه الطبية المنظمة قانونا، حيث تحدد القوانين الجاري بها العمل، قواعد وشروط الممارسة والتي تشرك الهيئات المهنية في جل مراحل الحياة المهنية للممارس وتسمح لها في إطار مقاربة تشاركية بأن تقدم آراء استشارية في كل ما يتعلق بالمهنة، ومن بين هذه الهيئات نجد الهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء المحدثة بقانون رقم 12-08، هيئة أطباء الأسنان الوطنية المعتمدة بموجب قانون رقم 05-07 ، مهن التمريض المحدثة وفق قانون 13-43.[145]

ولأجل إصلاح حكامة منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب وإرساء قواعد لقيادتها وحكامتها، أصدر رئيس الحكومة منشورا بإحداث اللجنة الوزارية للقيادة واللجنة التقنية بين الوزارية للدعم، ويهدف المنشور إلى تحديد تأليف اللجنتين ومهامهما ومجالات تدخلهما وكيفية اشتغالهما وكذا التعريف بمنهجية التتبع والتقييم المعتمدة، وذلك بغاية إرساء التقائية وتكامل السياسات الاجتماعية العمومية وتطوير حكامة الدعم الاجتماعي وتعزيزه[146].

---

[144]- المادة الأولى من مرسوم رقم 285 -94-2 الصاد في 17 جمادى الثانية 1415 الموافق 21 نونبر 1994، بشأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية .

[145]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص:59-60-61.

[146]-منشور رئيس الحكومة رقم 06/2018 في موضوع إصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب وإرساء قواعد لقيادتها وحكامتها.

رابعا: الآليات البرلمانية

إضافة إلى مساهمة مجلس النواب في السياسات العمومية الوطنية من خلال المصادقة على التشريعات والقوانين المنظمة لجميع المجالات الحياتية للمواطن، يقوم المجلس بمراقبة العمل الحكومي وتقييمه من خلال مجموعة من الآليات التي يخولها له الدستور والقوانين التنظيمية، كالأسئلة الكتابية والشفوية، والأسئلة الشهرية الموجهة لرئيس الحكومة، بالإضافة إلى رصد التعهدات الحكومية خلال الجلسات العامة، دون إغفال دور المهام الاستطلاعية للجان النيابية الدائمة وتقارير تقييم السياسات العمومية.

1- الأسئلة الكتابية والشفوية

يلاحظ أن القطاع الصحي حظي بنسبة معتبرة من مجموع الأسئلة الموجهة للقطاع الحكومي المختص حيث شكلت نسبة مهمة من الأسئلة المطروحة التي بلغت 1621سؤالا شفويا و 2752 سؤالا كتابيا منذ بداية الولاية الحالية وتشكل الأسئلة المجاب عنها والمتعلقة بالمنظومة الصحية نسبة معتبرة من اجمالي الأسئلة المجاب عنها في مختلف القطاعات، وهو ما يبرز الأهمية الكبيرة التي يوليها السيدات والسادة النواب للقطاع الصحي.

كما تعتبر الجلسات الشهرية لمسائلة رئيس الحكومة فرصة مهمة للتعرف أكثر على التوجهات الاستراتيجية الكبرى للحكومة، وفي هذا السياق عبر رئيس الحكومة في معرض رده على أسئلة النواب عن سؤال حول أولويات الحكومة خلال الفترة المتبقية من الولاية التشريعية الحالية على أن" تحسين وتعميم الخدمات الصحية وضمان ولوج المواطن لخدمات صحية جيدة في إطار تسريع تفعيل المخطط الوطني للصحة 2025، الذي يروم توسيع وتجويد العرض الاستشفائي وتطوير البرامج الوقائية والعلاجية على المستويين الحضري والقروي ".

2- المهام الاستطلاعية المؤقتة

هناك آليات أخرى تعزز التوجهات الملكية من بينها المهام الاستطلاعية المؤقتة التي تدخل ضمن الأنشطة الرقابية والتقييمية لمجلس النواب، فهي تعد وسيلة مهمة لمراقبة السياسات العمومية الخاصة بالمنظومة الصحية وسير المرافق العمومية ذات الصلة، حيث بلغ عدد المهام الاستطلاعية 22 مهمة استطلاعية، 8 مهام منها، أي ما يفوق الثلث من مجموع المهام الاستطلاعية، يدخل في مجال اختصاص لجنة القطاعات الاجتماعية، وقد استحوذت المواضيع المتعلقة بالمنظومة الصحية والحماية الاجتماعية على الحيز الأكبر من هذه المهام بنسبة62.5، علاوة على التدابير المتعلقة بالتقييم البرلماني للسياسات العمومية، والتعهدات الحكومية[147].

3- المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي

أحدثت المجموعة بموجب الباب العاشر من النظام الداخلي لمجلس المستشارين، وفي إطار سعي المجلس في البحث عن إيجاد السبل المرنة لتفعيل آليات الرقابة، بشكل أكثر نجاعة وإنتاجية في ممارسة وظائفه الدستورية، تم تشكيل هذه المجموعة الموضوعاتية التي تعتبر من الآليات الأساسية لمساءلة العمل الحكومي بمختلف مستوياته وأبعاده، انطلاقا من رؤية تنبني على ضرورة تعزيز الحس التمثيلي. ووعيا بالمسؤولية السياسية المشتركة، اختارت المجموعة الموضوعاتية الخاصة بالأمن الصحي، ألا تقتصر في مقاربتها لهذا الموضوع من جانب التفكير في آليات تعزيز منظومة للرصد واليقظة، وإيجاد السبل الممكنة لمواجهة المخاطر الصحية، والحد من انتشارها، بل عملت على جعل عملها يشمل التفكير في إيجاد المداخل المناسبة لجعل المنظومة الصحية ببلادنا قادرة على توفير الخدمات الصحية الضرورية، وبجودة عالية، تراعي الظروف الإنسانية للمواطن، سواء في الظروف العادية، أو خلال انتشار الأمراض والمخاطر الصحية، ووضع خطة وطنية استباقية فعالة لمواجهة الأزمات

[147]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص:68- 73-75

الصحية السريعة الانتشار عبر الحدود، وتحيين الحاجيات الصحية الوطنية بشكل يضمن السيادة الصحية لبلادنا.

كما أكدت المجموعة الموضوعاتية على أن النهوض بالمنظومة الصحية ببلادنا وتيسير ولوج مختلف الفئات الاجتماعية إليها، يقتضي توحيد إجراءات مختلف البرامج الاجتماعية، وجعلها أساسا لتنزيل منظومة متكاملة للحماية الاجتماعية، والحرص على ضمان فعاليتها ونجاعتها في الرفع من مستوى المحددات الاجتماعية للولوج إلى الحق في الصحة. وجعل المنظومة الصحية قادرة على مواجهة التحديات الجديدة، في مقدمتها التحول الديمغرافي وتزايد شيخوخة السكان، وتفاقم الأمراض المزمنة، وانتشار الأوبئة والمخاطر الصحية نتيجة التحولات المناخية، والتغير الحاصل على مستوى نمط الاستهلاك، وظهور بعض الأمراض ذات أصل حيواني[148].

المحور الرابع: الاكراهات المؤثرة في تحقيق نظم صحية مستدامة

بالرغم من التطورات والجهود التي بدلها المغرب في ترسيخ نظم صحية فعالة وآمنة، إلا أن هناك مجموعة من الاخلالات والتحديات كانت ولا زالت تطرح في تحقيق بالبرامج والسياسات الممنهجة في تكريس الأمن الصحي بالمغرب، قد تتوزع فيما يلي:

أولا: اختلالات قانونية

لا يخفى أي قطاع من تحديات واخلالات قانونية، والقطاع الصحي لم يكن بمعزل عنها، وأبرزها تتجلى في عدم إصدار مجموعة من النصوص التطبيقية، حيث سجلت مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية عدم إصدار مجموعة من النصوص التطبيقية والتنظيمية، ومنها المرسوم الخاص باللجنة الوطنية للأخلاقيات، وهو ما يحد من فعالية القوانين، ومنها من يفرغها من محتواها، وهو ما يجعل من إشكالية الإحالة إلى النصوص التنظيمية التي لم يتم إصدارها إلى

[148] - الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، دراسة أنجزها مجلس المستشارين –المملكة المغربية، مرجع سابق، ص: 20-22.

حدود اليوم أحد العراقيل الأساسية التي لا تساهم في الرقي بالمنظومة الصحية. علاوة على التأخر في المصادقة على بعض النصوص القانونية المرتبطة بالمهن الطبية وشبه الطبية من طرف مجلس المستشارين كمشروع القانون رقم 14-25 الذي يهدف إلى تقنين ممارسة مهن محضري ومناولي المنتجات الصحية، فضلا عن التأخر في إخراج قانون ممارسة مهنة أطباء الأسنان، وغير من الاخلالات الأخرى على سبيل المثال غياب نظام الوظيفة العمومية خاص بالأطر الصحية، أو تلك المتعلقة بمؤشرات الحكامة.

ثانيا: اختلالات تنظيمية

يعرف القطاع الصحي مجموعة من التحديات التنظيمية التي كانت لها أثار على تعزيز الأمن الصحي، وتكريس الضمانات الإنسانية الأساسية ككل، وعلى رأسها :

1- عدم رضا المواطنين عن الخدمات الصحية

وقفت اللجنة الموضوعاتية عند عدم رضى المواطنين على الخدمات الصحية المقدمة، ففضلا عن ضعف البنى التحتية وبنيات الاستقبال، تعاني العديد من المستشفيات من التجهيزات الطبية المتقادمة التي لا تواكب التطور الطبي و التقني، ناهيك عن ارتفاع أثمنة الأدوية وتكاليف العلاج ، وتباين تكلفة الخدمات العلاجية بين القطاع العام والقطاع الخاص بمعامل متغير" من 1 إلى 15 "، فضلا عن وجود تباين في نسبة المستفيدين من التغطية الإجبارية عن المرض (L'AMO) بين القطاع العام والقطاع الخاص، بحيث أن نسبة النشطين المستفيدين من هذه الخدمة في القطاع العام يفوق نسبته في القطاع الخاص وهي كلها عوامل تؤدي إلى عدم المساواة في الولوج للعلاج كأحد التحديات التي تواجه التغطية الصحية.

إضافة إلى ذلك تواجه الموارد البشرية في القطاع الصحي خصاصا حادا وتباينا على مستوى توزيع الموارد البشرية بين المجالين الحضري والقروي حيث نجد عدد الأطباء بالمجال الحضري يصل إلى 7980، أما في المجال القروي عدد الأطباء يصل إلى

1041،[149] وحسب معطيات المندوبية السامية للتخطيط يبقى التطور في عدد الأطباء غير كاف لتحسين التغطية الطبية للسكان بالنظر للعجز الكبير في أعداد الأطباء المتراكم على مر السنين. وبالتالي فإذا استمر تطور النمو الديمغرافي والأطر الطبية للوزارة على نفس المنحى، فقد يزيد ذلك من حدة العجز التراكمي لأعداد الأطباء مما يشكل عائقا أمام تعزيز التغطية الطبية للسكان[150].

وحسب المعطيات 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، ومن المتوقع أن تتزايد هذه الحاجيات من الأطر البشرية بشكل متسارع في المستقبل بسبب مجموعة من العوامل، من أهمها:

- النمو الديمغرافي للساكنة الذي 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.

2- هجرة الكفاءات والأطر الطبية

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

[149]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص:138-139-142.

[150]- تقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021 مرفوع إلى صاحب الجلالة الملك محمد السادس من طرف زينب العدوي الرئيس الأول للمجلس الأعلى للحسابات، منشور بالجريدة الرسمية تحت عدد 7175 مكرر – 14شعبان1444، 7 مارس 2023، ص: 26-28.

الحاجة الملحة للمغرب لكل أطباءه بل للمزيد منهم.[151] وهذا يجعل المغرب يعاني بحدة من إشكالية هجرة الموارد البشرية بسب الهجرة إلى الخارج أو تقديم الاستقالة من الوظيفة العمومية، فقد ارتفع عدد الأطباء الذين يختارون الهجرة ومغادرة البلاد (حوالي 700)، ولم يكن يتعدى عدد الأطباء الذين غادرو المغرب سنة 2018 603 طبيبا، وهو العدد الذي يشكل نسبة 30 % من عدد خريجي كليات الطب والصيدلة للسنة نفسها، الشيء الذي يؤدي إلى وجود خصاص حاد في عدد الأطر الطبية وشبه الطبية في المغرب، حيث يبلغ عددهم حاليا 8442 في الطب العام، و 14932 في الطب الاختصاصي في حين يحتاج المغرب إلى 32387 طبيب و 64774 ممرض وتقني صحة. كما تتمركز الموارد البشرية الصحية بالقطاع الصحي الحر بالنسبة لأطباء الأسنان (90% بالقطاع الحر بالمغرب)، وترجع ظاهرة الهجرة إلى عدة عوامل من بينها غياب تحفيزات من شأنها الحد من هجرة الأطباء إلى الخارج وكذا تشجيع الأطباء على العمل في القطاع العمومي وفي المناطق والقرى النائية[152]. **تحدي النجاعة وضعف التكوين**

تتحمل الأسر المغربية بشكل عام أكثر من 50% من المصاريف الصحية بشكل مباشر، وأكثر من63%، 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.[153]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

[151]- تقرير موضوعاتي:"فعلية الحق في الصحة- تحديات، رهانات ومداخل التعزيز"، المجلس الوطني لحقوق الإنسان، فبراير 2022، ص: 39.

[152]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص: 143-144.

[153] 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-lefinancement-de-la-sante-au-maroc.htm.

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 .

كما أن ضعف التكوين المستمر وملائمته مع الاحتياجات والخصوصيات الراهنة، وضعف إنتاجية بعض الأطباء والجراحين، أحد أهم التحديات المطروحة أمام القطاع الصحي بالمغرب، لذلك لا بد من تكوين جيد للأطباء والمهنيين الصحيين داخل المؤسسات الصحية القريبة من المواطنين لاكتشاف الأعراض والأمراض والمشاكل الصحية الأكثر انتشارا وليس الاكتفاء بتكوينهم داخل المستشفيات الجامعية فقط[154].

وفي نفس الصدد أوصى المجلس الأعلى للحسابات، الوزارة المكلفة بالصحة والحماية الاجتماعية بالعمل على توزيع الموارد البشرية الصحية بشكل متوازن من خلال وضع واعتماد معايير متعلقة بتوزيع الأطر الطبية والتمريضية اللازمة على مستوى المؤسسات الصحية. وكذا بلورة سياسة توظيف على مستوى الوزارة، ولاسيما بالنسبة للأطباء، من شأنها أن تساهم في الاستجابة لحاجيات الساكنة والمؤسسات الصحية وكذا تعويض أعداد المغادرين أخذا بعين الاعتبار للتوقعات المستقبلية.

ثالثا: الأزمة الوبائية كوفيد 19

لا يمكن أن ننكر الضغوط التي خلفتها جائحة كرونا (كوفيد 19) على سير المنظومة الصحية بالمغرب، فهي ضربت في عمق أهداف التنمية المستدامة على رأسها الهدف المتعلق بالولوج للخدمات الصحية الذي شكل بالأساس تحديا كبيرا سواء للمواطنين أو المهاجرين، أظهر الإكراهات والثغرات التي يتسم بها نظام الإنذار وتقليص المخاطر، مما يستدعي اتخاذ الإجراءات الضرورية من أجل تجاوزها وتأسيس نظام صحي قوي ومرن، قادر على مواجهة طوارئ الصحة العامة المحتملة

[154] - تقرير موضوعاتي:"فعلبة الحق في الصحة- تحديات، رهانات ومداخل التعزيز"، مرجع سابق، ص:62- 65.

مستقبلا.[155] والأزمة الصحية بالمغرب أبانت في كثير من الأحيان عن هشاشة المكتسيات ومحدودية الضمانات الدستورية، وبأنه في حاجة إلى تطوير منظومته التربوية والصحية[156].

وكشفت أن أغلب الدول تعاني من أوجه قصور عديدة على مستوى التأهب والاستجابة في الوقت المناسب وبفعالية لمواجهة الطوارئ الصحية المحتملة والوقاية منها، بما في ذلك ضعف القدرة الاستيعابية للنظم الصحية، الأمر الذي يستوجب العمل على تعزيز المنظومة الصحية من خلال تعبئة الموارد البشرية والمالية الضرورية وتحسين حكامتها. ولا ننسى بأن الجائحة سلطت الضوء على العلاقة القائمة بين الصحة والبيئة، وكشفت عن مواطن الضعف في الأنظمة العالمية، مما يحتم على كافة المجتمعات العمل على إقامة أنظمة تراعي البيئة، وتكون أكثر إنصافا[157].

خاتمة

يعتبر الآمن الصحي مجالا حيويا تتداخل فيه مجموعة من المتغيرات سواء الاقتصادية أو الاجتماعية أو السياسية، مما جعلته الظرفية الحالية رهانا ومدخلا أساسيا لتحقيق سيادة صحية ناجعة، تتماشى مع المقتضيات الإنسانية العالمية، وتكرس التوجهات الملكية الرشيدة من جهة، وجهة أخرى توازن الخطط والبرامج التنموية المستقبلية.

---

[155]- تقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021 مرفوع إلى صاحب الجلالة الملك محمد السادس من طرف زينب العدوي الرئيس الأول للمجلس الأعلى للحسابات، مرجع سابق، ص : 2631.

[156]-"عبد الرحيم العلام: حالة الطوارئ الصحية :التدابير القانونية والاقتصادية والسياسية وأبعادها، مؤلف جماعي، سلسلة توثيق أعمال كتبت في زمن" كورونا"، منشورات مركز تكامل للدراسات والأبحاث، صيف عام 2020، ص: 196 .

[157]- الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، دراسة أنجزها مجلس المستشارين –المملكة المغربية، مرجع سابق، ص: 96.

لائحة المراجع والمصادر:

*** الكتب**

- عبد الرحيم العلام: حالة الطوارئ الصحية :التدابير القانونية والاقتصادية والسياسية وأبعادها، مؤلف جماعي، سلسلة توثيق أعمال كتبت في زمن" كورونا"، منشورات مركز تكامل للدراسات والأبحاث، صيف عام2020.
- مصطفى عبد العزيز مرسي:"قضايا المهاجرين العرب في أروبا"، مركز الإمارات للدراسات والبحوث الإستراتيجية، الطبعة الأولى 2010.
- حسين حنفي عمر: "دليل المنظمات الدولية"، دار الفكر العربي-القاهرة، طبعة 2000.
- عيسى بيرم: "الحريات العامة وحقوق الإنسان بين النص والواقع"، دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر الطبعة 1998.

*** الرسائل الجامعية:**

- فريدة حموم :"الأمن الإنساني مدخل جديد في الدراسات الأمنية"، رسالة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر-كلية العلوم السياسية والإعلام، السنة الجامعية 2003-2004.

*** التقارير والدراسات:**

- تقرير موضوعاتي:"فعلية الحق في الصحة- تحديات، رهانات ومداخل التعزيز"، المجلس الوطني لحقوق الإنسان، فبراير 2022.
- الأمن الصحي ومتطلبات السيادة الوطنية، دراسة أنجزها مجلس المستشارين –المملكة المغربية، الولاية التشريعية 2021-2027، منشورات مجلس المستشارين.

- تقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021 مرفوع إلى صاحب الجلالة الملك محمد السادس من طرف زينب العدوي الرئيس الأول للمجلس الأعلى للحسابات.
- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، (الرئيس: الحبيب المالكي، المقرران: مصطفى ابراهيمي-رشيد حموني)، المملكة المغربية-مجلس النواب، الولاية التشريعية العاشرة 2016-2021، دورة ابريل 2021.
- التقرير العام:"النموذج التنموي الجديد-تحرير الطاقات واستعادة الثقة لتسريع وثيقة التقدم وتحقيق الرفاه للجميع"، اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي-المملكة المغربية، ابريل 2021، ، متوفر على الموقع للهيئة.
- خالد محمد نور عبد الحميد الطباخ: التعاون الدولي في المجال الصحي لمواجهة تفشي جائحة كرونا(COVID-19)، دراسة أنجزت في يوليوز 2020.
- تقرير موضوعاتي حول: مدى جاهزية المغرب لتنفيذ أهداف التنمية المستدامة2015-2030، المجلس الأعلى للحسابات- المملكة المغربية، يناير 2019.
- التقرير السنوي حول وضعية حقوق الإنسان بالمغرب لسنة 2019، إصدارات المنظمة المغربية لحقوق الإنسان – مؤسسة فريدريش ابرت الألمانية فرع المغرب، سنة الإصدار 2019، متوفر على الموقع الرسمي للمنظمة.
- الإستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي2017 -2021، يراجع في ذلك الإستراتيجية الوطنية للنهوض بالقطاع الصحي 2017-2021 وزارة الصحة 2017، وأيضاً تقرير نجاعة الأداء وزارة الصحة، 2018 .

*** النصوص القانونية**

- القانون رقم 22-06 الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 77-22-1 صادر في 14 من جمادى الأولى 1444 (9 دجنبر 2022)، نشر بالجريدة الرسمية تحت عدد 7151، نشر بتاريخ 2022/12/9.

- الظهير الشريف رقم 77-22-1 القاضي بتنفيذ القانون رقم 22-06 الصادر في 14 من جمادى الأولى 1444 الموافق 9 دجنبر 2022.
- الظهير الشريف رقم 1.11.83 الصادر في 29 من رجب 1432 في 2 يوليوز 2011، القاضي بتنفيذ القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الجريدة الرسمية عدد 5962 بتاريخ 19 شعبان 1432 (21 يوليو 2011).
- الظهير الشريف عدد 1.11,91 الصادر بتاريخ 29 يوليوز 2011، المتعلق بدستور المملكة المغربية –نشر في الجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر الصادرة بتاريخ 30 يوليوز2011 .
- مرسوم رقم 285 -94-2 الصاد في 17 جمادى الثانية 1415 الموافق 21 نونبر 1994، بشأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية.

*** الخطب والرسائل الملكية:**

- خطاب الملك محمد السادس نصره الله بتاريخ 8 أكتوبر 2021 بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الأولى من الولاية الحادية عشرة.
- الخطاب السامي الذي وجهه جلالة الملك إلى الأمة بمناسبة عيد العرش المجيد 30/07/2020 .
- خطاب الملك محمد السادس نصره الله بتاريخ 9 أكتوبر 2020 ، بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة.
- الرسالة الملكية الموجهة للمشاركين في اليوم العالمي للصحة سنة 2019 المنظم من طرف المنظمة العالمية للصحة بالرباط.
- رسالة موجهة إلى المشاركين في الدورة السنوية لمنتدى كرانس مونتانا المنظم بمدينة الداخلة16/3/2019 .

*** المقالات:**

- بلورة مخطط الصحة 2025 : الحصيلة المرحلية، مقال منشور بوزارة الصحة، تم الاطلاع عليه بتاريخ 2023/03/25 على موقع الوزارة.
- نوال موحوت:"الحق في الصحة بالمغرب .. التنصيص القانوني والإعمال الواقعي"، مقال نشر على موقع هسبرس، بتاريخ 7 فبراير 2020، على الساعة 7:00 صباحا، متوفر على الموقع: https://www.hespress.com

*** مو اقع الكترونية رسمية**

- المجلس الوطني لحقوق الإنسانhttps://www.cndh.org.ma
- موقع اللجنة الوطنية https://www.csmd.ma
- موقع الرسمي لوزارة الصحة https://www.sante.gov.ma
- المنظمة المغربية لحقوق الإنسان https://www. OMDH.org.ma

*** المراجع باللغة الأجنبية:**

✓ 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-lefinancement-de-la-sante-au-maroc.htm.

✓ PUND, Rapport mondial sur le développement humain94, Paris, Economica, 1994.

الفصل الخامس

آفاق تحقيق العدالة المجالية الصحية بالمغرب: أي دور للقانون؟

Prospects for achieving of territorial justice in health in Morocco: what is the role of lawe?

طارق الحجوجي

إطار صحي وطالب باحث بسلك الدكتوراه في القانون العام جامعة عبد المالك السعدي، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة.

ملخص:

عرف المغرب خلال العقدين الأخيرين صدور مجموعة من النصوص القانونية التي تهتم بالشأن الصحي بصفة عامة وبتحقيق العدالة المجالية الصحية بصفة خاصة، انطلاقا من القانون الإطار 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات مرورا بدستور المملكة من خلال الفصل 31 وصولا إلى القانون الإطار 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية ومشروع القانون 08.22 المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية.

ومن هذا المنطلق تسعى هذه الدراسة إلى إبراز الدور الحقيقي للقانون في تحقيق العدالة المجالية الصحية بالمغرب وفق ما تنص عليه الوثيقة الدستورية لسنة 2011، ووفق ما يطمح إليه المواطنات والمواطنين بجميع ربوع المملكة، وذلك بدراسة مدى التطبيق الفعلي للنصوص القانونية على أرض الواقع عبر تجميع وتحليل مجموعة من المؤشرات الصحية وكذلك من خلال التطرق لمجموعة من التقارير التي تصدرها بعض الهيئات والمجالس الدستورية.

وفي الأخير سيتبين لنا بأن كثرة النصوص القانونية وتعددها ليس مؤشرا على النهوض أو تحقيق عدالة مجالية في الولوج للعلاجات الصحية، في غياب التطبيق الفعلي لتلك النصوص على أرض الواقع.

كلمات مفتاحية: القوانين المتعلقة بالمنظومة الصحية، العرض الصحي، العدالة المجالية الصحية، الخريطة الصحية الوطنية، الخريطة الصحية الجهوية، المجموعات الصحية الترابية.

Abstract:

Morocco has experienced, over the past two decades, the promulgation of a set of legal texts concerning health matters in general and the achievement of territorial health justice in particular, based on the framework law 34.09 relating to the health system and the treatment offer, through chapter 31 of the Constitution of the Kingdom 2011, and up to the framework law 06.22 relating to the national health system and the draft law 08.22 relating to the creation of territorial health groups.

From this point of view, this study aims to highlight the real role of law in the field of health in Morocco in the realization of territorial health justice, according to what is stipulated in the constitutional document of 2011, and to which all Moroccans aspire in all regions of the Kingdom, therefore by studying the extent of the effective application of the texts of law on the ground by collecting and analyzing a set of health indicators, as well as by addressing a set of reports issued by certain constitutional councils.

In the end, it will become clear to us that the abundance and multiplicity of legal texts are not an indication of progress or of the achievement of territorial justice in access to health care, in the absence of effective application of these texts in the field.

Key words: Laws relating to the health system, care offer, territorial health justice, national health map, regional health map, territorial health groups.

مقدمة

يعتبر موضوع العدالة المجالية الصحية بالمغرب موضوع الساعة، نظرا للأهمية التي يحظى بها باعتباره مطلبا شعبيا، اجتماعيا، ملكيا، أقره دستور 2011 ونصت عليه مجموعة من القوانين ذات الصلة بالمجال الصحي المغربي.

فمع مطلع القرن 21، عرف المغرب إصدار مجموعة من النصوص القانونية المنظمة للمجال الصحي، بداية سنة 2002، حيث تم إصدار القانون 65.00 الذي يعتبر بمثابة مدونة للتغطية الصحية الأساسية بالمغرب. وفي 6 يوليوز 2010، صدر قرار لوزيرة الصحة في شأن النظام الداخلي للمستشفيات الذي ينص على طرق التدبير الإداري والمالي وتنفيذ السياسة الصحية بالمستشفيات.

وفي 2 يوليوز 2011، تم إصدار القانون الإطار 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، وبعده بأربع سنوات خرج مرسومه التطبيقي رقم 2.14.562 فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات. كما عرفت سنة 2021 خروج القانون الإطار 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية إلى حيز الوجود، والذي من شأنه أن يحدث ثورة فيما يتعلق بتعميم التغطية الصحية الأساسية عن المرض بالمغرب، إن تم التنزيل والتطبيق الفعلي لمقتضياته.

كما تعززت الترسانة القانونية الصحية بصدور القانون الإطار 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية في التاسع من ديسمبر من السنة الماضية، والذي نص على إحداث مجموعة من الهيئات الجديدة للتدبير والحكامة، كالهيئة العليا للصحة والتي ستطلع بمهام التأطير التقني لورش التأمين الإجباري عن المرض وتقييم جودة خدمات المؤسسات الصحية وإبداء الرأي في السياسات العمومية في ميدان الصحة، المجموعات الصحية الترابية التي ستتولى تنفيذ سياسة الدولة على الصعيد الجهوي وتضم كل مجموعة جميع المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام المتواجدة داخل

دائرة نفوذها الترابي، بالإضافة إلى مؤسستين عموميتين تكلف إحداهما بالأدوية والمنتجات الصحية والأخرى بالدم ومشتقاته.

فإلى أي حد استطاعت هذه النصوص القانونية المؤطرة للحقل الصحي بالمغرب أن تلعب الدور المنوط بها في تحقيق العدالة المجالية الصحية؟ وما هي سبل تحقيق الأهداف المرجوة منها على أرض الواقع؟

للإجابة على هذه الاشكالية اعتمدنا على المنهج التحليلي من خلال تجميع وتحليل مجموعة من النصوص القانونية والمؤشرات الرقمية والبيانات حول العدالة المجالية الصحية للوصول إلى مجموعة من الاستنتاجات والخلاصات.

وعليه سنتطرق في هذه الدراسة إلى الإطار القانوني للعدالة المجالية الصحية بالمغرب (أولا)، ثم التطرق لواقع وآفاق تحقيق العدالة المجالية الصحية بالمغرب (ثانيا).

أولا- الإطار القانوني للعدالة المجالية الصحية بالمغرب

يعتبر موضوع العدالة المجالية الصحية بالمغرب أحد المحاور الكبرى للسياسات العمومية الصحية للحكومات المتعاقبة بعد دستور 2011[158]، حيث إن جميعها قامت بوضع مجموعة من السياسات والاستراتيجيات التي تهدف إلى تعزيز وتسهيل الولوج للخدمات الصحية بشكل متكافئ وعادل في جميع مناطق المملكة. كما عرف المغرب، في نفس الفترة، إصدار مجموعة من النصوص القانونية أغنت الإطار القانوني لمجالية الصحة، وأكدت على التوجه المغربي في تطبيق اللامركزية واللاتمركز الإداري في المجال الصحي. فماهي مظاهر تطور وتجويد الإطار القانوني الخاص بالعدالة المجالية في المغرب؟

[158] - ظهير شريف رقم 1.11.91 الصادر في 27 من شعبان 1432 (29 يوليو2011) بتنفيذ نص الدستور، جريدة رسمية عدد 5964 مكرر، بتاريخ 28 شعبان 1432 (30 يوليو2011) - ص:3600.

1- تطور الإطار القانوني للعدالة المجالية الصحية في المغرب، بعد سنة 2011

من أجل تقديم نظرة واضحة تخص تطور الإطار القانوني للعدالة المجالية الصحية في المغرب، سنحاول التطرق إلى ما أقره الدستور المغربي لسنة 2011 في هذا المجال، ثم نبين ما تلاه من قوانين تهم الشأن الصحي المغربي، كالمرسوم التطبيقي 2.14.562[159] للقانون الإطار 34.09[160] المتعلق بتنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، ثم الانتقال بعد ذلك للحديث عن القانون الإطار 06.22[161] المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية.

أ- العدالة المجالية الصحية، من خلال الدستور المغربي لسنة 2011:

تطرق الدستور الجديد لسنة 2011، في العديد من فصوله، بشكل صريح أو ضمني، إلى ضرورة تحقيق العدالة المجالية الصحية من أجل استفادة جميع المواطنات والمواطنين المغاربة من الخدمات الصحية والولوج إليها في جميع مناطق المغرب. فمن خلال تصفحه، نجد دسترة الحق في الصحة لأول مرة بالتنصيص عليه في الفصل 31: " تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة جميع المواطنين(ات)، على قدم المساواة، من الحق في:

[159]- مرسوم 2.14.562 الصادر في 7 شوال 1436(24 يوليوز 2015) بتطبيق القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، جريدة رسمية عدد: 6388، بتاريخ 4 ذو القعدة 1436 (30 أغسطس 2015).

[160]- ظهير شريف رقم 83. 11. 1 الصادر في 29 من رجب 1432 (2 يوليوز 2011)، بتنفيذ القانون الإطار 09. 34 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، جريدة رسمية عدد: 5962، بتاريخ 14 شعبان 1432 (21 يوليوز 2011).

[161]- ظهير شريف رقم 1.22.77 صادر في 14 جمادى الأولى 1444 (9 ديسمبر 2022) بتنفيذ القانون-الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، جريدة رسمية عدد: 7151، بتاريخ 17 جمادى الأولى 1444 (12 ديسمبر 2022)، ص: 7895.

- العلاج والعناية الصحية؛

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

من جهة أخرى، نجد بأن الفصل الأول من الدستور قد أكد على أن: "التنظيم الترابي للمملكة تنظيم لامركزي، يقوم على الجهوية المتقدمة ". كما نص الفصل 137 على أن: "الجهات والجماعات الترابية الأخرى تساهم في تفعيل السياسة العامة للدولة".

بينما الفصل 154 من الباب 12 المتعلق بالحكامة الجيدة نص على أن: " يتم تنظيم المرافق العمومية على أساس المساواة بين المواطنات والمواطنين في الولوج إليها، والانصاف في تغطية التراب الوطني، والاستمرارية في أداء الخدمات...".

إذن، من خلال هذه المقتضيات التي نص عليها دستور 2011، يتبين بأن الدولة المغربية تعتمد في سياستها العامة على اللامركزية وتنزيل العدالة المجالية، وتنهج مقاربة مجالية السياسات العمومية الصحية، من خلال التنصيص على تنظيم التوزيع العادل والمتكافئ للمرافق العمومية وتيسير أسباب استفادة المواطنين من العلاج والعناية الصحية والتغطية الصحية في ظل تنظيم لامركزي يقوم على الجهوية المتقدمة.

ب-العدالة المجالية الصحية من خلال القوانين المتعلقة بالمنظومة الصحية المغربية

✓ المرسوم التطبيقي رقم 2.14.562 للقانون الإطار 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات:

قبل التطرق للمقتضيات القانونية المتعلقة بالعدالة المجالية الصحية بالمغرب من خلال المرسوم التطبيقي 2.14.562 الصادر سنة 2015 لابد من الإشارة إلى أن القانون الإطار 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات الذي صدر أيام

قليلة قبل دستور 2011، نص في مادته الثانية على ما يلي: "تتألف المنظومة الصحية من مجموع المؤسسات والموارد والأعمال المنظمة لتحقيق الأهداف الأساسية للصحة على أساس المبادئ التالية:

- المساواة في الولوج إلى العلاج والخدمات الصحية؛

- الإنصاف في التوزيع المجالي للموارد الصحية، والتكامل بين القطاعات؛.....".

في حين نصت المادة 9 في فقرتها الثانية من نفس القانون الإطار على أنه: "... يجب أن يكون عرض العلاجات موزعا بشكل متوازن وعادل على مجموع التراب الوطني".

وقد صدر المرسوم التطبيقي رقم 2.14.562 (أربع سنوات بعد القانون الإطار 34.09) الذي يهدف إلى تحديد تنظيم عرض العلاجات والتقطيع الصحي للتراب الوطني وكذا كيفيات إعداد الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات[162] على أساس التقطيع الصحي المعتمد، حسب ما نصت عليه المادة الأولى من نفس المرسوم.

وتتكون المجالات الصحية الترابية بالمغرب حسب منطوق المادة 10 من المرسوم 2.14.562 من الدوائر الصحية، العمالات والأقاليم الصحية، الجهات الصحية والمجالات الترابية الصحية المشتركة بين عدة جهات.

أما بالنسبة لعرض العلاجات في القطاع العام في إطار النمط الثابت، فينقسم إلى أربع شبكات، على الشكل التالي:

1- شبكة مؤسسات الرعاية الصحية[163]، وتتكون هذه الشبكة من المؤسسات التالية:

[162]- للمزيد حول الخريطة الصحية لعرض العلاجات، يمكن الرجوع إلى المواد: 21، 22، 23 من القانون الإطار 09. 34 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات.

[163]- للمزيد حول شبكة مؤسسات الرعاية الصحية أنظر المواد من 21 إلى 26 من المرسوم التطبيقي 2.14.562.

- المراكز الصحية القروية والحضرية من المستوى الأول؛

- المراكز الصحية القروية والحضرية من المستوى الثاني؛

- المستوصفات القروية، عند وجودها؛

- بنيات متخصصة لدعم المؤسسات السالفة الذكر (المراكز الصحية للصحة الإنجابية، مراكز تشخيص وعلاج الأمراض التنفسية، مختبرات الصحة العمومية).

2- الشبكة الاستشفائية[164]، التي تتكون من المؤسسات الصحية التالية:

- المستشفيات الإقليمية؛

- المستشفيات الجهوية؛

- المستشفيات التابعة للمراكز الاستشفائية؛

- المستشفيات المتخصصة في الأمراض العقلية؛

- مراكز تصفية الدم؛

- مستشفيات القرب؛

- مصحات النهار؛

- بنيات متخصصة لدعم المؤسسات الصحية السالفة الذكر (المركز الوطني والمراكز الجهوية لتحاقن الدم، المعهد الوطني للصحة، المركز الوطني لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية، المركز الوطني للوقاية من الأشعة الأيونية).

3-الشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية[165]، ويشمل عرض العلاجات الاستعجالية المنظم في إطار هذه الشبكة على الخدمات التالية:

---

[164]- للمزيد حول الشبكة الاستشفائية أنظر المواد من 27 إلى 36 من المرسوم التطبيقي 2.14.562.

[165]- للمزيد حول الشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية أنظر المادتين 37 و38 من المرسوم التطبيقي 2.14.562.

- المستعجلات الطبية للقرب؛

- مستعجلات ما قبل الاستشفاء؛

- المستعجلات الطبية الاستشفائية.

4- شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية[166]، يتم إحداث هذه المؤسسات في إطار المخططات الجهوية لعرض العلاجات إما من طرف وزارة الصحة أو بشراكة بينها وبين فاعلين آخرين من القطاع العام أو الخاص، وتتكون من المؤسسات التالية:

- المراكز المسماة: " فضاءات صحة الشباب "؛

- مركز إعادة التأهيل البدني وتقويم البصر وتقوية النطق؛

- مراكز لتقويم العظام؛

- مراكز معالجة الإدمان؛

- المراكز الطبية الجامعية؛

- مراكز العلاجات الملطفة.

أما بخصوص عرض العلاجات بالقطاع الخاص[167]، سواء بهدف تحقيق الربح أم لا، فقد تطرقت لها المادة 14 من القانون الإطار 34.09، وحددتها في عشر (10) مؤسسات، على النحو التالي:

- العيادات الطبية (للطب العام والطب المتخصص)؛

- عيادات الفحص بالأشعة والتصور الطبي؛

---

[166]- للمزيد حول شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية أنظر المواد من 39 إلى 41 من المرسوم التطبيقي 2.14.56.

[167]- للمزيد حول العرض الصحي بالقطاع الخاص، أنظر الباب الثاني: المؤسسات الصحية (المواد من11 إلى 16) من القانون الإطار 34.09.

- منشآت المساعدة الطبية المستعجلة؛

- عيادات طب الأسنان؛

- مجموعة المصحات والمؤسسات التي تدخل في حكمها؛

- المؤسسات الطبية الاجتماعية التي تتكفل طبيا بالأشخاص المسنين وبصفة عامة بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة؛

- المؤسسات الصحية التي تتكفل بالتتبع والنقاهة؛

- مختبرات التحاليل الطبية؛

- الصيدليات ومستودعات الأدوية؛

- العيادات شبه الطبية.

✓ **القانون الإطار 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية:**

تنفيذا لتوجيهات جلالة الملك محمد السادس، واعتبارا لكون الحق في الصحة هو حق من حقوق الانسان الأساسية، كما نصت عليه المواثيق الدولية، ولاسيما العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ودستور منظمة الصحة العالمية، وأهداف الألفية، وميثاق الأمم المتحدة للتنمية المستدامة.

واستنادا إلى أحكام دستور المملكة، لسنة 2011، لا سيما الفصل 31 الذي ينص على الحق في العلاج والعناية الصحية والتغطية الصحية، فقد صدر هذا القانون الإطار بغية وضع إطار قانوني للأهداف الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية الوطنية وإعادة هيكلتها وفق مقاربة تشاركية، قوامها الانخراط الجماعي والمسؤول للدولة وسائر الفاعلين المعنيين[168]. ويُعتبر فرصة تاريخية لبناء نظام صحي أكثر قوة وإنصافا. كما يشكل فرصة تاريخية لبناء نظام صحي أكثر نجاعة اقتصاديا وأكثر قابلية للتطبيق من حيث الاستثمار، وقبل كل شيء له مظهر إنساني. من جهة أخرى

[168]- مقتطف من ديباجة القانون الإطار 06.22، مرجع سابق.

سيشكل هذا المشروع الإطار المناسب لإعادة تقييم الجهود التي يبذلها جميع المهنيين في كل مكان على التراب الوطني[169].

فالقانون الإطار 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، يعتبر متمما للنقص الحاصل في المقتضيات التشريعية المتعلقة بالعدالة المجالية الصحية بالمغرب حيث أكد على ضرورة "إحداث المجموعات الصحية الترابية في شكل مؤسسات عمومية تتولى، على الصعيد الجهوي، تنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة[170]". كما نص كذلك على عدة مبادئ لها علاقة مباشرة في تحسين العدالة المجالية للولوج إلى الخدمات الصحية:"

وتقوم المنظومة الصحية الوطنية على المبادئ التالية:

- المساواة في الولوج إلى العلاج وفي الاستفادة من الخدمات الصحية؛

- الاستمرارية في أداء الخدمات الصحية؛

- الإنصاف والتوازن في التوزيع المجالي للموارد والبنيات والخدمات الصحية على مجموع التراب الوطني؛...[171]".

ومن بين ما تنص عليه أهداف القانون الإطار رقم 06.22 من خلال المادة 2 بخصوص ولوج منصف للخدمات الصحية على ما يلي:

"... - تيسير ولوج الساكنة إلى الخدمات الصحية وتحسين جودتها؛

- ضمان توزيع متكافئ ومنصف لعرض العلاجات على مجموع التراب الوطني؛

[169]- مقتطف من مداخلة السيد وزير الصحة والحماية الاجتماعية (خالد أيت طالب)، عبر التناظر المرئي، أمام المشاركين في اللقاء الذي نظمته الجمعية الوطنية للمصحات الخاصة (فرع جهة الدار البيضاء – سطات)، بشراكة مع وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، الدار البيضاء، بتاريخ 23 يوليوز 2022.

[170]- قانون – إطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، مرجع سابق، المادة 32.

[171]- نفس المرجع، المادة 4.

- التوطين الترابي للعرض الصحي بالقطاع العام وتحسين حكامته من خلال إحداث مجموعات صحية ترابية....".

✓ مشروع القانون 08.22[172] المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية:

يعتبر مشروع القانون 08.22 المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية (المنصوص على إحداثها في المادة 32 من القانون الإطار 06.22) مشروع جد مهم من أجل تجاوز أوجه القصور التي تحول دون تحقيق الأهداف المرجوة بخصوص العرض الصحي وضعف الخدمات على المستوى الترابي.

وقد نصت المادة 4 من مشروع القانون 08.22: "تتولى المجموعة، في حدود مجالها الترابي، تنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة.

ولهذه الغاية، يعهد إلى المجموعة، دون الاخلال بالمهام المخولة للسلطات أو الهيئات الأخرى المختصة، بالمهام التالية:

<u>في مجال عرض العلاجات:</u>

- وضع الخريطة الصحية الجهوية وتحيينها، طبقا للتوجيهات العامة المحددة في الخريطة الصحية الوطنية؛

- إعداد وتنفيذ برنامج طبي جهوي يهدف، على الخصوص، إلى تعزيز عرض العلاجات، وفق خصوصيات الجهة، والتعاضد في استعمال الموارد المتاحة، وضمان التدرج واستمرارية العلاجات بين المسالك ومستويات العلاجات؛

- إحداث مؤسسات صحية جديدة، طبقا للخريطة الصحية الجهوية؛

وبالنسبة لمفهوم **عرض العلاجات** فقد تطرقت لها المادة 10 من القانون الإطار 06.22 بأنها مجموع البنيات التحتية الصحية التابعة للقطاعين العام والخاص، وكل

[172] - المملكة المغربية، الأمانة العامة للحكومة، مذكرة تقديم مشروع قانون رقم: 08.22 المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية، الرباط، 11 نونبر 2022.

المنشآت الصحية الأخرى الثابتة والمتنقلة، وكذا الوسائل المسخرة لتقديم العلاجات والخدمات الصحية بالإضافة للموارد البشرية.

وقد نصت المادة 12 من نفس القانون على "ينظم عرض العلاجات على صعيد كل جهة وفق الخريطة الصحية الجهوية لعرض العلاجات، وذلك على أساس احترام مسلك العلاجات الذي يبتدئ بالمرور بمؤسسات الرعاية الصحية الأولية بالنسبة إلى القطاع العام أو من طبيب الطب العام بالنسبة للقطاع الخاص، وفق الكيفيات المحددة بنص تنظيمي".

وكما هو معلوم من خلال المادة 19 من القانون الإطار 06.22 فالخريطة الصحية الجهوية لعرض العلاجات التي ستضعها المجموعات الصحية الترابية "...تتضمن جردا شاملا لعرض العلاجات بالقطاعين العام والخاص، وتحدد بالنسبة للقطاع العام، الإجراءات والتدابير الكفيلة بضمان ما يلي:

- الاستجابة، على النحو الأمثل، لحاجيات الساكنة من العلاج والخدمات الصحية على المستوى الجهوي، وذلك من خلال حصر التوقعات المرتقبة على الخصوص فيما يتعلق بالموارد البشرية والمؤسسات الصحية والأسرَة والأماكن، والتخصصات والمنشآت الثابتة والمتنقلة، والتجهيزات الثقيلة، وكذا توزيعها المجالي؛

- تحقيق الانسجام والإنصاف في توزيع الموارد البشرية والمادية على الصعيد الجهوي؛

- تقليص التفاوتات داخل الجهة المعنية في مجال عرض العلاجات. ...."

أما بالنسب للخريطة الصحية الوطنية، فحسب مضمون المادة 18 من نفس القانون يتم وضعها من طرف الإدارة وهي تحدد التوجهات العامة لتوزيع عرض العلاجات استنادا إلى التحليل الشامل لعرض العلاجات المتوفر وإلى المعطيات الجغرافية والديمغرافية والوبائية على الصعيد الوطني.

وتتخذ الدولة التدابير اللازمة لضمان توزيع متكافئ ومنصف لعرض العلاجات على مجموع التراب الوطني حسب خصوصيات كل جهة وحاجياتها[173].

ومن خلال تحليل مضامين القوانين المتعلقة بالمنظومة الصحية بالمغرب، نلاحظ بأن القانون الإطار الجديد رقم 06.22 لا يختلف كثيرا، في مضمونه، مقارنة مع القانون الإطار السابق 34.09، باستثناء بعض الإضافات كاعتماد الرقمنة، وإحداث مجموعة من الوكالات، والتشغيل بموجب عقود تؤدي إلى الترسيم...الخ. كما أن مقتضيات جميع القوانين تنسجم تماما مع مقتضيات الدستور المغربي الجديد لسنة 2011، من خلال التأكيد على اعتماد الجهوية المتقدمة، توفير عدالة مجالية صحية لكافة المغربيات والمغاربة، تجويد الخدمات الصحية والعلاجات الاستشفائية بشكل مُنصف على مستوى كافة الجماعات الترابية المغربية،... لكن السؤال المطروح حاليا، في وجود ترسانة قانونية هامة، هو: ما هو دور القانون فيما يخص تحقيق العدالة المجالية الصحية في المغرب؟.

2- أدوار الإطار القانوني في تحقيق العدالة المجالية الصحية في المغرب، ومدى تنفيذه:

من المعلوم أن القانون هو عبارة عن مجموعة من الأُسس والقواعد التي تحكم المجتمع وتعمل على تنظيمه، حيث لا يمكن للمُجتمع العيش بنجاح إذا كان أفراده لا يخضعون لقوانين تحكُمهم، ويفعلون ما يروق لهم دون مراعاة لواجباتهم وحقوقهم[174]. فالقانون هو الذي يضع القواعد التي تحدد حقوق الأفراد وواجباتهم، ويضع الجزاء المناسب في حال مخالفة تلك القواعد والأُسس، من أجل ضمان العدالة. وهذا يهم جميع المجالات طبعا، بما في ذلك المنظومة الصحية، موضوع دراستنا.

[173]- الفقرة الأولى من المادة 11 للقانون الإطار 06.22، مرجع سابق.

[174]- بانا ضمراوي، "تعريف القانون"، الموقع الإلكتروني: موضوع، بتاريخ: 26 أكتوبر 2021، شوهد في: 31 يونيو 2023، في: https://mawdoo3.com .

أ- الأدوار المنوطة بالإطار القانوني فيما يخص العدالة المجالية الصحية في المغرب:

لا تخرج أدوار الإطار القانوني الخاص بمجالية الصحة عن الأدوار الأساسية التي يقوم بها القانون بصفة عامة. فمن بين تلك الأدوار المتعددة، نذكر ما يلي:

- تحديد المعايير الأساسية الواجب اتباعها من أجل تمتيع جميع المواطنات والمواطنين بحقوقهم وواجباتهم بخصوص الحق في عدالة مجالية صحية؛

- تنظيم القطاع الصحي المغربي وفق التوجه العام للبلد، في إطار اللامركزية واللاتمركز الإداري؛

- تنظيم المهام والتدخلات بالنسبة لجميع المتدخلين في المجال الصحي، على مختلف المستويات؛

- تقديم مختلف آليات وأدوات العمل وترتيبها مركزيا وجهويا ومحليا، في إطار تكاملي وتضامني؛

- تشكيل لجن وهيئات لتفعيل عمليات التتبع والمراقبة حفاظا على السير العام والعادي للمرافق الصحية على مختلف مستوياتها، واعتماد حكامة جيدة ضمانا لتحقيق النتائج المرجوة.

وتبعا لهذه الأدوار وغيرها، نتساءل بكل موضوعية:

- هل الترسانة القانونية الصحية التي تم الحديث عنها، حققت أدوارها، وقضت على الاختلالات التي تعرفها المنظومة الصحية المغربية لحد الآن، أم أن واقع التنفيذ شيء آخر؟

- أين هو مبدأ الإنصاف بين الجهات فيما يخص عرض العلاجات الذي تنص عليه الخريطة الصحية الوطنية والجهوية وفقا للقانونين الإطارين 34.09 في سنة 2011 و06.22 في سنة 2022؟

- أين هو التوازن الصحي فيما يخص توزيع المؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص وحسب المجالين الحضري والقروي، وكذا توزيع الموارد البشرية...؟

ب- مدى تنفيذ مقتضيات النصوص القانونية الخاصة بمجالية الصحة في المغرب:

تعاني المنظومة الصحية المغربية من اختلالات مزمنة، منها ما يتعلق بعدم التنزيل والتطبيق الفعليين للنصوص القانونية ذات الصلة. وقد وردت هذه الاختلالات في عدة تقارير، نذكر منها، على سبيل المثال، ما جاء في تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية[175]:

"من أهم التحديات التي تواجهها المنظومة الصحية بالمملكة المغربية إشكالية التحديد المجالي للخريطة الصحية وملاءمتها مع خصوصيات مختلف جهات المملكة. وتتمثل أبرز هذه التحديات من حيث التوزيع المجالي لهذا القطاع الحيوي الذي يتسم بوجود مجموعة من التفاوتات المجالية والجهوية فيما يخص البنية التحتية الصحية، حيث نجد مثلا 70,2% من المصحات تتمركز في أربع جهات مغربية، هي: الدار البيضاء – سطات بنسبة 31,5%، الرباط – سلا – القنيطرة بنسبة 15,9%، مراكش آسفي بنسبة 12,5%، وفاس مكناس بنسبة 10,3% [176].

بالإضافة إلى ذلك، تضمن تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية عدة اختلالات يعاني منها قطاع الصحة بالمغرب، كغياب مستشفيات جامعية في بعض جهات المملكة، ضعف عدد الأَسِرة بالمؤسسات الاستشفائية مقارنة مع توصيات المنظمة العالمية للصحة، وجود اكتظاظ على

[175]- المقصود بها تلك اللجنة المنبثقة عن مجلس النواب المغربي، ترأس أشغالها، خلال الولاية التشريعية العاشرة 2016 – 2021، دورة أبريل 2021، السيد الحبيب المالكي، وكان المُقرران هما السيدان: مصطفى إبراهيمي ورشيد حموني.

[176]- المندوبية السامية للتخطيط، تقديم بعض المؤشرات المرتبطة بالمنظومة الصحية الوطنية، 27 أكتوبر 2020، ص: 07.

مستوى المستعجلات والولوج للعلاجات الصحية، مع غياب تشخيص أولي حول الحالات المستعجلة، غياب آليات عملية وتقنية للمواكبة والتتبع كالأنظمة المعلوماتية الوطنية المرتبطة بالمجال الصحي.

فيما يخص الموارد المالية، هناك ضعف ميزانية القطاع الصحي، حيث تشكل نسبة 6,79 % من الميزانية العامة للدولة لسنة 2021، في حين توصي المنظمة العالمية للصحة بنسبة 12%.

أما بالنسبة للموارد البشرية، فقد تم تسجيل تباين واضح في توزيع الأطباء ومهنيي الصحة بين جهات المملكة، إذ تتمركز نسبة 30,7 % من الأطر الصحية في جهة الدار البيضاء – سطات، و18% في جهة الرباط – سلا – القنيطرة، بينما تتوزع النسبة الباقية (51,3 %) على عشر جهات بالمملكة المغربية.

إذن هناك خصاص كبير فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية التي تعاني من سوء التوزيع الجغرافي وضعف التكوين المستمر، مما يؤدي إلى ضعف مستوى المردودية داخل العمل.

وعلى مستوى الحكامة، تم رصد غياب التنسيق بين مختلف المتدخلين في مجال تدبير الخريطة الصحية والبنيات التحتية، من خلال: ضعف آليات التنسيق بين مختلف الفاعلين المتدخلين في تدبير الخريطة الصحية والبنيات التحتية للمنظومة الصحية وعدم رضا المواطنات والمواطنين عن الخدمات الصحية المقدمة من مختلف المؤسسات والمراكز الاستشفائية[177].

فهل نحن، بالرغم من وجود هذه الاختلالات، سائرون في الاتجاه الصحيح لتحقيق عدالة مجالية صحية في المغرب، وإحداث التوازن بين الجهات، وفق

[177]- للمزيد من التفاصيل، يمكن الرجوع إلى تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص: 170.

طموحات دستور المملكة المغربية، منذ سنة 2011، وما تلاه من إطار قانوني ذي صلة، أم لا زال الهدف بعيدا؟ هذا هو مضمون المحور الثاني من هذه الدراسة.

ثانيا- و اقع و آفاق تحقيق العدالة المجالية الصحية بالمغرب

على الرغم من كثرة القوانين المؤطرة للحقل الصحي بالمغرب من أجل تحقيق عدالة مجالية صحية بمختلف ربوع المملكة، إلا أننا لا زلنا نلاحظ تباينا وتفاوتا في العرض الصحي بين المجال القروي والمجال الحضري سواء من حيث عدد الأطر الصحية أو من حيث توزيع البنيات التحتية وسيارات الإسعاف... وفي بعض الأحيان يلاحظ هذا التباين بين وسط حضري وآخر، أو بين جهة ترابية وأخرى (فعلى سبيل المثال هناك 6 جهات فقط من أصل 12 تتوفر حاليا على مستشفى جامعي). وبالتالي نتساءل:

ما هو الواقع الحقيقي لفِعْلية العدالة المجالية الصحية في المغرب؟ وما هي السبل الكفيلة بتطويرها نحو الأفضل، وآفاق تحقيق طموحات المواطنات والمواطنين بخصوص الاستفادة من حقهم في الخدمات الصحية والاستشفائية، في إطار عدالة مجالية صحية حقيقية؟

ومن بين الملاحظات الأساسية التي استنتجناها، من خلال مقارنة بسيطة بين الجانب القانوني والجانب التطبيقي لمجالية الصحة في المغرب، سجلنا ما يلي:

- بالرغم من أهمية الإكثار من النصوص القانونية المؤطرة لمجالية الصحة، فإن ذلك الإكثار ليس دليلا على النهوض بمجالية الصحة، في غياب توفير الشروط المناسبة (بشرية ومادية ومالية، حكامة...)

لتطبيق تلك الإجراءات والعمليات على أرض الواقع.

- مؤشرات الإنجاز ضعيفة مقارنة بين ما تنص عليه التشريعات القانونية المتوفرة، إذ تبقى العبرة بمدى

استفادة المواطنات والمواطنين من الخدمات الصحية، على مستوى القطاعين العمومي والخصوصي، ومن يستفيد منها جيدا في الوقت الحالي، وليس بما تنص عليه القوانين نظريا.

ولتقديم الواقع الفعلي للعدالة المجالية الصحية في المغرب، سنحاول تجميع المؤشرات الرقمية والبيانات حول العدالة المجالية في الولوج للعلاجات الصحية وتحليلها سواء تعلق الأمر بمعطيات وطنية أو جهوية أو بالمجالين الحضري أو القروي، ثم سننتقل بعد ذلك للحديث عن آفاق تحقيق عدالة مجالية صحية في الولوج للعلاجات الصحية لجميع المواطنات والمواطنين، من خلال التطبيق الفعلي للنصوص القانونية المتعلقة بالمنظومة الصحية عبر بوابة القانون الإطار 06.22 ومشروع القانون 08.22 المتعلق بالمجموعات الصحية.

1- تجليات اللاعدالة المجالية الصحية من خلال المؤشرات الصحية

إن العجز المسجل في المنظومة الصحية بالمغرب، من حيث تقديم الخدمات أو الولوج إليها، يمكن توضيحه من خلال بعض المؤشرات المتعلقة بالتوزيع غير المتكافئ في الموارد البشرية الصحية والبنيات التحتية، بالإضافة إلى النسب المرتفعة لوفيات الأمهات، وفيات الأطفال دون سن الخامسة ووفيات الأطفال الرضع خصوصا بالمجال القروي. وهذا ما سيدفعنا إلى التطرق وتحليل بعض المؤشرات الصحية (خلال العقدين الأخيرين) سواء المتعلقة بالأطر الصحية أو المتعلقة بالتنمية البشرية من أجل الوقوف على مكامن اللاعدالة المجالية في الاستفادة والولوج للخدمات الصحية.

أ- تطور مؤشرات الموارد البشرية بقطاع الصحة[178] خلال العقدين الأخيرين

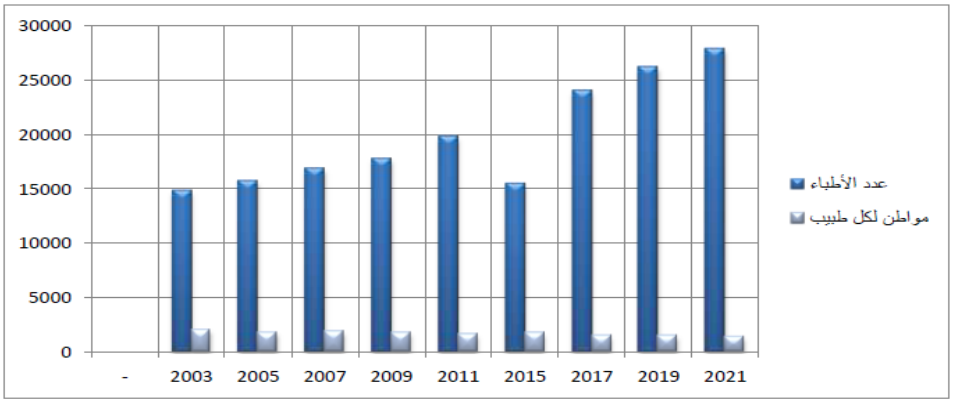
السنة / المؤشر	2003	2005	2007	2009	2011	2015	2017	2019	2021
عدد الأطر الطبية بالقطاع العام	7723	8051	8563	9441	11812	11492	11848	12616	13682
عدد الأطباء بالقطاع الخاص	7039	7644	8263	8317	7934	12142	12142	13545	14199
عدد الأطباء بالقطاعين العام والخاص	14762	15695	16826	17758	19748	15450	23990	26161	27881
عدد الممرضين وتقنيي الصحة بالقطاع العام	26277	25721	26532	27786	29025	27609	29738	31657	35789
عدد المواطنين لكل طبيب بالقطاعين العام والخاص	2038	1791	1850	1745	1605	1725	1462	1438	1355
عدد المواطنين لكل ممرض بالقطاع العام	1145	1164	1173	1134	1109	1492	1179	1134	1026

من خلال الجدول أعلاه المتعلق بالموارد البشرية الصحية فهي تعرف نقصا حادا إذ يلاحظ من خلال المؤشرات أن هذا القطاع يوفر ممرض لكل 1026 مواطن وطبيب لكل 1355.

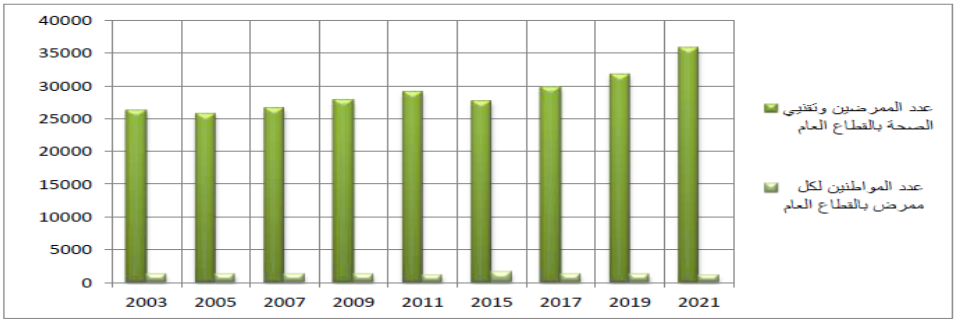
ويقدر عدد الأطر الطبية بالمغرب حسب آخر الإحصائيات (لسنة 2022) بالقطاع العام ب: 14359 وبالقطاع الخاص: 14533 (أي مجموع الأطباء بالقطاعين العام والخاص هو 28892)، أما عدد الممرضين وتقني الصحة نجد: 37376 وبالنسبة لعدد الاداريين فهو 2120 والتقنيين هو 5254.

[178]- تركيب شخصي بالاعتماد على: « Etudes et enquêtes « santé en chiffres من سنة 2004 إلى سنة 2021.

مبيان 1: تطور عدد الأطباء وعدد المواطنين لكل طبيب بالمغرب منذ سنة 2003:



مبيان 2: تطور عدد الممرضين وتقنيي الصحة وعدد المواطنين لكل ممرض بالمغرب منذ سنة 2003



من خلال المبيانين: 1 و 2 أعلاه يتضح على أنه بالرغم من بذل بعض المجهودات على مستوى توفير الموارد البشرية الكافية، فإن القطاع الصحي لازال يعرف العديد من الاختلالات، نذكر منها:

- **النقص الكبير في عدد الأطباء والممرضين**، يعاني المغرب من نقص خطير في عدد مهني الصحة، إذ كيف نجد في بلد كالمغرب الذي يفوق عدد سكانه 35 مليون نسمة، لا تتجاوز نسبة الأطباء فيه 6,2 أطباء لكل 10.000 مواطن ومواطنة، وهي نسبة لا تستجيب لمعايير منظمة الصحة العالمية. أما كثافة المهنيين المكونين في مجال العلاجات فتبلغ أقل من 2,28 لكل 1000 ساكن وساكنة، وهي نسبة اعتبرتها منظمة الصحة العالمية محرجة، وصنفت بذلك المغرب من بين 57 دولة تعاني نقصا حادا في الموارد البشرية، لا يقل عن 6000 طبيب(ة)، (منهم 1000 طبيب(ة) اختصاصي(ة))

و9000 ممرض(ة). وهذا النقص سوف يتفاقم خلال العقد القادم مع تقاعد نسبة 24 %، أي 7000 من الممرضين وتقنيي الصحة[179]. كما يُسجل تواجد 7000 طبيب(ة) مغربي(ة) يعملون بفرنسا[180].

كما لاحظنا كذلك وجود تفاوتات كبيرة بين جهات المملكة بخصوص مؤشر طبيب لكل مواطن، حيث نجد أن مثلا جهة الدارالبيضاء- سطات تضم عددا أكثر بثلاث مرات من جهة درعة تافيلالت[181].

- توزيع لا متكافئ للموارد البشرية على صعيد المناطق المغربية، إذ تزداد جسامة التباين في توزيع الأطر الطبية من خلال التمييز بين الوسطين الحضري والقروي ونسبة التغطية الطبية، إذ العالم القروي يعاني كثيرا من قلة الخدمات الصحية (10,6% من الأطر الطبية فقط)، في حين الوسط الحضري يضم ما يقارب 90%[182].

وهذا التباين في توزيع الأطر الصحية بين المجال الحضري والقروي سيتضح جليا (كما سنرى أسفله من خلال تطور المؤشرات الديمغرافية) عبر النسب المرتفعة بالعالم القروي لوفيات الأمهات، وفيات الأطفال الرضع، وفيات الأطفال دون الخمس سنوات، وأيضا من خلال انخفاض عدد سنوات الأمل في الحياة عند الولادة بالمجال القروي مقارنة بالمجال الحضري.

---

[179]- المملكة المغربية، تقريري المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الخدمات الصحية الأساسية: "نحو ولوج منصف ومعمم"، إحالة ذاتية رقم 2013/4.،ص: 9.

[180]- Royaume du Maroc, ministère de la santé, Opérationnalisation des Groupements de Santé Territoriaux (GST) de la région Tanger-Tétouan-Al Hoceima, session de lancement, Tanger, le 2 aout 2022, P : 4.

[181]- Ministère de la santé, GST de la région Tanger-Tétouan-Al Hoceima, op cit, P :4.

[182]- Wajih Maazouzi : Les éléments d'une nouvelle politique de santé au Maroc, Edition Okad, 1989, P: 201.

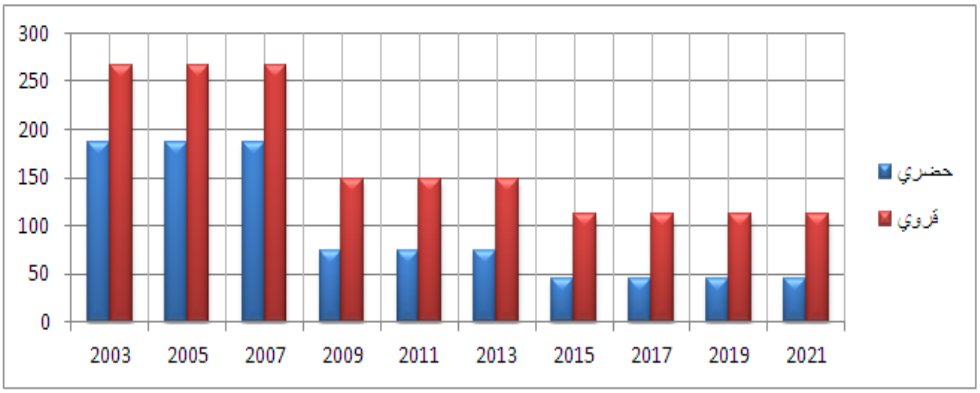
ب- تطور المؤشرات الصحية المتعلقة بالتنمية البشرية[183] بالمجالين الحضري والقروي خلال العقدين الأخيرين

المؤشر	السنة / المجال	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2021
نسبة وفيات الأمهات (لكل 100 ألف ولادة حية)	حضري	187	187	187	73	73	73	44,6	44,6	44,6	44,6
	قروي	267	267	267	148	148	148	111,1	111,1	111,1	111,1
	وطني	227	227	227	112	112	112	72,6	72,6	72,6	72,6
معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) لكل 1000	حضري	-	28,2	33	-	23,6	23,6	14,7	14,9	14,9	14,9
	قروي	-	52,8	55	-	33,5	33,5	21,6	21,6	21,6	21,6
	وطني	40	40,4	40	32,2	28,8	28,8	18	18	18	18
معدل وفيات الأطفال (أقل من 5 سنوات) لكل 1000	حضري	-	32,5	38	-	25,4	25,4	18,8	18,8	18,8	18,8
	قروي	-	62,5	69	-	35	35	26	26	26	26
	وطني	47	47,4	47	37,9	30,5	30,5	22,2	22,16	22,16	22,16
الأمل في الحياة عند الولادة (بالسنوات)	حضري	73,4	73,4	75,5	77,3	77,3	77,3	77,6	77,8	78,2	78,4
	قروي	67,4	67,4	67	71,7	71,7	71,7	72,7	72,9	73,3	73,5
	وطني	70,3	70,3	72,2	74,8	74,8	74,8	75,8	75,9	76,4	76,7

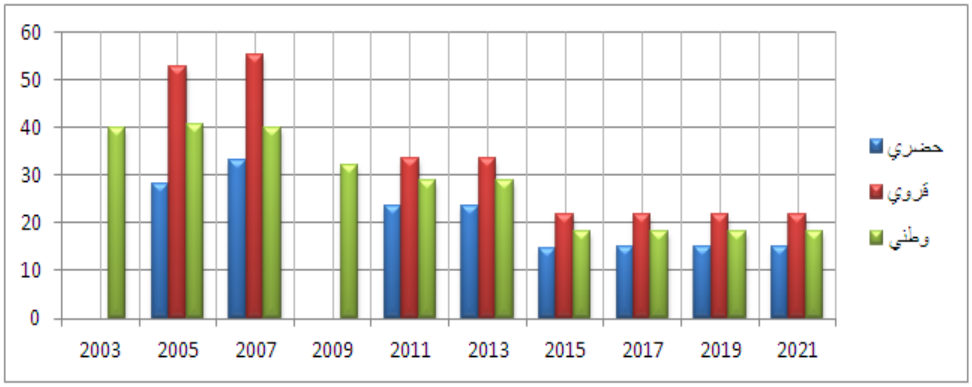
نستنتج من خلال الجدول أعلاه على بأنه بالرغم من توالي السياسات والاستراتيجيات، إلا أن الأرقام والمؤشرات الديمغرافية المتعلقة بالصحة لازلت تكتسي الطابع السلبي، حيث نلاحظ أن المغرب لازال يعاني من معضلة وفيات الأمهات، وفيات الأطفال دون سن الخامسة ووفيات الأطفال الرضع بأرقام مخيفة، وهذه المؤشرات تجعل المغرب يحتل مراتب جد متأخرة من خلال التقارير الدولية للتنمية البشرية. كما نلاحظ كذلك تحسن نسبي في مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة إذ انتقل عدد السنوات من 70,3 في سنة 2003 إلى 76,7 سنة 2021.

[183] - تركيب شخصي بالاعتماد على « Etudes et enquêtes « santé en chiffres من سنة 2004 إلى سنة 2021.

مبيان 3: تطور نسبة وفيات الأمهات (لكل 100 ألف ولادة حية) بالمجالين الحضري والقروي منذ سنة 2003

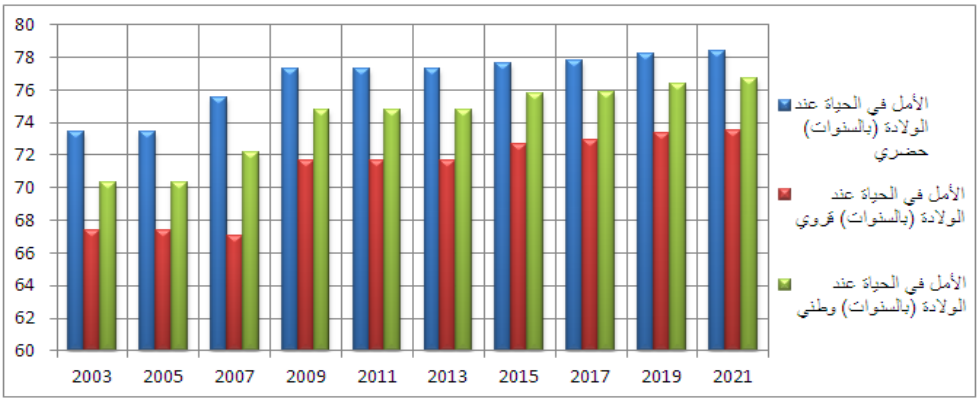


مبيان 4: تطور معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) لكل 1000 منذ سنة 2003



من خلال المبيانين: 3 و4 أعلاه يتضح لنا أن هذه المؤشرات تكتسي جميعها الطابع السلبي وتتفاوت بين المجال القروي والمجال الحضري، فبالنسبة لوفيات الأمهات في المجال القروي نلاحظ من خلال المبيان 3 أنها أكثر بنسبة 150% من الوسط الحضري منذ سنة 2015 إلى يومنا هذا، نفس الشيء بالنسبة لوفيات الأطفال الرضع من خلال المبيان 4 فنسبها بالمجال القروي أكبر بنسبة 50% من المجال الحضري.

مبيان 5: الأمل في الحياة عند الولادة (بالسنوات) بالمجالين الحضري والقروي منذ سنة 2003



من خلال المبيان 5 أعلاه نلاحظ أن مؤشر الأمل في الحياة عند الولادة على مدى 19 سنة على الصعيد المجالي يبرز لنا وجود لاعدالة صحية بين مواطني المجال القروي ومواطني المجال الحضري، إذ يلاحظ أن المواطن بالوسط الحضري يعيش 78,4 سنة بينما المواطن بالوسط القروي يعيش 73,5 سنة فقط (أي المواطن بالمجال الحضري يعيش أكثر بخمس سنوات من المواطن بالمجال القروي) حسب اخر الإحصائيات الرسمية لوزارة الصحة لسنة 2021.

يتضح لنا من خلال تحليلنا لكل هذه الأرقام والمؤشرات على أن واقع العرض الصحي الحالي هو عرض غير متكافئ ويتسم بتفاوتات صارخة وانعدام التوازن ولا يستجيب لتطلعات المواطنات والمواطنين نظرا لوجود فوارق بين الجهات أو بين المجالين الحضري والقروي. فما هي السبل الكفيلة بتجاوز هذه الاختلالات وتحقيق العدالة المجالية الصحية المرغوب فيها ببلادنا؟

2- آفاق تحقيق العدالة المجالية الصحية في المغرب

يتضح من خلال استقرائنا للنصوص القانونية المتعلقة بالمنظومة الصحية ومقارنتها مع ما هو موجود على أرض الواقع وكذا ملاحظة المؤشرات الصحية، أن دور القانون بالمجال الصحي يبقى جد محدود (إذ لم نقل بأنه شكلي فقط)، وذلك راجع لعدم تفعيل وتنزيل مواد هذه القوانين على أرض الواقع.

لذا، إذا أردنا إصلاح المنظومة الصحية المغربية، وتحقيق فِعْلية العدالة المجالية الصحية، نقترح ما يلي:

أ- الالتزام بالتنفيذ الفعلي لمضمون القانون الإطار22. 06:

جاء القانون الإطار 22. 06 بمنظور شامل ومتكامل لتجاوز الاختلالات التي عرفتها الاصلاحات السابقة، لا سيما ما يتعلق بالعرض الصحي غير المتكافئ، والذي " يتَّسم بتفاوتات صارخة وانعدام التوازن، ولا يستجيب لتطلعات المواطنات والمواطنين، من خلال: وجود فوارق بين الجهات والوسطين الحضري والقروي، عدم احترام معايير الخريطة الصحية في إحداث المؤسسات الصحية...."[184].

وعلى هذا الأساس، يجب تنزيل مقتضيات هذا القانون الإطار على أرض الواقع، بشكل واضح، لتحقيق الأهداف التالية:

- تيسير الولوج إلى الخدمات الصحية وتحسين جودتها؛

- ضمان توزيع متكافئ ومنصف لعرض العلاجات؛

- التوطين الترابي للعرض الصحي بالقطاع العام وتحسين حكامته.

ولبلوغ تلك الأهداف، يجب توفير مختلف الآليات التي نص على إحداثها، في مقدمتها:

- إحداث هيئات للتدبير والحكامة (الهيئة العليا للصحة، المجموعات الصحية الترابية، وكالة للأدوية والمنتجات الصحية، ووكالة للدم ومشتقاته)؛

- إحداث قانون للوظيفة الصحية من أجل تثمين الموارد البشرية العاملة بالقطاع العام وتأهيلها؛

[184]- للمزيد يمكن الرجوع للعرض الذي قدمه الدكتور خالد أيت طالب، وزير الصحة والحماية الاجتماعية، العرض الخاص بمشروع القانون الإطار 22. 06، المُقدم أمام لجنة التعليم والشؤون الثقافية والاجتماعية بمجلس المستشارين،غشت 2022.

- اعتماد نظام معلوماتي مندمج عبر رقمنة المنظومة الصحية الوطنية، وإحداث الملف الطبي المشترك الذي سيحدد مسار العلاجات الخاص بكل مريض وتتبعه وتقييمه؛

- إحداث نظام لاعتماد المؤسسات الصحية لضمان التحسين المستمر لجودة وسلامة العلاجات.

ومن أجل تحقيق الإصلاح المنشود للمنظومة الصحية الوطنية، أعلن السيد وزير الصحة والحماية الاجتماعية المغربي على ضرورة مواكبة القانون الإطار 06.22 بالنصوص التشريعية والتنظيمية المُعتمدة لتطبيقه[185]. وقد حددها في خمسة قوانين و11 مرسوما وسبعة قرارات مُفصلة، كالتالي:

[185]- الدكتور خالد أيت طالب، عرض خاص بمشروع القانون الإطار 06.22، مرجع سابق، ص: 15.

القانون	النصوص التطبيقية	المرسوم	القرار
قانون إطار متعلق بالمنظومة الصحية الوطنية	تحديد أصناف المؤسسات الصحية بنص تنظيمي	X	
	شروط وكيفيات استعانة المؤسسات الصحية التابعة للقطاع العام بخدمات المهنيين بالقطاع الخاص لإنجاز مهام محددة	X	
مشروع قانون يتعلق بالمجموعات الصحية الترابية	تحديد مقر كل مجموعة والمؤسسات الاستشفائية أو العلاجية المكونة له	X	
	شروط وكيفيات تعيين أعضاء مجلس الإدارة		
	الهيكل التنظيمي للمجموعة		
	كيفيات نقل الأملاك العقارية التابعة للملك الخاص للدولة واللازمة لسير المؤسسات الاستشفائية المكونة للمجموعة		
	النظام الأساسي للمستخدمين النموذجي	X	
	النظام الأساسي للمستخدمين		X
	النظام الداخلي للمجموعة		X
مشروع قانون يقضي بإحداث الهيئة العليا للصحة	شروط وكيفيات تعيين أعضاء مجلس الإدارة	X	
	كيفيات نقل الأملاك العقارية التابعة للملك الخاص للدولة واللازمة لسير الهيئة العليا		
	النظام الداخلي للهيئة العليا		X
مشروع قانون يقضي بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية	شروط وكيفيات تعيين أعضاء مجلس الإدارة	X	
	تحديد قائمة العقارات والمنقولات التابعة لملك الدولة والمخصصة لمديرية الأدوية والصيدلة والضرورية لتسيير الوكالة		
	النظام الأساسي للمستخدمين		X
	النظام الداخلي للوكالة		X
مشروع قانون يقضي بإحداث الوكالة المغربية للدم	تأليف وكيفيات سير مجلس الإدارة	X	
	تحديد قائمة العقارات والمنقولات التابعة لملك الدولة والمخصصة للمركز الوطني لتحاقن الدم ومبحث الدم وجميع مراكز تحاقن الدم الجهوية والإقليمية وبنوك الدم التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية والضرورية لتسيير الوكالة؛		
	النظام الأساسي للمستخدمين		X
	النظام الداخلي للوكالة		X
مشروع قانون يتعلق بالوظيفة الصحية	مقادير وشروط وكيفيات الاستفادة من الجزء المتغير من الأجرة	X	
	ممارسة بعض المهام بالمؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص في إطار الشراكة بين القطاعين العام والخاص	X	
	أوقات ونظام العمل	X	
	شروط وكيفيات التشغيل بموجب عقود تؤدي إلى الترسيم	X	
	المجمـــــــــــــــــــــوع	11	07

من خلال استقرائنا للجدول أعلاه، يتضح بأن القانون الإطار 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية أتى بمجموعة من المستجدات التي تعتبر آفاقا واعدة لتحقيق العدالة المجالية الصحية في المغرب، بشرط أن يتم تنزيلها على أرض الواقع، وتوفير مختلف الآليات والموارد مركزيا وترابيا الكفيلة بتطبيقها على أحسن وجه.

ب- توفير مختلف الإمكانات المناسبة لتنفيذ القانون الإطار 22. 06:

لعل إصلاح الاختلالات المتراكمة في مجال المنظومة الصحية المغربية، يتطلب حلا جذريا، كما جاء على لسان ممثل أعلى سلطة في البلاد، الملك محمد السادس، حين قال: "...تصحيح الاختلالات التي يعرفها تنفيذ برنامج التغطية الصحية RAMED، بالموازاة مع إعادة النظر، بشكل جذري، في المنظومة الوطنية للصحة، التي تعرف تفاوتات صارخة، وضعفا في التدبير..." [186].

في المقابل أكد القانون الإطار 06.22 على ضرورة الإصلاح وتجاوز هذه الاختلالات التي يعرفها القطاع الصحي وفق مقاربة تشاركية، قوامها الانخراط الجماعي والمسؤول للدولة والجماعات الترابية وسائر الفاعلين المعنيين حيث نص على: "إن النهوض بالقطاع الصحي، والعمل على تطويره، والرفع من أدائه، يعتبر مسؤولية مشتركة بين الدولة والجماعات الترابية والمؤسسات العمومية من جهة، والقطاع الخاص والمجتمع المدني والهيئات المهنية والساكنة من جهة أخرى، حيث أصبح الإصلاح العميق للمنظومة الصحية الوطنية ضرورة ملحة وأولوية وطنية ضمن أولويات السياسة العامة للدولة الرامية إلى تثمين الرأسمال البشري، والاعتناء بصحة المواطنين كشرط أساسي وجوهري لنجاح النموذج التنموي المنشود" [187].

كما نعتقد بأن القوانين المتوفرة، ومن ضمنها القانون الإطار رقم 06.22، لن تحقق الأهداف المرجوة في تحقيق عدالة مجالية في الولوج للعلاجات الصحية إلا إذا تم القيام بما يلي:

---

[186] - مقتطف من الخطاب الملكي بمناسبة الذكرى 19 لعيد العرش، بتاريخ: 29 يوليوز 2018.

[187] - الفقرة الأولى من ديباجة القانون الإطار 06.22، مرجع سابق.

- الرفع من الميزانية العامة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية إلى نسبة 12%، على الأقل؛

- التنزيل الفعلي لمضامين القوانين بمراسيم تطبيقية واضحة ومقبولة على أرض الواقع، كما وكيفا؛

- معالجة النقص والتغطية الترابية غير العادلة في البنيات التحتية؛

- معالجة النقص والاختلال الحاصل في توزيع الموارد البشرية؛

- جلب الكفاءات الطبية والتمريضية العاملة بالخارج؛

- تحسين أنظمة التكوين الصحي بهذا القطاع (كما وكيفا)؛

- الالتزام بتطبيق السياسات الصحية وفق الإطار القانوني لها، تفعيلا للدستور المغربي لسنة 2011؛

- تقييم السياسات والاستراتيجيات الصحية السابقة، والاستفادة من الأخطاء المرتكبة؛

- فعيل المحاسبة ومحاربة الفساد، من خلال حكامة متطورة تعتمد التكنولوجيات الحديثة في التتبع...الخ.

خاتمة

الدراسة التي قمنا بها حول موضوع " **آفاق تحقيق العدالة المجالية الصحية في المغرب، أي دورللقانون؟**" أبانت على أن تحقيق العدالة المجالية الصحية بالمغرب، كهدف أساسي لم يتحقق بعد، فعلى الرغم من جودة وكثرة النصوص القانونية المتعلقة بالصحة والحماية الاجتماعية بالمغرب، من أجل ضمان الولوج العادل والمتكافئ لجميع المواطنات والمواطنين للخدمات الصحية بمختلف ربوع المملكة، إلا أننا لا زلنا نلاحظ تفاوتا وتباينا للعرض الصحي بين المجال الحضري والمجال القروي أو بين الجهات أو حتى داخل نفس الجهة.

وتتجلى هذه اللاعدالة المجالية في الولوج للعلاجات الصحية من خلال أرقام المؤشرات الصادرة عن الوزارة الوصية أو عن المندوبية السامية للتخطيط (كما رأينا في المحور الثاني من هذه الدراسة)، أو من خلال مجموعة من التقارير التي تؤكد كذلك على غياب التفعيل الحقيقي للقانون كما جاء في التقرير الأخير للمجلس الأعلى للحسابات بتاريخ 14 مارس 2022 حول مراقبة التسيير بقطاع الصحة من خلال التطرق للمنظومة الصحية وعرض العلاجات الذي يوفره القطاع العام، حيث أشار هذا التقرير إلى غياب هيئات للحكامة أو هيئات أخرى غير مفعلة، ولا سيما الهيئات المنصوص على ضرورة إحداثها في مواد القوانين المؤطرة للمجال الصحي، أما فيما يخص آليات الحكامة والتخطيط التي تنص عليها كذلك القوانين، فهي بدورها لم تحدث بشكل كامل أو ضعيفة التفعيل[188].

وفي نفس السياق قدم المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي تقريرا هاما حول الخدمات الصحية الأساسية بالمغرب، حيث أكد على ضرورة تفعيل القانون الإطار

[188]- للمزيد من التوضيحات يمكن العودة لتقرير المجلس الأعلى للحسابات حول: قطاعات الصحة والعمل الاجتماعي، بتاريخ: 11 شعبان 1443 (14 مارس 2022)، جريدة رسمية عدد 7073 مكرر، ص: 1558.

34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية والعرض العلاجي، وتحديد الخريطة الصحية الوطنية والخرائط الجهوية لعرض العلاجات[189].

وفي الأخير تبين لنا بأن للنصوص القانونية دورا بالغا في تأطير وتنظيم المجال الصحي بالمغرب، إلا أنه لا يمكن أن تحقق الأهداف المرجوة بخصوص تحقيق عدالة مجالية في الولوج للعلاجات الصحية إلا إذا تم القيام بالتنزيل الفعلي لمضامينها ومقتضياتها على أرض الواقع، الرفع من الميزانية العامة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية إلى نسبة 12% على الأقل، معالجة النقص والاختلال الحاصل في توزيع الموارد البشرية، محاربة الفساد وتفعيل مبدأ ربط المسؤولية بالمحاسبة، والالتزام بتنفيذ السياسات الصحية وتقييمها، والاستفادة من الأخطاء السابقة.

لائحة المراجع

1- مراجع باللغة العربية:

- تقرير المجلس الأعلى للحسابات حول: قطاعات الصحة والعمل الاجتماعي، بتاريخ: 11 شعبان 1443 (14 مارس 2022)، جريدة رسمية عدد 7073 مكرر.
- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الخدمات الصحية الأساسية: "نحو ولوج منصف ومعمم"، إحالة ذاتية رقم 2013/4.
- الخطاب الملكي بمناسبة الذكرى 19 لعيد العرش، بتاريخ: 29 يوليوز 2018.
- الدكتور خالد أيت طالب، وزير الصحة والحماية الاجتماعية، عرض خاص بمشروع القانون الإطار 06.22، المُقدم أمام لجنة التعليم والشؤون الثقافية والاجتماعية بمجلس المستشارين،غشت 2022.
- السيد وزير الصحة والحماية الاجتماعية، مداخلة، عبر التناظر المرئي، أمام المشاركين في اللقاء الذي نظمته الجمعية الوطنية للمصحات الخاصة (فرع جهة الدار

[189]- تقريري المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول: الخدمات الصحية الأساسية، مرجع سابق، ص: 82.

البيضاء – سطات)، بشراكة مع وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، الدار البيضاء، بتاريخ 23 يوليوز 2022.

- ظهير شريف رقم 1.11.91 الصادر في 27 من شعبان 1432 (29 يوليو2011) بتنفيذ نص **الدستور**، جريدة رسمية عدد 5964 مكرر، بتاريخ 28 شعبان 1432 (30 يوليو2011) - ص:3600.
- ظهير شريف رقم 1.22.77 صادر في 14 جمادى الأولى 1444 (9 ديسمبر 2022) بتنفيذ **القانون-الإطار رقم 06.22** المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، جريدة رسمية عدد: 7151، بتاريخ 17 جمادى الأولى 1444 (12 ديسمبر 2022).
- ظهير شريف رقم 83. 11. 1 الصادر في 29 من رجب 1432 (2 يوليوز 2011)، بتنفيذ **القانون الإطار 34.09** المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، جريدة رسمية عدد: 5962، بتاريخ 14 شعبان 1432 (21 يوليوز 2011).
- مرسوم **2.14.562** الصادر في 7 شوال 1436 (24 يوليوز 2015) بتطبيق القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، جريدة رسمية عدد: 6388، بتاريخ 4 ذو القعدة 1436 (30 أغسطس 2015).
- مشروع قانون رقم: **08.22** المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية.
- المملكة المغربية، مجلس النواب، الولاية التشريعية 2016-2021، تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية حول المنظومة الصحية بالمغرب: الحالة الراهنة ومداخل الاصلاح، منشورات مجلس النواب، يوليوز 2021.
- المندوبية السامية للتخطيط، مؤشرات مرتبطة بالمنظومة الصحية الوطنية، 27 أكتوبر 2020.
- الموقع الإلكتروني: https://mawdoo3.com .

2- مراجع باللغة الفرنسية:

- Ministère de la santé, santé en chiffres années : 2004-2005-2006-2007-2008-2009-2010-2011-2012-2013-2014-2015-2016-2017-2018-2019-2021.
- Royaume du Maroc, ministère de la santé, Opérationnalisation des Groupements de Santé Territoriaux (GST) de la région Tanger – Tétouan – Al Hoceima, session de lancement, Tanger, le 2 aout 2022.
- Wajih Maazouzi : Les éléments d'une nouvelle politique de santé au Maroc, Edition Okad, 1989.

الفصل السادس

الطب عن بعد في المغرب بين ضرورات التنزيل وإكراهات التفعيل

Telemedicine in Morocco Between the Necessities of Implementation and the Constraints of Activation

محمد زين الدين

* إطار سابق بوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، باحث بسلك الدكتوراه، بمختبر الدراسات السياسية والقانون العام، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، بفاس.

مخلص:

تتناول هذه الورقة العلمية موضوع الطب عن بعد في المغرب كأحد الحلول الحديثة لمواجهة الإشكالات التي تعاني منها المنظومة الصحية الوطنية، مثل ضعف البنى التحتية وقلة الموارد البشرية والتوزيع غير العادل للخدمات الصحية. يأتي هذا في سياق التزام المغرب بالتفعيل الدستوري وإسهامه في تحقيق العناية الصحية والحماية الاجتماعية للمواطنين، استنادًا إلى القوانين الإطارية، خاصة القانون رقم 34.09 والقانون رقم 06.22 المتعلقين بالمنظومة الصحية الوطنية وبعرض العلاجات.

كما تمثل هذه الورقة فرصة لمناقشة المستجدات القانونية لنظام الطب عن بعد وإشكالاته التقنية والواقعية والذي تم تأطيره بموجب القانون رقم 131.13 الخاص بمزاولة مهنة الطب، وتعزيزه بمراسيم تطبيقية أخرى. وخلص بحث الورقة كذلك إلى أهمية إدخال نظام الطب عن بعد لتحسين جودة الخدمات الصحية، تحقيق المساواة في الولوج للعلاج، وتجاوز الإكراهات التقليدية.

الكلمات المفاتيح: الطب عن بعد؛ منظومة صحية؛ عرض صحي؛ تكنلوجيا.

Abstract:

This scientific paper addresses the topic of télémédecine in Morocco as one of the modern solutions to tackle the challenges faced by the national healthcare system, such as weak infrastructure, limited human resources, and unequal distribution of healthcare services. This comes in the context of Morocco's commitment to constitutional implementation and its contribution to ensuring healthcare and social protection for citizens, based on Framework laws, particularly Law No. 34.09 and Law No. 06.22, which relate to the national Heath system and healthcare provision.

The paper also provides an opportunity to discuss the legal developments surrounding the telemedicine system and its technical and practical challenges, framed under Law No. 131.13 governing the practice of medicine, and reinforced by other implementing decrees. The study concludes by emphasizing the importance of integrating telemedicine to improve the quality of healthcare services, ensure equality in access to treatment, and overcome traditional constraints.

Key words: Telemedicine ; Health system ; Healthcare provision ; Technology

مقدمة

انسجاما مع مضامين دستور 2011، سن المشرع المغربي العديد من التشريعات التي تؤكد على تفعيل الحق الدستوري المتمثل في العناية الصحية والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية[190]، أهم هذه القوانين، القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات[191] ثم القانون إطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، الذي أورد ضمن مقتضياته[192] بأن المنظومة الصحية الوطنية: هي مجموع المؤسسات والهيئات والأعمال والموارد المرصودة لها المتدخلة في مجال حفظ الصحة، سواء في القطاع العام أو الخاص، على الصعيد الوطني والجهوي، وتناط بالمنظومة الصحية تحقيق الأمن الصحي وحفظ صحة السكان ووقايتهم من الأمراض والأوبئة والأخطار المهددة لحياتهم، وضمان عيشهم في بيئة سليمة[193].

لأجل ذلك تقوم المنظومة الصحية الوطنية على مبادئ أساسها، مبدأ المساواة في الولوج إلى العلاج والاستفادة من الخدمات الصحية؛ ومبدأ الانصاف والتوازن في التوزيع المجالي للموارد والبنيات والخدمات الصحية على مجموع التراب الوطني ومبدأ الاستمرارية في أداء الخدمات الصحية، هذه المبادئ سبق التنصيص عليها القانون إطار رقم 34.09 المشار إليه أعلاه، الذي تم نسخه بموجب القانون إطار رقم 06.22 السالف الذكر.

---

[190]- الفصل 31 من الدستور، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.91، بتاريخ في 27 من شعبان 1432 (29 يوليو 2011)، منشور في بالجريدة الرسمية عدد 5964، بتاريخ 30.07.2011.

[191]- القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.83 الصادر في 29 من رجب 1432 (2يوليو 2011). الجريدة الرسمية عدد 5962، بتاريخ 21.07.2011.

[192]- المادة الثالثة من القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.22.77 صادر في 14 من جمادى الأولى 1444 (9 ديسمبر 2022)، الجريدة الرسمية عدد 7151، بتاريخ 12.12.2022.

[193]- المادة الثانية من القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، مرجع سابق.

لكن رغم التشريعات المهمة في مجال الصحي وارتكازها على المبادئ المذكورة، إلا أن المنظومة الصحية المغربية لازالت تعاني من إشكالات كثيرة تتمثل في ضعف البنى التحتية ونقص أعداد الموارد البشرية وإكراهات تدبيرها وطنيا وترابيا، ما دفع مدبري القطاع الصحي إلى العمل على سن مقتضيات قانونية تؤطر لنظام الطب عن بعد بموجب القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب[194]، انسجاما مع ما يشهده العالم من ثورة رقمية شملت مختلف القطاعات ومناحي الحياة، ومن بينها القطاع الصحي.

وقد علق على تنزيل قانون مزاولة مهنة الطب رهان المساهمة في تجويد المنظومة الصحية وتحقيق أهدافها ومبادئها وبالتالي الاستجابة لانتظارات المواطنات والمواطنين وتمكينهم من حقوقهم الدستورية في المجال الصحي. ومن بين المستجدات المهمة القانونية، تلك المقتضيات المؤطرة لنظام الطب عن بعد، إذ بدخولها أصبح المغرب يتوفر على مرتكزات قانونية تسمح بالعمل به، سيعقبها إخراج مرسوم[195] تطبيقي سنة 2018 لتعزيز الترسانة القانونية لهذا النظام، ليبقى الرهان أمام مدبري المنظومة الصحية في تنزيله وإخراجه إلى الوجود وذلك بهدف تجاوز كثير من الإكراهات والمعيقات التي تحد من فعالية المنظومة الصحية.

لذا، ونظرا لأهمية الموضوع النظرية وما تثيره من إشكالات على المستوى العملي والممارساتي، **ستعالج هذه الورقة جدوى إدخال نظام الطب عن بعد ضمن أشكال ممارسة مهنة الطب، مع استجلاء الإكراهات التي تعترض تنزيله وتحد من فاعليته**، مع التطرق للحلول المقترحة لتجاوز إشكالاته، وذلك من خلال المحورين التاليين:

---

[194]- القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.15.26 الصادر في 29 من ربيع الآخر 1436 (19 فبراير 2015)، منشور بالجريدة الرسمية عدد 6342 بتاريخ 12 مارس 2015.

[195]- المرسوم رقم 2.18.378 الصادر في 11 من ذي القعدة 1439 (26 يوليو 2018) في شأن الطب عن بعد، منشور بالجريدة الرسمية عدد 6694 بتاريخ 26 يوليوز 2018.

- ✓ المحور الأول: نظام الطب عن بعد، المفهوم والمرتكزات القانونية؛
- ✓ المحور الثاني: إكراهات تفعيل نظام الطب عن بعد وسبل تجاوزها.

المحورالأول: نظام الطب عن بعد، المفهوم والمرتكزات القانونية

إن الانتشار الواسع للاستخدامات التكنولوجيا في مختلف الميادين، وأهمية استعمالها في مختلف مناحي الحياة، حيث باتت لا تنفك عن كثير من الوظائف التي كانت حكرا على تدخل الإنسان، مما شجع على القبول بها في مجال الصحة والتدخلات التي تعني الإنسان نفسه، لذا حري بنا أن نعرف مفهوم الطب عن بعد ومزاياه (مطلب أول) ثم نتناول مرتكزاته القانونية وتطبيقاته الممكنة (مطلب ثاني).

المطلب الأول: مفهوم نظام الطب عن بعد ومز اياه

إن فهم نظام الطب عن بعد باعتباره شكل جديد لممارسة مهنة الطب، يستوجب ابتداء فهم المقصود بالطب، ثم نعرج على مزاياه والمرتكزات القانونية والتنظيمية الناظمة له.

الفقرة الأولى: مفهوم نظام الطب عن بعد

قبل الخوض في مفهوم الطب عن بعد، لا بد أن نعرف الطب أولا، إذ يعرف لغة بأنه: **المداواة**، فيقال طبه طبا إذا داواه. والطب هو علاج الجسم والنفس، يقال: رجل طب وطبيب عالم بالطب[196].

كما يعرف بأنه "فن العلاج" والعلم الذي يجمع الخبرات الإنسانية في الاهتمام بالإنسان، وما يعتريه من اعتلال وأمراض وإصابات تنال من بدنه أو نفسيته أو

[196]- محمد بن مكرم بن منظور الإفريقي المصري، لسان العرب، الطبعة الأولى، دار صادر ببيروت، ص 410. وأيضا محمد بن يعقوب الفيروز أبادي، القاموس المحيط، الطبعة الأولى، مؤسسة الرسالة، 1968ص522. أوردته جربوعة منيرة في مقالتها حول التطبيب عن بعد مافرضتها جائحة كورونا، منشورة بالمجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسة، مجلد 58، العدد 2، سنة 2021 ص 129.

المحيط الذي يعيش فيه، ويحاول إيجاد العلاج بشقيه الدوائي والجراحي وإجرائه على المريض.

ويمكن تعريفه أيضا بأنه فن العلاج، والعلم الذي يوظف الخبرات الإنسانية المتعلقة بعلاج مختلف العلّات والأمراض والإصابات التي تعتري جسم الإنسان حيث يشمل العلاج الدوائي والجراحي، كما يهتم هذا العلم أيضاً بالظروف والأوضاع الصحية المحيطة بالإنسان ومدى مساهمتها في تشجيع حدوث الأمراض المختلفة وطرق الوقاية منها، وهو علم يعتمد بشكل كبير على التطبيق العملي والاستفادة من التجارب البشرية المختلفة على مر التاريخ.

وبالرجوع إلى التشريع المغربي، فقد عرف الطب ولو بشكل مقتضب في القانون رقم 10.94 المتعلق بمزاولة مهنة الطب في مادته الأولى على أن: "الطب مهنة إنسانية تهدف إلى الوقاية من الأمراض وعلاجها والبحث العلمي في ميدان الطب"[197]. وتبعا لأهمية التعريفات التي حاولت تعريف الطب، يمكننا أن ننتقل إلى الحديث عن مفهوم الطب عن بعد "**Télémédecine**" حيث يعرف بأنه "ممارسة يتم من خلالها نقل وتبادل المعلومات الطبية عبر وسائط صوتية مرئية تشاركية، بهدف التمكن من إجراء الاستشارات الطبية أو التشخيص الطبي وعند الاقتضاء العمليات الجراحية عن بعد، حيث يستلزم استخدام تكنولوجيا الاتصالات ضمن العالم الرقمي، كما يعرف أنه "استخدام المعلومات الطبية المتبادلة من موقع إلى آخر عن طريق الاتصالات الإلكترونية من أجل صحة وتوعية المريض وبغرض تحسين العناية بالمريض"[198].

[197]- القانون رقم 10.94 المتعلق بمزاولة الطب، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.96.123 بتاريخ 5 ربيع الآخر 1417 (21 أغسطس 1996)، منشور بالجريدة الرسمية عدد 4432 بتاريخ 1996/11/21 الصفحة 2573، أحكام هذا القانون تم نسخها بموجب المادة 124 من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب.

[198]- سليمان مليكة طيب، الطب عن بعد، إبداع في الخدمة الطبية، مداخلة ألقيت بأشغال الملتقى الدولي للإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، بجامعة سعد حلب، سنة 2011، الصفحة 59.

ويتمثل الطب عن بعد بحسب قانون مزاولة مهنة الطب الصادر سنة 2015[199]، في استعمال التكنولوجيات الحديثة في الإعلام والاتصال عن بعد أثناء مزاولة مهنة الطب، للربط بين مهني أو مجموعة من مهنيي الصحة يكون من بينهم وجوبا طبيب، أو بين هؤلاء وبين مريض، وعند الاقتضاء بين هؤلاء وبين مهنيين آخرين يقدمون علاجات للمريض تحت مسؤولية طبيبه المعالج. وهو نفس التعريف الذي تبناه المشرع الفرنسي منذ سنة 2009 عندما عرف الطب عن بعد في مدونة الصحة الفرنسية في الفصل رقم L6316-1 200

ويدخل في مفهوم التطبيب عن بعد، نشر المعلومات الطبية وتوزيعها، والقيام بالعمليات الجراحية، وتقديم الخدمات الصحية، وكذلك عمليات التصوير الإشعاعي، وعمليات التكوين في المجال الصحي، ونشر الوعي بالأمور الطبية. لا سيما لفائدة الأفراد الذين يعيشون في المناطق النائية التي يصعب فيها تقديم الخدمات الصحية، وذلك بسبب تواجد الأطباء المتخصصين في المدن التي تعرف كثافة سكانية كبيرة نتيجة التطور المتسارع في مجال الاتصالات، تحاول كثير من الدول التغلب على هذه المشكلة ليصبح باستطاعة المريض التواصل من بعيد مع طبيبه المعالج في نفس الدولة أو مع طبيب متواجد في دولة أخرى.

هذه التعريفات التي تطرقنا إليها، تجمع على كون الطب عن بعد يرتكز على الوسائل التكنولوجيا التي تمكن من التواصل أو ربط الاتصال بين المريض ومهنيي الصحة (ممرض؛ طبيب) سواء في إطار تدخل وقائي أو علاجي أو تتبع لحالة صحية عن بعد بواسطة وسائل الاتصال الحديثة.

---

[199]- المادة رقم 102 من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، مرجع سابق.

[200]- L6316-1 , La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient L6316-1.

بالتالي، يعد التطبيب عن بعد شكل آخر من أشكال الممارسة الطبية التي تمكن المريض وطبيبه من الالتقاء افتراضيا عن بعد دون اعتبار لعوامل قرب أو بعد المسافات أو الحدود الزمانية والمكانية، لأجل لذلك، فإن التطبيب عن بعد يمكن اعتباره أحد أهم البدائل لتعزيز الولوج إلى خدمات الرعاية الصحية للسكان الأكثر هشاشة في المناطق المعزولة، وذلك من أجل التغلب على نقص أعداد الأطقم الطبية، كما يساهم في تعزيز عملية تكوين مهنيي القطاع الصحي من خلال التعلم عن بعد بواسطة الوسائط الإلكترونية الحديثة، غير أن أوضح صورة للتطبيب عن بعد تكمن في توظيف هذه التقنية للربط بين الطواقم الطبية والمرضى من أجل القيام باستشارات او إجراء تشخيص لحالة صحية لا تشترط التواجد المباشر للمريض مع الطبيب أو مهني الصحة[201] مما يمكن اعتبار عدم حضور المريض إلى جنب طبيبه المعالج في بعض الفترات واحدة من مزايا نظام الطب عن بعد، إلى جانب مزايا أخرى نوردها في الفقرة الموالية.

الفقرة الثانية: مزايا نظام الطب عن بعد

لقد وجد نظام الطب عن بعد لمساعدة المرضى الذين يقطنون أساسا خارج المجال الحضري أو لأولئك الذين يستعصي عليهم التواجد في المستشفى أو مع الطبيب مباشرة أو ممن يحتاجون استشارات طبية عن بعد من مختلف أماكن تواجدهم، أو للأغراض التعليمية. وبهذا تتعد مزاياه، سنتعرف عليها في هذه الفقرة.

من بين المزايا المهمة لاستخدام نظام التطبيب عن بعد، أنه يساهم في تحسين الرعاية الصحية الأولية في المناطق النائية، عبر نقل الصور الطبية لفحصها وتقييمها من قبل الأطباء الاختصاصيين، فضلا عن تحسين جودة الخدمات الطبية من خلال الوصول إلى الأطباء في أي وقت وبأي وسيلة من وسائل الاتصال.

[201]- إن الغاية من التطبيب عن بعد هو تسهيل الولوج إلى خدمات الرعاية الصحية للمرضى الذين لا يجدون إلى ذلك سبيلا بسبب موقعهم الجغرافي؛ خصوصا في المناطق التي لا تتوفر على خدمات القرب الاستشفائية.

كما يمتاز هذا النظام بسرعة الاستجابة الطبية وتقليل السفر للزيارات الطبية، لاسيما لأولئك القاطنين خارج المدن الكبرى أو للسجناء مثلا، فضلا على توفير الوقت والجهد وتفادي تكلفة تنقل المرضى بشكل مستمر، لا سيما لأصحاب الأمراض المزمنة.

ويتم الاعتماد على نظام التطبيب عن بعد لتحسين عمليات تعليم وتكوين الأطباء المتواجدين في المناطق النائية، والتي تعرف ضعف كبير في جاذبية الموارد البشرية الصحية بسبب العزلة، وانسداد الأفق التعليمية في هذه المناطق، لذا، يساهم نظام التطبيب عن بعد في ربط مستشفيات العالم القروي مع مراكز استشفائية إقليمية أو جهوية أو جامعية لتعزيز مزاولتهم وضمان استمرارية تكوين هذه الفئة من الأطر الصحية.

ونظرا لما تعرفه المؤسسات الصحية من تفشي للأمراض وانتقالها، فإن اشتغال هذه المؤسسات بنظام التطبيب عن بعد من شأنه المساهمة في التقليل من العدوى بين المرضى، وبالتالي محاصرة وضبط انتشار الأوبئة والأمراض المعدية[202]. زيادة على إمكانية مراقبة المرضى عن بعد لاسيما أولئك الذين يخضعون للعناية الطبية المركزة، وتقليل زياراتهم للعيادات الطبية والمؤسسات الصحية، كما أن تلقي الرعاية المستمرة من الطبيب المعالج عن بعد عندما لا تكون الزيارة الحضورية مطلوبة أو ممكنة[203] يساهم في إمكانية ضبط وإجراء مواعيد طبية، مما ينعكس إيجابا على فترات انتظار المواعيد الطبية.

إضافة إلى ما ذكر، فبفضل التطبيب عن بعد يتمكن المريض من القيام بالتدخل الضروري والمبكرة مما يغني عن الحاجة إلى أقسام المستعجلات، لأن اللجوء لهذه الأقسام أحيانا يكون بسبب التأخر في القيام بالتدخلات الطبية في وقتها

[202]- جربوعة منيرة، التطبيب عن بعد فرضتها جائحة كورونا، منشورة بالمجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسة، مجلد 58، العدد 2، سنة 2021 ص 135

[203]- جربوعة منيرة، المرجع نفسه، ص 136.

المناسب، وبالتبعية تفادي زيادة تفاقم النقص الحاصل في أعداد مهنيين المنظومة الصحية[204].

ويتميز الاستعمال الحديث لتكنولوجيا الاتصالات في نظام التطبيب عن بعد في إتاحة الفرصة للأطباء الذين يقومون بإجراء الأبحاث للاتصال ببعضهم البعض، بالرغم من بعدهم الجغرافي، إذ يسهل تبادل المعطيات التشخيصية للمرضى، زيادة على تبادل الخبرات الطبية بين مختلف المعاهد والجامعات والمستشفيات الطبية الأمر الذي يؤدي إلى تحسين جودة التعليم الطبي، أو الربط بين المستشفيات داخل الدولة الواحدة أو بين مختلف الدول بمستشفى جامعي أو مرجعي في بعض التخصصات الطبية النادرة.

المطلب الثاني: المرتكزات القانونية لنظام الطب عن بعد وتطبيقاته الممكنة

لاشتغال المرفق الصحي بنظام الطب عن بعد، لا بد من الارتكاز على المقتضيات القانونية التي تؤطر مسطرة الترخيص باعتماده وممارسته وتطبيقاته الممكن، سنكتشف هذه العناصر ضمن فقرتي هذا المطلب.

الفقرة الأولى: المرتكزات القانونية والتنظيمية لنظام الطب عن بعد

لم تشهد المنظومة القانونية المغربية قبل سنة 2015 أية مقتضيات قانونية تتعلق بنظام الطب عن بعد، حتى صدر القانون المتعلق بمزاولة مهنة الطب[205] بسنه لمقتضيات قانونية جديدة تؤطر لنظام التطبيب عن بعد، باعتباره شكل جديد من أشكال مزاولة مهنة الطب، وذلك بتنصيصه على أنه: "يمكن للأطباء المزاولين في المصالح العمومية للصحة وللأطباء المزاولين في القطاع الخاص وكذا المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، أن يلجؤوا في إطار عرضهم للعلاجات والخدمات

---

[204]- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، "الصحة العقلية وأسباب الانتحار بالمغرب" سنة 2022، ص 51، منشور بالموقع الإلكتروني للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي:
https://www.cese.ma/ تاريخ الزيارة، 1 يونيو 2023.

[205]- القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، مرجع سابق.

الصحية إلى الطب عن بعد في إطار احترام لأحكام قانون مزاولة مهنة الطب، والنصوص المتخذة لتطبيقه وكذا المقتضيات التشريعية والتنظيمية المتعلقة بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي، خاصة المحافظة على سرية المعطيات والتقارير المضمنة بالملف الطبي للمريض والمتعلقة بإنجاز العمل الطبي عن بعد" [206].

وكما سبقت الإشارة، فإن الطب عن بعد يعتمد على التكنولوجيات الحديثة في الإعلام والاتصال أثناء مزاولة الطب، يتم الربط بواسطته بين مهني أو مجموعة من مهنيي الصحة يكون من بينهم وجوبا طبيب، أو بين هؤلاء وبين المريض، لتقديم علاجات لهذا الأخير تحت مسؤولية طبيبه المعالج.

وبحسب القانون المذكور فأن الطب عن بعد، يمكن من وضع تشخيص أو طلب رأي متخصص أو التحضير لقرار علاجي أو إنجاز خدمات أو أعمال علاجية أو تتبع حالات المرضى، أو التأطير والتكوين السريري لمهني الصحة. وينضاف إلى ما ذكر أن المشرع المغربي قد خول للأطباء المزاولين بالمغرب، في إطار الطب عن بعد وتحت مسؤوليتهم إمكانية طلب رأي أطباء يزاولون بالخارج أو التعاون معهم للقيام بأعمال علاجية.

ولأجل تنظيم نشاطا في الطب عن بعد، يتعين على المؤسسات الصحية العمومية والخاصة وعلى الأطباء المزاولين بالقطاع الخاص أن يتأكدوا من أن مهنيي الصحة المدعوين للمشاركة يتوفرون على التكوين والمؤهلات التقنية المطلوبة لاستعمال الآلية المستخدمة فيه، كما يجب أن تدون في الملف الطبي للمريض كل الأعمال المنجزة لفائدته في إطار الطب عن بعد وهوية الأطباء المتدخلين ومؤهلاتهم [207].

[206]- المادة رقم 99 من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، مرجع سابق.

[207]- المادة رقم 100 من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، المرجع نفسه.

وقد اشترط قانون مزاولة مهنة الطب، الحصول على الموافقة الصريحة والحرة والمستنيرة، إذ لا يمكن القيام بأي عمل من أعمال الطب عن بعد يهم مريضا إلا بوجود هذه الموافقة التي يجب التعبير عنها كتابة بأي وسيلة بما فيها الوسائل الإلكترونية، وللمريض حق الرفض[208]. غير أنه إذا تعلق الأمر بطفل قاصر أو بشخص خاضع لإحدى إجراءات الحماية القانونية، تطلب الموافقة من نائبه الشرعي أو ممثله القانوني.

وتقتضي ممارسة الطب عن بعد ما تقتضيه الممارسة الاعتيادية من الطبيب وكيفما كان القطاع الذي ينتمي إليه وشكل ممارسته للمهنة، أن يحترم حقوق الإنسان كما هي متعارف عليها عالميا، وأن يحترم في ممارسته المهنية المبادئ التالية:

- حرية المريض في اختيار الطبيب الذي سيعالجه؛
- احترام سلامة وكرامة وخصوصية المرضى الذين يعالجهم؛
- حق المريض، أو عند الاقتضاء نائبه الشرعي أو ممثله القانوني، في الحصول على المعلومة المتعلقة بتشخيص مرضه والعلاجات الممكنة وكذا العلاج الموصوف وآثاره المحتملة والمتوقعة والنتائج المترتبة عن رفض العلاج، على أن تدون المعلومات السالف ذكرها في الملف الطبي للمريض، الذي يمكنه أو لنائبه الشرعي أو لممثله القانوني، أو لذوي حقوقه إذا توفي، الحصول على نسخة منه، ويجب على الطبيب أيضا أن يراعي خصوصيات الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة209.

وتطبيقا للمادة 102 من قانون مزاولة مهنة الطب، فقد صدر نص تنظيمي في شكل مرسوم تطبيقي بتاريخ 26 يوليوز 2018 تحت رقم 2.18.378 في شأن الطب عن بعد[210]، حيث حدد أعمال الطب عن بعد والشروط التقنية لإنجازها، وكذا الكيفيات الضرورية لتطبيق أحكامه، هذا المرسوم عرف تعديل في بعض مواده بموجب

[208]- المادة رقم 101 من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، المرجع نفسه.

[209]- المادة الثانية من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، المرجع نفسه.

[210]- المرسوم رقم 2.18.378 في شأن الطب عن بعد، مرجع سابق.

المرسوم[211] رقم 2.20.675، أهم مضامين هذا التعديل، إلغاء وجوب حضور أحد مهنيي الصحة إلى جانب المريض الذي يتلقى استشارة طبية عن بعد، كما تم التأكيد على ضرورة تضمن ملف طلب الحصول على ترخيص العمل بالطب عن بعد على إذن مسبق خاص بمعالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي من اللجنة الوطنية لمراقبة حماية المعطيات ذات الطابع الشخصي.

من خلال هذه المقتضيات التي تقدمت معنا، يتأكد بأن لدى صناع السياسيات الصحية في المغرب إرادة جدية لاستثمار تقنيات الطب عن بعد في القطاع الصحي بشقيه العمومي أو الخصوصي. إلا أن التساؤل الذي يطرح في هذا الصدد، هو ما مدى جاهزية المنظومة الصحية بالمغرب لتنزيل وأجرأة العمل بنظام الطب عن بعد، ثم ما مدى استعداد الأطر الطبية وشبه الطبية والتقنية لهذا الشكل الجديد من أشكال الممارسة في الميدان الصحي، لذا، فإن البحث في الطب عن بعد، يستدعي الوقوف على تطبيقاته الممكنة لتجويد عمل وأداء المنظومة الصحية الوطنية حتى تتمكن من الاستجابة لمختلف تطلعات المواطنين.

الفقرة الثانية: تنزيل نظام الطب عن بعد وتطبيقاته الممكنة

اعتبرت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية خلال سنة 2018 نظام الطب عن بعد مشروع وطني، ستتولى مهمة تنزيله، للمساهمة في العرض الصحي الوطني وتأهيله، لاسيما في العالم القروي للتغلب على النقص الحاصل في أعداد الأطباء، وكذا استهداف السكان في المناطق المعزولة، حيث قدر بما يناهز 160 جماعة ذات أولوية، تمثل 6.25٪ من السكان المغاربة. هذه الدوائر الترابية التي باتت تعرف مراكزها الصحية نزيف في أعداد أطرها الصحية، بسبب استقالات فردية وجماعية أو عن طريق التقاعد النسبي، بالإضافة إلى مغادرة مهنيي الصحة لأسلاك الوظيفة العمومية

[211] مرسوم رقم 2.20.675 صادر في 8 جمادى الآخرة 1442 (22 يناير 2021) بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.18.378 الصادر في 11 من ذي القعدة 1439 (25 يوليو 2018) في شأن الطب عن بعد، منشور بالجريدة الرسمية عدد 6957، في 2021.02.01.

عن طريق ترك الوظيفة، وذلك من أجل العمل في القطاع الخاص أو للعمل في بلاد المهجر.

وبغية تفعيل نظام الطب عن بعد في المرفق العمومي الصحي، سعت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية في إطار جهودها على المستوى الخارجي إلى عقد اجتماع أول بمقر ها في إطار المشروع الوطني الأول للطب عن بعد، حيث جمع بين وفد ممثل لوزارة الصحة المغربية ووفد عن الجانب الروسي[212] على أساسه تم تحديد جدولة زمنية لتنفيذ هذا المشروع الوطني على ثلاث مراحل:

- 2017-2018: إدخال التطبيب عن بعد في المواقع ذات الأولوية؛
- 2018-2019: تمديد هذه التجربة فيما يقارب 30 جماعة؛
- 2019-2025: تعميم النظام على جميع الجماعات ذات الأولوية وعددها 160.

وفي نفس الإطار التعاوني، عملت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية على توطيد الروابط الاستراتيجية مع شركائها في الهند، من خلال توجههم نحو الأنشطة الإبداعية المصاحبة لاستراتيجية القطاع الصحي قصد تطوير التجارب وتبادل الخبرات فيما يخص التطبيب عن بعد[213].

أما على المستوى الداخلي، فقد سعت الوزارة الى وضع إطار شراكة بينها من جهة، وبين وزارة الداخلية، ووزارة التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي

[212] تم عقد هذا الاجتماع يوم الاثنين فاتح كتوبر 2018، خلال هذا اللقاء، قدم ممثل الجمعية المغربية للطب عن بعد الإطار الحالي لهذا الورش في المغرب كما عرض ممثل الوفد الروسي نظام الطب عن بعد على مستوى الاتحاد الروسي. وقد اتفق الجانبان المغربي والروسي في نهاية اللقاء على عقد اجتماع مستقبلي في موسكو خلال الربع الأول من سنة 2019، بهدف وضع اللمسات الأخيرة لشروط التعاون بين الطرفين. يشار إلى ان هذا البلاغ وظف عبارة التطبيب عن بعد للدلالة على نظام الطب عن بعد. البلاغ منشور في الموقع الإلكتروني لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية www.sante.gov.ma، تاريخ الزيارة 27 ماي 2023 على الساعة 22:36.

[213] مشروع نجاعة الأداء لوزارة الصحة، بمناسبة إعداد قانون مالية، سنة 2019، الصفحة 46 و47 منشور بالموقع الإلكتروني الخاص بالقانون التنظيمي لقانون المالية https://lof.finances.gov.ma تاريخ الاطلاع عليه 05 يونيو 2023 على الساعة 18:26.

والبحث العلمي، والمصالح الطبية التابعة للمفتشية العامة للقوات المسلحة الملكية؛ والوكالة الوطنية لتقنين المواصلات؛ وكذا جامعة محمد السادس لعلوم الصحة من جهة أخرى، ورغم هذه الجهود فلا زال ورش التطبيب عن بعد لم يجد مكانه ضمن أشكال ممارسة مهنة الطب كما تم التخطيط له، باستثناء خلايا اليقظة الوبائية التي تم إحداثها على مستوى المندوبيات خلال جائحة كورونا، حيث كانت الجائحة ظرفا مناسبا لتنزيله في ظل صعوبة حضور كثير من المرضى إلى المستشفيات بسبب مخاوف انتقال العدوى بفيروس كورونا.

ولتجاوز التراخي الذي يعرفه ورش تنزيل نظام التطبيب عن بعد، يتعين الأخذ بما دعت له مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية بمجلس النواب في تقريرها، حيث أوصت بضرورة "العمل على تطوير شبكة المؤسسات العلاجية، مع التركيز على الصحة المتنقلة، والمضي قدما في تشجيع الطب عن بعد خاصة في المناطق النائية" [214].

وبالعودة إلى المرسوم رقم 2.18.378 المنظم للطب عن بعد،[215] فتتحدد تطبيقاته في المغرب بحسب مادته الأولى في خمس خدمات صحية تستخدم تقنيات الإعلام والتواصل لتمكين الوصول إلى العلاج عن بعد كما يلي:

- **الاستشارات عن بعد:** وهي خدمة تسمح بالتفاعل المباشر عن بعد بين الطبيب والمريض لإجراء الاستشارات والفحوصات؛
- **المراقبة عن بعد:** توفر هذه الخدمة التفسير عن بعد للبيانات اللازمة للتتبع الطبي للمريض؛

[214] تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية بمجلس النواب، دورة أبريل 2021، ص 167، منشور بالموقع الإلكتروني للمجلس https://www.chambredesrepresentants.ma تاريخ الاطلاع عليه 30 ماي 2023 على الساعة 12:04.

[215]- المادة الاولى من المرسوم رقم 2.18.378، مرجع سابق.

- **الاستجابة الطبية لمكالمات الطوارئ**: تسمح هذه الإمكانية بتقييم خطورة الحالة لدى المريض؛

- **المساعدة عن بعد:** هي خدمة تقدم مساعدة طبيب من طبيب آخر خلال عملية الفحص الجارية؛

- **الخبرة عن بعد:** تسمح هذه الخدمة بالتعبئة عن بعد لمجموعة من الأطباء في إدارة حالة معقدة.

وقد نص نفس المرسوم، على أنه يمكن كلما اقتضت الضرورة ذلك تتميم لائحة أعمال الطب عن بعد بقرار لوزير الصحة بعد استطلاع رأي المجلس الوطني للهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء[216].

وغني عن البيان، أن مزاولة الطب عن بعد تخضع لمسطرة الحصول على ترخيص مسبق يسلمه وزير الصحة والحماية الاجتماعية، بناء على تقرير مفصل عن زيارة المطابقة الذي تعده لجنة تقنية يعين وزير الصحة أعضاءها والتي تتحقق من موثوقية الآليات والتقنيات المستعملة في نشاط الطب عن بعد مقارنة مع المشروع الذي حصل على الموافقة المسبقة[217].

كما تستدعي مزاولة الطب عن بعد، ضرورة الحصول على الموافقة الحرة والمستنيرة للمريض موضوع أعمال الطب عن بعد، وذلك في احترام تام للمقتضيات التشريعية والتنظيمية المتعلقة بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي.

في ختام هذا المحور، وقبل أن ننتقل للحديث عن العوامل التي يمكن أن تعتبر إكراهات تحد من فاعلية هذا النظام (موضوع المحور الموالي). لا بد من التأكيد على أن استيعاب مهني الصحة لنظام الطب عن بعد وكيفية العمل في إطاره فضلا عن وجود

---

[216]- المادة الأولى من المرسوم رقم 2.18.378، المرجع نفسه.

[217]- المادة رقم 3 من المرسوم رقم 2.18.378، المرجع نفسه.

ترسانة قانونية، غير كافي لضمان ممارسته بشكل أمثل نظرا لوجود إكراهات في تنزيله، لأن أي نظام مهما بلغ في الحسن لا يخلو من وجود سلبيات وإكراهات. تحول دون استثمار كل جوانبه الإيجابية والتي تفتقر إليها المنظومة الصحية المغربية.

المحور الثاني: إكراهات تفعيل نظام الطب عن بعد وسبل تجاوزها

بالرغم من وجود ترسانة قانونية حاولت تأطير ممارسة الطب عن بعد في المغرب، إلا أن تنزيله يثير إكراهات قانونية وتقنية تحد من تطبيقه، سنتعرض لأهم هذه الإكراهات ضمن هذا المحور، لنختم بالوقوف على بعض الحلول الممكنة لتفعيله والرفع من فاعلية المنظومة الصحية المغربية.

المطلب الأول: الإكراهات القانونية والتقنية لنظام الطب عن بعد

يعرف نظام الطب عن بعد كغيره من الممارسات في الميدان الصحي إشكالات قانونية وتقنية أرخت بظلالها على مراحل تنزيله، سنقف على أهم هذه المعيقات ضمن فقرتي هذا المطلب.

الفقرة الأولى: الإكراهات القانونية

إن دخول المقتضيات القانونية الخاصة بنظام الطب عن بعد حيز التنفيذ منذ صدور المرسوم التطبيقي لهذا النظام، شكل ممارسة جديدة في مجال مزاولة مهنة الطب بالمغرب، لكن مع حداثة هذا النظام فإنه يثير إشكالات قانونية سنحاول التطرق لأهمها ضمن هذه الفقرة.

وبحسب المرسوم المذكور فإن مزاولة أعمال الطب عن بعد مشروطة بضرورة الحصول على الترخيص من وزير الصحة والحماية الاجتماعية، وفق ما نصت عليه المادة الثالثة من المرسوم المنظم للأعمال الطب عن بعد، حيث أوجبت هذه المادة أن يتضمن ملف طلب الترخيص من بين وثائقه: "**قائمة المتدخلين في إنجاز أعمال الطب عن بعد، مرفق بنسخ مشهود بمطابقتها لأصول ديبلوماتهم أو شهاداتهم المهنية وسيرهم الذاتية**"، هذا المقتضى يطرح سؤالا حول صحة هذا الترخيص في حالة تغيير

وضعية أحد المتدخلين تقييده بالجدول الذي يمارس في إطاره[218]، كأن يتم نقل تقيده من جدول الأطباء الممارسين في القطاع الخاص إلى جدول الأطباء الممارسين في القطاع العام، أو من مصحة إلى أخرى. أو بمناسبة وفاة أحد المتدخلين في إنجاز أعمال الطب عن بعد عقب الحصول على الترخيص أو حتى أثناء سير مسطر طلب الترخيص، لذا، فإن جوهر الإشكال يبرز عندما لم يعد أحد المتدخلين في أعمال الطب عن بعد تابعا للجهة التي تطلب الحصول على الترخيص، والحال أن وثائق (شواهد ديبلومات) المتدخل المعني بالتغيير قد تم تقديمها مع الوثائق الإدارية الخاصة بباقي المتدخلين في إنجاز أعمال الطب عن بعد[219].

فبالرجوع إلى المادة 7 من نفس المرسوم، فقد نصت على أن كل "تغيير مزمع إدخاله على أحد العناصر التي تم على أساسها منح الرخصة بمزاولة أعمال الطب عن بعد، يجب أن يبلغ قبل القيام به إلى وزير الصحة الذي يجوز له أن يعترض على التغيير المذكور خلال الستين يوما الموالية لتاريخ تبليغه، بعد استطلاع رأي لجنة الطب عن بعد، وإذا كان من شأن التغيير أن يؤدي إلى إعادة النظر في الأسباب التي دعت إلى منح الرخصة"[220]. فربط المادة الثالثة بالمادة السابعة لا يمكن من حل كل جوانب الإشكال نظرا لغموض القصد من مفهوم عبارة "العناصر" الواردة في المادة السابعة السالفة الذكر، فهل يقصد بها التعديل الذي يطرأ على الأشخاص أم على المعدات أم عليهما معا، فضلا على أن نفس المادة قد منحت وزير الصحة إمكانية التعرض عن التغيير خلال مدة ستين يوما، مما يطرح السؤال عن صلاحية الترخيص الممنوح، لا سيما إذا كان تغيير أحد العناصر مفاجئ وغير متوقع.

---

[218]- تنص المادة 4 من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، على أنه" لا يجوز لأي أحد أن يقوم بأي عمل من أعمال مهنة الطب بأي صفة من الصفات إلا إذا كان مقيدا بجدول الهيئة وفق أحكام هذا القانون وأحكام القانون رقم 08.12 المتعلق بالهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء، حسب القطاع الذي يعتزم المزاولة فيه.

[219] المادة رقم 3 من المرسوم رقم 2.18.378 مرجع سابق.

[220]- المادة رقم 7 من المرسوم رقم 2.18.378 مرجع سابق.

وارتباطا بنفس المادة التي تشترط للحصول على الترخيص الذي يسلمه وزير الصحة أن يتضمن ملف طالب الترخيص شهادة أو تقرير يوضح سلامة التقنيات والآليات المزمع استعمالها في إنجاز أعمال الطب عن بعد، دون أن تحدد المعايير المعتمدة في الحكم على سلامة هذه الآليات من عدمه[221]، ودون أن تبين الجهة التي تعد أو تصدر هذه الشهادة او التقرير، وهو ما من شأنه أن يساهم في وقوع حوادث تقنية أو أخطاء طبية تلحق ضررا بالمستفيد من خدمات الطب عن بعد.

وفيما يخص المسطرة التي خولتها الفقرة الأولى من المادة 100 من قانون مزاولة مهنة الطب، المتمثلة في إمكانية استعانة الأطباء المزاولين بالمغرب في إطار الطب عن بعد بأطباء يزاولون بالخارج إما لطلب رأيهم أو التعاون معهم في القيام بأعمال علاجية، تحت مسؤولية الأطباء المزاولين بالمغرب[222]، فإن تطبيق هذه المسطرة يثير مسألة اشتراط موافقة المريض على هذا الإجراء كما تثير كذلك طبيعة الشروط الواجب توفرها في الطبيب الذي تتم الاستعانة بمشورته[223]، ومدى إلزام المسؤول عن أعمال الطب عن بعد (طبيب أو مؤسسة صحية) بالتصريح بهؤلاء الأطباء الذين يزاولون بالخارج لدى السلطات الصحية، وبالتبعية من يتحمل المسؤولية الناتجة مباشرة عن الضرر المعنوي الذي يمكن أن يتسبب فيه هذا الطبيب الذي يزاول في الخارج ويشارك في أعمال الطب عن بعد.

فضلا عن تلك الإشكالات، يمكن أن تثار المسؤولية الناتجة عن الأخطار المترتبة عن اختراق نظم المعلومات من طرف جهات أجنبية تؤدي إلى إلحاق ضرر بمرتفقي خدمات التطبيب عن بعد جراء الوصول على معطياتهم والتلاعب بها. كما إن غياب أخلاقيات ممارسة الطب عن بعد على المستوى العالمي من شأنه أن يساهم في زيادة

---

[221]- بسدوان رضوان، الطب عن بعد في المغرب: قراءة في التشريع المنظم وإكراهات الواقع، مجلة الوقائع القانونية، العدد 9، سنة 2021، ص76.

[222] المادة 100من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، مرجع سابق.

[223] بسدوان رضوان، مرجع سابق، ص 76.

الاشكالات القانونية المطروحة وتعقيدها ويرجع ذلك أساسا لارتباطه بأشخاص ومرافق ينتسب أصحابها لنظم قانونية مختلفة.

ومن بين الإشكالات كذلك، ما يثيره تطبيق المادة 15 من المرسوم أعلاه، حيث نصت في فقرتها الأخيرة منها على إلزام مهني الصحة أثناء القيام بعمل من أعمال الطب عن بعد أن يضمن ملف المريض الحوادث التقنية التي نشأت أثناء إنجاز العمل عند الاقتضاء، مما يتبين معه أن هذه المادة تبقى قاصرة عن حماية المريض، خصوصا عند وقوع حوادث تقنية تسبب فيها المهني نفسه أثناء القيام بأعمال التطبيب عن بعد، فكيف يمكن ان يتقيد المهني بالمادة 15 السالف ذكرها[224] ويضمن ملف المريض أخطاء كان من وراء حدوثها هذا المهني، يمكن ان تكون وسيلة إثبات تعرضه للمساءلة.

ومما يثار أيضا بعد التشخيص ووصف خطة العلاج، إشكال يتعلق باقتناء المريض للأدوية من عند الصيدلي، هذا الأخير الذي لا يمكن أن يسلم الدواء للمريض بناء على وصفة في حامل الكتروني، فبالرجوع إلى المادة 34 من القانون رقم 17.04 المتعلق بمدونة الأدوية والصيدلة، التي نص على أنه "يجب على الصيدلي قبل تسليم أي دواء موصوف من قبل طبيب أو جراح أسنان أو قابلة أو بيطري، أن يتأكد من أن الوصفة محررة بشكل واضح وتحمل تاريخ تحريرها وكذا التوقيع بخط يد محررها وختمه واسمه وصفته مكتوبة بكاملها وعنوانه ...." [225].

صلة بالحديث عن الوصفة الطبية، ومن أجل سلك مسطرة التعويض عن أعمال الطب عن بعد، تبعا لمرحلة التشخيص الطبي واقتناء الدواء وكذا المستلزمات الطبية الضرورية للعلاج، فإن المريض الذي يتوفر على تغطية صحية سيعمد إلى تقديم ملفه مرفق بالوثائق المثبتة قصد تعويضه. لذا، فإن غياب وصفة طبية في حامل ورقي، وغياب رمز تعريفي لخدمات الطب عن بعد في المصنف العام للأعمال

[224] المادة رقم 15 من المرسوم رقم 2.18.378 مرجع سابق.

[225] المادة 34 من القانون رقم 17.04ب مثابة مدونة الأدوية والصيدلة الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.06.151 صادر في 30 من شوال 1427 (22 نوفمبر 2006) منشور بالجريدة الرسمية عدد 5480 بتاريخ 07.12.2006.

المهنية، من شأنه أن يعرقل مسطرة التعويض أو التحمل عن هذه الأعمال، رغم تنصيص المادة 16 من المرسوم السالف الذكر على أن المصاريف المتعلقة بأعمال الطب عن بعد تكون موضوع تحمل أو تعويض حسب الحالة، طبقا للمقتضيات التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل في مجال التغطية الصحية. مما يفرض على اللجنة الوطنية لمصنفات الأعمال المهنية والوكالة الوطنية للتأمين الصحي القيام بالمطلوب حسب اختصاص كل واحد منهم[226] مع ضرورة تعديل المادة 34 السالف ذكرها، بحيث تسمح للصيدلي بتقديم الأدوية بناء على وصفة في حامل الكتروني أو بناء على صورة من الوصفة الطبية استلمها المريض من طبيبه المعالج في إطار نظام التطبيب عن بعد.

هذه الاشكالات القانونية التي تم الوقوف عليها، رغم أنها ستحد ولو بشكل جزئي من تنزيل أعمال الطب عن بعد إلا أنها لا تعيق بالمرة مزاولته، لذا، يتعين العمل على تدارك هذه الإشكالات ما أمكن حتى يقبل المواطنون والمواطنات على هذا النظام، مع العمل على إحكام الجوانب التقنية للتطبيب عن بعد الذي يعد غاية في الأهمية لا تنفصل عن باقي الجوانب المتصلة بأشكال ممارسة مهنة الطب والتي ستتناولها الفقرة المقبلة بالتفصيل.

الفقرة الثانية: الإكراهات التقنية

إن مزاولة أعمال الطب عن بعد في المغرب يرتبط بجوانب تقنية، منها ما يتعلق بإرادة الفاعل العمومي ومنها ما يرتبط بمرتفقي المؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص، لذا، سنحاول من خلال هذه الفقرة بسط أهم هذه العوامل التي تحد من فاعلية أعمال الطب عن بعد.

وتتجلى الإكراهات التقنية لنظام التطبيب عن بعد في جهل كثير من المواطنات والمواطنين ومنهم المرضى للخدمات التي يمكن أن تكون موضوع أعمال الطب عن بعد،

[226] بدنيني يوسف، التأطير القانوني للطب عن بعد في المغرب، مجلة قانونك، العدد 15، سنة 2023، ص 63.

فضلا عن صعوبة استخدام التكنولوجيا من قبل كثير من المرضى، ويرجع السبب في ذلك لتفشي الأمية لدى أعداد كثيرة لفئات المواطنين. يوازي هذه الإكراهات ضعف ثقافة المواطنين في تفاعلهم مع الأطقم الصحية في ظل هذا النظام، مما ساهم بشكل كبير في محدودية تفعيله.

إلى جانب ذلك فإن الحاجة للأجهزة الإلكترونية الحديثة التي لا تتوفر لدى البعض، وارتفاع تكلفة لكثير من المعدات التقنية والطبية التي تدخل في منظومة الطب عن بعد، يعد عاملا مهما في التأثير على تعزيز المنظومة الصحية الوطنية بهذه الممارسة، كما أن البنية التحتية المتمثلة في الاتصالات السلكية واللاسلكية ضرورة أساسية لهذا النظام، ومع الضعف الحاصل في هذا الجانب بالمناطق النائية التي لا تعرف تغطية بشبكية الأنترنت أو وجود شبكة ضعيفة من شأنه أن يعيق ربط الاتصال بشكل سليم بمهنيي الصحة.

وفي ظل تزايد مخاطر الأمن الإلكتروني وقرصنة نظم المعلومة، تزيد مخاطر انتهاك الخصوصية، بمناسبة مكالمات الانترنت وتسجيلات الفيديو المصورة أو المحتفظ بها في سجلات إلكترونية، مما يمكن أن يعرض هذه البيانات للاختراق وهو ما يمكن أن يعيق الإقبال كذلك على نظام الطب عن بعد.

ويندرج ضمن المشاكل التقنية أيضا، مسألة تلقي خدمات التطبيب عن بعد لدى بعض الفئات من المرضى خصوصا المصابين منهم بمشكلات السمع، أو مشكلات النطق، أو فقد البصر، أو المرضى الذين يتحدثون بلغات أخرى مما يعيق كذلك الاستفادة السليمة من خدمات التطبيب عن بعد.

انطلاقا من الإشكالات السالف ذكرها، يتبين سبب تأخر المصالح العمومية الصحية في تفعيل نظام الطب عن بعد، فضلا عن غياب النص التنظيمي الذي **يحدد بموجبه قائمة المصالح العمومية للصحة التي تزاول بها أعمال الطب عن بعد، وذلك بعد استطلاع رأي لجنة الطب عن بعد**، حتى تزاول بالمصالح العمومية للصحة

أعمال التطبيب عن بعد في احترام لمقتضيات نفس المرسوم. وانسجاما مع مادته رقم 9 منه.

المطلب الثاني: الإكراهات ذات الصلة بالمسؤولية عن الأخطاء الطبية ومداخل تفعيل نظام الطب عن بعد

زيادة على الإكراهات القانونية والتقنية التي مرت معنا في المطلب السابق، سيعالج هذا المطلب الإكراهات المتصلة بالأخطاء الطبية والمسؤولية الناتجة عنها في الممارسة الصحية، لنخلص في الفقرة الأخيرة إلى الحلول الممكنة لتجاوز مختلف اكراهات التطبيب عن بعد.

الفقرة الأولى: المسؤولية نتيجة الأخطاء الطبية وعلاقته بنظام الطب عن بعد

لا شك أن أهمية نظام التطبيب عن بعد برزت بشكل كبير في العالم منذ بداية جائحة كورونا. فبالقدر الذي لقي استحسان بعض مهنيي الصحة، أثار مخاوف ومقاومة مهنيين آخرين نظرا للالتزامات الجديدة التي سترتب عن دخول هذا الشكل الجديد من الممارسة المهنية، بالإضافة إلى الإكراهات التي قد تلاقيها الأطقم الصحية والمسؤولية المترتبة عن تدخلهم في ظل اعتماد التطبيب عن بعد كآلية حديثة مساهمة لاشتغال المرفق الصحي (المستشفيات والمراكز الصحية والمصحات والعيادات الطبية الخاصة).

إن العمل بنظام الطب عن بعد يحمل كثير من المخاطر، زيادة على المخاطر التي يتعرض لها المرضى أثناء تواجدهم المباشر مع الأطقم الصحية في غياب الوسائل والوسائط الإلكترونية، مما يمكن لهذه الممارسة أن تأتي بنتائج عكس ما يصبو إليه المرفق الصحي جراء الأخطاء الطبية أو الحوادث التقنية التي يمكن أن تلحق ضررا بالمرضى.

ومن صور الأخطاء الطبية، الخطأ الطبي الفني، الذي يصدر عن الطبيب، ويتعلق بأعمال مهنته، يتوجب لإثبات المسؤولية عنه أن يرتب الخطأ ضررا لمرتفق الخدمة الصحية، ومن أمثلته عدم الالتزام بالتحاليل الطبية، والخطأ في نقل الدم، وإصابة المريض بسبب سوء استخدام المعدات والأجهزة الطبية، فضلاً عن التسبب في تلف عضو، أو تفاقم علة. كما أن هناك صنف آخر من الأخطاء تعتبر عادية، من قبيل الإخلال بواجبات الحيطة والحذر التي ينبغي أن يلتزم الطبيب وغيره، ومثاله أن يجري الطبيب عملية جراحية وهو في حالة سكر.

فضلا عما ذكر، يتخذ الخطأ الطبي صور أخرى، تتمثل في عدم احترام خصوصية بعض المرضى أو عدم محافظة الطبيب على جسد المريض أو الإخلال باحترامه، أو عدم الالتزام بالمعايير المهنية في التعامل مع المريض، أو الاستهزاء والسخرية من المريض بسبب وضعه الاجتماعي أو مستواه العلمي.

ومن صور الخطأ كذلك، إفشاء أسرار المريض سواء أكانت متصلة بمرضه أو أسرار شخصية، لأن كتمان السر المهني يطلب بشكل كبير في الميدان الطبي. وقد تعتبر إحدى صور الخطأ كذلك، عدم تقديم الرعاية الطبية لمرضى الأمراض المعدية، إذ على الطبيب الاستمرار في تقديم خدماته الطبية لجميع المرضى سواء المصابين بأمراض معدية أو غير معدية، ويعتبر خطأ كذلك تقديم الخدمات الطبية دون رضا المريض، إلا في الحالات الطارئة والعمليات المستعجلة كما لا يجوز فرض العلاج على المريض.

زيادة عن الأخطاء المشار إليها في ظل الممارسة العادية لمهنة الطب، فإن اعتماد نظام الطب عن بعد كآلية حديثة في اشتغال المرفق الصحي (المستشفيات؛ المراكز الصحية؛ العيادات؛ المصحات)، من شأنه أن يثير مسؤولية أكثر للأطقم الطبية والتمريضية، لاسيما عندما تطرأ بعض الحوادث التي تؤدي إلى انقطاع عملية التطبيب عن بعد وذلك من خلال: حدوث تلف كلي أو جزئي يصيب الأجهزة مما يؤثر على حسن سير عملية التطبيب عن بعد والحيلولة دون بلوغ النتائج المرجوة، بل تصل

آثار الحادث في بعض الحالات المستعجلة والخطيرة الى وفاة المريض، ومن بين أهم الحوادث التي تعترض طريق التطبيب عن بعد: انقطاع التيار الكهربائي، اصطدام أو سقوط أو تلف الأجهزة التي تستخدم للتواصل كشبكة الأنترنت أو وجود أعطاب في الأجهزة بسبب مشاكل في الصيانة الفنية، هذه الحوادث لا شك أنها تؤثر سلبا على التدخلات الطبية عن بعد سواء التشخيصية، او الجراحية أو بمناسبة التكوين أو المراقبة الطبية عن بعد.

ولضمان ممارسة طبية سليمة، يتعين على الطبيب تفادي حدوث مجمل الأخطاء الطبية والتقنية التي من الممكن أن تسبب ضررا للمريض وترتب مسؤوليته القانونية، فضلا عن حرصه على بذل العناية اللازمة تجاه المريض، لأن إثبات أي تقصير تجاهه بمناسبة مزاولته لمهنة الطب سواء المزاولة الاعتيادية أو في إطار الطب عن بعد، من شأنه أن يثير مسؤوليته كما يثير مسؤولية المرفق الصحي في القطاع العام والخاص، سيما عندما يترتب عن الخطأ ضرر للمريض.

وعلى هذا الأساس، فإن التزم الطبيب هو بالأساس التزام ببذل عناية كما تنص على ذلك المقتضيات القانونية المؤطرة للممارسة الطبية، وتؤكد ها جملة من الاحكام والقرارات القضائية، يمكن أن نستشهد في هذا الإطار بقرار محكمة النقض رقم 1795/2010 في الملف عدد 129/1/3/2008 بتاريخ 2010-04-20 الذي قضى" **بأن الطبيب ملزم ببذل عناية الرجل المتبصر، حي الضمير، وأن يسلك في ذلك مسلك الطبيب اليقظ من نفس مستواه المهني الموجود في نفس الظروف المحيطة به، وكل تقصير أو إهمال من طرفه مناف للأصول العلمية الثابتة في علم الطب يرتب مسؤوليته المدنية** [227]"

[227] قرار محكمة النقض رقم 1795/2010 في الملف عدد 129/1/3/2008 بتاريخ 2010-04-20 منشور في منصة الاحكام القضائية بموقع المجلس الأعلى للسلطة القضائية https://juriscassation.cspj.ma/ تاريخ الزيارة 31 ماي 2023 على الساعة 18:30.

كما قضت محكمة النقض في نفس الإطار في قرار لها رقم 4607/2011 في الملف عدد 4976/1/3/2009 بتاريخ 25-10-2011 على" **أن الطبيب الجراح بصرف النظر عن طبيعة العملية الجراحية التي يجريها تجميلية أم علاجية، يقع عليه الالتزام ببذل عناية، وعدم الإهمال والتقصير واتخاذ كل التدابير اللازمة، وأن مسؤوليته تبدأ حتى قبل إجراء العملية الجراحية إذا ما أخل بالتزامه بإعلام المريض وتبصيره بكافة الأخطار والعواقب التي قد تنتج عن العملية الجراحية ومدى احتمال نجاحها من عدمه ونسبة ذلك.** "[228]

من خلال القرارين القضائيين فإن التزام الطبيب ببذل العناية لا يكفي فيه إقرار الطبيب بما قام به من عنايته، بل يمكن الاعتماد على قرائن للتأكد من طبيعة العناية المقدمة، ومنها مقارنته بالعناية التي يمكن أن يقدمها طبيب آخر من نفس مستواه وفي نفس ظروفه طبقا لقرار محكمة النقض السالف الذكر تحت عدد 1795/2010. كما أقرت محكمة النقض في قرارها عدد 4607/2011 حيث وسعت من نطاق المسؤولية وأقرت بأن مسؤولية الطبيب تبدأ حتى قبل إجراء العملية الجراحية خصوصا ما يرتبط بشرط إعلام المريض وتبصرته.

وفي حكم للمحكمة الإدارية بأكادير قضت بمسؤولية المرفق الصحي العمومي لكونه" أكد على توفير الظروف الملائمة لعلاج واستقبال المرضى وتوفير الخدمات الطبية بمختلف أنواعها والكفاءات المهنية لمطلوبة واستقبال المرضى حسب كل حالة لتوفير العلاج والعناية الطبيتين اللازمتين، وكل إهمال أو تقصير في هذا الجانب تتحمل تبعاته الدولة باعتبارها المسؤولة أساسا على صحة المواطنين...، لذا، فثبوت إخلال مرفق الصحة بمبدأ مساواة المواطنين في العلاج والعناية الطبية حينما قرر منع الهالكة من الاستفادة من تصفية دمها اصطناعيا يجعل الدولة المغربية مسؤولية عن

[228] قرار محكمة النقض رقم 4607/2011 في الملف عدد 4976/1/3/2009 بتاريخ 25-10-2011 منشور في منصة الاحكام القضائية بموقع المجلس الأعلى للسلطة القضائية https://juriscassation.cspj.ma/ تاريخ الزيارة 31 ماي 2023 على الساعة 18:34.

الأضرار اللاحقة بأبنائها بعد وفاتها. وعليه، فإن هذا الحكم القضائي أكد على المبادئ العامة التي سبق أن أقرها القضاء في العديد من الأحكام منها:

- التزام أطباء مرفق الصحة هو التزام ببذل العناية اللازمة دون أي تقصير أو إهمال؛

- المسؤولية الطبية في إطار القانون العام لا تكون إلا تقصيرية من خلال المادة الثامنة من قانون المحاكم الإدارية والمادتين 79 و80 من قانون الالتزامات والعقود؛

- مسؤولية الدولة مفترضة تقوم بدون خطأ إذ يكفي إثبات الضرر وعلاقته بالمرفق العام؛

- مبادئ المرافق العامة تقوم على إشباع خدماتها لجميع المواطنين على وجه المساواة.

وانطلاقا من أن مبادئ المرافق تقوم على إشباع خدمات المواطنين على وجه المساواة، فإن الإخلال بالعناية الطبية اللازمة هو إخلال بمبدأ مساواة المواطنين في العلاج تستوجب الحق في التعويض[229] وأن قواعد المسؤولية بمفهومها التقليدي لا تسعف في إثبات الخطأ وبالتالي يتعذر تعويض المضرور، مما ساعد على إقرار المسؤولية بدون خطأ. وذلك من أجل إعفاء المريض من عبء إثبات الخطأ الطبي، وبهذا يمكن القول إن المشرع المغربي رغبة منه في تخفيف العبء على المتضرر، كان سباقا إلى إقرار المسؤولية على أساس المخاطر، فهو لم يجعل هذه المهمة تقع على عاتق الاجتهاد القضائي، تماشيا مع ما يفرزه التقدم العلمي والتكنولوجي من تعقيدات وصعوبات، من شأنها أن تعقد إمكانية إثبات خطأ الإدارة.

[229]- محمد الأعرج، مسؤولية الدولة والجماعات الترابية في تطبيقات القضاء الإداري المغربي؛ منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية العدد 77 الطبعة الأولى 2013 .

الفقرة الثانية: مداخل تفعيل نظام الطب عن بعد وسبل تجاوز إكراهات تنزيله

بغية الاستفادة من مزايا نظام الطب عن بعد وتجاوز إكراهات تنزيله، والإشكالات التي تعترض فاعليته يقترح تفعيل التدابير التالية:

- اتباع نظام التطبيب عن بعد في الأوساط المهنية والتعليمية، بحيث يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية للموظفين والأجراء من مقرات عملهم وكذا التلاميذ والطلاب، مما يزيد معرفة الأشخاص ووعيهم بخدمات نظام الطب عن بعد؛
- تنظيم قوافل طبية للتعريف بنظام الطب عن بعد، وإجراء تدخلات طبية تربط مباشرة بين المناطق البعيدة وأحد المراكز الاستشفائية في الأقاليم أو الجهات؛
- تشجيع توطين استعمال تقنيات الطب عن بعد، كوسيلة لتحسين جودة الخدمات، وخفض التكاليف وضمان جودة الحياة[230]؛
- تطوير خدمة الطب عن بعد في المرافق الصحية بتراب المملكة، عبر تدريب المهنيين التابعين للمستوصفات على استعمال المعدات الضرورية لنظام التطبيب عن بعد؛ واستهداف الأقاليم التي تعيش في وضعية عزلة صحية، من أجل ضمان ولوج المرضى إلى خدامات التطبيب عن بعد؛
- توفير مترجمين داخل منصة الطبيب التي تقوم بتقديم الخدمات الإلكترونية.
- اشراك المنابر الإعلامية الوطنية والمحلية في التعريف بهذا النظام ومزاياه؛
- نشر تعليمات واضحة في كيفية استخدام هذا النوع من التكنولوجيا مع كتابة جميع ما يحتاجه المريض قبل إجراء الموعد الافتراضي؛
- إنشاء بنك معلومات لجميع المستشفيات على المستوى الوطني لتبادل الخبرات والاستشارات الطبية.

---

[230] تقرير موضوعاتي، حول فعالية الحق في الصحة. تحديات، رهانات ومدخل التعزيز، صادر عن المجلس الوطني لحقوق الإنسان، بتاريخ فبراير 2022، ص68، منشور بالموقع الإلكتروني للمجلس https://cndh.ma/ تاريخ الزيارة يوم 6 يونيو 2023 على الساعة 16:04.

- تجهيز المستشفيات بالأجهزة التكنولوجية اللازمة لتقديم هذا النوع من الخدمات الطبية تدريجيا وتوفير آليات الدفع عبر الانترنيت، سيما فيما يخص خدمات المصحات والعيادات الطبية.
- رقمنة المسارات العلاجية للمريض، وإحداث أرشفة إلكترونية لصور الأشعة والتحاليل الطبية وجميع الخدمات المتعلقة بالمرضى، والمعلومات المهمة للأطباء الافتراضيين[231].
- ضرورة مراعاة المعايير الواجبة في اختيار مديري المستشفيات، حيث يتعين توفرهم على القدرات الإدارية والتنظيمية والتقنية بما ينعكس إيجابا على أداء المستشفى.
- تحفيز مديري المستشفيات للعمل المستمر على تطوير وتحسين مستوى الأداء من خلال منحهم هامش من الحرية للاستعانة بالخبرات الاستشارية المتخصصة في مجال الإدارة ونظم المعلومات وتكنولوجيا المعلومات والرقابة والجودة.
- تعزيز مستوى التنسيق بين المراكز الصحية للقرب والمستشفيات والمراكز الاستشفائية بمختلف درجاتها، لا سيما بعد إخراج مشروع القانون رقم 08.22 المتعلق بالمجموعات الصحية الترابية الذي ستنتظم في إطارها جميع المؤسسات الصحية العمومية داخل النفوذ الترابية بكل جهة بما فيها المؤسسات الصحية العسكرية[232].

[231] تقرير موضوعاتي حول الأمن الصحي كمدخل لتعزيز السيادة الصحية، صادر عن مجلس المستشارين، سنة 2022 ص88، منشور بالموقع الإلكتروني للمجلس: http://chambredesconseillers.ma تاريخ الزيارة يوم 5 يونيو 2023، على الساعة 18:20.

[232] المادة رقم 3 من مشروع القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، منشور بالموقع الإلكتروني لمجلس النواب: https://www.chambredesrepresentants.ma تاريخ الزيارة 7 يونيو 2023 على الساعة 12:55.

خاتمة:

نخلص من خلال هذه الورقة إلى أنه بالرغم من توفر المغرب على مقتضيات تشريعية وتنظيمية أطرت لنظام التطبيب عن بعد منذ ما يزيد عن خمس سنوات، إلا أن تفعيله لم يتم وفق ما تم التخطيط له. لذا، وجب تدارك التأخير في تنزيل هذا الورش بدمج التكنولوجيات الحديثة في الممارسة الصحية من أجل دعم الجهود الرامية الى ضمان تكافؤ الفرص في الاستفادة من العرض الصحي وتوازنه وتقليص التفاوتات بكل أشكالها. كما أن استعمال التقنيات الجديدة سيساعد على تعزيز التوعية والتربية الصحية والتشخيص والعلاج والتتبع والمرافقة الصحية للمواطنين والمواطنات في المناطق الأقل استفادة من التطبيب رغم كل الإكراهات.

ولا سبيل لذلك، إلا بإيجاد حلول للمشاكل التنظيمية والتدبيرية، التي تعاني منها المنظومة الصحية، وتظافر جهود المتدخلين والشركاء الصحيين، داخل المنظومة الصحية وخارجها، لتتبوأ مكانتها وتحقق سيادة صحية تساهم في حفظ كرامة المواطنات والمواطنين وأمنهم الاستراتيجي.

لائحة المراجع:

- الدستور المغربي، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.91، بتاريخ في 27 من شعبان 1432 (29 يوليو 2011)، منشور في بالجريدة الرسمية عدد 5964، بتاريخ 30.07.2011.
- القانون إطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.83 الصادر في 29 من رجب 1432 (2يوليو 2011). الجريدة الرسمية عدد 5962، بتاريخ 21.07.2011.
- القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.22.77 صادر في 14 من جمادى الأولى 1444 (9 ديسمبر 2022)، الجريدة الرسمية عدد 7151، بتاريخ 12.12.2022.

▪ القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.15.26 الصادر في 29 من ربيع الآخر 1436 (19 فبراير 2015)، منشور بالجريدة الرسمية عدد 6342 بتاريخ 12 مارس 2015.

▪ المرسوم رقم 2.18.378 الصادر في 11 من ذي القعدة 1439 (26 يوليو 2018) في شأن الطب عن بعد، منشور بالجريدة الرسمية عدد 6694 بتاريخ 26 يوليوز 2018.

▪ محمد بن مكرم بن منظور الإفريقي المصري، لسان العرب، الطبعة الأولى، دار صادر ببيروت،

▪ محمد بن يعقوب الفيروز أبادي، القاموس المحيط، الطبعة الأولى، مؤسسة الرسالة، 1968

▪ جربوعة منيرة "التطبيب عن بعد مافرضتها جائحة كورونا"، مقال منشور بالمجلة الجزائرية للعلوم القانونية والسياسة، مجلد 58، العدد 2، سنة 2021.

▪ القانون رقم 10.94 المتعلق بمزاولة الطب، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.96.123 بتاريخ 5 ربيع الآخر 1417 (21 أغسطس 1996)، منشور بالجريدة الرسمية عدد 4432 بتاريخ 1996/11/21.

▪ سليمان مليكة طيب، الطب عن بعد، إبداع في الخدمة الطبية، مداخلة ألقيت بأشغال الملتقى الدولي للإبداع والتغيير التنظيمي في المنظمات الحديثة، دراسة وتحليل تجارب وطنية ودولية، بجامعة سعد حلب، سنة 2011.

▪ Code de la santé publique, introduit par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Tel que modifié et complété. Texte disponible sur le site officiel de publication législative française Légifrance, Lien de Source :https://www.legifrance.gouv.fr

▪ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، "الصحة العقلية وأسباب الانتحار بالمغرب" سنة 2022، منشور بالموقع الإلكتروني للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي: https://www.cese.ma/

▪ المرسوم رقم 2.20.675 الصادر في 8 جمادى الآخرة 1442 (22 يناير 2021) بتغيير وتتميم المرسوم رقم 2.18.378 الصادر في 11 من ذي القعدة 1439 (25 يوليو 2018) في شأن الطب عن بعد، منشور بالجريدة الرسمية عدد 6957، في 2021.02.01

▪ تقرير مشروع نجاعة الأداء لوزارة الصحة، بمناسبة إعداد قانون مالية، سنة 2019، منشور بالموقع الإلكتروني الخاص بالقانون التنظيمي لقانون المالية https://lof.finances.gov.ma.

▪ تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية بمجلس النواب، دورة أبريل 2021، منشور بالموقع الإلكتروني للمجلس https://www.chambredesrepresentants.ma.

▪ بسدوان رضوان، الطب عن بعد في المغرب: قراءة في التشريع المنظم وإكراهات الواقع، مجلة الوقائع القانونية، العدد 9، سنة 2021.

▪ القانون رقم 17.04بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.06.151 صادر في 30 من شوال 1427 (22 نوفمبر 2006) منشور بالجريدة الرسمية عدد 5480 .

▪ بدنيني يوسف، التأطير القانوني للطب عن بعد في المغرب، مجلة قانونك، العدد 15، سنة 2023.

▪ قرار محكمة النقض رقم 1795/2010 في الملف عدد 129/1/3/2008 بتاريخ 20-04-2010 منشور في منصة الاحكام القضائية بموقع المجلس الأعلى للسلطة القضائية https://juriscassation.cspj.ma/.

▪ قرار محكمة النقض رقم 4607/2011 في الملف عدد 4976/1/3/2009 بتاريخ 25-10-2011 منشور في منصة الاحكام القضائية بموقع المجلس الأعلى للسلطة القضائية https://juriscassation.cspj.ma/.

▪ محمد الأعرج، مسؤولية الدولة والجماعات الترابية في تطبيقات القضاء الإداري المغربي؛ منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية العدد 77 الطبعة الأولى 2013.

▪ تقرير موضوعاتي، حول فعالية الحق في الصحة. تحديات، رهانات ومدخل التعزيز، صادر عن المجلس الوطني لحقوق الإنسان، بتاريخ فبراير 2022، منشور بالموقع الإلكتروني للمجلس https://cndh.ma/

▪ تقرير موضوعاتي حول الأمن الصحي كمدخل لتعزيز السيادة الصحية، صادر عن مجلس المستشارين، سنة 2022. منشور بالموقع الإلكتروني للمجلس: http://chambredesconseillers.ma.

الفصل السابع

الثقافة الصحية بالمغرب بين فعل الوقاية واستراتيجيات العلاج مقاربة سوسيوـأنثربولوجية

Heath culture in Morocco between prevention and treatment strategies Socio-anthropological approach

رقية أشمال

أستاذة القانون العام بجامعة محمد الخامس،
كلية علوم التربية، المغرب الرباط؛

ابراهيم الزاهي

** باحث في علم الاجتماع بجامعة محمد الخامس،
كلية علوم التربية، المغرب الرباط.

ملخص:

تسعى هذه الدراسة الميدانية، إلى تفكيك أبعاد الثقافة الصحية، انطلاقا من المعنى والتأويل الذي يعطيه الأفراد لحياتهم الجسدية، في تفاعل مع الاجراءات الوقائية والممارسات العلاجية في الاعتناء بالصحة. ثم الوقوف عند المسارات التي تشكل الثقافة الصحية، في ظل التعددية الطبية التي يعرفها نظام الرعاية الصحية بالمغرب؛ الموزع بين أنماط علاجية مختلفة (الطب الحديث، الطب التقليدي، العلاجات الدينية/السحرية...). لتحقيق هذه المساعي البحثية، اعتمدت الدراسة مقاربة سوسيو-أنثروبولوجية تتأسس على المنهج الكيفي. حيث خلصت إلى أن الأطر والمرجعيات الثقافية تؤثر في نوع الثقافة الصحية، ونوع هذه الأخيرة بدوره يؤثر في الفعل الوقائي والاختيارات العلاجية.

كلمات مفتاحية: الثقافة الصحية، سوسيولوجيا الصحة والمرض، الفعل الوقائي، استراتيجيات العلاج.

Abstract:

This field study seeks to dismantle the dimensions of health culture, based on the meaning and interpretation that individuals give to their physical lives, in interaction with preventive measures and curative practices in caring for health. Then stand at the paths of producing health culture, in light of the medical pluralism known to the health care system in Morocco, which is distributed between different treatment styles (modern medicine, traditional medicine, religious / magical treatments). To achieve these research goals, the study adopted a socio-anthropological approach based on the qualitative approach. The study concluded that the cultural frameworks and references influence the type of health culture, and the type of the latter in turn affects the preventive action and treatment choices.

Keyword: Heath culture; Sociology of health and disease; Preventive action; treatment strategies

مقدمة

إن أهمية الصحة باعتبارها رأسمال حيوي، جعلها في صلب النقاش العمومي، إذ أصبحت تشكل رهانا حقيقيا للفاعل السياسي، فامتلاك منظومة صحية قوية يعد من مقومات الدولة الحديثة، كما أن تعميم الخدمات الصحية وتسهيل الولوج إليها يعتبر المدخل الأساسي لتحقيق العدالة الاجتماعية، وأبرز تمظهر للسيادة الصحية. ولما كانت الصحة قطاعا يتم تدبيره مؤسساتيا وفق مشروع وتخطيط (سياسة صحية)، فإنها بذلك تشكل بعدا من الأبعاد الكبرى للسياسات الاجتماعية، حيث أضحت الخدمات الصحية مطلبا رئيسيا في التهيئة الحضرية والعمرانية، فلا يمكن تصور هندسة المجال الحضري من دون منشآت ومرافق الصحة العمومية، والولوج للخدمات الصحية مؤشر حيوي في قياس جودة الحياة، بهذا المعنى يمكن الحديث عن الصحة كمؤسسة من مؤسسات الدولة الحديثة.

إن ظاهرة بهذه الأهمية الاجتماعية والسياسية، من المفروض أن تكون في صلب اهتمامات البحث العلمي محليا، خاصة من داخل العلوم الاجتماعية، فالبحث العلمي ليس ترفا معرفيا، بل هو في جوهره يجيب عن حاجات اجتماعية، ويقدم حلولا لمعضلات انسانية أو على الأقل يساهم في فهمها، لتمهيد الطريق للمتدخلين، لا سيما وإن تعلق الأمر بقضية محورية **كالصحة**، يمتد تأثيرها إلى الاقتصاد، السياسة، الثقافة، العلاقات والأدوار الاجتماعية، بل والعلاقات الدولية حتى...، لذلك أصبحت تحظى العلوم الاجتماعية باعتراف اجتماعي وسياسي عالمي، بقدرتها على مواكبة التحولات الكبرى التي يشهدها المجتمع المعاصر فهما، تحليلا ونقدا وتدخلا؛ في إطار ما يسمى بالعلوم الاجتماعية التطبيقية، التي تشتغل ضمن أشكال مختلفة من التعاون مع المؤسسات والمهنيين[233]، وارتباطا بالسياق المغربي، يتمظهر هذا الاعتراف

[233] Jean-Pierre Olivier de Sardan, Anthropologie de la santé, in Le dictionnaire des sciences humaines, S. Mesure & P. Savidan (eds), Paris, PUF, 2006, pp. 1039-1041.

في إشراك علماء اجتماع وأنثروبولوجيين ضمن اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي الجديد، الحديث هنا عن: (حسن رشيق، محمد الطوزي، أحمد الجماني).

إن التناول البحثي لقضايا الصحة والمرض من داخل العلوم الاجتماعية، أسس لتصور يتجاوز البعد الاختزالي للمقاربة الطبية الحيوية، ليفتح بذلك أفاقا جديدة لمقاربة الصحة في شموليتها، كواقع مركب ومتعدد الأبعاد. ومن هذا المنطلق، تشير الصحة إلى شبكة معقدة من السلوك اليومي تجاه الجسد والبيئة: (النظافة الشخصية، التغذية، تدبير النفايات، الرياضة، نوع السكن، الضغط النفسي...)، إنها بنية رمزية مركبة، يتقاطع فيها الاجتماعي بالبيولوجي، السياسي بالاقتصادي، الروحي بالتقني...، الأمر الذي يجعلها تتخذ أبعاد ***الظاهرة الاجتماعية الكلية*** بالمعنى الذي يعطيه مارسل موس (Marcel Mauss)[234] للكلمة.

في هذا السياق، يمكننا اعتبار "الصحة والمرض" بالمغرب، مجالا بكرا للبحث والتفكير السوسيو-أنثروبولوجي؛ ما يجعلها كذلك ليس فقط قلة الدراسات والباحثين المهتمين بها كموضوع حصري، وإنما أيضا شساعة هذا الحقل البحثي وتعدد الموضوعات والنقاشات التي يثيرها، حيث يصبح تحقيق الإشباع البحثي حوله أو الإحاطة بكل قضاياه أمرا بعيدا إلى حدود اليوم. لذلك لا يمكن إنكار الجهود العلمية المحترمة حول الموضوع لمجموعة من الباحثين، أمثال: (عبابو، العريني، مجدول، بوشتى الزياني، الابراهيمي) في مجال علم الاجتماع، ويونس الوكيلي في الأنثروبولوجيا.

تشكل هذه الدراسة، محاولة للاقتراب السوسيو-أنثرويولوجي من العوالم المصغرة للصحة والمرض، وذلك بجعل المعنى الاجتماعي الذي يبنيه الفاعلون، نقطة الانطلاق في الفهم العميق للبناء الاجتماعي والثقافي لهذه العوالم؛ فالطريقة التي يتم من خلالها عيش وتصور الجسد، تحدد أنماط السلوك والممارسات الاجتماعية تجاه هذا الجسد، والصحة والمرض أبرز تمظهر لهذه التجربة الجسدية، التي تمتد في

[234] Marcel Mauss, techniques du corps, sociologie et anthropologie, 19434.

الزمان والمكان؛ فعلاقة الفرد بجسده حتى في شكلها الحميمي لا تأخذ بعدها الإنساني إلا في إطار سياق ثقافي معين، "فالجسد البشري ليس كيانا فيزيقيا ماديا يعيش في الفراغ وخارج السياق الاجتماعي"[235]، معنى ذلك أن الجسد يتأثر بالتجارب التي يمر بها، في تفاعل مع البيئة والمعطى النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي والروحي...، الذي يكتنف الوجود الانساني. كما أن التمثلات حول الصحة والمرض في المجتمعات المعاصرة، يشكلها التفاعل المستمر بين القيم والمعايير المؤسسية وبين النسق الثقافي الشعبي /التقليدي.

لكل مجتمع أنماط وممارسات مختلفة في التعامل مع الجسد، أو صيانة الجسد بالتعبير الذي استعمله **دافيد لبروتون (David le breton)**[236]، فطبيعة التمثلات الاجتماعية تؤثر بشكل كبير في نوع الثقافة الصحية، تلك الثقافة التي بدورها تغذي السلوك والممارسة في التعامل مع الصحة والجسد بشكل عام. فالبعد الثقافي مهم جدا، لما له من تأثير على أنماط السلوك والممارسات الاجتماعية المرتبطة بالصحة، كما أن الأنماط الثقافية تؤثر في الاختيارات الفردية، والسلوك الفردي بدوره له تأثير على الصحة العامة. إنها علاقة جدلية بين الفردي والجماعي، ولعل الأحداث التي صاحبت جائحة كرونا أظهرت ذلك بالملموس؛ فالمرجعيات الثقافية كان لها دور حاسم في تفسير وفهم المرض من قبل الأفراد[237]، وبالتالي التأثير في السلوكات الفردية والجماعية المرتبطة بتدبير الوباء، خاصة التدابير الوقائية.

إذن: ماهي الحدود الثقافية بين الصحة والمرض؟ وكيف يؤثر نوع الثقافة الصحية في الاختيارات التطبيبية، وكذا تعزيز السلوك الوقائي؟ ثم كيف تتشكل هذه الثقافة وما هي المصادر التي تغذيها؟

---

[235] أنتوني غدنز، علم الاجتماع، ترجمة فايز الصياغ، الطبعة 5:(بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2010)، ص 225.

[236] David Le breton. La sociologie du corps, 1 édition. (Paris : puf, 2008).

[237] للتوسع أكثر أنظر (الدراسة الوطنية حول: "الإدراك الاجتماعي للمخاطر المرتبطة بفيروس كورونا وتأثيرها على الوقاية لدى الساكنة المغربية"، التي نسقها محمد عبابو ولعريني.

أولًا: الإطار المنهجي والنظري للدراسة

1. الإطار النظري: الصحة والمرض موضوعا للعلوم الاجتماعية

يشكل مضوع الصحة والمرض، مادة دسمة للبحث في العلوم الاجتماعية، والتأصيل لبداية هذا الاهتمام يحتم علينا الرجوع إلى المتن الأنثروبولوجي، ذلك أن الأبحاث الأنثروبولوجية منذ اللحظات التأسيسية الأولى، تناولت الممارسات المرتبطة بالصحة والمرض؛ ليس بوصفها موضوعا حصريا ضمن فرع معرفي خاص، وإنما بوصفها جزء من العالم الرمزي والطقوسي للمجتمعات القبلية المسمات (أولية)[238].

حيث تمتد الارهاصات التأسيسية الأولى لهذا التناول، إلى كلود ليفي ستراوس (Claude Lévi-Strauss) وما قبله، في مؤلفه الشهير "**الفكر البري**"[239]، لم يثر ستراوس سؤال الصحة بشكل رئيسي، وإنما في إطار حديثه عن منطق التصنيفات الطوطمية لدى الهنود في الجنوب والشرق الأمريكي، متحدثا عن الدور الطبي للنباتات، "غالبا ما تستخدم في الفيليبين النباتات ذات الأوراق والجذوع المرة في معالجة المعدة"، وفي سياق صياغته لمنطق التصنيفات الطوطمية، يبرز العلاقة بين الطقس الديني والاستشفائي لبعض النباتات، " إن القرنفلة الصابونية الشائعة الاستخدام في حمام البخار في معالجة ألام الضرس والأذن وداء المفاصل كانت تقطف بوصفها جذور مقدسة"[240]، ما يعني أن النباتات تستمد قدسيتها من دورها العلاجي.

كما أن ستراوس في نفس الكتاب، تناول دور المعتقدات السحرية/ الدينية في تفسير المرض، "إن الهنود في جنوب شرقي الولايات المتحدة يعتبرون أن الظواهر المرضية ناتجة عن الصراع بين البشر والحيوانات والنباتات، فعندما استفز البشر

---

[238] يستخدم كلود ليفي ستراوس، تعبير المجتمعات الأولية بدل المجتمعات البدائية، تجنبا لإعادة انتاج النزعة المركزية للإثنية الغربية، التي ينتقدها بشدة.

[239] كلود ليفي ستراوس، الفكر البري، ترجمة وتعليق نظير جاهل، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة ،2007 .

[240] ، المرجع نفسه، ص 65.

الحيوانات قذفتهم بالأمراض"[241]، فمساهمة ستراوس هذه، توضح أن الارتباط بالنبات والحيوانات ليس ارتباطا عاديا؛ فالطبيب الساحر(الشامان) لا يتعامل معها كغاية في ذاتها، كجسد يتكون من عناصر لها فوائد طبية وفقط، وإنما باعتبارها تحمل روحا داخلها، أي ينظر لها كما لو كانت مقدسة، وهذا إحالة الى نوع من (الطوطم).

لقد أظهرت الأنثروبولوجيا الترابط الحميم بين الجسد الفردي والعلاقة الاجتماعية، في هذا الصدد، يرى مارك أوجي (Marc Augé)، أن التفكير في المرض يجب أن يستحضر الفردي والجماعي، "لا يمكن بل يستحيل التفكير في المرض وفي الموت بعبارات فردية صرفة"[242]، كإشارة لقوة الأبعاد الأنثروبولوجية للمرض. يمكن اعتبار أعمال مارك أوجي مهمة جدا في التأسيس لأنثروبولوجيا المرض، فأوجي يصر على هذه التسمية ليميزها عن الأعمال المسماة إثنو-طبية، إلا أنه تحدث عن أهمية التراث الاثنولوجي، ومدى استفادة الأنثروبولوجيا منه في موضوعات الصحة والمرض، فالاثنولوجيا حسب أوجي سباقة في دراسة تصورات بعض المجتمعات للمرض، والعلاجات، والشفاء، والصحة[243]، إن الأنثروبولوجيا اليوم تدرس موضوع قديم بنفس جديد، حيث يقول أوجي بهذا الصدد "إن الأنثروبلوجيين من جهتهم حددوا اليوم لأنفسهم مواضيع إمبريقية (المؤسسة، المستشفى، الأحياء الحضرية)[244]، فالمؤسسة والمستشفى من المواضيع التي تدخل ضمن انثروبولوجيا المرض اليوم.

إذا كان مارك أوجي، قد وضع تميزا بين أنثروبولوجيا المرض وإثنولوجيا الطب، فإن سيلفي فاينزنغ (Sylvie Fainzang)، تميز بين الأنثروبولوجيا الطبية وأنثروبولوجيا

---

[241] نفس المرجع السابق، ص199

[242] مارك أوجيه، جون بول كولاين، الأنثروبولوجيا، ترجمة جورج كتوره، دار الكتاب الجديد المتحدة، الطبعة الأولى 2008، ص 15.

[243] مارك أوجيه، انثروبولوجيا العوالم الممكنة، ترجمة طواهري ميلود، ابن النديم للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى 2016، ص 24-25.

[244]- نفسه، ص30.

المرض (هي الصياغة التي اقترحها مارك أوجي)، حيث اعتبرت أن الأنثروبولوجيا الطبية يكتنفها بعض الغموض؛ لأنه ليس واضحا ما إذا كانت فرعا من الأنثروبولوجيا أو فرعا من الطب[245]، لكنها عموما تنطلق من مسلمة أساسية تعتبر النظام الطبي يرتبط بنظام القيم والمعتقدات، الذي يختلف باختلاف المجتمعات، وتعتبر سيلفي أن الارهاصات الأولى لهذا التخصص تمتد إلى ريفرز (Rivers, 1924)، في الأعمال حول الطب السحري الديني والذي جعل عمله حسب قولها يعتبر مثل مقدمة للتخصص، كما اعتبرت أن الأعمال الرئيسية التي أجريت في الأنثروبولوجيا الطبية تندرج ضمن توجهين: الاتجاه الوظيفي مع كل من : (Ackerknecht, 1946) ; (Hallowel,1941); (Turner,1968))، الذي يهدف إلى البحث في الوظيفة الاجتماعية لتمثلات المرض في المجتمعات المدروسة، حيث أن تأويل وعلاج المرض يفي بوظيفة الضبط الاجتماعي في المجتمعات التي تفتقر الى المؤسسات السياسية والقضائية المتخصصة لتسوية النزاعات وفرض الاحترام لقواعدها[246]، والاتجاه المعرفي مع (Evans Pritchard, 1968) الذي يركز على مختلف الطرق التي تدرك من خلالها الثقافات المختلفة بنية التجربة[247]، ما يعني تحديد مختلف المعاني التي أسسته وصاغته هذه الثقافات من أجل فهم تجربة المرض.

إذن فالتناول الأنثروبولوجي لقضايا الصحة والمرض يتوزع بين فرعين: الأنثروبولوجيا الطبية التي ترتبط أساسا بالإرث (الأنغلوساكسوني)، وأنثروبولوجيا المرض ذات الارتباط بالتراث (الفرنكفوني)، فالانتقال من الأولى نحو الثانية هو انتقال من الماكرو إلى الميكرو.

قبل الانتقال للحديث عن التأسيس السوسيولوجي للصحة والمرض، لابد أن نشير إلى أحد الأنثربلوجيين المعاصرين، الذي ينتقل بنا من الفهم المجرد لقضايا

---

[245] Sylvie. Fainzang, La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale, Les classiques des sciences sociales, Collection : université du Québec à Chicoutimi, 2000,P 6.

[246] Ibid. p8.

[247] Ibid. p9.

الصحة (الطقوس، الممارسات الأولية...)، إلى التحليل العملي لهذه القضايا، انطلاقا من التمفصل القائم بين البعد المؤسساتي للصحة العمومية والبعد الثقافي للنسق الاجتماعي، في ضوء التحديات التي تفرضها الحياة المعاصرة. الحديث هنا عن ديديي فاسان (Didier Fassin)، الطبيب والأنثروبولوجي الفرنسي الذي جعل من الصحة العمومية موضوعه الحصري والمفضل، حيث تميزت أعماله، بالحس النقدي تجاه السياسات العمومية المرتبطة بقطاع الصحة، إذ يشكك في عدم المساواة في الصحة، وبشكل خاص الطرق التي من خلالها يتم الانتاج الاجتماعي لتلك اللامساواة الصحية، والنظر فيها تاريخيا، وتنظيمها سياسيا[248]، وما يترتب عنها من اختلالات على مستوى الولوج العمومي للخدمات الصحية، في مختلف دول العالم.

ينطلق فاسان في تحليله، من الفكرة التي بموجبها يؤثر المجال والبيئة التي يولد فيهما الفرد على حالته الجسدية والعقلية، وخطر مرضه واحتمال وفاته[249]، حيث يميز فاسان في الصحة، بين المعطى الحي، (le vivant) والمعطى المعاش (le vécu)، بمعنى آخر يميز بين أمد الحياة وجودة الحياة، ويدعو هنا فسان إلى الأخذ بهما كعنصرين متلازمين لقياس مدى جدودة الصحة العمومية، يقول بهذا الصدد: "إن اكتشاف الفوارق قبل الموت يتزامن مع زيادة عدم المساواة قبل الحياة[250]"، أي أن المعطى البيبليوغرافي كما يسميه فاسان، والمتمثل في: التعليم، الأسرة، الهجرة...، يؤثر في المعطى البيولوجي الحيوي لحياة الأفراد.

إذا كان الاهتمام الأنثروبولوجي بالصحة والمرض، يمتد إلى الآباء المؤسسين لهذا الحقل المعرفي، فإن بداية الاهتمام السوسيولوجي بها جاء متأخرا نسبيا، حيث شكلت خمسينيات القرن الماضي بداية هذا الاهتمام ، في الولايات المتحدة الأمريكية،

[248]Didier Fassin & Jean-pierre Dozon, critique de la santé publique; une approche anthropologique (Paris: édition Balland, 2001).

[249] Didier Fassin, De l'inégalité des vies, Paris, Fayard, Collège de France, series:« Leçons inaugurales», 2020.p10.

[250] Ibid. p13.

ويعتبر تالكوت بارسونز (Talcott Parsons)، أبرز العلماء الأمريكيين الذين اهتموا بهذا الموضوع[251]، حيث طور بارسونز تصورا سوسيولوجيا حول المرض من منظور وظيفي، عبر كتابه "النظام الاجتماعي" (The social system[252])، حيث يعتبر أن المرض انحرافا اجتماعيا، ولقد بنى نظرية هذه على مفهوم "الدور" حيث جعله في قلب العملية العلاجية، فلكل طرف من هذه العملية أي (المريض والطبيب) دور اجتماعي يؤديه، فحسب بارسونز، العلاقة العلاجية غير متكافئة حيث تميل إلى صالح الطبيب، لأن هذا الأخير جزء من النظام الطبي الذي يشكل "صرحا مؤسسيا" مخصص للسيطرة على المرض بوصفه شكلا من أشكال الانحراف الاجتماعي، هنا تبرز النزعة الوظيفية وبقوة في التحليل الذي وضعه بارسونز للصحة والمرض، تلك النزعة التي تنتصر للنظام على حساب الفرد.

وفي منحى آخر، يبرز اسم أنسلم ستروس (Anslem Strauss، كأحد المهتمين البارزين بالصحة والمرض بأمريكا، والذي لا يقل أهمية عن تالكوت بارسونز. حيث يعيد الاعتبار للفعل الاجتماعي على حساب النظام، في العلاقة العلاجية التي تجمع مهني الصحة في ما بينهم داخل المؤسسة الطبية من جهة، وبينهم وبين المرضى من جهة أخرى، انطلاقا من نظرية التفاوض، التي تجعل من الواقع الاجتماعي داخل المستشفى، نظاما متفاوضا حوله[253]. كما أن ستراوس له دور كبير في التنظير للسوسيولوجيا الطبية، حيث يميز بين نوعين من الممارسة السوسسيولوجية للموضوع؛ كما أشارت إلى ذلك كلودين هرزلتش (Claudine Herzlich)، الأولى: سوسيولوجيا الطب (Sociology of medcine) تهتم بالمؤسسات الصحية، من حيث أدوارها العلاجية، والوظائف التي تقوم بها، والظروف التي تتم فيها العملية العلاجية،

[251] محمد عبابو، "الثقافة والمرض، حالة مرضى السكري بالمغرب"، 2003.

[252] Talcott Parsons, The social system, First ed (England: Routledge ,1951)

[253] Anslem Strauss (dir.) La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme,(Paris: L'Harmattan, 1992).

والثانية: سوسيولوجيا داخل الطب (Sociology in Medcine)، غاياتها الأولى دراسة السيرورات المرضية العلاجية بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بها.

بعيدا عن السياق الأمريكي، ننتقل إلى المساهمة الفرنسية في سوسيولوجيا الصحة، في هذا السياق نستحضر كلودين هرزلتش باعتبارها من السوسيولوجيين الأوائل الذين تناولوا الصحة والمرض، حيث شكلت أعمالها مرجعا أساسيا في التناول السوسيولوجي لقضايا الصحة والمرض من زاوية التمثلات الاجتماعية، فهرزلتش ترى أن المرض ظاهرة اجتماعية تخترق المجتمعات على اختلافها الجغرافي والتاريخي، وتؤكد أن البعد الرمزي لتأويل المرض لا يقتصر فقط على المجتمعات البدائية، بل يمتد إلى مجتمعاتنا المعاصرة، فالأبعاد الاجتماعية للصحة والمرض، تستمد من التأويلات الاجتماعية للظواهر البيولوجية[254]، لذلك كان الرهان، الذي يقوم عليه المشروع السوسيولوجي لهرزلتش، هو الكشف عن الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض، خاصة تلك المرتبطة بالرمز والتأويل.

كان تأثير مارك أوجيه على هرزلتش واضحا، فبنفس الطريقة التي انتقل بها أوجيه من أنثربولوجيا الطب إلى أنثربولوجيا المرض، انتقلت هرزلتش من سوسيولوجيا الطب إلى سوسيولوجيا الصحة والمرض، ولعل مرد هذا التأثير يرجع إلى العمل المشترك الذي جمع بين الاثنين، والذي جاء تحت عنوان:

« Le sens du mal »[255] ، حيث أعطيا للتأويل مكانة بارزة في تمثل المرض، فمن خلاله يتم تجاوز البناء الطبي للمرض، وكذا التأويلات التي ترتبط بالسبب البيولوجي للمرض، إلى تأويلات رمزية ترتبط بمعنى المرض؛ فالمرض فرديا أو جماعيا ينبني على التأويل الرمزي بالأساس.

2. الإطار المنهجي

[254] Claudine Herzlich, santé et maladie analyse d'une représentation sociale, EHESS, Paris 2005, p15.

[255] Auge (Marc), Herzlich (Claudine) éds *Le Sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. In: *Archives de sciences sociales des religions*, n°63/2, 1987. pp. 221-222

2.1. المنهج والعينة

يعتمد البحث السوسيولوجي كغيره من الأبحاث العلمية، على إجراءات منهجية أساسية، من شأنها أن تصل بالبحث إلى نتائج منطقية وموضوعية، بعيدة قدر الإمكان عن الغموض والذاتية، وذلك بتوضيح الخطوات والقواعد المنهجية المطبقة في الدراسة عبر مختلف مراحلها. فمسألة المنهج، في جانب مهم منها تبقى اختيارا يقوم به الباحث، إلا أن طبيعة الإشكال البحثي الذي يحاول الاجابة عنه، تشكل عاملا حاسما في هذا الاختيار؛ فإذا كان الهدف معرفة العلاقة السببية بين متغيرات معينة، أو قياس درجة فعل أو واقعة اجتماعية ... ، في إطار ما يسمى في العلم بالتفسير، فإن المنهج يفترض أن يكون كميا، أما إذا كان هدفه الفهم العميق للسلوك والعالم الاجتماعي، فالبحث الكيفي هو الأنسب في هذه الحالة، خصوصا إذا ما ارتبط الأمر بالعوالم المصغرة للصحة والمرض ونقصد هنا تحليل الممارسات، التفاعلات والمواقف البينذاتية المرتبطة بها، انطلاقا من المعنى الذي يصبغه الفاعل على سلوكاته واختياراته الصحية، التي تعكس عمق تجربته الخاصة وتفردها. وهي أمور لا يمكن قياسها، وحتى إن كان تكميمها ممكنا فإن ديق الحيز الزمني المخصص للدراسة لا يسعفنا في ذلك. إذن من خلال ما سبق وارتباطا بهدف البحث الذي يرمي إلى فهم المسارات الاجتماعية لإنتاج الثقافة الصحية في علاقتها بالوقاية والعلاج، فإن المنهج الذي سنتبناه هو المنهج الكيفي الاستقرائي في إطار ما يسمى ببراديغم الفهم. فالرهان اليوم في العلوم الاجتماعية رهان الكيف؛ أي أنها تراهن على المعاني والرموز بشكل كبير في بناء المعرفة الاجتماعية.

إذا كانت طبيعة الموضوع، تحكمت في طبيعة المنهج (منهج كيفي)، فإن المنهج بدوره يفرض نوعا معينا من الأدوات والتقنيات، ويضعها تحت تصرف الباحث قصد تمكينه من جمع المعطيات الميدانية، وعليه أن يختار منها ما يناسب وينسجم مع أهداف وطبيعة بحثه، وعلى هذا الأساس سنعتمد: المقابلة نصف موجهة، التي

أجريت على عينة تتكون من 10 مبحوثين 5 ذكور و5 إناث، بمدينة سلا. أما بخصوص تحليل المعطيات، فقد خضع لثلاث خطوات مستلهمة من النظرية المتجذرة.

- إعداد البيانات والمعطيات التي تم تجميعها من الميدان (تفريغ المقابلات، الملاحظات الميدانية).
- تحديد العلاقة بين هذه المعطيات (تصنيفها وتبويبها، استخراج المقولات والمفاهيم وكذا القضايا الكبرى).
- تحليل النتائج وتأويلها في ضوء المتن النظري وكذا الدراسات السابقة

بالاعتماد على شبكة تحليل مبنية بشكل دقيق، باعتبارها: "الوسيط الموضوعي بين الباحث وأدواته"[256] إنها تسمح بتنظيم ومقارنة محتوى المقابلات. هكذا إذن تكون الدراسة قادرة ولو نسبيا على تجاوز المواقف الفردية للمبحوثين إلى استخراج المنطق الاجتماعي الذي يشكل الثقافة الصحية للمشاركين في البحث.

2.2. أهمية الدراسة

تكمن الأهمية العلمية لهذه الدراسة، في كونها أولا تقتحم مجالا بحثيا بكرا، فنحن هنا لا ندعي السبق الأكاديمي في تناول الصحة والمرض كموضوع للتفكير السوسيو-أنثروبولوجي بالمغرب، فلقد سبقنا لذلك باحثون كثر كما سبق وأشرنا لذلك، إلا أن الدراسات والأبحاث في هذا المجال جد محدودة على الصعيد المحلي، وبالتالي سيساهم البحث في التراكم المعرفي حول الموضوع، وفي خلق أرضية معرفية يمكن أن تكون منطلقا لأبحاث تهم تيمة الثقافة الصحية.

كما أن الدراسة من الناحية التطبيقية، تشكل مدخلا أساسيا لفهم السيرورات التي تبنى عبرها السلوكات والمواقف تجاه الصحة والمرض، عبر الثقافة الصحية كوسيط حاسم في هذه العملية. وبالتالي تمثل معطى علمي في يد الفاعل السياسي

[256] Luc Van Campenhoudt & Raymond Quivy, manuel de recherche en sciences sociales, 4eme (Paris: Dunod, 2011). P 191.

والمؤسسات الرسمية، يمكن الاستفادة منه بشكل أو بآخر في رسم السياسات الصحية، بالكيفية التي تستوعب خصوصية الثقافة المحلية.

2.3. أهداف الدراسة / فرضيات الدراسة

تنطلق المقاربة الاستنباطية، في البحث العلمي والسوسيولوجي بشكل خاص، من صياغة الفرضيات كمرحلة أولى تؤطر البحث نظريا وترسم حدوده امبريقيا، والتحقق من صدق تلك التفسيرات المؤقتة ميدانيا في مرحلة ثانية. لكن في المنهج الاستقرائي، العملية البحثية تتخذ مسارا مغايرا بل معاكسا للنهج الاستنباطي؛ حيث ينطلق الباحث إلى الميدان مدفوعا بأهداف عامة، تلك الأهداف ترتبط بشكل وثيق بأسئلة البحث، ويحاول تدريجيا بناء الفروض. وعلى هذا الأساس تمت صياغة أهداف البحث كما يلي:

1_ قبل الخوض في تفكيك الثقافة الصحية، يجب أولا الوقوف عند وجهة نظر المبحوثين، حول المعنى الذي تمثله الصحة والمرض بالنسبة لهم، من خلال تجاربهم الصحية، كمحاولة لبناء وإعادة بناء تمثلهم حول الصحة والمرض.

2_ الكشف عن تأثير الثقافة الصحية في السلوكات المرتبطة بالصحة، سواء تعلق الأمر بالفعل الوقائي أم بالاختيارات العلاجية.

3_ كما تتوخى الدراسة أيضا، معرفة الشروط الاجتماعية والثقافية التي تساهم في بناء وتشكل الثقافة الصحية والمصادر التي تغذيها.

ثانيا: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة

يعتبر تحليل المعطيات الميدانية، أهم مرحلة من مراحل البحث، والتوفيق فيها بمثابة تتويج للمسار البحثي بأكمله، لاعتبارين اثنين: الأول كونها تمثل مخرجات الدراسة؛ أي استخلاص النتائج العملية التي تعطي للبحث بعده التجريبي، الثاني كونها المساحة التي تبرز فيها شخصية الباحث وتظهر مدى تمكنه من استخراج قوانين تفك شيفرة العلاقة بين الصحة والمرض والبناء الثقافي. عبر تأويل تلك المعطيات،

وانتاج تحليل مبني وفق تسلسل منطقي، ينسجم والإطار النظري، في إطار علاقة تكاملية، فالبحث الكيفي "يقتضي تفاعلا متواصلا بين النظرية وعمليتي جمع المعطيات وتحليلها."257، ما يعني أن الجانب الامبريقي (الميداني) يشكل امتدادا للإطار النظري، والتحقق الميداني يمثل مسائلة وامتحانا للمثن النظري، بما يتيح خلق نقاش ابستيمي مع مختلف المنطلقات التحليلية التي حاولت الاجابة عن سؤال الصحة والمرض.

1. تمثلات ومو اقف حول الصحة والمرض

تشكل التمثلات الاجتماعية، وسيطا بين الفاعل وثقافته، لذلك تبقى عاملا حاسما في الفهم العميق للكيفية التي يتم من خلالها تصور وفهم الصحة والمرض. في هذا السياق، تؤكد دينيس جودليت (Denise jodelet)، على أهمية التمثلات في تناول الصحة من داخل العلوم الاجتماعية، حيث ترى أن: "التمثلات الاجتماعية، لعبت دورا بارزا في التناول الثقافي والاجتماعي للمسائل المرتبطة بالحياة الجسدية". صحيح أن التعامل مع الجسد يشكل ظاهرة فردية مستقلة، إلا أنه في جزء كبير منه يتشكل انطلاقا من الوعي الجمعي لأفراد يشتركون في بعض الشروط الاجتماعية، وكذا بعض السياقات الفردية، حيث "يعتقد كل منا أنه فريد، ومع ذلك فنحن جزء من البيئات الاجتماعية التي تشكل تصوراتنا وأفعالنا وتؤثر فينا"، بهذا المعنى، يكون للوعي الجماعي تأثير في الإدراك والسلوك الفردي.

الصحة بوصفها نمط حياة

في نفس السياق، وارتباطا بالمعطيات الامبريقية المستمدة من تصريحات المبحوثين، يبرز الدور الأساسي لنمط الحياة، في بناء تصور حول ماذا تعنيه الصحة، في معرض السؤال حول معنى الصحة، يجيب المبحوث (4) وهو شاب في الثلاثينات من عمره، يمتلك جسدا رياضيا : "الصحة هي أن أفعل الأنشطة الجسدية التي أحبها

[257]- حسن أحجيج و جمال فزة، البحث الكيفي في العلوم الاجتماعية، الطبعة الأولى (مراكش: فضاء آدم، 2019)، ص 169.

(الرياضة، تسلق الجبال، السفر...)، ومتى أريد، فالسكون يعني الموت بالنسبة لي، يضيف قائلا أجدادنا كانوا يقومون بأنشطة جسدية شاقة، يحرثون الأرض، يمشون مسافات طويلة، لذلك كانوا يتمتعون بصحة جيدة[258]، هنا يثبت التحقيق الميداني راهنية التصور الوظيفي، حيث يتم النظر إلى الصحة انطلاقا من القدرة على القيام بالأدوار والوظائف الاجتماعية كما ينبغي، إن الصحة لم تعد وبالشكل السلبي المطلق هي انعدام المرض، وإنما هي القدرة على ممارسة أدوار"[259]، ويربطها مبحوث آخر بقدرته على أكل ما يريد، حيث يربط الشراهة في الأكل بالصحة الجيدة، "فمن خلال الشهية في الأكل، يمكنني أن أعرف أنني بصحة جيدة، كلما فقدتها أدركت أن حالتي الصحية ليست على ما يرام"، هذا التصريح يعطينا فكرة أولية حول نظام التغذية الذي يعتمده المبحوث، حيث صرح في مناسبة أخرى من مراحل المقابلة أنه لا يتبع أي نظام غذائي أو حمية، ويتباهى بشراهته الشديدة، " أحضر لي حمار آكله الآن» ، فالطعام ليس مجرد اشباع لرغبة بيولوجية، "إنه يشكل الطعام، همزة وصل بين اهتمامات اقتصادية، وسياسية، وجمالية، واجتماعية، ورمزية وصحية"[260]، فالاختيارات الغذائية، تحيل بشكل غير مباشر إلى نوعية الحياة الجسدية.

كما يختلف تصور الشخص الحامل لمرض مزمن عن غيره من المبحوثين، في هذا السياق تصرح المبحوثة (1) وهي أنثى تبلغ 45 سنة وتعاني من مرض السكري: " الصحة كنز لم أكن أعرف قيمته قبل الاصابة بداء السكري"، ليتني قمت بكل ما أريد في فترة العافية، الأمر صعب الآن، لا يمكنني الخروج مثلا مع صديقاتي كما في السابق، فتجربة المرض، تعكس المأساة الحقيقية التي يعيشها ويحسها المريض لوحده، فتأويل المرض هنا جاء بعيدا عن الأعراض البيولوجية، "وإنما ارتبط المرض

[258]- قمنا بتسطير تصريحات المبحوثين لتميزها عن باقي المتن.

[259]- محمد عبابو، سوسيولوجيا الصحة، منشورات كلية الآداب ظهر المهراز فاس،

[260]- كارول م كونهان، انثروبولوجيا الطعام والجسد : النوع، والمعنى، والقوة، ترجمة سهام عبد السلام، حقوق الترجمة والنشر بالعربية محفوظة للمركز القومي للترجمة، الطبعة الاولى 2013 ، ص 54.

بمفهوم الواقع الحزين الذي يهدد الحياة الفردية و يغيرها[261]"، فلحظة اكتشاف المرض المزمن، لا تمثل فقط نقطة عبور من العافية إلى المرض، بل انتقال من حياة اجتماعية (عادية) إلى أخرى تفرض قيودا وضوابط على نشاط الفرد، وتؤثر في شبكة علاقاته الاجتماعية، حيث صرحت المبحوثة، أن أبسط الأمور التي كانت ترتبط برغبتها الشخصية، أصبحت مؤخرا محط تفاوض مع زوجها، حيث اقنعها الزوج بترك الدراسة العليا، لأنه بسبب التوتر والضغط المصاحب لها، بناء على تقرير الطبيب كادت تسبب في فقدانها البصر، وكانت قريبة من مضاعفات على مستوى الكلي.

كما ربط المبحوثين الصحة النفسية بالصحة الجسدية، سواء عبروا عن ذلك بشكل صريح، أم بطريقة غير مباشرة بالقول: "الصحة هي راحة البال". كما سجل البحث الميداني، تعدد المرجعيات الثقافية في تفسير المرض وأسبابه، منها المرجعية الدينية "المرض قضاء وقدر"، "ابتلاء من الله"، "مكتوب"، ثم التفسيرات المرتبط بالطب الحديث "انتشار الفيروسات"، اسباب جينية، وكذلك هناك من المبحوثين من اعتبر التغذية أصل كل داء، "أخبرني ماذا تأكل أخبرك عن حالتك الصحية"، بالإضافة إلى بعض الآراء ذات الخلفية الأيدولوجية، كتلك التي تربط المرض بنظرية المؤامرة، "يريدون نشر الأمراض لبيع الأدوية"، وهو نفس الأمر الذي خلصت إليه الدراسة التي قام بها عبابو والعريني، حول الإدراك الاجتماعي للمخاطر المرتبطة بفيروس كورونا، حيث أن 20.1 % من عينة البحث صرحت أن الفيروس ذو علاقة بنظرية المؤامرة (مصنع في مختبرات أجنبية، الماسونية، مصالح شركات الأدوية...)[262]"، كما عبر المبحوثين عن مسؤولية الافراد بالاصابة بالأمراض، "الشخص الذي لا يهتم بصحته يمرض"، "الاشخاص الذين لا يمارسون الرياضة أكثر عرضة للمرض".

[261]- Claudine Herzlich, Médecine moderne et quête de sens, in Augé, Marc et Herzlich, Claudine, op.cit. p,194.

[262]- عبابو ولعريني، "الإدراك الاجتماعي للمخاطر المرتبطة بفيروس كورونا وتأثيرها على الوقاية لدى الساكنة المغربية"، آفاق سوسيولوجية، 2021.

إذن من خلال ما سبق، يتضح أن نمط الحياة الذي يتبعه الفرد يؤثر بشكل أو بآخر في تمثله للصحة والمرض، فانطلاقا من معطى ملموس (ممارسات يومية) يتم بناء تصور معياري مجرد، فالصحة هنا ارتبطت لدى المبحوثين بقيمة الحرية، (أفعل ما أريد، آكل ما أريد، أخرج كيفما أريد....)، (لم افقد صحتي فقط بل حريتي)، إذ يتضح بالملموس العلاقة الجدلية للتأثير المتبادل، بين الوعي الفردي (الذي تشكله السياقات الخاصة) والوعي الجماعي (الذي تشكله الأنساق الثقافية الكبرى)، في بناء المعنى حول الصحة والمرض.

2. الثقافة الصحية: بين المو اقف والسلوكات الاجتماعية

الهدف من هذا المحور، هو الكشف عن مدى تأثير الثقافة الصحية للمبحوثين (مهما كان مصدرها)، على اختياراتهم العلاجية وكذا سلوكاتهم الوقائية، وما مدى انسجام الخطاب الصحي لديهم مع الممارسة الفعلية، فتدبير الوضع الصحي الفردي والجماعي، يرتبط بالوعي الصحي للأفراد، وامتلاكهم لقدر مهم من المعرفة الطبية، فمهما وصل الطب إلى أقصى درجات التطور، فإنه يفقد قيمته العملية في ظل غياب وعي وثقافة صحيين، يقودان إلى التعامل الصحيح مع الجسد. لكن ما هو معيار لهذا التعامل الصحيح؟ لذا من الضروري أن نوضح، أنه ونحن بصدد تناول الثقافة الصحية، لم نقم بوضع نموذج معين لهذه الثقافة، باعتباره النموذج المعياري الذي يجب القياس عليه في تحديد مستوى الثقافة الصحية، وإنما القيام ببناء هذه الثقافة انطلاقا مما تعنيه لدى المبحوثين.

فعل الوقاية

إن الحديث عن الثقافة الصحية، يفترض بالأساس تحديد ماذا نقصد بهذه الثقافة، وعليه، نشير إلى أنها تشكل مجموع المعارف الطبية والصحية التي يمتلكها الأفراد مهما كان مصدرها، في تفاعل مع مؤشري الوقاية والعلاج. فالحدود بين العافية والمرض، يتم تحديدها ثقافيا انطلاقا من تصور الأفراد للصحة الجيدة، وللسلوكات الوقائية والعلاجية المرتبطة بها.

في هذا السياق، أشارت تصريحات المبحوثين، إلى أن القوالب الثقافية التي شكلت تمثلهم حول الصحة، هي نفسها شكلت الأطر المرجعية لبناء ثقافتهم الصحية في شقها المرتبط بالوقاية، على سبيل المثال التصريحات التي ربطت الصحة الجيدة بالتغذية، جعلت منها أيضا منطلق الفعل الوقائي، "تجنب المعلبات، الحفاظ على نظام غذائي صحي، استهلاك المنتجات الطبيعية "بيو"، وتلك التي تصورت الصحة في القدرة على النشاط البدني، جعلت منه أي "الرياضة" أهم إجراء وقائي يمكن القيام به لتجنب الأمراض، في حين جاءت بعض التصريحات، لتعتبر الابتعاد عن المواقف النفسية السلبية عاملا مهما لتجنب الأمراض، بهذا الصدد تصرح المبحوثة (1)، وهي طالبة جامعية في علم النفس وفي نفس الوقت تمارس التدخل النفسي: "المرض الجسدي ما هو إلا تجسيد للمرض النفسي"، لذلك تربط المبحوثة كل الأنشطة التي ترى أنها مهمة لتجنب الأمراض بالحالة النفسية، حتى وإن كانت أنشطة جسدية (رياضة، رقص...) فالهدف منها حسب تعبيرها هو: "الحصول على حالة مزاجية مستقرة، تجنب الضغط، تحقيق التوازن النفسي".

يمكن التمييز هنا، في الثقافة الصحية خاصة ما يرتبط بالوقاية، بين مستويين، الأول: يرتبط بتطلعات المبحوث حول ما يجب القيام به أو تجنبه من ممارسات، للحفاظ على الصحة وتجنب المرض، الثاني: ذاك الذي يرتبط بالممارسة الفعلية لتلك التطلعات، حيث تبين غياب الانسجام بين المستوين، معظم التصريحات تؤكد ذلك: "لا يمكنني المسايرة المادية للنظام الغذائي الطبيعي، فهو مكلف جدا"، "أنا أعشق الحلويات حد الجنون لذا لا يمكنني تجنبها"، "لا أمارس الرياضة إلا نادرا، الالتزامات لا تسمح بذلك".

"حتى وإن أردت تجنب المواقف السلبية والضغط النفسي، فلا يمكنني فالسياق المهني يفرض ذلك"، كما عبر المبحوثين على صعوبة اتباع نمط عيش صحي، لذلك فالثقافة الصحية لا تقتصر على امتلاك معلومات صحية وطبية فقط وإنما تشمل أيضا، الممارسات اليومية والاختيارات الغذائية، ونوع الأنشطة البدنية، وكذا

التوجهات العلاجية. إنها تشير إلى "الإرادة والقدرة على تغيير نمط الحياة من نمط غير صحي إلى نمط صحي" وهو الأمر الذي ليس بالسهل أو اليسير. بهذا الصدد، يقول ألان تورين (Alain Touraine) متحدثا عن صعوبة التغيير في أسلوب الحياة: "إن تغيير طريقة التفكير أو طريقة العيش أصعب من تغيير الحكم في الدولة أو تغيير النحو في اللغة"[263]، هذا يعني أن التغيير في السلوك والعادات تجاه الصحة، أمر ليس بالسهل أو اليسير، خصوصا في ظل الإيقاع السريع والمكثف الذي يفرضه نمط الحياة المعاصرة.

استراتيجيات العلاج

ترتبط طرق العلاج والممارسات التطبيبية، بشكل مباشر بالخبرات الشخصية والتجارب الفردية للمريض، كما أنها تتحدد في كثير من المناسبات بالوضع الاقتصادي، فبدل الحديث عن خيارات علاجية نفضل استعمال استراتيجيات العلاج، لتشمل كل التوجهات التطبيبية سواء تعلق الأمر باختيار أو استجابة علاجية وفق الممكن والمتاح.

يختلف التعامل العلاجي في حالة المرض من شخص لآخر، حسب نوع المرض، ودرجة الخطورة، وكذا نوع الأعراض المصاحبة له، في هذا السياق جاءت بعض التصريحات، لتؤكد خصوصية هذا التعامل، فمراجعة الطبيب غالبا ما تتم إلا في الحالات القصوى، والتي يصاحبها الألم الشديد، حيث عبرت التصريحات عن ذلك " الألم هو من يتكلم"، "أحاول التعايش مع الحالة لكن إن زاد الألم أزور الطبيب".

فمراجعة الطبيب بشكل دوري يصبح مكلفا، يقول المبحوث (3) في معرض حديثه عن زيارته للطبيب بخصوص انتفاخ الرقبة: "بعدما انتهى الطبيب من التشخيص الأولي لحالتي، طالبني بالقيام بتحاليل طبية تتعلق بالغدة الدرقية، لأتفاجأ أنها تتطلب 4000 درهم، وهو مبلغ ضخم خصوصا وأنني لا أتوفر على تغطية

[263] Alain Touraine, La fin des sociétés, (paris : seuil, 2013).P25.

صحية"، الأمر الذي جعل من المبحوث حسب تصريحه، ينسحب من تلك الورطة، محاولا البحث عن أسباب أخرى لحالته، وطرق أخرى لعلاجها.

لذلك يصبح التطبيب الذاتي أولى المراحل التي يسلكها المريض في سيرورة العلاج، والسمة المشتركة بين المبحوثين في هذا السياق، هو أخذهم للأدوية دون مراجعة الطبيب، سواء تعلق الأمر بالعقاقير الطبية (دوليبران، أسبيرين، رينوميسين...) أو مواد تقليدية (أعشاب، زيوت...)، باستثناء المبحوثة (1) التي وبحكم مرضها المزمن وكذا وجود أمراض أخرى، تحاول دائما استشارة طبيبتها، تجنبا لأي مضاعفات، إذ تحافظ على تواصل مستمر مع الطبيبة عبر الهاتف.

وكمرحلة ثانية، يلتجئ المرضى إلى الطب الحديث، وحين يثبت فشله يتم الانتقال إلى الطب الشعبي (التقليدي/الديني)، حيث يصرح المبحوث (5) أنه لا يلجأ للطب الحديث إلا في حالات نادرة، مثلا قيامه بعملية جراحية حول القلب، وهي العملية التي لم تتم أصلا، ذلك أنه التجأ إلى معالج تقليدي "مكي الصخيرات"، الذي أخبره بصريح العبارة "هداك الطبيب اللي قالك خاصك عملية يمشي يلعب، بحول الله يكون خير"، ما معناه أن الطبيب الذي نصحه بالعلمية لا يفقه شيئا، فتلمس بيديه رأس المريض " نوض سير بحالك ماتخاف والو"، "اذهب لحال سبيلك لا تخف"، مر عن الأمر 5 سنوات إلى يومنا هذا لم اقم بالعملية يقول المبحوث.

إذن يمكن التمييز بين ثلاث أنماط من العلاج، التي يسلكها المرضى في سيرورة التعامل مع المرض:

- التطبيب الذاتي
- الطب الحديث
- الطب التقليدي

فالوعي الصحي للمبحوثين في عمليتي الوقاية والعلاج، يتشكل انطلاقا من الحوار المفتوح بين المرجعيات العلاجية المختلفة، التي تؤثر في اختياراته وسلوكاته؛

فهناك تقاطعات كبيرة ومعقدة جدا، بين هذه العوالم الطبية التي ينهل منها الفرد ويختار ما يناسبه، حسب السياق وحسب الحالة الصحية ودرجة ونوع المرض.

3. مصادر تشكل وبناء الثقافة الصحية

رغم التطور الطبي الهائل، الذي يعرفه المجتمع المعاصر، إلا أنه لا يشكل المرجع الرئيسي للمعارف المرتبطة بالحياة الجسدية، فالتمثلات الاجتماعية والأنساق الثقافية، تعطي بعدا مختلفا للمعرفة الطبية، غير ذاك الذي يقترح النموذج الطبي الحيوي، حيث يعمل الأفراد والجماعات على تكييف الخبرة الطبية مع القيم والأطر المعيارية، وفق تصور يتلاءم ووضعهم السوسيو-اقتصادي، والسياق الخاص لتجربتهم الفردية.

حيث تشكل الأسرة في هذا الإطار، المصدر الأساسي لهذه المعرفة، على اعتبار أنها تشكل الوحدة الأولى حيث يتم التعامل مع المرض، "حينما أمرض، أول شخص أجده أمامي هو أمي، فخوفها وقلقها على حالتي، يطمئنني، لذلك أول من أستشيره في كل الحالات المرتبطة بالصحة هي أمي"، دائما ما أجد الشفاء على وصفات جدتي، حيث يلعب عامل الثقة دورا حاسما في استقاء المعارف المرتبطة بالصحة، "في الصحة أثق في والداي ولا أثق في الطبيب"، وتتسع دائرة هذه الاستشارات لتصل إلى الأصدقاء والمقربين، وبناء على نصائح الأصدقاء، يعتزم أحد المبحوثين القيام بالحجامة للتخلص من دوالي الساقين، الذي لازمه لأربع سنوات، حيث نصحه الطبيب بالخضوع لعملية جراحية، وهو الأمر الذي يحاول تجنبه باستمرار، معللا موقفه ذلك، بكون العملية الجراحية غير مجدية مع الدوالي، وهو الأمر الذي نصحه به أحد أصدقائه الذي خضع لنفس العملية، إلا أن الدوالي لم يتوقف عن البروز مرة أخرى، هنا تحضر وبشكل قوي، مقولة الخبرة محل مقولة التخصص، " سال لمجرب لا تسال الطبيب".

كما تشكل الشبكة العنكبوتية، مصدرا أساسيا لبناء الثقافة الصحية، وخاصة في ظل الانتشار الكبير للمحتوى الطبي، في وسائط التواصل الاجتماعي. وفي خضم الحديث عن دور المؤسسات الرسمية في التثقيف الصحي، يعبر المبحوثين عن

ضعف هذا الدور، فلا الاعلام ولا المؤسسات الصحية يقومون بهذا الدور، حسب تصريحات المبحوثين، حتى وإن كان، فإنه يبقى ضعيفا، ثم كذلك غياب وسائل تثقيفية تعنى بالصحة ونشر الوعي حول قضاياها من داخل المدرسة.

خاتمة

أظهر الدراسة، كيف يمكن للثقافة الصحية أن تشكل زاوية مهمة في البناء الاجتماعي للصحة والمرض، خاصة ما يرتبط بامتداد تلك الثقافة في الممارسات والسلوكات اليومية، في تفاعل مع الحياة الجسدية. تلك الثقافة تتشكل انطلاقا من العلاقة الجدلية بين، الفعل الوقائي كمرحلة أولية استباقية للتعامل مع المرض، بوصفه حقيقة اجتماعية تخترق كل المجتمعات، وكذا الاستراتيجيات العلاجية في مرحلة لاحقة. فتنظيم العلاقة مع الجسد كمعطى بيولوجي، يحدده المعطى الثقافي، وفقا لقواعد ومعايير اجتماعية، فالمرض كما اعتبره مارك اوجي يشكل أكثر الحقائق حميمية وفردية، لكنه مع ذلك يقدم لنا مثالا ملموسا للعلاقة بين الادراك الفردي والرمزية الاجتماعية، فلا يوجد مجتمع لا يكون فيه للمرض بعد اجتماعي.

تشكل التمثلات، موقعا استراتيجيا في الهندسة الاجتماعية للصحة والمرض، إنها وسيط بين الفرد وثقافته، لذلك يمكن اعتبارها عاملا حاسما في تشكيل المعارف المرتبطة بالصحة، انطلاقا من تأويلات ومعاني بتقاطعاتها الفردية والجماعية، يصبغها الفاعل على تجربته المتفردة مع المرض. على اعتبار أن التجربة الذاتية يمكن أن تكون محورا أساسيا في بناء تصور كلي حول الوقائع الاجتماعية، خصوصا إذا ما تعلق الأمر بتجربة حميمية ترتبط بالجسد (الصحة، المرض)، تلك التجربة التي تحتفظ بأصالتها وفرادتها، فكل فرد يعيشها بطريقته الخاصة، فليس كل الأفراد لهم نفس الخصائص ولا يعيشون نفس السياقات الاجتماعية.

لقد تبين بالملموس من خلال البحث الميداني، مدى تأثير الثقافة الصحية في الاختيارات العلاجية والسلوكات الوقائية للأفراد، فالصحة نمط عيش يؤثر ويتأثر بنوع الثقافة السائدة، بل في جوهرها تتجاوز المعطى الفيزيقي الملموس، إنها ترتبط

بقيم ونظم معيارية كالحرية، الثقة، الأمانة...، فالصحة هي الحرية المطلقة في الحياة دون أي قيود بيولوجية، والثقة في الآخر حين يتعلق الأمر بتسليمه جسدا يمثل العلامة الخارجية للوجود البشري، وبالتالي هي أمانة ومسؤولية يجب الحفاظ عليها.

لذلك وجب على الجميع، المساهمة في بناء وعي صحي، وخلق بيئة اجتماعية تغذي وتعزز الثقافة الصحية، فالمؤسسات العمومية مطالبة بتحسين الخدمات الصحية، وتسهيل الولوج إليها من قبل الجميع، لتقليص اللامساواة الصحية، كما أن محاضن التنشئة الاجتماعية، يجب أن تقوم بدورها الاساسي في نشر الثقافة الصحية، خصوصا من داخل المدرسة، باعتبارها تشكل وسيطا بين المجتمع والدولة، فالحاجة اليوم إلى تربية صحية أصبحت ضرورة ملحة وذات راهنية.

لائحة المراجع

العربية:

- غدنز أنتوني، علم الاجتماع، ترجمة فايز الصياغ، الطبعة 5:(بيروت: المنظمة العربية للترجمة، 2010)، ص 225.
- ستراوس كلود ليفي ، الفكر البري، ترجمة وتعليق نظير جاهل، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة ،2007
- أوجيه مارك، جون بول كولاين، الأنثروبولوجيا، ترجمة جورج كتوره، دار الكتاب الجديد المتحدة، الطبعة الأولى2008 ، ص 15.
- أوجيه مارك، انثروبولوجيا العوالم الممكنة، ترجمة طواهري ميلود، ابن النديم للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى2016 .
- عبابو محمد، "الثقافة والمرض، حالة مرضى السكري بالمغرب"، 2003.

الأجنبية

- Touraine Alain, La fin des sociétés, (paris : seuil, 2013).
- Olivier de Sardan Jean-Pierre, Anthropologie de la santé, in Le dictionnaire des sciences humaines, S. Mesure & P. Savidan (eds), Paris, PUF, 2006
- Fainzang Sylvie, La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale, Les classiques des sciences sociales, Collection : université du Québec à Chicoutimi, 2000
- Le breton David . La sociologie du corps, 1 édition. (Paris : puf, 2008).
- Fassin Didier & Jean-pierre Dozon, critique de la santé publique; une approche anthropologique (Paris: édition Balland, 2001).
- Fassin Didier, De l'inégalité des vies, Paris, Fayard, Collège de France, series:« Leçons inaugurales», 2020
- Mauss Marcel, techniques du corps, sociologie et anthropologie, 19434.
- JODELET Denise, Culture et pratiques de santé, (2006) in : Nouvelle Revue de Psychosociologie, 219-239

- Augé Marc. L'Anthropologie de la maladie. In: L'Homme, 1986, tome 26 n°97-98. L'anthropologie: état des lieux.
- Bauman Zygmunt & May Tim , Thinking socioligically,2nd (Oxford: Blackwell,2001),
- Campenhoudt, Luc van; Quivy, Raymond, manuel de recherche en sciences sociales, 4eme (Paris: Dunod, 2011).

الفصل الثامن

الدبلوماسية الصحية للمغرب تجاه إفريقيا

Morocco's health diplomacy towards Africa

خديجة نصير

طالبة باحثة بمختبر الدراسات الدستورية وتحليل الأزمات والسياسات، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة القاضي عياض، مراكش.

ملخص:

تعد الدبلوماسية الصحية إحدى أهم الأدوات التي تسخرها الدول في مساعيها لإيجاد حلول للتحديات الصحية، حيث أضحت الصحة تتصدر أجندة السياسة الخارجية للدول. كما ساهمت الأزمة الصحية العالمية المرتبطة بجائحة "كوفيد-19"، في فتح نقاش حول مكانة الصحة ضمن أجندة عمل الدبلوماسية المغربية، وأهمية توظيف المغرب للدبلوماسية الصحية. ومن هذا المنطلق، نهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الصحة والسياسة الخارجية، وإبراز مدى سعي المغرب إلى تكييف سياسته الخارجية مع التحديات الصحية التي أفرزتها الجائحة، مع الحرص على استحضار ثوابت ومحددات هذه السياسة، وهي مناسبة للوقوف على مظاهر توظيف المغرب للدبلوماسية الصحية في علاقته بالبلدان الأفريقية. ولأجل ذلك، سأتناول الموضوع من خلال نقطتين: تعنى الأولى بمرتكزات الدبلوماسية الصحية، فيما تركز الثانية على محددات الدبلوماسية الصحية للمغرب تجاه أفريقيا.

كلمات مفتاحية: الديبلوماسية الصحية، السياسة الخارجية، المغرب، إفريقيا

Abstract: Health diplomacy is one of the most important tools that States are harnessing in their endeavours to find solutions to health challenges, as health has become at the forefront of States' foreign policy agenda. The global health crisis linked to the COVID-19 pandemic has also opened up a debate on the place of health in the agenda of Morocco's diplomacy and the importance of Morocco's use of health diplomacy. From this point of view, we aim to reveal the nature of the relationship between health and foreign policy and to highlight the extent to which Morocco seeks to adapt its foreign policy to the health challenges posed by the pandemic, while ensuring that the perspectives and determinants of this policy are invoked. For that reason, I will try to address the topic through two points: the first concerns the foundations of health diplomacy, while the second focuses on the determinants of Morocco's health diplomacy towards Africa.

Keywords: health diplomacy, foreign policy, Morocco, Africa

مقدمة

جمع بين قضايا الصحة والدبلوماسية تاريخ مشترك من الإهمال المتبادل، بما في ذلك التجاهل من قبل الباحثين والدارسين، وذلك بالرغم من الأهمية التي أضحت تحتلها الصحة في السياسة العالمية بسبب الأوبئة والأمراض. لكن الاضطرابات التي خلفتها جائحة "كورونا"، تستدعي الوقوف عند المتغيرات التي يشهدها العالم؛ سواء من حيث تبدل الأولويات أو تنامي المخاطر العابرة للحدود، وكذا التحولات التي طبعت السياسة الخارجية للدول في زمن الجائحة خصوصا وأنها أضافت أبعادا جديدة للدبلوماسية، وظهور ما يصطلح عليه بالدبلوماسية الصحية من قبل الدول؛ باعتبارها إحدى صور القوة الناعمة التي تمكنها من تقوية الروابط الإقليمية وتحقيق مصالحها السياسية والاقتصادية.

وتمثل الدبلوماسية الصحية إحدى أهم الأدوات التي تسخرها الدول في مساعيها لإيجاد حلول للتحديات الصحية، وذلك من خلال التنسيق والتعاون والتضامن بين الدول، حيث تهدف الدبلوماسية الصحية إلى تحسين مستوى الرعاية الصحية من خلال تصدير المعدات الطبية والخبرات والموارد البشرية، بالإضافة إلى تسخير الموارد والتكنولوجيا والعلوم في الميدان الصحي، كما تتصل بصفة خاصة بالمسائل والمحددات الصحية التي تتجاوز الحدود الوطنية، وهو ما يتطلب اتفاقيات دولية لمعالجتها، أو ما يدخل في إطار المفاوضات الصحية.

وتبرز أهمية الموضوع في كونه يحاول الكشف عن طبيعة التقاطع بين الصحة والشؤون الخارجية، حتى أضحت الصحة تتصدر أجندة السياسة الخارجية للدول، حيث ساهمت الأزمة الصحية العالمية المرتبطة بجائحة "كورونا"، في فتح فرص كثيرة أمام المملكة المغربية لتعزيز تموقعها الإفريقي عبر لعب أدوار كبيرة من خلال الاستفادة من إمكاناتها المادية وتجربتها في القطاع الصحي، أخذا بالاعتبار الأهداف الأساسية للدبلوماسية الصحية التي تشمل تحسين صحة السكان ورفاهيتهم الصحية

على نحو أكثر إنصافا، بالإضافة إلى الآفاق التي يمكن للدبلوماسية الصحية أن تفتحها لتعزيز حوار جديد وخلق المزيد من الشراكات على مستويات أخرى.

ومن الملاحظ أن الانعكاسات السلبية لجائحة كورونا على الصعيد العالمي، وما واكبها من تغير على مستوى خريطة التحالفات الصحية في المنظومة الدولية؛ فلم تعد الولايات المتحدة الأمريكية، ومعها البلدان الأوروبية، تهيمن لوحدها على دبلوماسية المساعدات الإنسانية، بل ظهرت فواعل منافسة تتوخى الاستفادة من تداعيات جائحة "كورونا". وهذا ما دفع المغرب لوضع بصمته على هذه الحركية الدولية، خصوصا فيما يتعلق بتعزيز ارتباطه بالعمق الأفريقي، سعيا منه إلى البحث عن موقع سياسي واقتصادي فعال في مرحلة ما بعد الجائحة. وبخلاف التوجه الدولي الذي يرى إفريقيا مختبرا للتجارب بشأن السياسات الصحية، يأتي الاقتراح المغربي الداعي إلى إرساء مبادرة إفريقية لمواجهة "كوفيد 19"، قصد تحويل إفريقيا إلى فاعل في السياسة الدولية، من خلال العمل المشترك على جعل الوباء فرصة سانحة لتحقيق الصعود الإفريقي في المستقبل.

وعليه، تروم إشكالية الموضوع إبراز مدى سعي المغرب إلى تكييف سياسته الخارجية مع التحديات الصحية التي أفرزتها جائحة "كوفيد-19"، مع الحرص على استحضار ثوابت ومحددات هذه السياسة، وهي مناسبة للوقوف عند مظاهر توظيف المغرب للدبلوماسية الصحية في علاقته بالبلدان الأفريقية. ولمعالجة هذه الإشكالية، لا بد من الاستعانة بالأدوات المنهجية، حيث سيمكننا الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي من الكشف عن المقصود بالدبلوماسية الصحية، وتحليل مضامين العلاقة بين قضايا الصحة والشؤون الخارجية، فضلا عن إبراز مكانة الصحة ضمن أجندة عمل الدبلوماسية المغربية، خصوصا في علاقتها بالبلدان الأفريقية.

ولدراسة الإشكالية المطروحة وتحليلها، سأتناول الموضوع من خلال نقطتين؛ تعنى الأولى بمرتكزات الدبلوماسية الصحية، فيما سيتم التركيز في الثانية على محددات الدبلوماسية الصحية للمغرب تجاه أفريقيا.

أولا-مرتكزات الدبلوماسية الصحية

برز موضوع الدبلوماسية الصحية في سياق تنامي الاهتمام المعرفي والسياسي بقضايا الصحة العالمية في العقدين الأخيرين، وعلى ضوء الحاجة المتزايدة لنمط جديد من العمل الدبلوماسي لمجابهة المخاطر الصحية، ويعتبر حاليا أحد أشكال الدبلوماسية الجديدة، ومجال معرفي ناشئ يربط حقول السياسة الخارجية والصحة والعلاقات الدولية.

1- مفهوم الدبلوماسية الصحية

تعتبر الدبلوماسية إحدى الوسائل الرئيسية التي يعتمد عليها في تنفيذ السياسة الخارجية، وهي بهذا الشكل تحتل مكانة متميزة في العلاقات الدولية[264]. وينظر إليها كعملية سياسية ترتبط مباشرة بإدارة وتوجيه العلاقات الخارجية للدول والشعوب بما يخدم مصالحها، وهي تجل للعلاقات الدولية في مستواها السياسي القائم على مجموعة من القواعد والأعراف الدولية الهادفة إلى تنظيم التعامل بين أشخاص القانون الدولي، وتبيان الحقوق والواجبات والتزامات وامتيازات هؤلاء الأشخاص مع تبيان شروط عملهم ووظائفهم الهادفة للتوفيق بين المصالح المتباينة سواء أكان ذلك في زمن السلم أم الحرب[265].

وفي عالمنا المعاصر، تزداد أهمية الدبلوماسية في ظل التطورات التي يشهدها العالم خاصة مع بروز ظاهرة العولمة التي أدت إلى ترابط وتشابك العلاقات الدولية وزيادة التأثير المتبادل، مما أضفى على مفهوم الدبلوماسية المعاصر معاني أوسع مما

[264]- عدنان عبد الله رشيد، الدبلوماسية الوقائية.. إلى أين؟ دراسة تحليلية مستقبلية، ط1 (القاهرة: المركز العربي للدراسات والبحوث العلمية للنشر والتوزيع، 2018)، ص 25.

[265]- ملاك قائد، "الدبلوماسية المغربية وإدارة الأزمات"، مجلة المنارة للدراسات القانونية والإدارية، عدد خاص، يناير 2020، ص 224.

كان يحملها المفهوم التقليدي للدبلوماسية، وظهور أنماط جديدة للدبلوماسية كما هو الشأن بالدبلوماسية الصحية[266].

وتحيل المراجعة العميقة لأدبيات "دبلوماسية الصحة" إلى استخدامين متمايزين لهذا المفهوم، يتضمن المعنى الأول الإشارة إلى عمليات التفاوض التي تتم بين مختلف الجهات الفاعلة في المجال الصحي (الدول، المنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية، وأصحاب المصلحة...). وعلى هذا النحو، يتم تعريف دبلوماسية الصحة بأنها: "عمليات التفاوض متعددة المستويات والجهات الفاعلة التي تشكل وتدير بيئة السياسة العالمية للصحة، أو هي مفاوضات حول قضايا صحة السكان التي تتطلب عملا جماعيا عالميا لمعالجة هذه المشاكل بشكل فعال"[267].

أما المعنى الثاني، فيربط مفهوم دبلوماسية الصحة بالسياسة الخارجية للدول، ويقلل بالتالي من أهمية عمليات التفاوض أو مركزية الاعتبارات المتصلة بالصحة العالمية. وبهذا المعنى تصبح الدبلوماسية الصحية أداة للنهوض بمصالح السياسة الخارجية للدول، فهي وفق تعريف أنطوني فوتشي (Anthony S. Fauci)، ينظر إليها "كأسلوب لكسب قلوب وعقول الناس في البلدان الفقيرة، من خلال تصدير الرعاية الطبية والخبرة والموظفين لمساعدة من هم في أشد الحاجة إليها"[268]. أو كما يعرفها أخرون؛ نشاط تغيير سياسي، يلبي الأهداف المزدوجة لتحسين الصحة العالمية مع الحفاظ على العلاقات الدولية في الخارج وتعزيزها، سيما في مناطق النزاع والبيئات الفقيرة من حيث الموارد[269].

---

[266]- عبد الله رشيد، ص 29.

[267]- توفيق حكيمي، "دبلوماسية الصحة الصينية في ظل جائحة كوفيد-19"، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، المجلد 10، العدد 1، يناير 2023، ص 28.

[268]- Anthony S Fauci, « The expanding global health agenda: a welcome development‖", Nature Medicine, vol. 13 2007,P 1169.

[269]- حكيمي، ص 28. أنظر كذلك:

وهكذا، يقصد بالدبلوماسية الصحية، عمليات التفاوض التي ترسم ملامح إدارة بيئة السياسات اللازمة للصحة. ويتم تنفيذ ذلك في كثير من المواقع، فبعضها يركز على المفاوضات الصحية أثناء الاجتماعات السنوية لجمعية الصحة العالمية في إطار عمل منظمة الصحة العالمية، وبعضها يكون لها جدول أعمال أوسع نطاقا، مثل الجمعية العامة للأمم المتحدة أو مجلس حقوق الإنسان. وقد تؤدي هذه الجهود إلى إبرام الاتفاقيات والمعاهدات والمواثيق الدولية، وفي بعض الحالات يتم تمثيل الدول الأعضاء بمسؤولين رفيعي المستوى في مجال الصحة؛ مثل وزراء الصحة، كما قد يشارك أطراف أخرى مؤثرة في المؤتمرات الدولية[270].

ولا بد من التأكيد على أن الدبلوماسية الصحية تحمل الكثير من التعقيد، وأحد الأمثلة على ذلك؛ هو عندما يجتمع الباحثون الصحيون ومستشارو السياسات الصحية معا في مشاريع معقدة متعددة الجنسيات في مجال الصحة، ذلك أنهم بحاجة إلى اتفاقيات تتطلب مفاوضات بين الدول للتوصل إلى نتائج قائمة على الأدلة العلمية، لكن هناك من يستخدم الصحة كأداة لتحقيق المصلحة الوطنية[271].

وفي الوقت الحالي، توظف الدبلوماسية الصحية في ثلاث سياقات؛ يتثمل الأول في المفاوضات متعددة الأطراف، وهي إحدى الطرق التي يمكن من خلالها الوصول إلى تسوية أو توافق في الآراء في الأمور المتعلقة بالصحة. فيما يتجلى الثاني في السياقات الثنائية، حينما توظف الدبلوماسية الصحية كأداة ذات قوة ناعمة، حيث تستخدم الصحة لتحقيق أهداف السياسة الخارجية. وأخيرا، ينظر للدبلوماسية الصحية

-Vijay Kumar Chattu, W. Andy Knight, « Global Health Diplomacy as a Tool of Peace », Peace Review, Vol. 31, No. 2, 2019, P 151.

[270]- علاء الدين العلوان، "الدبلوماسية الصحية"، موجز لأعمال الندوة الثالثة حول الدبلوماسية الصحية، المؤتمر الإقليمي الثالث حول الدبلوماسية الصحية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة،3-5 أيار/ مايو2014.

[271]- أم كلثوم السيد، "الدبلوماسية الصحية كأحد أدوات القوى الناعمة: ماذا تعلمنا من جائحة كوفيد-19، مجلة أفاق أسيوية، العدد السادس، 2020، ص 21.

كجسر للسلام والأمن في حالات الطوارئ والصراع، حيث تتمثل أهدافها الرئيسية في تحسين الأمن الصحي وصحة السكان، وتحسين العلاقات بين الدول وبين الأطراف الفاعلة في مجال الصحة من أجل تحسين الصحة العمومية[272].

ورغم أن البعض يربط بروز مفهوم الدبلوماسية الصحية بتفشي جائحة "كوفيد-19"، لكنها ظاهرة قديمة نوعا ما في العلاقات الدولية، حيث لا يخلو التاريخ الدبلوماسي بنشاطات ترتبط الدبلوماسية الصحية بأهداف السياسة الخارجية للدول. فمثلا؛ يعود تاريخ الاهتمام الأمريكي بالدبلوماسية الصحية إلى عام 1987، حيث ظهر مفهوم "الدبلوماسية الطبية" على يد بيتر بورن (Peter Bourne)، المساعد الخاص للرئيس الأمريكي آنذاك جيمي كارتر (Jimmy Carter)، والمكلف بقضايا الصحة، حيث عبر عن أهمية الدبلوماسية الصحية للسياسة الخارجية الأمريكية، باعتبار الصحة والطب كوسيلة لتحسين العلاقات الدولية، كما يمكن أن تكون دعامة أساسية لإرساء الحوار وتخطي الحواجز التقليدية للدبلوماسية[273].

بناء على ما سبق، تعد الدبلوماسية الصحية أمرا حيويا في الحفاظ على علاقات قوية مع المجتمع الدولي، وهي ضرورية في تعزيز السياسة الخارجية في الحالات التي قد تكون فيها الجهود الدبلوماسية متوترة أو يصعب تحقيق المفاوضات، حيث يمكن للدبلوماسية الصحية أن تفتح الأبواب لتعزيز حوار جديد وخلق المزيد من الشراكات على المستوى غير السياسي[274]. ومن الواضح أنها اكتسبت المزيد من المصداقية في بناء العلاقات الخارجية، حيث أظهرت جائحة كورونا الحالية أهمية

---

[272]-"الدبلوماسية الصحية"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، نشرة إخبارية نصف سنوية عن الدبلوماسية الصحية، المجلد الأول، العدد الثاني، القاهرة، كانون الأول/ ديسمبر 2012.

[273] - Rebecca Katz, Sarah Kornblet, Grace Arnold, Eric Lief, and Julie E Fischer, « Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization‖ », Milbank Quarterly, Vol. 89, No.3, September 2011, P 505.

[274]- Leeda Jewayni, « What is Health Diplomacy?», The Borgen Project, 26/10/2014, seen at 18/03/2023, on the link: https://borgenproject.org/health-diplomacy/

الدبلوماسية الصحية والطبية بين الدول كضرورة للتعاون الطبي والسريري للعلاج وتبادل المعلومات، كما أصبحت الدبلوماسية الصحية قضية ملحة للسياسات الخارجية للدول لمعالجة الأزمات الصحية.

2- علاقة الصحة بالسياسة الخارجية

لم تشكل قضايا الصحة موضوعا محوريا للمهتمين بقضايا السياسة الخارجية، ولم يخصص رواد نظريات العلاقات الدولية دراسات أو كتابات كثيرة لمعالجتها، بحكم محدودية تأثير موضوع الأوبئة والجوائح على نسق العلاقات الدولية، خصوصا وأن موضوع التحديات الصحية بالنسبة للمنظرين والباحثين هو موضوع ثانوي في سلم أولويات السياسة الخارجية، حيث يرى جون ميرشايمر (John J. Mearsheimer)، بأن المشكلات الصحية؛ كالأوبئة والأمراض هي متغيرات ثانوية[275]. بيد أن صدور قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة، رقم 115/66 بشأن الصحة العالمية والسياسة الخارجية[276]، قد شكل مرحلة فاصلة في مسار الاعتراف بالعلاقة الوثيقة بين الصحة العالمية والسياسة الخارجية والحاجة إلى بذل مزيد من الجهود لخلق بيئة سياسية عالمية داعمة لقضايا الصحة[277]. وتحقيقا لهذا الغرض، وضع إعلان أوسلو الوزاري مجموعة من الخطوات العملية بهدف رفع درجة الأولوية المسندة إلى الصحة في مجال السياسة الخارجية[278].

---

[275]- جون ميرشايمر، مأساة سياسة القوى العظمى، ترجمة مصطفى محمد قاسم، ط1(المملكة العربية السعودية: النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، 2012)، ص 465.

[276]- قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة، رقم 115/66، الدورة السابعة والستون، البند 123 من جدول الأعمال، الصحة العالمية والسياسة الخارجية، 12 دجنبر 2011، رقم الوثيقة A/67/377.

[277]- تقرير المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية عن الصحة العالمية والسياسة الخارجية، الدورة السابعة والستون، البند 126 من جدول الأعمال، الصحة العالمية والسياسة الخارجية، الجمعية العامة، الأمم المتحدة، 18 شتنبر 2012، رقم الوثيقة A/RES/66/115.

[278]- اعلان أوسلو الوزاري، الدورة الثالثة والستون، البد 44 من جدول الأعمال، الجمعية العامة للأمم المتحدة، رقم الوثيقة A/63/591

وقد بات واضحا أن العالم يمر بلحظة فارقة في العلاقات الدولية بعد جائحة كورونا، فعملية صنع القرار الدولي قد اعتراها الجمود، بل وثمة تناقض جوهري في صميم هذا الجمود. فرغم الفهم المشترك للتحديات الصحية التي تفرضها الجوائح والاوبئة إلا أن هذا الفهم لا يقابله عمل مشترك بل إن الانقسامات تزداد عمقًا. وما دام العالم متفقا على تشخيص هذه المشاكل المشتركة، فلماذا لا يستطيع معالجتها بفعالية؟

نرى أن هناك سببين أساسيين لذلك: أولا، غالبا ما تصبح السياسة الخارجية انعكاسا للسياسة الداخلية، حيث أصبحت الشؤون الدولية أسيرة للسياسة المحلية. وقد قدمت "سياسة اللقاحات"، مثالا على طغيان المصالح الوطنية على اعتبار المصلحة العالمية، وذلك بالرغم من إدراك الدول المنتجة للقاحات عدم اعتراف فيروس كوفيد-19، بالحدود الوطنية. ثانيا، إن العديد من المؤسسات أو الأطر العالمية باتت اليوم غير قادرة على مواكبة العصر، أو ببساطة اعتراها الضعف، بينما تشكل الانقسامات الجيوسياسية حجر عثرة أمام إجراء الإصلاحات اللازمة، فرغم ما تتمتع به منظمة الصحة العالمية من سلطة مرجعية، فإنه يبقى بعيد كل البعد عما هو مطلوب لتنسيق التصدي للجوائح العالمية، حيث نجد المؤسسات الدولية ذات النفوذ الأكبر إما مشلولة بسبب الانقسام، مثل مجلس الأمن، وإما مفتقرة إلى الديمقراطية، مثل العديد من المؤسسات المالية الدولية[279].

وفي نفس الوقت، اتضح للعالم أن المسائل التي كان يظن البعض أن علاقتها تقتصر على السياسات الوطنية بل لها تداعيات واهتمامات عالمية، حيث أصبح مفهوما بوضوح أن الجوائح والأمراض السارية الجديدة، تعتبر تهديدات واضحة للأمن الوطني والعالمي. ففي سياق عالمي متغير، تمثل الدبلوماسية الصحية منتدى هاما للمفاوضات حول قضايا السياسات العالمية التي تشكل البيئة العالمية للصحة وتؤثر

[279]- أنطونيو غوتيريش، "مفارقة حل المشاكل العالمية"، مدونات خطة 2030، 02/08/ 2022، شوهد في 2023/03/22، على الرابط: https://unsdg.un.org/ar/latest/blog/mfarqt-hl-almshakl-alalmyt

علها. كما تكمن الأهداف الرئيسية للدبلوماسية الصحية في: تحقيق أمن صحي أفضل وصحة أفضل للسكان؛ تحسين العلاقات بين الدول والتزام طائفة عريضة من الجهات الفاعلة للعمل معا على تحسين الصحة[280].

وبهذا الصدد، ساد إدراك متزايد بالصحة كهدف للسياسة الخارجية وكمساهم أساسي في تحقيق الاستقرار والأمن الوطني والدولي، كما تعززت العلاقة بين الصحة والمصالح السياسة الخارجية في السنوات الأخيرة، حيث تتحرك الصحة إلى ما هو أبعد من عالمها التقني البحت لتصبح عنصرا حاسما في السياسة الخارجية. وقد جلبت الآثار السياسية والاجتماعية والاقتصادية الواسعة للقضايا الصحية المزيد من الدبلوماسيين إلى مجال الصحة، والمزيد من خبراء الصحة العامة إلى عالم السياسة[281]. وبالتالي، سارت قضايا الصحة جزءا أساسيا من السياسة الخارجية للدول، وذلك في ظل بروز مجموعة متزايدة من القضايا الصحية التي تتجاوز ما هو أبعد من الحدود الوطنية، والتي تتطلب اتخاذ إجراءات على الصعيد العالمي.

ولا شك أن مناقشة كيفية دمج مفاهيم الدبلوماسية الصحية في أدوات السياسية الخارجية من أجل التصدي للتحديات الصحية، تتطلب مشاركة سائر القطاعات والتحديات العابرة للحدود المحلية والإقليمية، والتي تعتبر قضايا عالمية بطبيعة الحال. ذلك أن الدبلوماسية الصحية العالمية ترتبط بعمليات التفاوض التي ترسم ملامح بيئة السياسات العالمية في مجال الصحة، وتسهم في إدارة مقتضياتها. كما تركز على القضايا الصحية العابرة للحدود الوطنية والقضايا التي تستلزم الحلول السياسية والتعاون فيما بين قطاعات عديدة.

---

[280]- "الدبلوماسية الصحية"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، شوهد في 2023/03/22، على الرابط: https://www.emro.who.int/ar/health-topics/health-diplomacy/index.html

[281]- "منظمة الصحة العالمية تعقد الندوة الإقليمية الثالثة حول الصحة الدبلوماسية في القاهرة"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط 29 /2014/04، شوهد في 2023/03/22، على الرابط: https://www.emro.who.int/ar/media/news/health-diplomacy-seminar.html

وبالنظر لأهمية الصحة لجميع الدول والشعوب، فإنه ينبغي على البلدان أن تتصدى للتحديات الصحية، ومن ذلك انتشار الأوبئة والامراض المعدية. ومن الواضح أن الدبلوماسية الصحية تفتح مسارا أمام المساعدات الإنسانية وتحوِل الصحة إلى جسر من جسور السلام، وبالتالي، يجب على الدول فهم القضايا الصحية ذات الأولوية القصوى، والتعامل معها والتأثير الإيجابي للتوعية بها من منظور الدبلوماسية[282].

وإن البحث عن السبل المناسبة لإدراج مسألة الصحة، بصورة أكبر، في صميم السياسة الخارجية، يأتي في سياق المكانة التي تتبوؤها الصحة في عالم معولم، حيث أصبح ينظر للصحة باعتبارها من المجالات الملائمة للنشاط الدبلوماسي، فهي من الوسائل الأساسية التي تدفع عجلة التقدم الاقتصادي والاجتماعي، وتشكل الأساس لتحقيق الأمن والاستقرار على الصعيد العالمي[283]. كما يكشف التزام ساسة العالم بالصحة العمومية الدولية والتزامهم بمكافحة الأمراض والأوبئة، أن الصحة تكتسي أهمية حقيقية بوصفها أداة من أدوات السياسة الخارجية، ومجالا خصبا للنشاط الدبلوماسي.

ثانيا-محددات الدبلوماسية الصحية للمغرب

تحتل قضايا الصحة مكانة هامة ضمن أجندة العمل الدبلوماسي في وقتنا الحاضر، وذلك بالنظر للتداعيات السلبية الناجمة عن تفشي جائحة كورونا. وقد شكل وعي الدول بأهمية العمل الجماعي لمواجهة التهديدات الصحية، دافعا أساسيا

[282]-"منظمة الصحة العالمية تدفع جدول أعمال الدبلوماسية الصحية إلى الأمام خلال الندوة الرابعة رفيعة المستوى المنعقدة بالقاهرة"، منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط، المركز الإعلامي، القاهرة، 2 /05/ 2015، شوهد في 2023/03/23، على الرابط:
https://www.emro.who.int/ar/media/news/4th-regional-health-diplomacy-seminar.html

[283]-"الصحة والسياسة الخارجية"، منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط، 27/ 11/ 2007، شوهد في 2023/03/23، على الرابط:
https://www.who.int/ar/director-general/speeches/detail/health-and-foreign-policy

لإدراج قضايا الصحة العالمية ضمن محاور عمل الدبلوماسية المغربية، كما ساهم في التأسيس لما يسمى بالدبلوماسية الصحية، والتي جعل المغرب منها ركيزة أساسية في علاقته بأفريقيا.

1- قضايا الصحة العالمية ضمن أجندة الديبلوماسية المغربية

شهد العالم على امتداد التاريخ البشري، عددا من الأوبئة والأمراض الخطيرة المعدية كالطاعون والكوليرا، خلفت الكثير من المصابين والضحايا. ورغم قساوتها وتأثيراتها الاقتصادية والاجتماعية والنفسية، فقد تمكن الانسان دائما من الانتصار عليها، بجعلها محطة لاكتشاف الأدوية واللقاحات، وإرساء منظومة صحية لمواجهة هذه المخاطر[284]. كما شكلت محطة لإرساء قواعد جديدة للعمل الديبلوماسي في مجال الصحة العامة ومكافحة الأوبئة والأمراض السارية، حيث تم إقرار العديد من الهياكل التنظيمية الدولية المسؤولة عن تعزيز التعاون الدولي في هذه المجالات، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية. بالإضافة إلى العديد من المبادرات والشراكات الدولية في مجال مكافحة الأمراض والأوبئة مثل تأسيس المجلس العالمي لرصد التأهب، وهو هيئة مستقلة للرصد والمساءلة تأسست استجابةً لتوصيات فريق العمل المعني بالأزمات الصحية العالمية التابع للأمين العام للأمم المتحدة في عام 2017، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا، والتحالف العالمي للقاحات والتحصين، وغير ذلك الكثير من المبادرات والمؤسسات التي جاءت ثمرة للتعاون الدولي، وكان لها دورها المهم في تعزيز الصحة العامة ومكافحة الأمراض على مستوى العالم[285].

وفي هذا السياق، برزت قضايا الصحة العالمية ضمن أجندة عمل الديبلوماسية المغربية، حيث دفعت التداعيات السياسية والاقتصادية للتهديدات الصحية

---

[284]- إدريس لكريني، العلاقات الدولية: مفاهيم أساسية وقضايا معاصرة، ط2 (الرباط: مطبعة الأمنية 2022)، ص 121.

[285]- فتوح هيكل، "قمة مجموعة العشرين وأهمية تعزيز التعاون الدولي في مواجهة وباء كورونا"، ترينذز للبحوث والاستشارات، 31 /2020/03، شوهد في 2023/03/24، على الرابط: https://trendsresearch.org/

بالدبلوماسية المغربية للانخراط في الجهود الدولية للتصدي لهذه التهديدات والمشاركة في العمل الدولي المتعدد الأطراف في هذا الشأن، حيث تعد منظمة الصحة العالمية مؤسسة متخصصة، ضمن هيئات الأمم المتحدة، والتي تضطلع بتسيير وتنسيق الصحة العالمية داخل المنظومة الأممية، وتشمل مجالات نشاطها الرئيسية الأمراض المنقولة وغير المنقولة، والإعداد والمراقبة وتقديم الاستجابة في مواجهة الأزمات، فضلا عن النهوض بالصحة طيلة أمد حياة الأفراد، وتعزيز المنظومات الصحية.

وضمن هذا المسار، انخرطت الديبلوماسية المغربية في المفاوضات المتعلقة باللوائح الصحية الدولية، حيث تعتبر المملكة المغربية طرفا في اللوائح الصحية الدولية 2005[286]، كما عمل على تقوية شراكته بمنظمة الصحة العالمية، من خلال المخططات الصحية، بداية من الفترة (2008-2012)، و(2012-2016)، مرورا بمخطط (2017-2021). وقد توجت هذه العلاقة بتوقيع استراتيجية التعاون للفترة ما بين (2023-2027)، وذلك في إطار الاحتفال باليوم العالمي للصحة.

وتحدد هذه الاستراتيجية، التوجهات الكبرى للدعم التقني لمنظمة الصحة العالمية على مستوى تعزيز قطاع الصحة بالمغرب، إضافة إلى توطيد التعاون الثنائي، تأخذ هذه الاستراتيجية بعين الاعتبار، التقدم المحرز فيما يتعلق بالمسار الإصلاحي للمنظومة الصحية بالمغرب، ولاسيما التوجهات الجديدة لإصلاح القطاع الصحي، وكذا البرنامج العالمي لمنظمة الصحة العالمية، خاصة المجهودات الدولية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، كما تتماشى مع المخطط الإطار للأمم المتحدة من أجل التنمية للفترة (2023-2027)[287].

---

[286]- وقد صادق عليها المغرب بموجب الظهير شريف رقم 1.09.212، الصادر في 7 ذي القعدة 1430، الموافق لـ 26 أكتوبر 2009، والمنشور بالجريدة الرسمية، عدد 5784، في 17 ذو القعدة 1430، الموافق لـ 05 نونبر 2009.

[287]- "المغرب-منظمة الصحة العالمية: توقيع استراتيجية التعاون 2023-2027"، البوابة الوطنية، 2023/04/10، شوهد في 2023/04/12، على الرابط: https://www.maroc.ma

وعليه، يشكل توقيع المغرب لأربع إطارات للتعاون مع منظمة الصحة العالمية، تتويجا لجهود الدبلوماسية المغربية داخل أجهزة منظمة الصحة العالمية، والتي تعززت بانتخاب المغرب بالمجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية[288]، برسم الفترة 2022-2025، بصفته ممثلا لمجموعة دول شرق البحر المتوسط. وذلك بمناسبة أشغال الدورة 75 لجمعية الصحة العالمية، المنعقدة بجنيف ما بين 22 و28 ماي 2022[289].

واستطاع المغرب، الذي كان مرشحا لشغل أحد المقعدين الشاغرين المخصصين لمنطقة شرق البحر المتوسط، أن يحظى بدعم الدول الأعضاء في المنظمة، بفضل تعبئة مجموع الأجهزة الدبلوماسية للمغرب، بتنسيق وثيق مع وزارة الصحة والحماية الاجتماعية. ويشكل هذا الانتخاب، تأكيدا على مصداقية عمل المغرب داخل منظمة الصحة العالمية من أجل النهوض بالصحة العالمية، ويعكس ثقة المجتمع الدولي في حصافة مقاربة المغرب في مجال تدبير الأزمة الصحية التي خلفتها جائحة كورونا. ومن المنتظر أن يعمل المغرب خلال فترة ولايته على المساهمة في إنجاز هدف "المليارات الثلاثة"، الذي يقوم عليه المخطط الاستراتيجي الخماسي لمنظمة الصحة العالمية، ويتعلق الأمر بحماية مليار شخص في مواجهة حالات الطوارئ، وتمكين مليار شخص من الاستفادة من التغطية الصحية الشاملة، وضمان تمتع مليار شخص آخرين بمزيد من الصحة والعافية بحلول 2023[290].

ومن خلال هذا المسار، يتضح أن المغرب قد أولى أهمية كبرى لقضايا الصحة ضمن أجندة العمل الدبلوماسي، سواء من خلال تنسيق المواقف والآراء بين

---

[288]- ويعد مجلس منظمة الصحة العالمية، الذي يضم 34 عضوا، الهيئة المكلفة بتنفيذ القرارات والتوجيهات الصادرة عن جمعية الصحة العالمية.

[289]- "انتخاب المغرب بالمجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية برسم الفترة 2022-2025"، وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الإفريقي والمغاربة المقيمين بالخارج، 2022/05/27، شوهد في 2023/04/10، على الرابط: https://www.diplomatie.ma

[290]- "انتخاب المغرب بالمجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية برسم الفترة 2022-2025"، وكالة المغرب العربي للأنباء، 27/ 05/ 2022، شوهد في 2023/04/11، على الرابط: https://www.mapnews.ma

القطاعات الوزارية المعنية بقطاع الصحة وبمنظمة الصحة العالمية، أو من خلال شغل المغرب لمناصب المسؤولية داخل أجهزة منظمة الصحة العالمية. وكذا انخراطه القوي في المشاورات والمفاوضات المتعلقة بالحد من التهديدات الصحية، والتزامه بتنفيذ توصيات وتوجيهات منظمة الصحة العالمية.

2- مظاهر توظيف المغرب للدبلوماسية الصحية تجاه أفريقيا

وضع دستور 2011، العلاقات المغربية-الافريقية ضمن المجال الاستراتيجي الثالث، بعد كل من أولوية بناء الاتحاد المغاربي، وتعميق أواصر الانتماء إلى الأمة العربية والإسلامية، حيث أكد في ديباجته أن المملكة المغربية الدولة الموحدة ذات السيادة الكاملة المنتمية إلى المغرب الكبير تؤكد وتلتزم بتقوية علاقات التعاون والتضامن مع الشعوب والبلدان الأفريقية، ولا سيما مع بلدان الساحل والصحراء وتقوية التعاون جنوب-جنوب[291]. وهذا ما جعل المغرب يحرص على توفير دعم تضامني لهذه البلدان عبر تنفيذ مجموعة من المشاريع والبرامج التنموية في عدد من المجالات، كما هو الشأن بالنسبة لإحداث وحداث صناعية لإنتاج اللقاحات وإنشاء مصانع لإنتاج الأسمدة؛ مما يساهم في تعزيز المنظومة الصحية والأمن الغذائي بإفريقيا[292].

وهكذا، شكل العمل الإنساني والتضامني دعامة أساسية وهيكلية في السياسة الخارجية للمغرب، وذلك من خلال المساهمة في التخفيف من تداعيات الأزمات الإنسانية بالدول الأفريقية. ولما كانت صحة المواطن ركيزة أساسية للتقارب والتضامن بين الشعوب وإحدى الدعامات المحورية لبناء تعاون جنوب-جنوب فعال، عمل المغرب على تفعيل دبلوماسيته الصحية في العديد من المحطات.

---

[291]- إدريس لكريني وآخرون، السياسة الخارجية المغربية في عالم متغير الضوابط والديناميات، ط1 (مراكش: منشورات كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، العدد 61، 2022)، ص 206.

[292]- "السيد عمر هلال يستعرض بالدوحة الرؤية الملكية في مجال التعاون جنوب-جنوب"، وكالة المغرب العربي للأنباء، في 2023/03/06، شوهد في 2023/04/14، على الرابط: https://www.mapnews.ma/

وفي هذا الإطار، تمت إقامة مستشفيات ميدانية مغربية في عدة بلدان افريقية وعربية منها جنوب السودان، مجسدا بذلك الممارسة الفضلى للدبلوماسية الصحية بالقارة الافريقية. كما استجاب المغرب لدعوة أطلقها المجتمع الدولي سنة 1992 لمساعدة الشعب الصومالي الذي كان يعاني من ويلات النزاع السياسي المسلح، حيث أقدم المغرب أنداك على إقامة مستشفى ميداني بالصومال. بالإضافة إلى ذلك، عمل المغرب على تقديم الدعم الإنساني في أزمة مالي، والاهتمام بالجانب الصحي في الدولة، حيث أقام جسرا جويا لنقل المساعدات الطبية لفائدة الشعب المالي والمتمثلة في وضع مستشفى ميداني متعدد الاختصاصات؛ كالتفاتة إنسانية في سياق الدعم الموصول للمغرب للشعب المالي. وقدم هذا المستشفى المتعدد الاختصاصات المساعدات الجراحية كالجراحة الباطنية وجراحة العظام والمفاصل، وطب الأطفال والأمراض المعدية، كما تتوفر هذه الوحدة الصحية والاستشفائية على قسم للنساء والتوليد وأخر للإنعاش وقاعة للعمليات بأحدث التجهيزات مع وحدات الدعم النفسي[293]. ومن بين إحدى عشر مستشفى ميدانيا التي أقامها المغرب في إفريقيا حظيت سبع مستشفيات بزيارة الملك محمد السادس، وذلك للتأكيد على أهمية هذه المساعدات التي يقوم بها المغرب للبلدان الافريقية، والمتمثلة في المستشفيات الميدانية العسكرية والعناية الطبية والاجتماعية وتقديم وإيصال المساعدات الإنسانية من المغرب[294].

وقد تعززت الدبلوماسية الصحية للمغرب اتجاه أفريقيا مع تفشي جائحة كورونا، وهو ما فتح فرص كبيرة أمام المغرب لتعزيز تموضعها الإفريقي عبر لعب أدوار كبيرة من خلال الاستفادة من إمكاناتها المادية وتجربتها في القطاع الصحي. وبخلاف التوجه الدولي الذي يرى القارة السمراء "مفعولا به" بشأن السياسات الصحية، يأتي الاقتراح المغربي الداعي إلى إرساء مبادرة إفريقية لمواجهة فيروس "كوفيد-19"، قصد تحويل إفريقيا إلى فاعل في السياسة الدولية، من خلال العمل المشترك على جعل الوباء فرصة سانحة لتحقيق الصعود الإفريقي في المستقبل.

---

[293]- قائد، ص 261.

[294]- المرجع نفسه، ص 265.

ولتجسيد هذا المقترح، تم تقديم المستلزمات الطبية والوقائية إلى 15 دولة إفريقية لمساعدتها على مواجهة الوباء (حوالي ثمانية ملايين كمامة، و900 ألف من الأقنعة الواقية، و600 ألف غطاء للرأس، و60 ألف سترة طبية، و30 ألف لتر من المطهرات الكحولية، وكذا 75 ألف علبة من الكلوروكين، و15 ألف علبة من الأزيتروميسين[295]. وتضم لائحة البلدان المتلقية للمساعدات الطبية، كل من موريتانيا والسنيغال وجزر القمر والنيجر وتشاد وبوركينافاسو والكاميرون والكونغو وإسواتيني وغينيا وملاوي والكونغو الديمقراطية وغينيا بيساو وتنزانيا وزامبيا[296].

ويجسد هذا العمل التضامني جهود الدبلوماسية الصحية، باعتبارها نهجا براغماتيا وموجها نحو العمل على تمكن من تقاسم التجارب والممارسات الفضلى، وتتوخى إرساء إطار عملي لمواكبة جهود هذه البلدان في مختلف مراحل تدبير الجائحة. ويجب الإشارة إلى أن جميع المنتوجات والمعدات الواقية التي تتكون منها المساعدات الطبية المرسلة نحو الدول الإفريقية الشقيقة، تم تصنيعها في المغرب من طرف مقاولات مغربية، وتتطابق مع معايير منظمة الصحة العالمية.

وإيمانا من المغرب، بكون قضايا الصحة ركيزة أساسية للتقارب والتضامن بين الشعوب وإحدى الدعامات المحورية لبناء تعاون جنوب-جنوب فعال، عمل المغرب على توفير منح دراسية لتكوين الأطباء والصيادلة، والأطر الطبية الإفريقية، في مختلف الجامعات المغربية[297]، كما بادر بإطلاق عدة مبادرات في العديد من البلدان الإفريقية.

[295]- سعيد الكحل، "أوجه الدبلوماسية المغربية في إفريقيا"، الصحيفة، 2022/10/21، شوهد في 2023/04/14، على الرابط: https://www.assahifa.com/

[296]- مصطفى شاكري، "المغرب ينهج دبلوماسية الصحة أمام الحرب الإفريقية على الوباء"، موقع هسبريس، 2020/06/16، شوهد في 2023/04/14، على الرابط: https://www.hespress.com

[297]- "جلالة الملك يوجه رسالة إلى المشاركين في المناظرة الإفريقية الأولى للحد من المخاطر الصحية"، البوابة الوطنية، 2022/11/17، شوهد في 2023/04/14، على الرابط: https://www.maroc.ma

وعليه، تتضح مكانة الصحة في أجندة السياسة الخارجية للمغرب اتجاه أفريقيا. فهناك اعتراف متزايد باعتبار الصحة من أهداف السياسة الخارجية، ومن العوامل الأساسية التي تساهم في اكتساب الدول نفوذا جيوسياسيا كبيرا خصوصا لدى الدول التي تعاني ضعفا في منظومتها الصحية. وعليه، جعل المغرب من الدبلوماسية الصحية كأحد أدوات القوة الناعمة لتعزيز علاقاته مع الدول الإفريقية، وتحسين تموضعه على المستوى الإقليمي والقاري.

خاتمة

ختاما، تلعب الدبلوماسية الصحية دورا بالغا الأهمية، حيث أصبحت الصحة عنصرا أكثر أهمية من أي وقت مضى في السياسة الخارجية للدول. ولا شك أن التحديات التي فرضتها جائحة كورونا، كانت لها انعكاسات على أولويات السياسة الخارجية للدول. كما مثلت ما يمكن اعتباره متغيرا جديدا أمام السياسة الخارجية للدول. ويمكن تفسير ذلك، بناء على معطيين؛ يرتبط الأول ببعد جديد على الساحة الدولية يتعلق بأمن الصحة العامة العالمي، والثاني بمحاولة بعض القوى الدولية - لاعتبارات المنافسة والمكانة الدولية-توظيف مسألة الصحة ضمن أجندة سياساتها الخارجية.

ورغم الدور البارز للدبلوماسية الصحية في مجابهة التهديدات الصحية، إلا أنه يجب الاعتراف بمسألة أساسية، وهي أن إنشاء الصلة بين الصحة والسياسة الخارجية هو أمر بالغ الصعوبة إذا ما أخذت بعين الاعتبار التغيرات المتسارعة التي تطرأ باستمرار على الصحة والسياسة الخارجية.

ويمكن النظر إلى الدبلوماسية الصحية للمغرب تجاه أفريقيا باعتبارها إحدى أدوات القوة الناعمة التي تكتسي أهمية بالغة في زمن الأزمات الصحية والأوبئة، حيث تشكل دعامة أساسية لتعزيز علاقات التعاون والتضامن بين بلدان القارة الأفريقية، وآلية مرنة لتعزيز نفوذ المغرب في محيطه الإقليمي والقاري، وتحسين تموقعه في النظام الدولي كقوة صاعدة.

لائحة المراجع

أولا: الكتب

- عبد الله رشيد، عدنان. الدبلوماسية الوقائية.. إلى أين؟ دراسة تحليلية مستقبلية، ط1، القاهرة: المركز العربي للدراسات والبحوث العلمية للنشر والتوزيع، 2018.
- لكريني، إدريس وآخرون. السياسة الخارجية المغربية في عالم متغير الضوابط والديناميات، ط1، مراكش: منشورات كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، العدد 61، 2022.
- لكريني، إدريس. العلاقات الدولية: مفاهيم أساسية وقضايا معاصرة، ط 2، الرباط: مطبعة الأمنية، 2022.
- ميرشايمر، جون. مأساة سياسة القوى العظمى، ترجمة مصطفى محمد قاسم. ط1، المملكة العربية السعودية: النشر العلمي والمطابع، جامعة الملك سعود، 2012.

ثانيا: المجلات

- قائد، ملاك. "الدبلوماسية المغربية وإدارة الأزمات"، مجلة المنارة للدراسات القانونية والإدارية، عدد خاص، يناير 2020، ص 224.
- حكيمي، توفيق. "دبلوماسية الصحة الصينية في ظل جائحة كوفيد-19"، مجلة الباحث للدراسات الأكاديمية، المجلد 10، العدد 1، يناير2023، ص 28.
- العلوان، علاء الدين. "الدبلوماسية الصحية"، موجز لأعمال الندوة الثالثة حول الدبلوماسية الصحية، المؤتمر الإقليمي الثالث حول الدبلوماسية الصحية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة، 3-5 أيار/ ماي 2014.
- السيد، أم كلثوم. "الدبلوماسية الصحية كأحد أدوات القوى الناعمة: ماذا تعلمنا من جائحة كوفيد-19، مجلة أفاق أسيوية، العدد السادس، 2020، ص 21.

■ "الدبلوماسية الصحية"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، نشرة إخبارية نصف سنوية عن الدبلوماسية الصحية، المجلد الأول، العدد الثاني، القاهرة، كانون الأول/ ديسمبر 2012.

ثالثا: المواقع الإلكترونية

■ "الدبلوماسية الصحية"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، شوهد في 2023/03/22، على الرابط: https://www.emro.who.int/ar/

■ "السيد عمر هلال يستعرض بالدوحة الرؤية الملكية في مجال التعاون جنوب-جنوب"، وكالة المغرب العربي للأنباء، في 2023/03/06، شوهد في 2023/04/14، على الرابط: https://www.mapnews.ma/

■ "الصحة والسياسة الخارجية"، منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط، 11/27/ 2007، شوهد في 2023/03/23، على الرابط:
https://www.who.int/ar/

■ "المغرب-منظمة الصحة العالمية: توقيع استراتيجية التعاون 2023-2027"، البوابة الوطنية، 2023/04/10، شوهد في 2023/04/12، على الرابط:
https://www.maroc.ma

■ "انتخاب المغرب بالمجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية برسم الفترة 2022-2025"، وزارة الشؤون الخارجية والتعاون الإفريقي والمغاربة المقيمين بالخارج، 2022/05/27، شوهد في 2023/04/10، على الرابط:
https://www.diplomatie.ma

■ "انتخاب المغرب بالمجلس التنفيذي لمنظمة الصحة العالمية برسم الفترة 2022-2025"، وكالة المغرب العربي للأنباء، 05/27/ 2022، شوهد في 2023/04/11، على الرابط: https://www.mapnews.ma

- "جلالة الملك يوجه رسالة إلى المشاركين في المناظرة الإفريقية الأولى للحد من المخاطر الصحية"، البوابة الوطنية، 2022/11/17، شوهد في 2023/04/14، على الرابط: https://www.maroc.ma
- "منظمة الصحة العالمية تدفع بجدول أعمال الدبلوماسية الصحية إلى الأمام خلال الندوة الرابعة رفيعة المستوى المنعقدة بالقاهرة"، منظمة الصحة العالمية، المركز الإقليمي لشرق المتوسط، المركز الإعلامي، القاهرة، 2 /05/ 2015، شوهد في 2023/03/23، على الرابط: https://www.emro.who.int/ar/
- "منظمة الصحة العالمية تعقد الندوة الإقليمية الثالثة حول الصحة الدبلوماسية في القاهرة"، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط 29 /2014/04، شوهد في 2023/03/22، على الرابط:
https://www.emro.who.int/ar
- شاكري، مصطفى. "المغرب ينهج دبلوماسية الصحة أمام الحرب الإفريقية على الوباء"، موقع هسبريس، 2020/06/16، شوهد في 2023/04/14، على الرابط: https://www.hespress.com
- غوتيريش، أنطونيو. "مفارقة حل المشاكل العالمية"، مدونات خطة 2030، 02/08/ 2022، شوهد في 2023/03/22، على الرابط: https://unsdg.un.org/ar/
- الكحل، سعيد. "أوجه الدبلوماسية المغربية في إفريقيا"، الصحيفة، 2022/10/21، شوهد في 2023/04/14، على الرابط: https://www.assahifa.com/
- هيكل، فتوح. "قمة مجموعة العشرين وأهمية تعزيز التعاون الدولي في مواجهة وباء كورونا"، ترينذز للبحوث والاستشارات، 31 /2020/03، شوهد في 2023/03/24، على الرابط: https://trendsresearch.org/

رابعا: المراجع باللغة الأجنبية

- Fauci, Anthony. « The expanding global health agenda: a welcome development‖", Nature Medicine, vol. 13 2007, P 1169.

- Chattu, Vijay Kumar et al. « Global Health Diplomacy as a Tool of Peace », Peace Review, Vol. 31, N°. 2, 2019, P 151.
- Katz, Rebecca et al. « Defining Health Diplomacy: Changing Demands in the Era of Globalization‖ », Milbank Quarterly, Vol. 89, N°.3, September 2011, P 505.
- Jewayni, Leeda.«What is Health Diplomacy? », The Borgen Project, 26/10/2014, seen at 18/03/2023, on the link:

https://borgenproject.org/

الفصل التاسع

تأهيل الموارد البشرية بوصفها آلية لتجويد العرض الصحي

Rehabilitation of human resources as a mechanism to improve the health offer

عزيز كرامي

باحث بسلك الدكتوراه، مختبر القانون العام وحقوق الإنسان، جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية-المحمدية؛

جوهرة بوسجادة

دكتورة في الطب لعام، عضوة لجنة القطاعات الاجتماعية بمجلس النواب.

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى البحث عن سبل لتحسين المنظومة الصحية خاصة فيما يتعلق بالعنصر البشري الذي يشكل الركيزة الأساسية لتطويرها وتحقيق أهدافها، لاسيما أنها تعاني من عدة اختلالات تعرقل التطور الاقتصادي وتهدد السلم الاجتماعي وتحد من تحقيق التنمية الشاملة بكل مقوماتها وأبعادها، كما تقف حاجزا أمام تفعيل الإصلاحات السياسية والدستورية التي عرفها المغرب. وفي هذا السياق، أبرزت معظم التقارير الدولية والوطنية، أن المملكة تعاني نقصا في عدد الأطباء والممرضين، مشيرة إلى أن الحاجة كانت أكثر للأطر الصحية في ظل تنزيل قانون الإطار المتعلق بتعميم الحماية الاجتماعية، وأيضا نجد أن هناك تباين ملحوظ في توزيع هذه الأطر على الصعيد الترابي، إضافة إلى هجرة الكفاءات وضعف التكوين. مما يفرض إيجاد حلول عملية في أقرب وقت.

هذا ما جعل تدبير وتثمين الموارد البشرية يشكل الصدارة في كل المخططات التي تعتزم المنظومة الصحية أخذها بعين الاعتبار، من خلال تجسيد أدوارها في تجويد العرض الصحي، ذلك بوضع آليات لتحفيز الرأسمال البشري في القطاع العام، وتقليص الخصاص الحالي في الموارد البشرية وإصلاح نظام التكوين والتكوين المستمر، والاهتمام بالتدريب خاصة التدريب الإلكتروني، ثم إعادة النظر في التوزيع الجغرافي المتفاوت للهيئات الطبية وشبه الطبية والمؤسسات الصحية بين مختلف جهات المملكة. وكذا الانفتاح على الكفاءات الطبية الأجنبية، وتحفيز الأطر الطبية المغربية المقيمة بالخارج وحثها على العودة إلى أرض الوطن.

الكلمات المفاتيح: الموارد البشرية؛ العرض الصحي.

Summary: This study aims to search for ways to improve the health system, especially about the human element, which is the main foundation for its development and the achievement of its goals, especially since it suffers from several problems that impede economic development, threaten social peace, and limit the achievement of comprehensive development with all its components and dimensions. It also stands as a barrier to the possibility of achieving the political and constitutional reforms that Morocco has known. In this context, most of the international and national reports highlighted that the Kingdom suffers from a shortage in the number of doctors and nurses, indicating that the main need is for health fields, especially after the approval of the field law related to the generalization of social protection , We also find that there is a noticeable disparity in the distribution of these fields at the national level, in addition to the migration of talents and the weakness of training . Which requires us to find practical solutions as soon as possible.

This is what made securing and valuing human resources a great importance in all plans that the health system intends to take into consideration, by embodying its roles in improving the health supply, setting mechanisms to stimulate human capital in the public sector, reducing the current shortage in human resources and reforming the training and continuous training system, and Paying attention to training, especially electronic training, finally reviewing the varying geographical distribution of the medical and paramedical staff and health institutions between the various regions of the Kingdom. As well as openness to foreign medical competencies and motivating Moroccan medical personnel residing abroad and urging them to return home.

Keywords: human resources; Health offer.

مقدمة

تعتبر الموارد البشرية الصحية أساس المنظومة الصحية والمحرك الرئيسي لنجاعتها وتطويرها وإصلاحها، تضم كل الأفراد العاملين في المنظمة بمختلف الأصناف والجنسيات مهما تنوعت مستوياتهم ومهاراتهم وأنواع الأعمال التي يقومون بها. أكيد أن أي برنامج لتحديث المرافق العامة يجب أن ينطلق من العنصر البشري، باعتباره جوهر العملية المرفقية ومحركها الفعلي وبالتالي فإن الاهتمام بتأهيله وتثمينه والاهتمام بمتطلباته المادية والمعنوية، يوفر فرصا حقيقية لتحسين أداء المنظومة الصحية وفعاليتها ومردوديتها، فمن أهم جوانب الحكامة الجيدة ما يخص التدبير الجيد لموارد مكونة ومؤطرة ومحفزة بشكل جيد.

وبالرجوع إلى الحق في الصحة الذي يشكل أحد الحقوق الأساسية التي تم تكريسها بموجب قواعد القانون الدولي، فقد ثم إبرام العديد من الاتفاقيات والمعاهدات الدولية الإقليمية التي أوجدت مجموعة من الضمانات لحماية هذا الحق، كالإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948 في مادته 25،[298] والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية 1966 في المادة 12،[299] فضلا عن مجموعة من الاتفاقيات الفئوية الأخرى.

---

[298] تنص المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر في 10 ديسمبر 1948 في فقرتها الثانية "... لجميع الأطفال حق التمتع بذات الحماية الاجتماعية سواء ولدوا في إطار الزواج او خارج هذا الاطار."

[299] تنص المدة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المؤرخ في 16 ديسمبر 1966، على أن " - دول الأطراف تقر في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.

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

أ- العمل علي خفض معدل موتي المواليد ومعدل وفيات الرضع وتأمين نمو الطفل نموا صحيا؛

ب-تحسين جميع جو انب الصحة البيئية والصناعية؛

ت-الوقاية من الأمراض الوبائية والمتوطنة والمهنية والأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها؛

ث-تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض."

أما على المستوى الوطني وعلى غرار باقي الدول، فقد انخرطت المملكة المغربية بكل شجاعة ومسؤولية تحت القيادة الرشيدة لجلالة الملك محمد السادس نصره الله، في بذل الجهود الحثيثة قصد صون السلامة الصحية لعموم المواطنات والمواطنين بمختلف ربوع المملكة، وهو ما تم تكريسه في الفصل 31 من دستور 2011،[300] هذا بالإضافة إلى مختلف القوانين التي تهم إصلاح هذه المنظومة.

إن المنظومة الحالية لتدبير شؤون الموارد البشرية وطرق تنفيذها نجد أنها لا تتماشى والمفاهيم الحديثة لتدبير الموارد البشرية، هذا ما يجعل تأهيلها وتطويرها بمثابة العمود الفقري لأي نظام صحي، فالأشخاص هم الذين يديرون ويؤدون خدمات الرعاية الصحية إلى السكان، لذلك يجب أن يكونوا مؤهلين ومحفزين وفاعلين في تنفيذ المهام الموكلة إليهم. فتدبير الموارد البشرية تدبيرا معقلنا أصبح أمرا ضروريا لعدة اعتبارات أهمها: التغيير الذي طرأ على المنظومة الصحية بفعل إدخال التكنولوجيا الحديثة للإعلام والتواصل، وهو ما سينعكس إيجابا على تنظيم العمل وتكوين الموارد البشرية وسير هذه المنظومة، وهو ما يتطلب وجود إطار قانوني شامل، وإدارة مهيكلة وكذلك مورد بشري حقيقي وفاعل[301].

---

[300] حيث نص الفصل 31 من الدستور على أن "تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنات والمواطنين، على قدم المساواة، من الحق في:

- العلاج والعناية الصحية؛
- الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة؛
- ..."

دستور فاتح يوليوز 2011، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.91 بتاريخ 27 من شعبان 1432، الموافق ل (29 يوليوز 2011)، الصادر بالجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر، الصادر في 28 شعبان 1432 الموافق ل (30 يوليوز 2011)، ص 3600.

[301] نبيل سديري، تدبير الموارد البشرية بالإدارة المغربية بين تعدد الإكراهات وتحديات المستقبل، إصدارات المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، ألمانيا-برلين، الطبعة الأولى 2023، ص 09.

وفي هذا السياق، حظي تدبير الموارد البشرية بالمنظومة الصحية المغربية في السنوات الأخيرة بمكانة خاصة، بعدما كشفت الممارسة عن وجود العديد من النقائص والاختلالات التي رصدتها تقارير المجلس الأعلى للحسابات ووسيط المملكة وبعض هيئات الحكامة. وقد بادرت مختلف الجهات المعنية إلى صياغة رؤية إصلاحية لمراجعة منظومة تدبير الموارد البشرية في ضوء التوجهات الملكية السامية التي تعتبر خارطة طريق لتجويد العرض الصحي والنهوض برأسماله البشري[302].

انطلاقا من ذلك ينبع الاهتمام بالموارد البشرية من كونها تشكل حجر الزاوية في تطوير وتجويد العرض الصحي، فهي في النهاية الهدف والوسيلة فما من ثروة إلا بإنسان كما قال الاقتصادي "جان بودان".

لقد تم التشديد كثيراً في الماضي، من قِبل عدة برامج عمودية وأفقية، خاصة بعد أزمة كورونا التي أبرزت العديد من الاختلالات، على تحسين كفاءات الطاقم الصحي وعلى تزويدهم، ليس بالمعرفة فقط، وإنما بالمهارات والتقنيات المطلوبة للقيام بوظائفهم أيضاً.

على اعتبار أن ترقية مهارات الطاقم الصحي أمراً حاسماً، فإن هناك عدداً من القضايا المهمة الأخرى المرتبطة بالموارد البشرية تحتاج للتعامل معها، ليس لتحسين توفير مقدم الرعاية الصحية لخدمات أفضل على المدى الطويل فقط، وإنما لضمان وجودها عندما تكون هناك حاجة ماسة لها، لأن التعامل مع قضية الموارد البشرية أمر حاسم لضمان إتاحة الخدمات وإنجازها واستدامتها.

إن البحث في موضوع **"تأهيل الموارد البشرية بوصفها آلية لتجويد العرض الصحي"** يستهدف دراسة آليات تثمين الموارد البشرية بالمنظومة الصحية، وهنا يتعلق

[302] مداخلة الدكتور محمد المودن بعنوان "الموارد البشرية بالقطاع العام من الإدارة إلى التدبير"، الندوة الوطنية "تدبير الموارد البشرية في القطاعين العام والخاص بالمغرب -الإشكالات والمقاربات-" منظمة من طرف مختبر الدراسات السياسية والحكامة الترابية، بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية، بتاريخ 14 و15 مارس 2023.

الأمر بالتحفيز والتدريب والاعتماد على سياسة التكوين المستمر، مع إعطاء بعض المؤشرات التي تجسد واقع تدبير الموارد البشرية في المنظومة الصحية. من هنا تنطلق الإشكالية العامة لهذا الموضوع التي مفادها:

إلى أي حد يمكن أن يساهم تأهيل الموارد البشرية كمدخل من المداخل الحديثة للتطوير الإداري في تجويد العرض الصحي؟

بناءً على هذه الإشكالية تم تقسيم هذه المداخلة إلى نقطتين أساسيتين كما هو مبين:

أولا: تجسيد واقع تدبير الموارد البشرية في المنظومة الصحية

ثانيا: آليات تثمين الموارد البشرية بالمنظومة الصحية

أولا: تجسيد و اقع تدبير الموارد البشرية في المنظومة الصحية

يكتسي تدبير الموارد البشرية بالمنظومة الصحية، أهمية بالغة في المغرب، أكثر من أي وقت مضى وذلك نظرا للعديد من الاعتبارات الموضوعية، حيث أن الرصيد الإيجابي للموارد البشرية الذي لطالما ارتبط ارتباطا وثيقا بالمنظومة الشاملة لتدبير الموارد البشرية،[303] بشكل يسمح في حالة تدبيرها الجيد وتعبئتها وتأهيلها، تقوم بتثبيت موقعها كقوة مؤثرة في حركية الإصلاحات.

[303] فتدبير الموارد البشرية يقصد به مجموعة من الآليات التي يمكن بواسطتها تطوير قدرات هذه الموارد، والتي يجب الاعتماد عليها لتنظيم العمل، وذلك من أجل بلوغ الأهداف المتوخاة من الإدارة.
كما يقصد بها كل ما يتعلق بشؤون الافراد العاملين، من حيث التعيين والتأهيل والتدريب وتطوير الكفاءات وكذلك وصف أعمالهم. و أيضا يعرف تدبير الموارد البشرية بفن جذب العاملين واختيارهم وتعيينهم وتنمية قدراتهم وتطوير مهاراتهم، وتهيئة الظروف التنظيمية الملائمة من حيث الكم والكيف لاستخراج أفضل ما لديهم من طاقات وتشجيعهم على بدل أكبر قدر ممكن من الجهد والعطاء. لتوسع كثر انظر:
- جاري ديسلر (Gary Dessler)، إدارة الموارد البشرية، دار المريخ، المملكة العربية السعودية، الرياض، 2015.

والأكيد أن التنمية التي يشهدها المغرب تستلزم تعبئة كاملة وشاملة للموارد البشرية، وذلك بهدف تحقيق رهانات الحاضر، وتحديات المستقبل.

لعل حضور منظومة التدبير هاته، بكل مكوناتها ومرتكزاتها، داخل قطاع الصحة بالمغرب، أمر بالغ الأهمية، إذ تعتبر هذه المنظومة، المدخل الرئيسي، والأساسي للتنمية الشاملة والمستدامة، وفكرة تدبير الموارد البشرية بالمنظومة الصحية خصوصا، تجعلنا نأخذ بعين الاعتبار بعدين أساسيين: بعد مهني وبعد أخلاقي.

فقد أجمعت كل التقارير الدولية والوطنية والخطابات الملكية السامية أن الاختلالات التي تعرفها المنظومة الصحية بالمغرب تعرقل التطور الاقتصادي وتهدد السلم الاجتماعي وتحد من تحقيق التنمية الشاملة بكل مقوماتها وأبعادها، كما تقف حاجزا أمام تفعيل الإصلاحات السياسية والدستورية التي عرفها المغرب. إلا أن رصد كل هذه الاختلالات يتطلب بحثا خاصا، لكننا سنحاول في هذه الدراسة الاكتفاء بالإشارة إلى اختلالات تدبير الموارد البشرية في المنظومة الصحية بالمغرب تحديدا ضمن الخصاص الذي يعرفه القطاع الصحي في الموارد البشرية، وأيضا التباين الملحوظ في توزيع هذه الموارد على الصعيد الترابي، إضافة إلى هجرة الكفاءات وضعف التكوين المستمر.

1- الخصاص الكبير في عدد الأطر الصحية

بالنظر إلى المنحى الحالي لتطور كثافة العامليين الصحيين وتوقعات نمو الساكنة، فإن العجز في عدد الأطباء والممرضين وتقني الصحة سيستمر بصفة عامة في التزايد خلال السنوات القادمة، وبناء على تنبؤات تدفق أعداد الخريجين من هذه الأطر، فإن تحقيق تغطية ملائمة للساكنة – تتطلب "4.45 عاملا لكل 1.000 نسمة كما حددته منظمة الصحة العالمية" يبقى صعب التحقيق، إذ أن الوصول لهذه

العتبة يبقى مرهونا بقدرة منظومة تكوين العاملين الصحيين على المحافظة على الوتيرة الحالية لأعداد الخريجين، واستبقائهم في المنظومة الصحية الوطنية[304].

على اعتبار أن قطاع الصحة واحد من القطاعات التي لها أثر ملحوظ على الأداء الاقتصادي للبلاد على المدى البعيد، إلا أنه يعاني من نقص الموظفين والمساعدين الطبيين، ونقص مزمن في التمويل وهياكل تنظيمية غير كافية للإدارة، مما يؤدي إلى تعذر استفادة المرضى من الرعاية الصحية وعدم تكافؤها،[305] كما يؤكد ضعف الاستثمار في الرأسمال البشري الخاص بالمنظومة الصحية كأحد التحديات التي تطرحها الظرفية الراهنة كما هو مبين في الجدول أسفله:

جدول: الموارد البشرية العاملة بقطاع الصحة بالمغرب

الهيئة	المجال الحضري	المجال القروي	نسبة المجال القروي بالمقارنة مع المجال الحضري
الأطباء	7980	1041	12%
الممرضون وتقنيو الصحة	23079	5333	19%
الأطر التقنية والإدارية	9204	145	02%
المجموع	40263	6519	14%

المصدر: وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

[304]- تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021، المحاور الرئيسية للتقرير السنوي الصادر في دجنبر 2022، ص 42-43.

[305]- تقرير منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، نظرة عامة حول المخاطر المتعلقة بالنزاهة في قطاعات الطاقة والنقل والصحة، OCDE، 2018، ص 37-38.

من خلال هذه المعطيات، يتضح أن مجموع الموارد البشرية العاملة بقطاع الصحة بالمغرب لا يتجاوز 46782، موزعة في المجال الحضري بنسبة 40263 وفي المجال القروي بنسبة 6519.

بالنسبة للعالم القروي، فيعد الأكثر تضررا، لتوفره فقط على 6519 مهني الصحة من بين 46782 في القطاع العمومي والخاص أي بنسبة 14% فقط، هذه النسبة تعبر عن الكثافة المنخفضة للموارد البشرية الصحية في المجال القروي مقارنة مع المجال الحضري.

وقد جاء أيضا في التقرير الصادر عن المجلس الوطني لحقوق الإنسان سنة 2022، أن هناك خصاص ملحوظ في عدد الأطر الطبية، حيث يعمل بالمغرب 23 ألف طبيب ويحتاج إلى 32 ألف طبيب إضافي، حسب المعايير الأساسية لمنظمة الصحة العالمية، كما أنه في حاجة ماسة لأزيد من 65 ألف مهني صحي، 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 للساكنة 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[306].

كما يعاني القطاع الصحي بالمغرب من غياب نظام جذاب وتحفيزي للرأسمال البشري للقطاع الصحي العمومي لتجاوز نقص الموارد البشرية في القطاع العمومي "عدد الأطباء بالقطاع العام: 9021، عدد الأطباء بالقطاع الخاص: 1422".[307] ولعل ما خلفته جائحة كورونا ولا زالت إلى يومنا هذا، خير دليل على ضرورة إعادة وضع سياسات عمومية فعالة تهتم بهذا القطاع، خاصة فيما يتعلق بتأهيل الموارد البشرية الصحية[308].

2- تباين توزيع الموارد البشرية على الصعيد الترابي

إضافة إلى الفوارق القائمة في مجال الولوج إلى العلاجات الأساسية والاستفادة من خدمات صحية جيدة، هناك إشكالات كبرى باعثة على القلق لا تزال تلقي بظلالها على الوضع الصحي بالبلاد.

يتعلق الأمر بالتوزيع الجغرافي المتفاوت للهيئة الطبية وشبه الطبية والمؤسسات الصحية بين مختلف جهات المملكة. لقد أبان تحليل توزيع هذه الأطر، حسب شبكات العرض الصحي وحسب المجال وحسب المؤسسات الصحية، على أن توزيعها لا يعتمد على معايير موضوعية. فقد أدى هذا الوضع إلى ظهور تفاوتات ترابية، واختلالات على مستوى تغطية السكان، فضلًا عن ضعف الملاءمة بين البنيات التحتية والموارد

---

[306]- تقرير موضوعاتي الصادر عن المجلس الوطني لحقوق الإنسان بعنوان "فعلية الحق في الصحة بالمغرب، التحديات والرهانات ومداخل التعزيز"، سنة 2022، ص 39.

[307]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية الصادر عن مجلس النواب خلال الولاية التشريعية العاشرة 2016-2021، ص 142.

[308]- محمد الهشامي، النموذج التنموي بالمغرب، مرتكزات وأسس الاستثمار في الرأسمال البشري، مؤلف جماعي بعنوان "دينامية الفعل التنموي بالمغرب دراسات تحليلية في مرتكزات وتوجهات بناء النموذج التنموي" مطبعة دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع، الرباط، الطبعة الأولى 2022، ص 80.

البشرية المخصصة لها، ويضاف إلى ذلك الاستخدام الغير الأمثل للموارد البشرية المتاحة.[309] كما هو مبين في الجدول أسفله:

جدول: توزيع الموارد البشرية بالإدارة المركزية والإدارة اللاممركزة

الهيئة	العدد بالإدارة المركزية	العدد بالجهات	نسبة العاملين بالإدارة اللاممركزة بالمقارنة مع الإدارة المركزية
الأطباء العامون	54	3876	98.6%
الأطباء المختصون	127	4271	97.1%
جراح الأسنان	13	374	96.6%
الصيادلة	86	264	75.4%
الممرضون وتقنيو الصحة	203	26624	99.2%
الأطر التقنية والإدارية	1465	7745	84.1%
المجموع	1948	43154	95.7%

المصدر: وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

يتباين التأطير الطبي حسب الجهات ما بين طبيب واحد لكل 4000 نسمة "أطباء وزارة الصحة باستثناء المراكز الاستشفائية الجامعية، أطباء الجماعات الترابية وأطباء القطاعين العام والخاص"، وبين طبيب واحد لحوالي 1000 نسمة.[310] وهو ما جاء أيضا في تقرير اللجنة المكلفة بالمنظومة الصحية فيما يخص الموارد البشرية الصحية، حيث لاحظت وجود تباين في توزيع مهني الصحة بين الجهات: 30.7% من

[309] تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021، مرجع سابق، ص 42.

[310] تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مساهمة حول النموذج التنموي الجديد للمغرب، 2019، ص 51.

الأطر الصحية في جهة الدار البيضاء-سطات و18% في جهة الرباط-سلا-القنيطرة "حوالي نصف الأطر الصحية في المغرب 48.7% في الجهتين".

كما تم الوقوف على التفاوت الجهوي من حيث توفر بعض الأطباء المتخصصين: مثال: (75.5%) من أطباء القلب يزاولون في 4 جهات "الدار البيضاء-سطات (31.2%) والرباط-سلا-القنيطرة (21.7%) ومراكش-آسفي (13.1%) وفاس-مكناس (9.5%). وهذا ما يدل على وجود خصاص كبير فيما يخص الموارد البشرية الصحية التي تعاني من ضعف وعشوائية التكوين المستمر وبالتالي ضعف مستوى المردودية داخل العمل وسوء التوزيع الجغرافي[311].

إن التوزيع غير المتكافئ لهذه الأطر على التراب الوطني، يرجع إلى أن أكثر من نصف الأطباء يعمل في محور الجديدة الدار البيضاء الرباط القنيطرة، كما أن ثلثي 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. ويعرض المبيان التالي نسبة التأطير الطبي بالنسبة للجهات بحسب تقرير مديرية الموارد البشرية لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية[312]:

[311] تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص 172.

[312] عبد المنعم الأنصاري، حكامة المنظومة الصحية بين التشريع والممارسة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم القانونية والسياسية، جامعة محمد الخامس بالرباط، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية-السويسي، السنة الجامعية 2020-2021، ص 273.

يلاحظ من خلال هذا المبيان أن المعدل الوطني لعدد الساكنة بالنسبة لطبيب واحد هو 1684، مع تأكيد استفادة جهتي الرباط-سلا والدار البيضاء-سطات من أعلى النسب، حيث يبلغ على التوالي طبيب واحد لكل 1117 و1089 نسمة، في حين نجد جهات درعة-تافلالت وسوس-ماسة وبني ملال-خنيفرة الأقل استفادة من عدد الأطباء.

كنتيجة لهذا التوزيع غير المتكافئ فإن الوصول إلى العلاج يتعذر على العديد من المواطنات والمواطنين، مما يساهم في ظاهرة التخلي عن خدمات الرعاية الصحية، وتشير المعطيات التي تولى إليها مجلس حقوق الإنسان إلى أن أربعة مواطنين من كل عشرة يضطرون لقطع أكثر من 10 كيلومترات للوصول لأول نقطة صحية، 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 لا يتجاوز 0.6 استشارة علاجية لكل فرد سنويا أو استشارة كل 20 شهرا.[313] علاوة على ذلك، فإن الآليات الكفيلة بإعادة توزيع الموارد البشرية بشكل

[313] تقرير موضوعاتي الصادر عن المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، 40.

متوازن تظل غير فعالة بل وتزيد من حدة التفاوتات والاختلالات التي تعرفها المنظومة الصحية.

3- هجرة الكفاءات وضعف التكوين المستمر

يعاني المغرب بحدة من اشكالية هجرة الموارد البشرية بسب الهجرة إلى الخارج أو تقديم الاستقالة من الوظيفة العمومية، فقد ارتفع عدد الأطباء الذين يختارون الهجرة ومغادرة البلاد (حوالي 7000 طبيب)، ولم يكن يتعدى عدد الأطباء الذين غادرو المغرب سنة 2018، 603 طبيبا، وهو العدد الذي يشكل نسبة 30% من عدد خريجي كليات الطب والصيدلة للسنة نفسها، الشيء الذي يؤدي إلى وجود خصاص حاد في عدد الأطر الطبية وشبه الطبية في المغرب، حيث يبلغ عددهم حاليا 8442 في الطب العام، و14932 في الطب الاختصاصي في حين يحتاج المغرب إلى 32387 طبيب و64774 ممرض وتقني صحة. كما تتمركز الموارد البشرية الصحية بالقطاع الصحي الحر بالنسبة لأطباء الأسنان (90% بالقطاع الحر بالمغرب). وترجع ظاهرة الهجرة إلى عدة عوامل من بينها غياب تحفيزات من شأنها الحد من هجرة الأطباء إلى الخارج وكذا تشجيع الأطباء على العمل في القطاع العمومي وفي المناطق والقرى النائية[314].

هناك 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[315].

وفي الوقت الذي تحاول فيه الحكومة تدارك الخصاص في الأطر الطبية وتوظيف الخرجين الجدد، كشفت دراسة جديدة عن أنّ أزيد من ثلثي طلبة الطب لديهم نية الهجرة والعمل خارج المغرب، بحيث أفادت الدراسة التي نشرتها مجلة

[314] تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص 143.

[315] تقرير موضوعاتي الصادر عن المجلس الوطني لحقوق الإنسان، مرجع سابق، ص 39.

European Journal of Public Health أن 70.1 في المائة من الطلاب يريدون المغادرة لإكمال مسارهم الدراسي والمهني في الخارج.

لقد عزى طلبة الطب رغبتهم في المغادرة إلى عدد من التحديات؛ إذ أن 97.6 % منهم اعتبروا أن ظروف التدريب في الخارج أفضل، و99 % منهم اعتبروا أن ظروف العمل جيدة مقارنة مع المغرب، فيما تحدث 97,2 % عن جودة الحياة في الخارج، بينما تطرق آخرون إلى هزالة الأجور وتشويه سمعة الطبيب في وسائل الإعلام.

لا تقتصر هجرة الأطباء المغاربة على الخارج بل إن المئات منهم يرفضون الذهاب للعمل في عدد من جهات المملكة خصوصا منها البعيدة عن المركز والتي تعرف تفاوتا كبيرا على مستوى البنيات التحتية والمرافق والشبكة الطرقية مقارنة مع باقي الجهات[316].

ومن الأكيد أنه بهدف الاستثمار الأمثل في الرأس المال البشري، أصبح من الضروري جعل التكوين المستمر حقا للعاملين بالمنظومة الصحية وواجبا على كل مزاول لوظيفة من وظائفها، بما يمكن من ربط التكوين المستمر بآليات التدبير التوقعي للوظائف والكفاءات. وتجدر الإشارة إلى أن المنظومة الحالية للتكوين المستمر على الرغم من الإصلاحات العميقة التي عرفتها، ولاسيما من خلال المرسوم رقم 2.05.136[317] المتعلق بالتكوين المستمر لفائدة موظفي وأعوان الدولة والاستراتيجية الوطنية المرتبطة به، فإن ضعف التكوين المستمر وملائمته مع الاحتياجات والخصوصيات الراهنة، وضعف إنتاجية بعض الأطباء والجراحين، يشكل أحد أهم التحديات المطروحة أمام القطاع الصحي بالمغرب[318].

---

[316]- موقع إلكتروني https://hawamich.info/3906/ تاريخ الاطلاع 25-03-2023، على الساعة 13.26.

[317]- المرسوم رقم 2.05.1366 الصادر في 29 من شوال 1426 (2 ديسمبر 2005) يتعلق بالتكوين المستمر لفائدة موظفي وأعوان الدولة والاستراتيجية الوطنية، الجريدة الرسمية عدد5386، منشور بتاريخ 11 دو الحجة 1426 الموافق ل (12 يناير 2006)، ص 174.

[318]- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مرجع سابق، ص 144.

لم تتمكن المنظومة من تجاوز مجموعة من الصعوبات التي أفرزتها الممارسة والتطبيق الفعلي للمنظومة الحالية. على العموم يمكن التأكيد على أن هناك عدة إشكاليات تطال منظومة التكوين المستمر بالمنظومة الصحية، كما جاء ذلك في التقرير العام المتعلق بالمجلس الأعلى للوظيفة العمومية ومن أهم هذه الاختلالات نجد:

- غياب استراتيجية واضحة للتكوين المستمر؛
- غياب التماسك بين سياسة التكوين والترقية والتوظيف والتعيين في مناصب المسؤولية؛
- غياب تنسيق أفقي في مجال التكوين المستمر؛
- التمركز في تنظيم التكوين المستمر دون فعالية؛
- ضعف الاعتمادات المخصصة له؛
- نقص في عدد المكونين والخبراء المتخصصين في تأطير برامج التكوين المستمر؛
- ضعف في التأطير داخل المنظومة.

ثانيا: آليات تثمين الموارد البشرية بالمنظومة الصحية

إن أداء وفعالية المنظومة الصحية مرتبط بمستوى مردودية العنصر البشري المكون لها، فالموارد البشرية تعد الركيزة الأساسية لتجويد العرض الصحي وتأهيله للاندماج في محيطه الاجتماعي والاقتصادي والمساهمة في رفع التحديات التي تعرفها هذه المنظومة، انسجاما مع الإشارات القوية لصاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله في أكثر من مناسبة للمكانة التي يجب أن يتبوأها العنصر البشري في أي مشروع إصلاح[319].

إرساءً لوظيفة صحية تتوخى تثمين الموارد البشرية العاملة بالقطاع العام وتأهيلها، تخضع هذه الموارد لنظام أساسي، يتخذ بقانون، يحدد على الخصوص

[319]- يحيى سالم ناصر السالمي، آليات تدبير الموارد البشرية بالإدارة العمومية، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، عدد مزدوج 159-160، 2021، ص549.

الضمانات الأساسية الممنوحة لها وحقوقها وواجباتها ونظام أجورها الذي يقوم في جزء منه على ربط الأجر بإنجاز الأعمال المهنية.[320] لأنها تعتبر حاليا محط انتقادات، وتشكل سببا لبعض العراقيل، وهو ما يستوجب تطوير هذا النظام، من خلال الاهتمام بالآليات التي تساهم في تثمين الموارد البشرية بالمنظومة الصحية، يتعلق الأمر بالتحفيز والتدريب والتكوين المستمر.

1- التحفيز كمدخل للارتقاء بالموارد البشرية الصحية

من المسلم به أن التحفيز هو جوهر النجاح، وهو جزء أساسي من ثقافة العمل، فقد بينت الدراسات الكلاسيكية في سوسيولوجية التنظيميات أن الموظفين الذين لديهم حافز ودوافع على العمل والإنتاج تكون لديهم قابلية العمل بجهد أكثر من غيرهم، إلى جانب معدل انتاجيتهم المرتفع وإصرارهم الكبير في مواجهة الصعوبات التي تصادفهم، أيضا فهم يتمتعون بحماس عال تجاه عملهم لتحفيز أهدافهم الوظيفية.

فالحافز هو الدافع الأساسي لبذل جهد إضافي من أجل تطوير عملية الإنتاج، ويعتبر من الصفات البشرية التي لها آثار على تحسين المردودية لدى الموارد البشرية.[321] وينبغي تمييز الحافز عن الدافع، فهذا الأخير عنصر داخلي وهو السبب الحقيقي للسلوك، أما الحافز فهو عنصر خارجي والعلاقة بينهما أن الثاني يحرك الأول[322].

لقد تنوعت الحوافز وخاصة في الفترة الأخيرة من هذا العصر وأصبحت الجهات المشغلة مطالبة بتقديم العديد من الحوافز والتي تناسب طبيعتها وإمكانياتها بحيث

---

[320]- المادة 23 من قانون الإطار رقم 06.22 الذي يتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، صدر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.22.77 الصادر في 14 من جمادى الأولى 1444 (09 ديسمبر 2022)، الجريدة الرسمية عدد 7151، منشور بتاريخ 17 جمادى الأولى 1444 (12 ديسمبر 2022)، ص 7895.

[321] Eric Albert. Jean Luc Emery. Le manager est un PSY. Quatorzième tirage. 2001. Page 159.

[322]- نبيل سديري، تدبير الموارد البشرية بالإدارة المغربية بين تعدد الإكراهات وتحديات المستقبل، مرجع سابق، ص 90.

تشكل مزيجا يعزز بعضه بعضا، ويعمل بصورة متكاملة من أجل دفع الأفراد واستنهاض عزائمهم نحو بذل المزيد من الجهد وإحراز الأفضل من العطاء والإنتاج وهناك عدة اتجاهات في تقسيم الحوافز[323] إلا أن أكثر الاتجاهات شيوعا في تقسيم الحوافز ركزت على تقسيمها إلى نوعين، حوافز مادية، وأخرى معنوية.

أ- **الحو افز المادية:** وهي تحفيزات ذات طابع مالي أو نقدي أو اقتصادي كالأجر والراتب والعلاوات والقروض والإعلانات والتعويضات والمكافآت والمعاشات التقاعدية ويشمل الحافز المادي كل من الأجر وملحقاته وكل ما تحصل عليه الأطر الصحية من مزايا وحقوق، كما تتصف الحوافز المادية بعدة مزايا أهمها: السرعة والفورية في التأثير المباشر الذي يلمسه الفرد لجهده والذي يزيد بزيادة إنتاجه بمعنى ارتباطه بالأداء الجيد وكمية الإنتاج، وتحسين الأداء بشكل دوري ومنظم على عكس الترقية والعلاوات الدورية التي تفقد أثرها سريعا.

ب-**الحو افز المعنوية:** ونعني بذلك تحسين الأجواء المحيطة بالأطر الصحية، حتى يمكن توفير الإشباع لحاجات الأفراد الاجتماعية والذاتية وقد بدأ الاهتمام بالحوافز المعنوية في المنظومة الصحية منذ ظهور مدرسة العلاقات الإنسانية وتروجها للمفاهيم النفسية والاجتماعية في المنظومة، ومن أهم الحوافز المعنوية نجد:

---

[323] هناك التحفيز الإيجابي والسلبي، إذا كان الأول يتعلق بالحصول على الامتيازات النقدية الكافية وتلقي التشجيع والتنويه، وما يترتب على ذلك من دافعية لدى أفراد الأجهزة الإدارية ورضاهم عن العمل، وأداء وظيفي جيد. فإن الحو افز السلبية ترتكز على التخويف والعقاب، فهي تجعل الموظف يحترس من الوقوع في الأخطاء، وهي عبارة عن مجموعة من الإجراءات التأديبية التي تطبق على الموظف في حالة مخالفته للقو انين والأنظمة والتعليمات، وأهم هذه الإجراءات: التنبيه، الإنذاروالخصم من الر اتب.

ومن الناحية العملية، فإن الحافز الرادع والسلبي لا يحفز الموظف على العمل، وكيف نتحاشى المو اقف التي توقع في العقاب دون الامتناع عن العمل، أما الحافز الإيجابي فيتحدى قدرات لموظف على العمل، لأن في العمل تقريرا ومكافأة، وفيه إشباع للحاجيات واعتراف بكيان الفرد. للمزيد أنظر:

- نبيل سديري، تدبير الموارد البشرية بالإدارة المغربية بين تعدد الإكراهات وتحديات المستقبل، مرجع سابق، ص 91.

- ضمان واستمرارية العمل: إن ديمومة العمل واستقراره، هو ما يشجع الفرد أو الأفراد في سوق العمل على الترشح لوظائف المنظومة الصحية، وهو ما يجعل الموظف مطمئن البال وغير متخوف من المستقبل وشبح البطالة، خاصة بعد تقديم مشروع قانون 09.22 الذي يتعلق بالوظيفة الصحية، في انتظار المصادقة عليه ونشره بالجريدة الرسمية؛

- الوظيفة المناسبة: يعتبر إسناد العمل المناسب للشخص المناسب البداية السليمة للحوافز، ذلك من أجل إحداث توافق بين العمل الذي يؤديه الفرد مع قدراته ومهاراته ورغباته وميوله ومستويات طموحه؛

- المكافأة المعنوية: يمكن أن يسلم للأطر العاملة بالمنظومة الصحية أوسمة شرفية ومكافئات في شكل ميداليات استحقاق أو شجاعة أو شهادات وزارية يحدد طبيعتها وخصائصها وكيفيات منحها عن طريق التنظيم؛

- اعتماد أسلوب الترقية: تعتبر الترقية حافزا ماديا ومعنويا في نفس الوقت. حيث أن الصفة المادية للترقية تتواجد إذا تضمنت هذه الترقية زيادة في الراتب، أما الصفة المعنوية فهي أكثر أهمية بالنسبة للأفراد وخاصة أولئك الذين يقوى عندهم دافع احترام النفس وتأكيد الذات، فالترقية تعني التقدم والنمو وتحمل مسؤوليات أكثر ضخامة وأهمية، وهي تعد حافزا للأفراد للإجادة في أعمالهم والسعي لتطوير معلوماتهم وصقل قدراتهم وتزداد أهمية حافز الترقية بالنسبة للعاملين في المستويات العليا؛

- اعتماد نظم الاقتراحات: يعتبر نظم الاقتراحات حافزا يشبع حاجة التعبير عن النفس، وتقدير الآخرين، على شرط أن تكون مقترحات الأطر الطبية وآراؤهم محل اهتمام من جانب المنظمة والأطباء المباشرينّ، فيدرسونها وينقلونها للمعنيين ويناقشون العاملين فيها ويقدمون الجزاء المناسب في مقابلها سواء كان ماديا أو معنويا؛

- إنماء الشعور بالاستقرار: يعتبر من بين الحوافز المهمة التي يجب على المنظومة الصحية الاهتمام بها وتوفر لما له من تأثير مباشر على أداء العاملين بالمنظومة؛

- إشاعة روح التوافق الاجتماعي وحب زملاء العمل: إن الشعور بالحب والترابط بين العاملين بعضهم ببعض يؤدي إلى التعاون وتحقيق إنتاجية مرتفعة والشعور بالرضا وبالتالي العمل بروح الفريق؛

- تجويد ظروف العمل: تؤثر ظروف العمل على أداء الفرد من ناحية الحرارة والرطوبة والإضاءة كما يؤثر تصميم مكان العمل ونظافته ومدى توافر فترات الراحة على أداء الفرد؛

- اعتماد أسلوب الدورات التدريبية: يستمد التدريب أهميته التحفيزية بكونه يخلق بيئة عمل للعاملين مما يجعلهم يشعرون بالتقدير والتحدي، من خلال تعزيز الروح المعنوية بينهم وزيادة الرضا الوظيفي لديهم، وهو ما سنعرضه في الفقرة الموالية[324].

[324]- خالد البهالي، تأهيل الموارد البشرية في الإدارة العمومية المغربية: رهان استراتيجي وامتحان مستمر، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، عدد مزدوج 159-160، 2021، ص 156.

2- التدريب الإلكتروني كآلية لتنمية الموارد البشرية الصحية

من المؤكد أن للتدريب أهمية كبيرة في بناء الإنسان وتطويره وخصوصا في هذا العصر الذي يتسم بالتطور والتقدم العلمي المتسارع في كل مناحي الحياة، الذي يضع الموظف أمام مسؤوليات جديدة ومهام كثيرة وأعباء متنوعة، كما أن أهميته الكبيرة تظهر من خلال رفع كفاءة وإنتاجية الموظفين ومدهم بأفضل الطرق والممارسات في ميدان وظيفتهم.

لقد أصبح التدريب الإلكتروني خيارا استراتيجيا لتنمية وتطوير الموارد البشرية الصحية، كما أنه استثمار مستمر لمواكبة التطورات الحديثة التي تحتاجها الأطر الطبية العاملة لتطوير مهاراتهم وخبراتهم وأدائهم، والذي ينعكس على تطوير الإنتاج والخدمة المقدمة من المنظمات التابعين لها، وعليه فإن للتدريب الإلكتروني العديد من الفوائد، نذكر البعض منها بعد اطلاعنا على العديد من الدراسات التطبيقية والميدانية في هذا المجال:

- المتدرب هو المتحكم في العملية التدريبية، أما المدرب فيكتفي بتوجيه المتدرب وتأطيره؛

- المتدرب محور العملية التدريبية ومشارك فيها؛ حيث يكتسب من خلالها معارف ومهارات واتجاهات سلوكية جديدة ومتنوعة، تمكنه من أداء أعمال جديدة في المستقبل تحتاجها المنظومة الصحية؛

- يتمتع بالمرونة والملاءمة وسهولة وسرعة الوصول للمحتويات والحقيبة التدريبية في الوقت والزمان المناسبين للمتدرب؛

- مراعاة الفروق الفردية بين المتدربين ومنها قدرة المتدرب مثلا أن يتحاور مع المستفيدين من الخدمات الصحية؛

- يسهل متابعة المتدربين ولو كانوا كثر، كما يسهل وصول الآلاف لنفس المصدر في نفس الوقت بخلاف المصادر الورقية؛

- ينشئ التدريب عن بعد علاقة تفاعلية فورية إلكترونية بين المتدربين والمدربين؛

- استخدام كل ما هو متاح من وسائل مساعدة واستخدام أنماط تدريب مختلفة؛

- تقليل وعقلنة تكلفة التدريب ورفع كفاءة المتدربين؛

- يقلص من تكلفة السفر للمتدرب والمدرب على السواء - التنقل، المعيشة، وكذلك توزيع الموارد التدريبية، تكلفة المكاتب، إضافة إلى تقليص تكلفة ضياع وقت العاملين؛

- يشجع المتدربين على تصفح الانترنت من خلال استخدام الروابط التشعبية للوصول إلى معلومات إضافية حول موضوع الحلقة؛

- يطور قدرة المتدرب على استخدام الحاسوب والاستفادة من الانترنت مما يساعده في وظيفته الحالية والمستقبلية؛

- يشجع المتدرب على الاعتماد على النفس والوصول إلى مرحلة بناء المعرفة ذاتيا؛

- يسمح للمدربين بتطوير المادة التدريبية باستخدام المصادر الالكترونية والانترنت؛

- يسمح للمدربين بالاحتفاظ بسجلات المتدربين والعودة إليها في أي وقت ومن أي مكان[325].

في الأخير، يمكن القول أن عملية التنمية الإدارية المستمرة للأطر الطبية مهمة وضرورية في ظل الانفجار المعرفي والتقني وما ينتج عنه من تسارع المعلومات وتجديد

[325]- محماد البداوي، التدريب الإلكتروني كمدخل لتنمية الموارد البشرية في الإدارة العمومية، منشورات المجلة المغربية للأنظمة القانونية والسياسية، العدد خاص رقم 21، السنة 2020، ص 162.

التقنيات، مما يوجب على الأطر الإلمام بكل المهارات اللازمة لاستخدام تلك التقنيات وكذلك مواكبة ما يستجد من معلومات في مجال تخصصهم، كما أنهم يحتاجون إلى الإلمام بالمفهوم الحديث للوظيفة الصحية وطرق التدبير العمومي.

3- اعتماد سياسة التكوين والتكوين المستمر

تعتبر "السياسات التدريبية والتكوينية" ركيزة أساسية تحتم على الإدارة أن تستثمر جهودها في تكوين الموارد البشرية وتطويرها إلى أعلى المستويات حتى تنمي من مهارتهم كي يتقدموا في مسارهم المهني. يشكل تكوين وتأهيل الرأس مال البشري بالمنظومة الصحية، ضرورة آنية لضمان انخراطه السريع، كقوة مؤثرة، في حركية الإصلاحات وديناميةتحديث الإدارة المغربية، ومطلبا ملحا لكسب رهانات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، ذلك أن صعوبة التوظيف والتضخم الوظيفي وندرة الوظائف والأوضاع المالية الحالية كلها مبررات لإعادة النظر في الأساليب المعتمدة في مجال الإدارة من خلال منظومة تنطلق من التفكير الإبداعي، تجعل من القدرة على التخطيط للموارد البشرية ضرورة ملحة لتلبية حاجيات الحاضر والمستقبل.

فالتكوين المستمر[326] يهدف أساسا إلى تنمية المهارات والقدرات والسلوكيات الإبداعية لدى الأفراد، كما يهدف إلى الاستجابة لحاجيات البلاد من الأطر الصحية وذلك من خلال:

- توفير تكوين أساسي متطور وتكوين مهني متخصص في مختلف المجالات الصحية، يعتمد على معايير الجودة والنجاعة والمهنية والكفاءة؛

---

[326] التكوين هو "عملية منظمة ومستمرة تكسب الفرد معرفة أو مهارة أو قدرة لازمة لأداء وظيفة معينة أو بلوغ هدف محدد"، وهو كذلك "عملية تعديل إيجابي لسلوك الفرد من الناحية المهنية أو الوظيفية، وتستهدف إكسابها المعارف والخبرات والاتجاهات المناسبة للوظيفة التي يشغلها، لتحسين مستوى أدائه"، بالإضافة إلى ذلك فالتكوين المستمر يشكل عملية تطوير مستمر لمعارف ومهارات الموظفين القدامى وتحسين سلوكهم من أجل الرفع من مستوى إنتاجيتهم، وبالتالي إنتاجية الإدارة، وهذا يعني أن التكوين الإداري يشمل التكوين الأساسي قبل ولوج الوظيفة العمومية، وكذلك استكمال التكوين خلال ولوجها. للمزيد أكثر أنظر - جمال الدين لعويسات، السلوك التنظيمي والتطوير الإداري، دار هومة للطباعة والنشر الجزائر، 2002.

- التأهيل المستمر للأطر الصحية بمختلف أصنافها وفئاتها[327].

تكمن أهمية التكوين أساساً في تنمية الموارد البشرية بالمنظومة، لأنها تعتبر العنصر الحيوي في العملية الإنتاجية، وعلى ضوئها تحدد باقي عناصر الإنتاج، والجدير بالذكر أن التكوين المستمر ليس هدفا في حد ذاته، بل هو وسيلة لبلوغ هدف معين، ألا وهو الرفع من كفاءة ومردودية الموظف، وبالتالي الرفع من مردودية الإدارة ككل.

فقوة أي منظومة وكفاءتها أصبحت تقاس حاليا بمدى كفاءة وفعالية مواردها البشرية، واكتساب هذه الميزة لا يتأتى إلا عن طريق التوظيف الصحيح والتكوين الفعال والهادف. وتتضح أهمية التكوين أيضاً من عدة زوايا: فالتكوين هو صفة المنظمات الحديثة التي تحرص على مواكبة كل تغيير في المجالات التكنولوجية والإدارية... فبدون قوة بشرية متطورة وقادرة على استيعاب التغيير لن تستطيع المنظمة تحقيق أهدافها؛

كما أن أهميته كذلك تكمن في تحسين قدرات الفرد وتنمية مهاراته، وبالتالي المساهمة في تحسين المستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد وبالتالي يزيد من درجة أمانه الوظيفي، لذلك فهو لا يقتصر على المكلف بها، ويحتاجه الموظف القديم لزيادة مهاراته وإدارة عمله بشكل أفضل. بالإضافة إلى كونه (التكوين) يكمل دور الجامعات والمدارس: "فإذا كان التعليم يوفر الأساس الذي يمكن أن ينطلق منه الفرد فإن التكوين يأتي ليستكمل ما بدأه التعليم[328].

وتتجلى إذا الأهمية القصوى للتكوين، في أنه لا يمكن لأية إدارة أن تحقق أهدافها وتدرك غاياتها وتستفيد من طاقاتها المادية، إلا إذا تيسرت لها الموارد البشرية المؤهلة عمليا وفنيا، المتلقية لتكوين هادف. في هذا الصدد، لابد من التأكيد على أن

---

[327]- المادة 25 من قانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، مرجع سابق.

[328]- خالد الهالي، تأهيل الموارد البشرية في الإدارة العمومية المغربية: رهان استراتيجي وامتحان مستمر، مرجع سابق، ص 161-162.

المنظومة الصحية بدلت جهودا لتطوير قدرات ومهارات الموارد البشرية العاملة بها حيث تبنت الحكومة ضمن برنامجها آليات تنظيمية ومؤسساتية حديثة لتنسيق الجهود في مجال التكوين وكسب رهانات الحداثة والعصرنة، ذلك من خلال إعطاء الانطلاقة الرسمية للمخططات الجهوية الخاصة بالتكوين المستمر برسم سنة 2023، خلال حفل ترأسه وزير الصحة والحماية الاجتماعية، بحضور المدراء المركزيين والجهويين ومختلف المتدخلين في هذا المجال، وذلك من أجل إرساء آليات التعاقد في تنفيذ الأنشطة المرتبطة بالتكوين المستمر على المستوى الجهوي.

لقد أبرزت الوزارة، في بلاغ لها، أن إطلاق هاته المخططات، التي جرى توقيع العقود المرتبطة بها خلال هذا الحفل، يأتي تنفيذا للتوجيهات الملكية السامية الرامية إلى تثمين الرأسمال البشري الوطني، في إطار مواكبة الأوراش والمشاريع الاستراتيجية التي يشهدها قطاع الصحة بالمغرب، لاسيما تلك المتعلقة بإعادة هيكلة المنظومة الصحية الوطنية، والتي تشكل دعامة أساسية لضمان التنزيل السليم لورش تعميم الحماية الاجتماعية.

تندرج هذه المخططات، التي تم إعدادها عبر سيرورة من التنسيق والتشاور مع المديريات الجهوية للصحة والحماية الاجتماعية، في إطار المقاربة الجهوية التي تنهجها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، التي تقوم على أساس التدبير اللاممركز للموارد البشرية، باعتباره آلية أساسية للنهوض بالرأسمال البشري على مستوى الجهات، خاصة من خلال إعداد برامج للتكوين المستمر تتلاءم مع خصوصيات ومتطلبات العرض الصحي الجهوي.

إن الهدف الأساسي من هذه المخططات هو تعزيز وتطوير كفاءات وقدرات مهنيي الصحة على المستوى الجهوي، في عدد من المجالات والمحاور ذات الارتباط المباشر بتنفيذ التوجهات الاستراتيجية للوزارة، ذلك وفق مقاربة علمية وواقعية، تنبني على تحديد ودراسة كل الحاجيات النوعية التي يتطلبها التكوين لدى مهني الصحة،

والاستجابة لها بالشكل الفعال والمناسب، من أجل النهوض بمجالات الحكامة والإدارة والتسيير، وكذا الرفع من جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين.[329]

خاتمة

بالنظر إلى الطبيعة الشاملة للقضايا المتعلقة بإدارة الموارد البشرية الصحية، والحاجة الماسة إلى التنسيق بين مختلف القطاعات الوزارية المعنية في هذا المجال، أوصى المجلس الأعلى للحسابات بوضع سياسة حكومية متعددة القطاعات مكرسة للموارد البشرية في قطاع الصحة، مع مراعاة مختلف المعايير التي تؤثر على توافرها والحرص على تعزيز جاذبية المستشفى العمومي. كما أوصى المجلس، الوزارة المكلفة بالصحة باتخاذ تدابير فعالة لتعزيز هيئة الأطباء العامين، وضمان تطوير الاختصاصات ذات الأولوية وتوزيعها بشكل يتوافق مع الحاجيات الحقيقية للساكنة وخصوصيات مختلف مناطق المملكة.

بالإضافة إلى ذلك، حث المجلس على اعتماد سياسة متعلقة بتوظيف وحركية الموارد البشرية الصحية، من شأنها تعويض أعداد المغادرين وضمان توزيع متوازن لهذه الموارد بين الجهات وكذا تصحيح التفاوتات والاختلالات بشكل مستمر. هكذا يمكننا الخروج بمجموعة من المقترحات لعل أبرزها كالتالي:

- التوزيع الترابي العادل للمستشفيات وللموارد البشرية العاملة، تجويدا وتوفيرا للعرض الصحي المبتغى؛

- التقليص؛ في أفق الحد من التوزيع الجغرافي المتفاوت للهيئات الطبية والمؤسسات الصحية، وذلك تماشيا مع مبادئ الجهوية المتقدمة وتكريسا للعدالة المجالية؛

- تحفيز الأطقم الطبية على الاشتغال داخل أرض الوطن مع الرفع من عددها وتوزيعها بشكل عادل بين جميع جهات المملكة، ويمر ذلك عبر التسريع بتنزيل مشروع

[329]- موقع إلكتروني https://www.maroc.ma/ar/ تاريخ الاطلاع 15-03-2023 على الساعة 15:23.

قانون الإطار رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية وجعله كضمانة محفزة وجذابة للأطر الطبية والشبه الطبية؛

- استنباط الأساليب الحديثة للمقاولات وتطبيقها في القطاع العام خاصة فيما يتعلق بآلية التحفيز؛

- بحث إمكانية التوظيف قبل الحصول على شهادة الدكتوراه، مع تنويع الخبرات في القطاع الصحي وذلك لسد الخصاص الذي تعاني منه منظومتنا الصحية على مستوى عدد الموارد البشرية؛

- استكمال إحداث كليات للطب ومستشفيات جامعية ومعاهد معتمدة للمهن الشبه الطبية وبيو-طبية والإدارة والتدبير الصحي والاقتصاد الصحي بجميع جهات المملكة والاهتمام بالتعليم العالي مع اعتماد التكنولوجيا الحديثة في التكوين لإنتاج التميز والكفاءات الوطنية والعمل على تطوير العلوم الطبية، وتعزيز التكوينات والتداريب لفائدة المهن الصحية، وفي هذا السياق ينبغي إخراج مرسوم التكوين المستمر المنصوص عليه في مجموعة من القوانين الطبية؛

- اللجوء عند الضرورة إلى الكفاءات الأجنبية لسد الخصاص بالمناطق التي يقل أو ينعدم فيها التأطير الطبي أو الشبه الطبي؛

- تحسين ظروف عمل المهنيين وتوفير مساكن إدارية في المستوى المطلوب للعاملين بالمناطق القروية أو تعويضات عن السكن بهذه المناطق؛

- وضع أهداف ومعايير المردودية للموارد البشرية والتجهيزات من خلال عقد برنامج أهداف وإمكانيات؛

- تحفيز الاشتغال في المناطق النائية والصعبة من خلال إحداث تعويض عن المردودية للرفع من أداء المهنيين وكذا التعويض عن العمل الخاص بهذه المناطق؛

- العمل على توحيد التعويض عن الخطر أثناء ممارسة المهام لفائدة مختلف مهني الصحة؛

- الرفع من قيمة التعويضات عن الحراسة والخدمة الإلزامية والمداومة باعتبارها الوسيلة الوحيدة التي تضمن استمرارية الخدمات الصحية خارج أوقات العمل الرسمية؛

- تعزيز الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص بهدف تعبئة موارد مالية إضافية والاستثمار في المناطق التي تعرف خصاصا في الخدمات الصحية؛

- الرفع من ميزانية وزارة الصحة: فرغم الزيادة الملحوظة خاصة بين عامي 2020 و2021 حيث تجاوزت 19.774 مليار درهم أي بزيادة قدرها 7.4%، فما زالت تمثل فقط قرابة 6.79 % من إجمالي الميزانية العامة وتبقى بعيدة عن معدل 10% التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية؛

- إصدار الحسابات الوطنية للصحة والتغطية الشاملة بشكل سنوي وعرض قانون توازن ميزانية الحماية الاجتماعية على البرلمان لمناقشته والترخيص للحكومة بالإجراءات المادية والبشرية لضمان ديمومتها ونجاعتها.

لائحة المراجع

<u>باللغة العربية</u>

الكتب:

- نبيل سديري، تدبير الموارد البشرية بالإدارة المغربية بين تعدد الإكراهات وتحديات المستقبل، إصدارات المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، ألمانيا-برلين، الطبعة الأولى 2023.

- محمد الهشامي، النموذج التنموي بالمغرب، مرتكزات وأسس الاستثمار في الرأسمال البشري، مؤلف جماعي بعنوان "دينامية الفعل التنموي بالمغرب دراسات تحليلية في مرتكزات وتوجهات بناء النموذج التنموي" مطبعة دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع، الرباط، الطبعة الأولى 2022.

■ جاري ديسلر (Gary Dessler) ، إدارة الموارد البشرية، دار المريخ، المملكة العربية السعودية، الرياض، 2015.

■ جمال الدين لعويسات، السلوك التنظيمي والتطوير الإداري، دار هومة للطباعة والنشر الجزائر، 2002.

الأطروحات الجامعية:

■ عبد المنعم الأنصاري، حكامة المنظومة الصحية بين التشريع والممارسة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم القانونية والسياسية، جامعة محمد الخامس بالرباط، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية-السويسي، السنة الجامعية 2021-2020.

المقالات:

■ يحيى سالم ناصر السالمي، آليات تدبير الموارد البشرية بالإدارة العمومية، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، عدد مزدوج 159-160، السنة 2021.

■ خالد البهالي، تأهيل الموارد البشرية في الإدارة العمومية المغربية: رهان استراتيجي وامتحان مستمر، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، عدد مزدوج 159-160، السنة 2021.

■ محماد البداوي، التدريب الإلكتروني كمدخل لتنمية الموارد البشرية في الإدارة العمومية، منشورات المجلة المغربية للأنظمة القانونية والسياسية، العدد خاص رقم 21، السنة 2020.

النصوص القانونية:

- دستور فاتح يوليوز 2011، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.11.91 بتاريخ 27 من شعبان 1432، الموافق ل (29 يوليوز 2011)، الصادر بالجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر، الصادر في 28 شعبان 1432 الموافق ل (30 يوليوز 2011)، ص 3600.

- الظهير الشريف رقم 1.22.77 الصادر في 14 من جمادى الأولى 1444 (09 ديسمبر 2022)، بتنفيذ قانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، الجريدة الرسمية عدد 7151، منشور بتاريخ 17 جمادى الأولى 1444 (12 ديسمبر 2022)، ص 7895.

- المرسوم رقم 2.05.1366 الصادر في 29 من شوال 1426 (2 ديسمبر 2005) يتعلق بالتكوين المستمر لفائدة موظفي وأعوان الدولة والاستراتيجية الوطنية، الجريدة الرسمية عدد5386، منشور بتاريخ 11 دو الحجة 1426 الموافق ل (12 يناير 2006)، ص 174.

التقارير والندوات:

- مداخلة الدكتور محمد المودن بعنوان "الموارد البشرية بالقطاع العام من الإدارة إلى التدبير"، خلال الندوة الوطنية "تدبير الموارد البشرية في القطاعين العام والخاص بالمغرب -الإشكالات والمقاربات-" التي نظمها مختبر الدراسات السياسية والحكامة الترابية، بجامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية المحمدية، بتاريخ 14 و15 مارس 2023.

- تقرير موضوعاتي الصادر عن المجلس الوطني لحقوق الإنسان بعنوان "فعلية الحق في الصحة بالمغرب، التحديات والرهانات ومداخل التعزيز"، سنة 2022.

- تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021، المحاور الرئيسية للتقرير السنوي الصادر في دجنبر 2022.

- تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية الصادر عن مجلس النواب خلال الولاية التشريعية العاشرة 2016-2021.
- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مساهمة حول النموذج التنموي الجديد للمغرب، 2019.
- تقرير منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، نظرة عامة حول المخاطر المتعلقة بالنزاهة في قطاعات الطاقة والنقل والصحة، OCDE، 2018.

المو اقع الإلكترونية:

- الموقع إلكتروني https://hawamich.info/3906/
- الموقع إلكتروني https://www.maroc.ma/ar/

باللغة الأجنبية

- Eric Albert. Jean Luc Emery. Le manager est un PSY. Quatorzième tirage. 2001.

الفصل العاشر

الوظيفة الصحية بالمغرب بين تثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي

The Health Function in Morocco between Valuing Human Capital and Improving the Health Offer

محمد ضريف

باحث في سلك الدكتوراه، جامعة محمد الخامس الرباط، كلية الحقوق السويسي، موظف بوزارة الصحة والحماية الاجتماعية.

ملخص:

تعرف المنظومة الصحية الوطنية مجموعة من أوجه القصور تؤثر بشكل سلبي على تكريس حق المواطنين في الولوج لرعاية صحية ذات جودة وبلوغ أهداف السيادة والأمن الصحيين. ولعل من أبرزها ضعف كثافة مهنيي الصحة بالنسبة لعدد السكان، وتفاوتات توزيعها المجالي والجهوي والتفاوتات المتعلقة بنوعية العرض الصحي وشبكات العلاجات، والتي ترتبط في جانب كبير منها بإكراهات تدبير الرأسمال البشري بالقطاع الصحي العمومي.

ولتجاوز أوجه القصور السالفة الذكر وانعكاساتها السلبية على جودة العرض الصحي، عمل المشرع المغربي على إصلاح النظام القانوني الذي يؤطر تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي، عبر سن نظام خاص بالوظيفة الصحية (القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية)، يتوخى من خلاله تعزيز وتأهيل وتثمين الرأسمال البشري، بما يضمن مساهمته الفعالة في تحسين الخدمات الصحية للمواطنين.

وفي هذا السياق، يهدف هذا المقال إلى دراسة الإشكالات والتساؤلات التي يطرحها القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية، وتحليل بعض مقتضياته وإجراءاته، والكشف عن مدى الترابط والتأثير بينها وبين أهداف تثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي، ومدى مساهمتها في تجاوز إكراهات التدبير الحالي

للموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي، وكذا مدى استجابتها لتطلعات مهنيي الصحة في وظيفة صحية عادلة ومحفزة تمكن من تحسين وضعيتهم المهنية والمادية والاجتماعية، وفي نفس الوقت ضمان مساهمتهم الفعالة في تقديم خدمات صحية ذات جودة، مع الحرص على تقديم اقتراحات من شأنها تجويد الإطار القانوني والتدبيري للوظيفة الصحية.

كلمات مفتاحية: الوظيفة الصحية، الرأسمال البشري، التعزيز، التأهيل، التثمين، العرض الصحي، الجودة.

Abstract: The National Health System knows a set of shortcomings that negatively affect the establishment of citizens' right of access to quality health care and the achievement of the objectives of health sovereignty and security. Among the most important shortcomings are the weak density of health professionals relative to the population, the spatial and regional distribution disparities, in addition of the disparities related to the quality of the Health Offer and treatment networks, which are largely related to the constraints of managing human capital in the Public Health Sector.

In order to overcome the aforementioned shortcomings and their negative repercussions on the quality of Health Offer, the Moroccan Legislator has worked to reform the legal system that governs the management of human capital in the Public Health Sector, by enacting a special regulation on the Health Function (Law No. 09.22 on the Health Function), through which it aims to strengthening, qualifying and valuing human capital, ensuring its effective contribution to improving health services for citizens.

In this context, this article aims to study the problems and questions raised by Law No. 09-22 on the Health Function, analyze some of its requirements and procedures, and reveal the extent of their interdependence and impact with the objectives of valuing human capital and improving the Health Offer, and the extent to

which they contribute to overcoming the constraints of managing human capital in the Public Health Sector, as well as the extent to which they respond to ensure the aspirations of health professionals for a fair and motivating health job that enables them to improve their professional, material and social status, while at the same time ensuring their effective contribution to the provision of quality health services, and Keen to making suggestions that improve the legal and managing framework for the Health Function.

Keywords: Health function, Human Capital, Strengthening, Qualifying, Valuation, Health Offer, Quality.

مقدمة

تعد السياسة الصحية في المغرب في صلب السياسات الاستراتيجية للدولة، وتهدف إلى حفظ صحة السكان ووقايتهم من الأمراض والأوبئة والأخطار المهددة لحياتهم وإلى إرساء الأمن الصحي وسيادة الدولة، وقد ظهر ذلك جليا في تأثيرات الأزمة الصحية العالمية كوفيد 19 على أمن وسيادة الدول، وتستمد مشروعيتها من خلال الاتفاقيات الدولية الموقعة، ومن سياقها الدستوري المعبر عنه بموجب الفصل 31، ومن القانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية والقانون الإطار المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية ومخرجات النموذج التنموي الجديد، دون إغفال التوجيهات الملكية بهذا الخصوص.

واعتبارا لكون الموارد البشرية تشكل أساسا لإصلاح التدبير العمومي وأحد ركائز المنظومة الصحية الوطنية (الباب السابع من القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية) ومن مكونات العرض الصحي إلى جانب البنيات التحتية الصحية والتجهيزات وغيرها، فإن تجويد العرض الصحي عموما يقتضي تحسين وتحديث الخدمات الصحية المقدمة للمرتفقين وتحسين كفاءتها وجودتها، ويتضمن ذلك توفير البنيات التحتية الصحية الملائمة والتجهيزات الحديثة والأدوية الفعالة والآمنة، إلى جانب توفير الموارد البشرية من حيث الأعداد والكفاءات وتوزيعها بشكل متوازن بين المجالين القروي والحضري وبين الجهات، وهي محددات أساسية تتحكم في فعالية ونجاعة هذه الموارد وفي جودة الخدمات الصحية المقدمة إلى المرتفقين.

ويشكل القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية[330] الإطار القانوني لإصلاح تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي، وقد توخى المشرع عبره تكييف الوظيفة الصحية مع تطورات ومناهج التدبير العمومي الحديث، من أجل جعلها أداة فعالة وناجعة تمكن من تنزيل السياسات العمومية وترسيخ فعالية المرفق العمومي الصحي والرفع من مردوديته وجودة خدماته وتعزيز ثقة المواطنين، وفي نفس الوقت

[330] القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 7213، سنة 2023.

الاستجابة لتطلعات مهنيي الصحة إلى وظيفة صحية عادلة ومحفزة تمكن من تحسين وضعيتهم المهنية والمادية والاجتماعية.

وتتجلى أهمية هذا الإصلاح في رغبة السلطات العمومية في تجاوز إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي، ومنها تراجع جاذبية الوظيفة الصحية العمومية، خاصة بالنسبة لفئة الأطباء، والحيلولة دون توجه معظمهم إلى القطاع الخاص وتفادي استقطابهم من طرف الدول الأجنبية بشروط تفضيلية، واستدراك الخصاص المزمن الذي يعرفه القطاع الصحي من الموارد البشرية وتقوية قدرات العرض الصحي العمومي من الكفاءات والأعداد، مع ضمان التوزيع العادل لهذه الموارد بين المجالين الحضري والقروي وبين الجهات.

إلى جانب تجاوز الإكراهات القانونية والتدبيرية المتعلقة بالنظام الأساسي العام للوظيفة العمومية فيما يخص آليات التوظيف والتكوين وبمنظومة الأجور وتقييم المسار المهني، يبدو جليا أن القطاع الصحي العمومي، بالنظر إلى نوعية الكفاءات التي يتطلبها والخدمات التي يقدمها، يستحق نظاما خاصا لوظيفة صحية تتوخى تثمين الموارد البشرية وتعزيزها وتأهيلها وتحفيزها ماديا ومعنويا وتحسين أوضاعها المهنية، بما يضمن مساهمتها الفعالة والناجعة في تجويد العرض الصحي وفي إنجاح السياسة الصحية الوطنية وكذا إنجاح ورش الحماية الاجتماعية.

كما تتجلى أهمية الموضوع أيضا في راهنيته وفي الإشكالات والتساؤلات التي يطرحها على مختلف المتدخلين والباحثين والمهتمين، وكذا في أبعاده القانونية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها.

وعلى هذا الأساس، يتناول هذا البحث دراسة الإشكالات والتساؤلات التي يطرحها القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية، وتحليل بعض مقتضياته وإجراءاته، والكشف عن مدى الترابط والتأثير بينها وبين أهداف تثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي ومدى مساهمتها في تجاوز إكراهات التدبير الحالي

للموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي، مع الحرص على تقديم اقتراحات لتجويد الإطار القانوني والتدبيري للوظيفة الصحية.

وانطلاقا من أن نظام الوظيفة الصحية يعتبر من المواضيع البالغة الأهمية، ونظرا إلى ما قد يحدثه هذا الإصلاح من آثار قانونية واجتماعية واقتصادية على مهني الصحة وعلى المنظومة الصحية الوطنية ككل، تقترح الإشكالية الآتية:

ما مدى مساهمة القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية في بلوغ أهداف تثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي، وفي تجاوز إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي؟

ومن أجل مقاربة موضوعية لعناصر الإشكالية يمكن طرح الأسئلة الآتية:

- ما هي أهم إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي وأثرها على قدرات العرض الصحي؟

-أين تتجلى المقتضيات التي تساهم في تثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي وفي تجاوز إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي؟

وللإجابة عن الإشكالية الرئيسية والأسئلة المتفرعة عنها ننطلق من الفرضيات الآتية:

- يرتبط تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي بإكراهات متعددة تحد من قدرات العرض الصحي.

- تضمن القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية مجموعة من المقتضيات التي تساهم في تعزيز وتأهيل وتثمين الرأسمال البشري وتنعكس على جودة العرض الصحي.

ولإثبات مدى صحة الفرضيات المطروحة، سوف نقوم بدراسة قانونية للقانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية، تتناول إبراز مدى مساهمة مقتضياته في تحقيق أهداف تثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي، وفي تجاوز إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي، أخذا بعين الاعتبار مكامن ضعف التدبير الحالي للموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي وأثره على قدرات العرض الصحي.

بناء على الاعتبارات السالفة الذكر نعتمد التقسيم الآتي:

أولا: إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي وأثرها على قدرات العرض الصحي

ثانيا: الوظيفة الصحية مدخل إلى تعزيز وتأهيل وتثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي.

أولا-إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي وأثرها على قدرات العرض الصحي

يمثل تشخيص إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي منطلقا أساسيا لمعرفة التحديات التي تواجه تحقيق أحد أهداف المنظومة الصحية الوطنية، ولا سيما توفير عرض صحي من الموارد البشرية يساهم بفعالية ونجاعة في تقديم خدمات صحية للمرتفقين بالجودة والكفاءة اللازمتين.

ولمناقشة هذا المحور سيتم دراسة الإطار القانوني المنظم لتدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي أولا، وإكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي ثانيا.

1- الإطار القانوني المنظم لتدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي

يمثل الموظفون العموميون الوسائل البشرية للإدارة التي تمكنها من تنفيذ سياسة الدولة وتحقيق المصلحة العامة، ويخضعون لإطار قانوني خاص، يحدد مراكزهم وينظم مسارهم وحقوقهم وواجباتهم[331].

ويعرف الظهير الشريف رقم 1.58.008 بشأن النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية على أن الموظف هو كل شخص يعين في وظيفة قارة بأسلاك الإدارة التابعة للدولة ويعتبر التوظيف العلاقة القانونية والنظامية التي تربط بين الموظف العمومي والإدارة[332].

وفي هذا الصدد لابد من الإشارة إلى أن اكتساب صفة "موظف" تتمثل في العناصر القانونية المرتبطة بقرارات التعيين والترسيم في الدرجة وفي تطبيق مختلف المقتضيات التي تهم المسار المهني للموظف[333]، وهو ما لا ينطبق على الأعوان المتعاقدين مع الإدارة الذين ليس لهم الحق في الترسيم في أطر الإدارة، مما يؤدي إلى تكريس حقوق غير متساوية ووضعيات قانونية مختلفة تنعكس على تدبير الموارد البشرية في القطاع العمومي ما بين التوظيف النظامي وغير النظامي.

وبالرجوع إلى الإطار القانوني المنظم للعاملين بقطاع الصحة والحماية الاجتماعية، فيعتبر المرسوم الملكي رقم 1178.66 المتعلق بالنظام الأساسي الخاص بموظفي وزارة الصحة العمومية من بين 39 من الأنظمة الأساسية لموظفي الإدارات

---

[331] أحمد أجعون، النشاط الإداري وظائف الإدارة وسائل الإدارة، مطبعة وراقة سجلماسة، مكناس، الطبعة 2015-2016، ص154.

[332] الفصل 2و 3 من الظهير الشريف رقم 1.58.008 بشأن النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية، المنشور بالجريدة الرسمية، عدد 2372، سنة 1958.

[333] عبد الخالق علاوي، "إصلاح النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية وتطوير منظومة تدبير الموارد البشرية بالإدارة العمومية "، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 93، 2010، ص 102.

العمومية المنبثقة عن النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية[334]، إلا أن أغلب مقتضياته قد نسخت لتحل محلها أنظمة أساسية خاصة بمختلف فئات مهني الصحة، الشيء الذي يكرس التعدد في الأنظمة.

وبناء على ذلك يخضع موظفو الإدارة المركزية والمصالح اللاممركزة للوزارة للنظام الأساسي العام للوظيفة العمومية ولأنظمته الخاصة، بينما يخضع مستخدمو المراكز الاستشفائية الجامعية للنظام الأساسي الخاص بمستخدمي المراكز الاستشفائية، أما مستخدمو الوكالة الوطنية للتأمين الصحي فيخضعون للنظام الأساسي للمستخدمين بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

كما أنه داخل كل إطار قانوني توجد هناك أنظمة أساسية مطبقة على مختلف فئات الأطر الصحية، حيث يوجد نظام أساسي خاص بهيئة الأطباء وآخر بالممرضين وأنظمة أساسية خاصة بالأطر الإدارية والتقنية كهيئة المتصرفين وهيئة المهندسين وهيئة التقنيين ونظام أساسي خاص بالمساعدين الطبيين وغيرها.

ويفسر تعدد واختلاف الأنظمة الأساسية الخاصة بالأطر الصحية، بضرورة ملائمة هذه الأنظمة مع التزامات وطبيعة مهام مختلف الفئات، مما ينعكس بشكل كبير على تدبير الموارد البشرية في القطاع، فرغم تشابه هذه الأنظمة في العديد من المقتضيات وخاصة تلك المتعلقة بالحقوق والواجبات والوضعيات والعقوبات التأديبية، تسجل تفاوتات مهمة بينها وترتبط بمنظومة الأجور والامتيازات الممنوحة وتقييم المسار المهني وأنظمة التقاعد[335] وغيرها، الشيء الذي يترتب عنه نوع من

---

[334] "الأنظمة الأساسية الخاصة بموظفي الإدارات العمومية"، الموقع الرسمي لوزارة الانتقال الرقمي وإصلاح الإدارة، شوهد في 2023/03/18، على الرابط: http://bit.ly/3LVJtvE

[335] يطبق على مهني الصحة نظامان للتقاعد، فمن جهة ينخرط الموظفون التابعون للنظام الأساسي الخاص بموظفي وزارة الصحة العمومية في نظام المعاشات المدنية المحدث بالقانون رقم 011.71 الصادر في 30 ديسمبر 1971، ومن جهة أخرى ينخرط المستخدمون النظاميون والأعوان غير الدائمون للمراكز الاستشفائية الجامعية في النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد المحدث بالظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.77.216 الصادر في 4 أكتوبر 1977.

الحيف بين العاملين في القطاع الصحي عموما، والذي يؤثر بدوره على حسن أداءهم وعلى تقديمهم لخدمات صحية بالجودة اللازمة.

2- إكراهات تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي

يواجه تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي إكراهات متعددة تنعكس سلبا على قدرات العرض الصحي من هذه الموارد كما وكيفا ومن حيث توزيعها الترابي، وتتعلق أهم الإكراهات بآليات التوظيف والتكوين وبمنظومة الأجور وتقييم المسار المهني.

أ- الإكراهات المتعلقة بآليات التوظيف والتكوين

إن من أبرز المعيقات التي تحد من تعزيز وتأهيل الرأسمال البشري بالقطاع الصحي العمومي تلك المتعلقة بالتوظيف والتكوين.

- إكراهات توظيف مهنيي الصحة بالقطاع العمومي

إذا كان الهدف من التوظيف هو توفير الأطر التي تحتاجها الإدارة كما وكيفا من أجل تنفيذ سياستها، فاستقطاب هذه الأطر لا يمكن أن يتم إلا عبر جذب وترغيب أكبر عدد ممكن من القوى العاملة المؤهلة والصالحة والمتاحة في سوق العمل للاختيار بينها لشغل وظائف شاغرة، وفق المواصفات التي تحددها المنظمة[336].

وبتشخيص أعداد وتوزيع مهنيي الصحة بالقطاع العمومي، فالمغرب يعرف خصاصا حادا وتوزيعا متفاوتا لهذه الموارد، ويظهر ذلك من خلال ضعف التأطير الطبي والشبه الطبي وكذا التقني والإداري بالنسبة لعدد السكان، حيث تسجل نسب ضعيفة مقارنة مع المعايير الدولية المعمول بها في منظمة الصحة العالمية ومع النسب المسجلة في الدول التي يقارب فيها الوضع الاقتصادي والاجتماعي وضع المغرب.

[336]- مصطفى يوسف كافي، إدارة الموارد البشرية من منظور إداري-تنموي-تكنولوجي-عولمي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى 2014، ص 115.

وتشير الإحصائيات المتعلقة بالتأطير الطبي والشبه الطبي مع عدد السكان في القطاع العمومي، إلى تسجيل معدل طبيب واحد لساكنة تتكون من 3038 فردا، وممرض واحد لساكنة تتكون من 1073 فردا[337]، بينما توصي منظمة الصحة العالمية بحد أدنى لكثافة الأطباء والأطر التمريضية والقابلات يبلغ 4.45 لكل 1000 نسمة[338].

ويفسر انخفاض مستوى التوظيف في القطاع الصحي العمومي بضعف المناصب المالية المحدثة والحاجة إلى تعويض المحالين على التقاعد والأطر المستقيلة، وكذا عزوف المتخرجين الأطباء الجدد للالتحاق بالوظيفة العمومية في غياب آليات التحفيز، التي تمكن من جذب واستبقاء هذه الكفاءات خاصة في المناطق النائية الصعب تزويدها بالموارد البشرية وفي ظل الهجرة المواصلة للأطر الطبية إلى الخارج.

وينعكس ضعف توظيف مهني الصحة أيضا على التوزيع الترابي لهذه الموارد، حيث تسجل تفاوتات في توزيع الأطر الصحية بين المجالين القروي والحضري وبين الجهات، فعلى سبيل المثال، تحظى جهة الدار البيضاء-سطات وجهة الرباط -سلا-القنيطرة بتأطير طبي وشبه طبي وإداري مهم بالمقارنة مع باقي جهات المملكة، ويغطي 88.5 % من أطباء وزارة الصحة 63.4% من السكان بالمجال الحضري، بينما تصل هذه التغطية 11.5% لنسبة 36.6% من ساكنة المجال القروي[339].

ومن جانب آخر يتجلى سوء توزيع الأطر الصحية أيضا فيما يخص نوعية العرض الصحي وشبكات العلاجات، والتي لا تلبي أحيانا حاجيات الساكنة الملحة، حيث تهيمن تخصصات غير ذات أولوية كالطب الرياضي وطب الشغل والطب المجتمعي وغيرها، والتي تمثل 61.5% من أصل 2911 طبيبا متخصصا، بينما تراجعت

---

[337] "Santé en chiffres 2020 ", Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financière, p 2.

[338] "مرتسم الصحة والعافية لإقليم شرق المتوسط نظرة عامة على الوضع الصحي في الإقليم في عام 2019"، ص 25، الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، (دجنبر 2022)، شوهد في 2023/03/17، على الرابط: https://applications.emro.who.int/docs/9789292740542-ara.pdf

[339] تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2021، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 7175 مكرر، سنة 2023.

التخصصات ذات الأولوية كالجراحة العامة وأمراض النساء والتوليد من 18.2% سنة 2011 إلى 14.4% سنة 2021[340].

وبالنسبة للتفاوتات المرتبطة بتوزيع الأطباء بشبكات العلاجات، فتتجلى في ارتفاع عدد الأطر الطبية في شبكة المستشفيات، في حين تناقص عددهم في شبكة مؤسسات الرعاية الصحية الأولية، رغم أنها تشكل بوابة للعرض الصحي العمومي ودعامة أساسية لعلاجات القرب.

وترجع أسباب التفاوتات في توزيع الموارد البشرية إلى عدم رغبة الأطر الصحية في العمل في المناطق القروية والجبلية والنائية، خاصة بالنسبة لفئة الأطباء، وإلى سوء تطبيق معايير الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات[341]في توزيع الموارد البشرية، وكذا البطء في تنزيل ورش اللاتمركز الإداري في تدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي، حيث يرتكز حاليا هذا النمط من التدبير على تفويض السلط والإمضاءات إلى المسؤولين بالمديريات الجهوية بتراب المملكة دون النقل الحقيقي للاختصاصات من المركز إلى المصالح اللاممركزة، مما يكرس اللامساواة المجالية والجهوية في توزيع العرض الصحي من الموارد البشرية.

وفيما يخص التخطيط التوقعي لحاجيات القطاع من الموارد البشرية، مازال تدبير الوظائف من طرف القطاع الصحي العمومي يعتمد على أساليب تقليدية تتخذ فيها القرارات مركزيا، ويتم عبر تطبيق القوانين والمساطر دون إعمال الوسائل الحديثة في التدبير والتي من أبرزها الدليل المرجعي للوظائف والكفاءات.

وتمثل الإكراهات المتعلقة بالتوظيف حاجزا أساسيا لتنفيذ أهداف الرفع من قدرات العرض الصحي العمومي من الموارد البشرية، ومواءمته مع المعايير الدولية وكذا تعزيز ولوج المرتفقين للرعاية الصحية.

---

[340] المرجع نفسه.

[341] مرسوم رقم 2.14.562، المتعلق بتنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 6388، سنة 2015.

- الإكراهات المتعلقة بتكوين الأطر الصحية

يعد تأهيل الأطر الصحية عبر التكوين دعامة أساسية للرفع من أدائها وتوفير خدمات صحية ذات جودة للمرتفقين، ذلك أن تعزيز التكوين الأساسي في كليات الطب وفي المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة من شأنه الرفع من قدرات العرض الصحي ومن تقليص التفاوتات الجهوية والمجالية.

إلا أنه ورغم تحديد برنامج تكويني لعدد 3300 طبيب جديد سنويا في أفق سنة 2020[342]، مازال واقع تكوين الأطباء في كليات الطب العمومية والخاصة يسجل عجزا مقارنة بالأهداف المحددة وذلك بالرغم من إحداث كليات جديدة، والسبب يعود بشكل كبير إلى ضعف الطاقة الاستيعابية لكليات الطب والافتقار إلى ميادين التدريب (ضعف استقطاب المتدربين من طرف المراكز الاستشفائية الجامعية).

كما تواجه المراكز الاستشفائية تحديات مهمة فيما يرتبط بتقويم الطلاب وتقييم البرامج وطرق التدريب مما يؤثر سلبا على كفاءة ومردودية مهنيي الصحة، كما أن أغلب الجامعات وكليات الطب تركز طرق التدريب على الأستاذ دون التركيز على حل المشكلات والاستراتيجيات المجتمعية[343].

ويرجع ضعف عدد خريجي كليات الطب في المغرب أيضا إلى طول مدة التكوين الطبي الأولي، والذي يتجاوز مدة 7 سنوات المحددة نظريا إلى ما بين 8 و12 سنة، بمعدلات رسوب تصل إلى حوالي 28.7% ويرجع كذلك إلى تدريس نماذج غير محينة من التكوينات الطبية[344].

---

[342] "البرنامج الحكومي 2021-2026"، الموقع الرسمي لوزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، شوهد في 2023/03/27، على الرابط: http://bit.ly/40i9fi8

[343] "مرتسم الصحة والعافية لإقليم شرق المتوسط نظرة عامة على الوضع الصحي في الإقليم في عام 2019"، ص 28.

[344] يوسف فقير، نداء من أجل إصلاح نظام الصحة في المغرب، الطباعة أزيد إيديسون، الرباط، الطبعة الأولى يناير 2021، ص 47.

ويساهم ضعف الطاقة الاستيعابية لكليات الطب والمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة وعدم تحيين برامج التكوين وافتقار ميادين التدريب، في قلة عدد المتخرجين الجدد خاصة الأطر الطبية مما ينعكس سلبا على تعزيز قدرات العرض الصحي من الكفاءات.

وفيما يخص التكوين المستمر لمهني الصحة بالقطاع العمومي، لابد من الإشارة إلى أن الوزارة تخصص اعتمادات مالية لبرنامج تطوير كفاءات الأطر الصحية، إلا أن الملاحظ هو أن هذه التكوينات لا تعمم على جميع مهني الصحة، وكذا عدم تفعيل المخططات الجهوية للتكوين المستمر ولآليات وإجراءات تتبع وتقييم أثر هذه التكوينات.

مما يجعل تنزيل برنامج التكوين المستمر يقتصر على استهلاك الاعتمادات المفتوحة بدون أهداف محددة قابلة للتقييم النوعي ولها أثر على تحسين كفاءات مهني الصحة.

ب-الإكراهات المتعلقة بمنظومة الأجوروتقييم المسار المهني

تشكل منظومة الأجور ونظام تقييم المسار المهني في القطاع الصحي العمومي أحد العوامل الأساسية في تثمين الرأسمال البشري، غير أنها ترتبط بإكراهات متعددة:

- الإكراهات المتعلقة بمنظومة الأجور

تعرف منظومة أجور القطاع الصحي العمومي اختلالات عميقة، نتيجة تعدد الأنظمة الأساسية والخاصة المطبقة على مهني الصحة، والتي تتميز بتفاوتات مهمة بين مختلف فئاتهم، مما يكرس نوعا من الحيف وعدم المساواة بينهم، وكذا عدم التناسب مع مهامهم الجسيمة، الشيء الذي يؤثر سلبا على إنتاجيتهم ومردوديتهم وعلى جودة الخدمات المقدمة للمرتفقين.

وفي هذا الصدد تتمثل أهم اختلالات الوظيفة العمومية في ارتباط منظومة الأجور بالسلم أو الإطار بدل الوظيفة والعمل المنجز ومحدودية شبكة الأرقام

الاستدلالية، وضعف النقط الاستدلالية بموجب الترقي في الرتبة وقصورها عن تغطية مدى الحياة الإدارية للموظف[345]، مما ينتج عنه تأثير ضعيف على مستوى تحسين الأجور، الأمر الذي يؤدي إلى مطالبات دورية بمراجعة الأجور من طرف مهني الصحة (إضرابات عن العمل ووقفات احتجاجية لفئات الأطباء والممرضين والفئات الإدارية).

ويؤثر ضعف منظومة الأجور بشكل كبير على جاذبية القطاع الصحي العمومي بالنسبة لفئة الأطباء، بالنظر إلى الإغراءات والتحفيزات المادية التي يوفرها القطاع الخاص والدول الأجنبية من أجل استقطاب هذه الفئات، الشيء الذي يستنزف قدرات العرض الصحي العمومي من هذه الموارد.

ومن بين الإكراهات كذلك، تطبيق أنظمة أساسية خاصة على مهني الصحة بمختلف فئاتهم (الأطباء والممرضين وتقني الصحة والإداريين والتقنيين) تحدد رواتبهم وتعويضاتهم، وتتميز بفوارق وتفاوتات مهمة يمكن ملامستها في حالات متعددة بين هذه الفئات خاصة إذا تساوى المؤهل العلمي والمهام المنجزة لمهني الصحة، ويتبين ذلك من خلال المقارنة مثلا بين منظومة الأجور لطبيب يعمل كإداري ومتصرف إداري، أو ممرض يعمل في الإدارة و مهندس ومتصرف إداريين، بل يمكن لبعض الموظفين المرؤوسين أن يتقاضوا أجورا تفوق أجور رؤسائهم التسلسليين بما فيها التعويضات عن المسؤولية.

- الإكراهات المتعلقة بتقييم المسار المهني

يقصد بتقييم أداء العاملين مجموع الإجراءات التنظيمية التي تتطلب تقييما مكتوبا لهم، ويعد بصفة دورية منتظمة لأهداف متعددة منها الترقية أو منح

[345] أحمد بن عامر اليوبي، السياسة العمومية في ميدان تدبير الموارد البشرية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الحقوق، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة محمد الأول وجدة، السنة الجامعية 2020-2021، ص 133.

التعويضات والمكافآت أو تحديد الاحتياجات التدريبية أو تحسين الأداء أو المساعدة في تخطيط المسار الوظيفي[346].

ولقد خصص المشرع المغربي عدة مقتضيات في الجزء الثالث من النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية وفي الفصل الثالث من النظام الأساسي الخاص بمستخدمي المراكز الاستشفائية لعملية تقييم أداء الموظفين ومنهم موظفي ومستخدمي قطاع الصحة، من خلال إرساء نظام للتنقيط يحسم في المصير المهني للموظف ولا سيما عبر الترقية، وتتم هذه العملية عبر إعطاء نقطة عددية للموظف المزاول لمهامه كل سنة من طرف رئيس الإدارة، ويراعى في تحديد النقطة عناصر الكفاءة المهنية والفعالية والمردودية والانضباط.

ورغم تضمين نظام تحديد النقطة لمعايير موضوعية تهم الكفاءة والفعالية والمردودية والانضباط، إلا أن الممارسات على أرض الواقع تفيد اعتماد أساليب لا تراعي التقييم على أساس الأداء الوظيفي، بل تتم من خلال اعتماد آليات المحاباة والولاء للرؤساء التسلسليين، أو نقص الجدية في عمليات التقييم نتيجة إعطاء أغلب الموظفين إن لم نقل جميع الموظفين لنقط عالية تتراوح ما بين 20/19 أو 20/20 تخولهم الترقية السريعة دون الأخذ بعين الاعتبار للمعايير الموضوعية المذكورة.

وبالإضافة إلى ذلك، ينتج عن نظام تقييم الموظفين عبر الترقية بالأقدمية قتل قيم الإبداع والتنافس بين الموظفين، وكذا قيم روح المبادرة والانتماء الوظيفي، مما يؤثر على أدائهم[347] وعلى تقديمهم لخدمات ذات جودة للمرتفقين، وهذا مناقض لمعايير المهنية والكفاءة في تطور المسار المهني للأطر الصحية.

[346] مصطفى يوسف كافي، ص 226.

[347] نبيل سديري، تدبير الموارد البشرية في الإدارة المغربية بين تعدد المعوقات وتحديات المستقبل، إصدارات المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، برلين ألمانيا، 2023، ص 92.

ثانيا- الوظيفة الصحية مدخل إلى تعزيز وتأهيل وتثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي

يعتبر القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية الإطار القانوني لتدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي، ولبنة هامة في سبيل النهوض بمهني الصحة وتعزيزها وتأهيلها وتحفيزها ماديا ومعنويا وتحسين أوضاعها المهنية، بما يضمن مساهمتها الفعالة والناجعة في بلوغ أهداف تجويد العرض الصحي وإنجاح السياسة الصحية الوطنية ككل.

وقد توخى المشرع المغربي عبر القانون المذكور ملائمة مقتضياته مع المقتضيات الدستورية في الحريات الأساسية والواجبات، وكذا مع بعض مقتضيات النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية والقانون الإطار المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية والقانون بمثابة ميثاق المرافق العمومية في الجانب المتعلق بتدبير الموارد البشرية.

1- تعزيز وتأهيل الرأسمال البشري رافعة لتنمية الكفاءات ولقدرات العرض الصحي

يمثل تعزيز وتأهيل الرأسمال البشري دعامة أساسية في تنمية الكفاءات وقدرات العرض الصحي، ويتطلب العمل في القطاع الصحي العمومي مجموعة من المهارات والخبرات المتخصصة يتم استقطابها عبر آلية التوظيف والتعاقد وتأهيلها عبر آلية التكوين.

أ- تعزيز الموارد البشرية عبر آلية التوظيف والتعاقد

نصت مقتضيات القانون المتعلق بالوظيفة الصحية على أسلوبين أساسيين لتعزيز الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي هما:

- تعزيز الموارد البشرية عبر آلية التوظيف

يخضع توظيف مهنيي الصحة لنظام الوظيفة الصحية الذي يحيل بدوره إلى الأنظمة الأساسية للمجموعات الصحية الترابية[348]، وهي بذلك العلاقة القانونية التي تربط بين مهنيي الصحة وهذه المجموعات.

وقد كرست المادة 18 من قانون الوظيفة الصحية العمل بالمباراة في تنظيم الولوج إلى المناصب النظامية في المجموعات الصحية الترابية، وهي الآلية التي تحقق المساواة وتكافؤ الفرص بين المترشحين المتنافسين وتضمن تحقيق مبدأي الاستحقاق والشفافية.

كما حرص المشرع من خلال المادة السالفة الذكر على إعمال مبدأي الفعالية والنجاعة في التوظيف، حيث تحدد سلفا حاجيات المجموعات الصحية الترابية من الموارد البشرية بناء على "مخططات توظيف سنوية أو متعددة السنوات، يتم إعدادها استنادا إلى أساليب وأدوات حديثة لتدبير الموارد البشرية، ترتكز بالخصوص، على دلائل مرجعية للوظائف والكفاءات وخرائطية المناصب وحصيلة الكفاءات ومخططات للتدبير التوقعي للأعداد والوظائف والكفاءات"[349].

ويساهم هذا النمط من التدبير الحديث للموارد البشرية في الاستثمار الأمثل للرأسمال البشري وفي تطوير الهياكل التنظيمية للإدارة، وإرساء تدبير توقعي للموظفين[350]، وبما يضمن تعزيز المجموعات الصحية الترابية بالموارد البشرية اللازمة التي تمكنها من تجاوز إكراهات ضعف كثافة الأطر الصحية نسبة لعدد السكان، وكذا

---

[348] المجموعات الصحية الترابية هي مؤسسات عمومية تحدث على صعيد كل جهة و تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي، وتخضع لوصاية وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، وتتولى تنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة في حدود مجالها الترابي، لمزيد من التفاصيل انظر القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 7213 ، سنة 2023.

[349] المادة 18 من القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية.

[350] عبد الكريم حيضرة وآخرون، الوظيفة العمومية والإصلاح الإداري، مطبعة دار العرفان، أكادير، الطبعة الأولى 2022، ص 36.

تجاوز تفاوتات توزيعها الترابي والتفاوتات المرتبطة بنوعية العرض الصحي وشبكات العلاجات.

غير أنه لتحقيق هذه الغايات ورغم انخراط القطاع الصحي العمومي في إنجاز الدراسات المتعلقة بهذا النمط من التدبير منذ سنوات[351]، قد تصطدم أجرأة التدبير التوقعي للأعداد والوظائف والكفاءات بالعديد من المعيقات، منها ما يتعلق بالتوقعات المتعلقة بالأطر الصحية التي في طور التكوين والتخرج و المحتملة التوظيف، ومنها ما يتعلق بتحديد وتعريف وتوصيف الوظائف (مرجع الوظائف)، وتقييم وتصنيف الوظائف (إعداد صنافة) في ظل تعدد الوظائف (الطب، التمريض، تقني الصحة، الإدارة) والدرجات والأطر والأنظمة، إلى جانب تواضع الاعتمادات المرصودة للتوظيف، وهو ما يمكن أن يحول دون التنزيل الفعلي لهذا التدبير والذي ينعكس بدوره على أهداف الرفع من قدرات العرض الصحي.

وبالرجوع إلى مقتضيات قانون الوظيفة الصحية فإنه لم يعط تعريفا واضحا للموظف الصحي ولا لطبيعة العلاقة التي تربطه بمختلف الهيئات والمؤسسات والوكالات المحدثة أو التي في طريقها للإحداث وغيرها التابعة للقطاع الصحي العمومي، على عكس النظام الأساسي للوظيفة العمومية، مما يطرح معه تعدد المفاهيم (موظف ومستخدم ومهني الصحة ومتعاقد) وما يمكن أن يترتب عن هذه الوضعيات من مراكز قانونية مختلفة للأطر الصحية.

وفي هذا الصدد ينبغي تدقيق وتعريف هذه المفاهيم علما أنه على سبيل المثال، الموارد البشرية للمجموعات الصحية الترابية تتكون من موظفي المصالح اللاممركزة التابعة للقطاع الصحي والمتواجدة داخل نفوذها الترابي، والمستخدمين المتعاقدين العاملين بالمراكز الاستشفائية الجامعية وبالمصالح اللاممركزة التابعة للقطاع الصحي والمتواجدة داخل نفوذها الترابي كذلك، والذين سوف يلحقون تلقائيا، ومهنيي الصحة

[351] "سياسة قطاع الصحة في مجال تدبير الموارد البشرية"، تقرير مديرية الموارد البشرية بوزارة الصحة سنة 2014، ص 8.

الذين سوف يتم توظيفهم والموظفين الملحقين، بالإضافة إلى العرضيين أو المتطوعين[352].

ويترتب عن حصر نطاق تطبيق قانون الوظيفة الصحية على مهنيي الصحة العاملين بالمجموعات الصحية الترابية بحجة تدخلهم في الميدان لتقديم الخدمات الصحية[353]، استثناء للأطر الصحية العاملة في مختلف الهيئات والمؤسسات التابعة للقطاع الصحي العمومي، مما يكرس تعدد الأنظمة المؤطرة لتدبير الموارد البشرية بالقطاع الصحي العمومي، وهو الأمر الذي بالإمكان تجاوزه عبر تعميم قانون الوظيفة الصحية على جميع مهنيي الصحة بغض النظر عن المؤسسات التي ينتمون لها.

- تعزيز الموارد البشرية عبر آلية التعاقد

يمكن للإدارة استخدام تقنية التعاقد من أجل الحصول على خدمات المتعاونين. وتقدم العملية التعاقدية مزايا المرونة التي لا توجد في التوظيف النظامي، وتستطيع من خلالها تلبية حاجياتها من الموارد البشرية دون المرور عبر القنوات العادية: أي التوظيف[354]. بالإضافة إلى أن استخدام هذا الأسلوب يمكن أن يوفر للدولة مزايا مالية تتجلى في التقليص من نفقات الميزانية العامة المخصصة للموظفين.

ويعتبر تفعيل مسطرة التعاقد آلية بديلة لجلب الكفاءات الضرورية لتأمين العرض الصحي العمومي إلى جانب التوظيف النظامي، كما يهدف إلى جلب الكفاءات والخبرات الطبية خارج المغرب لتعزيز الموارد البشرية المحلية.

---

[352] المادة 15 و16 من القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية.

[353] "تقرير لجنة التعليم والشؤون الثقافية والاجتماعية حول مشروع قانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية ومشروع قانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية"، الموقع الرسمي لمجلس المستشارين، ص 5، شوهد في 2023/03/22، على الرابط: https://bit.ly/3TUruHK

[354] Michel Rosset et autres, Droit administratif Marocain, publications de la revue marocaine d'administration locale et de développement, série thèmes actuels, N°99, édition 2017, P 518.

وعلى هذا الأساس وللرفع من جاذبية الوظيفة الصحية بالنسبة لبعض فئات مهنيي الصحة التي لا تنوي العمل داخل المجموعات الصحية الترابية بصفة نظامية، تم إقرار نظام التعاقد بموجب المادة 19 من قانون الوظيفة الصحية بعقود محددة المدة وقابلة للتجديد مع حق ترسيم المتعاقدين وحق احتساب مدة التعاقد في الترقي والتقاعد، مع الإحالة على نص تنظيمي لتحديد كيفيات وإجراءات هذا النوع من الشراكة وفي إطار التكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص.

وقد أضاف أسلوب التعاقد في قانون الوظيفة الصحية حق ترسيم المتعاقدين بناء على طلبهم مما سيمكن القطاع العام من استعمال المناصب المالية المتبقية من مباريات التوظيف النظامي، وكذا حق احتساب مدة التعاقد في الترقي والتقاعد على عكس النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية الذي ينص على عدم إمكانية ترسيم المتعاقدين بموجب الفصل 6 المكرر.

ويبرر اللجوء إلى أسلوب التعاقد أيضا الاستجابة لعزوف الأطباء المتخرجين حديثا للالتحاق بالوظيفة العمومية، ويبين هذا الأمر العدد الضئيل للمترشحين مقارنة مع المناصب المفتوحة في القطاع العمومي خاصة في المناطق الصعب تزويدها بالموارد البشرية، في حين نجد أن معظمهم يتجهون إلى آلية التعاقد مع الجماعات الترابية مثلا في إطار الشراكة بين قطاع الصحة والحماية الاجتماعية ومجالس الجهات والعمالات والجماعات، ونظرا إلى ما يوفره أسلوب التعاقد من المرونة في إنهاء العلاقة التعاقدية خلافا للتوظيف النظامي.

وفي هذا الصدد نورد بعض المعطيات عن عدد المترشحين مقارنة مع المناصب المفتوحة في مباريات توظيف الأطباء العامين، المنظم من طرف المديريات الجهوية التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية برسم أشهر دجنبر 2022 ويناير وفبراير 2023 في الجدول أسفله:

المديريات الجهوية	عدد المناصب المفتوحة	عدد المترشحين المدعوين للمباراة	عدد المترشحين المقبولين نهائيا	عدد المترشحين الذين وضعوا ملفات التوظيف
جهة طنجة-تطوان-الحسيمة	50	85	23	
جهة الشرق	19	24	16	
جهة فاس مكناس	30	55	30	
جهة الرباط-سلا-القنيطرة	60	112	54	
جهة بني ملال-خنيفرة	25	36	18	8
جهة الدار البيضاء-سطات	50	114	48	
جهة مراكش-آسفي	55	52	24	
جهة درعة-تافيلالت	45	18	8	
جهة سوس-ماسة	80	19	6	
جهة كلميم-وادنون	23	14	5	
جهة العيون-الساقية الحمراء	6	11	3	2
جهة الداخلة-وادي الذهب	5	14	3	

المصدر: من إعداد الباحث[355]

والجدير بالذكر أن وزارة الصحة اعتمدت آلية التعاقد مع أطباء القطاع الخاص كآلية بديلة لسد الخصاص في العرض العلاجي ببعض المؤسسات الصحية في

[355] انظر مباريات توظيف الأطباء العامين المنظم من طرف المديريات الجهوية التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية برسم أشهر دجنبر 2022 ويناير وفبراير 2023، الموقع الرسمي لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، شوهد في 2023/03/29 على الرابط: https://drh.sante.gov.ma/Pages/Concours_.aspx

المملكة، سواء من حيث أعداد الأطباء أومن حيث المؤهلات الطبية[356]، إلا أنه وفي غياب دراسة أو معطيات دقيقة بشأن هذا الأسلوب من التعاقد مع أطباء القطاع الخاص وكذلك فيما يخص التعاقد مع الكفاءات من خارج المغرب لا يمكن تقييم حصيلة هذه الآلية وكذا تقييم أثرها على تجويد العرض الصحي.

ورغم المزايا التي يخولها نظام التعاقد في الوظيفة الصحية، لابد من الإشارة إلى أن اعتماده بنسبة كبيرة يمكن أن يكرس الهشاشة في الوظائف الصحية، ولعل النتائج غير المرضية لتجربة هذا الأسلوب في قطاع التربية والتكوين خير دليل على ذلك، وهو يتناقض تماما مع أهداف تثمين الرأسمال البشري الذي يخول استمرارية هذه الأطر في تقديم الخدمات الصحية ويقوي حس الانتماء للوظيفة الصحية.

وتنبغي الإشارة في الأخير إلى أنه ورغم تعزيز المؤسسات الصحية بالموارد البشرية اللازمة كما وكيفا، فإن فعالية ونجاعة هذه الموارد يرتبط بشكل وثيق بتوفر البنيات التحتية والتجهيزات وغيرها، إذن فما فائدة توفر الأطر الطبية مثلا بدون وجود عدد ملائم من الأسرة الطبية وقاعات للعمليات وتجهيزات طبية حديثة وأدوية فعالة وآمنة.

ب-تأهيل الرأسمال البشري عبرآلية التكوين

ترتبط تنمية كفاءات الموارد البشرية في القطاع الصحي العمومي بشكل كبير بالتكوينين الأساسي والمستمر لمهني الصحة، ويعد الاستثمار الفعال فيهما دعامة أساسية لتأهيل وتطوير أداء مهني الصحة من أجل تحقيق أهداف تجويد العرض الصحي وإنجاح السياسة الصحية الوطنية.

- التكوين الأساسي

يعتبر التكوين الأساسي أحد ركائز تأهيل الرأسمال البشري، وبالرجوع إلى مضمون قانون الوظيفة الصحية نجد أن مقتضياته لم تشر إلى التكوين الأساسي

[356] مرسوم رقم 2.12.507، المتعلق بوضعية الأطباء وأطباء الأسنان بالقطاع الخاص المتعاقدين مع وزارة الصحة، المنشور بالجريدة الرسمية، عدد 6342، سنة 2015.

لمهني الصحة، إنما تم التنصيص عليه في القانون الإطار المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية[357].

وفي هذا الصدد يرتبط تعزيز وتأهيل الرأسمال البشري في القطاع الصحي كما وكيفا بشكل كبير بمرحلة التكوين الأساسي لمهني الصحة، ذلك أن سد خصاص الموارد البشرية في القطاع يمر وجوبا عبر الرفع من عدد خريجي كليات الطب بالنسبة لفئة الأطباء، وخريجي المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة بالنسبة للممرضين وتقني الصحة.

وتضطلع مؤسسات التكوين من جامعات ومعاهد ومدارس عليا ومؤسسات التكوين المهني بدور مهم في هذا المجال، مما ينبغي معه ملائمة أنظمتها الداخلية والبرامج والمناهج التعليمية المتبعة مع الحاجيات المعبر عنها من القطاع الصحي، وكذا الرفع من أعدادها وطاقاتها الاستيعابية ووضع نظام للتكوين الأساسي لبناء المهارات اللازمة يعتمد خفض مدة التكوين الأساسي في كلية الطب إلى 6 سنوات بدل 7سنوات وهو الأمر الذي استجابت له وزارة التعليم العالي عبر مذكرتها الوزارية رقم 655/01 بمناسبة الموسم الجامعي 2022-2023.

ومن بين الإجراءات التي يمكن توظيفها للرفع من قدرات التكوين الأساسي خاصة لفئة الأطباء توسيع مجال التدريب ليشمل جميع المراكز الاستشفائية ومؤسسات الصحة الأولية وغيرها التابعة للمجموعات الصحية الترابية[358]، وكذا المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص في إطار الشراكة.

[357] المواد 24و25و26 من القانون الإطار رقم 06.22، المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، المنشور بالجريدة الرسمية، عدد 7151، سنة 2022.

[358] يهدف إحداث المجموعات الصحية الترابية إلى تنسيق أعمال ونشاطات البنيات الصحية والإدارية داخل نفوذها الترابي.

- التكوين المستمر

يهدف التكوين المستمر بمنطوق المادة 8 من قانون الوظيفة الصحية إلى تطوير وتنمية مهارات وكفاءات وقدرات مهنيي الصحة، من أجل مواكبة تطورات الميدان الصحي والرفع من أداءهم ومردوديتهم والمساهمة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

وقد نصت المادة 14 من قانون الوظيفة الصحية على إلزامية مشاركة مهنيي الصحة في التكوين المستمر المنظم لفائدتهم من طرف المجموعات الصحية الترابية، أو بشراكة مع الهيئات المهنية أو القطاع الخاص.

ولتجاوز ضعف مساهمة التكوين المستمر في تأهيل وتطوير قدرات مهنيي القطاع الصحي العمومي، يجب وضع استراتيجية فعالة للتكوين المستمر عبر تحديد حد أدنى للتكوين لكل مهني صحي، وتطوير تكوين المكونين، ووضع نظام فعال للتتبع والتقييم.

وفي هذا السياق يعد تفعيل العمل بالمخططات الجهوية الخاصة بالتكوين المستمر، مقاربة علمية وواقعية تنبني على تحديد ودراسة الحاجيات النوعية من التكوين لدى مهنيي الصحة والاستجابة لها بشكل فعال ومناسب، مما يساهم في تحسين كفاءات مهنيي الصحة وكذا الرفع من جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين[359].

ويمكن اقتراح برامج للحصول على شهادات في التكوين المستمر لمهنيي الصحة تمنحها مؤسسات ومنظمات وطنية ودولية وغيرها، وكذا العمل على جعلها ضمن معايير الترقية للأطر الصحية.

أما على صعيد الأغلفة المالية المخصصة للتكوين المستمر، فيجب الرفع من الاعتمادات المرصودة والقطع مع منطق استهلاك الاعتمادات السائد، بتبني منطق

[359] "المخططات الجهوية الخاصة بالتكوين المستمر برسم سنة 2023"، بلاغ صحفي وزارة الصحة والحماية الاجتماعية 2022/12/21.

الفعالية والنجاعة وكذا تقييم الأثر على تأهيل وتطوير كفاءات مهنيي الصحة بما يساهم في تجويد العرض الصحي.

2- تحفيز مهنيي الصحة آلية لتثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي

يمثل التحفيز آلية فعالة لتثمين الرأسمال البشري وتجويد العرض الصحي، ذلك أن استخدام أدوات التحفيز المادي والمعنوي من شأنها أن تجعل مهنيي الصحة يشعرون بالتقدير والإشباع والرغبة في تحسين أدائهم واستبقائهم في القطاع العام مما ينعكس إيجابا على جودة الرعاية الصحية المقدمة.

أ- تحفيز مهنيي الصحة عبر منظومة للأجور مبنية على الاستحقاق والمردودية

تمثل الأجور أحد الحقوق الأساسية للموظفين وهي المقابل المادي عن إنجاز الخدمات، وتشمل الراتب والتعويضات ومزايا أخرى[360].

وتؤثر منظومة الأجور بشكل كبير على جاذبية ممارسة المهن الصحية وخاصة المهن الطبية، كما تعتبر من بين العوامل التي تساهم في هجرة أو استبقاء الأطر الطبية في بلدانهم، مما جعل مجموعة من دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية تتدخل باستمرار في مراجعة أجور الأطباء في القطاع العام وكذا مراجعة الأثمنة المرجعية للتدخلات الطبية في القطاع الخاص[361].

أما في المغرب، وكما سبق الإشارة إليه في المحور الأول من هذا البحث، فينعكس ضعف منظومة الأجور بشكل كبير على جاذبية القطاع الصحي العمومي بالنسبة لمهنيي الصحة وخاصة فئة الأطباء، مما يستدعي معه مراجعة عامة لأجور الأطر الصحية بما يتناسب والمهام الجسيمة الملقاة على عاتقهم.

---

[360] Patrice chrétien et autres, droit administratif tome II, éditeur Sirey, 14e édition, 2014, p 434.

[361] " Panorama de la santé 2021: Les indicateurs de l'OCDE ", Éditions OCDE, Paris, ,2021 p 224.

وفي هذا الصدد تضمن قانون الوظيفة الصحية مجموعة من المقتضيات التي تروم التحفيز المادي لمهنيي الصحة، ولعل من أبرزها إرساء منظومة للأجور شفافة ومنصفة ومبنية على الاستحقاق والمردودية وتشمل جزءا ثابتا وآخر متغير، بالإضافة إلى إقرار منظومة للترقي في المسار المهني للأطر الصحية.

- الأجر الثابت

تنص المادة 7 من قانون الوظيفة الصحية على أن الأجر الثابت يتكون من المرتب والتعويضات المخولة لمهنيي الصحة بموجب الأنظمة الأساسية الخاصة المطبقة عليهم، وبذلك فإن القانون الجديد للوظيفة الصحية يتبنى نفس الأنظمة الأساسية الخاصة المطبقة على مهنيي الصحة والتي تكرس ضعف الأجور والتفاوتات الأجرية المذكورة سلفا مادام أنه تمت الإحالة على نصوص تنظيمية.

وعلى هذا الأساس يمكن طرح التساؤل الآتي: هل يحافظ الأجر الثابت على مكتسبات الشغيلة الصحية؟ علما أنه قبل المصادقة على قانون الوظيفة الصحية تمت الاستجابة لبعض مطالب مهنيي الصحة في إطار الحوار الاجتماعي، وذلك بتخويل فئة الأطباء للرقم الاستدلالي 509 وكذا احتساب أقدمية اعتبارية للممرضين وتقنيي الصحة والرفع من التعويض عن الأخطار للفئات الإدارية.

- الأجر المتغير

يقصد بالأجر المتغير المقابل المادي الذي يتقاضاه الموظف نظير كمية إنتاجه أو العمل الذي يقوم به[362]، وهو الأجر الذي يتغير بناء على الكمية المنتجة أو الأعمال والخدمات المنجزة، ويعتبر من الأساليب الفعالة لتحفيز مهنيي الصحة لزيادة إنتاجيتهم وجودة عملهم، حيث يشعر المهني بأن كل جهده ووقته يحتسب في الحصول على مزيد من الأجر، وهو نفس النظام المعمول به في القطاع الخاص والذي يتم فيه

[362] مصطفى يوسف كافي، ص 178.

منح المكافئات والعلاوات ومزايا أخرى بناء على الأعمال المنجزة وبما يتناسب وتحقيق الأهداف المحددة.

غير أن نظام الأجور المتغيرة يمكن أن يؤدي إلى العمل المفرط أو التركيز الزائد على الكمية بدلا من الجودة، كما يمكن يؤدي إلى انتهاك حقوق مهنيي الصحة فيما يتعلق بالإجهاد نتيجة كثرة ساعات العمل، مما ينبغي معه تقييم الأجور المتغيرة بشكل دقيق وتحديد حدودها بشكل مناسب، وهو الأمر الذي انخرطت فيه وزارة الصحة والحماية الاجتماعية مسبقا عبر تكليف مكاتب الدراسات بإنجاز تطبيقات بهذا الخصوص بمشاركة مهنيي الصحة، وكذا الاستفادة من التجارب الدولية الناجحة.

وتحيل المادة 7 السالفة الذكر على نص تنظيمي لتحديد مبالغ وشروط وكيفيات تحديد الأجر المتغير، والتي يجب أن يراعى فيها كذلك أماكن العمل وخصوصيات كل مجموعة صحية ترابية فيما يتعلق بتحديد النسب المخصصة للجزء المتغير، وبما يضمن مراجعة التعويض عن الإقامة وإقرار التعويض عن العمل في المناطق النائية الصعب تزويدها بالموارد البشرية.

كما أن مراجعة نظام الحراسة والخدمة الإلزامية المعمول به حاليا، يمكن أن يساهم بدوره في تحفيز مهنيي الصحة، حيث أن إقرار نمط جديد للتعويضات عن المداومة والخدمة الإلزامية، وملائمته مع خصوصية إنجاز بعض الأعمال خارج التوقيت الرسمي يعتبر من المطالب الملحة على طاولة الحوار الاجتماعي.

- تقييم المردودية والإنتاجية عبر آلية الترقي

تكتسي آلية الترقية أهمية بالغة في تطوير المسار المهني للموظف، ويعتمد التدبير الحديث لإجراءاتها على مراجعة أشكال التنقيط لفسح المجال أمام معايير جديدة لتقييم نشاط الموظفين، تعتمد أساسا على الكفاءة والتفاني في العمل[363].

[363] محمد نشطاوي، المرافق العامة الكبرى، المطبعة والوراقة الوطنية، مراكش، الطبعة الأولى، 2002، ص217.

ويمثل تحفيز مهنيي الصحة عبر منظومة الترقي ضمن المقتضيات الجديدة للوظيفة الصحية، حيث نصت المادة 20 على إقرار منظومة للترقي مبنية على أسس الاستحقاق والكفاءة والشفافية ومثمنة للمردودية والإنجاز وحق الاطلاع على نتائج التقييم.

غير أن الملاحظ هو أن المشرع اعتمد منظومة الترقية عبر الرتبة والدرجة بناء على نتائج التقييم والأقدمية وهي نفس العبارات المتضمنة في قانون النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية، وهي لا تستجيب لإحدى توصيات المناظرة الوطنية حول المراجعة الشاملة للنظام الأساسي العام للوظيفة العمومية لسنة 2013، والتي جاء فيها أن نظام الترقي يجب أن يتضمن شروطا جديدة تأخذ بعين الاعتبار معايير المهنية والكفاءة في تطور المسار المهني للموظف وعدم الاقتصار على الأقدمية فقط كممارسة سائدة.

ولتطوير نظام تقييم وتنقيط مهنيي الصحة، يجب أن تكون هذه العملية عادلة وشفافة وتستند إلى معايير محددة وموضوعية، كما يجب إبلاغ مهنيي الصحة بالأهداف والمعايير المتوقع تحقيقها وبالتقييمات التي يتلقونها، مع تحديد صلاحيات ومسؤولية المكلفين بالتقييم.

ب- التحفيز المعنوي لمهنيي الصحة أداة لتثمين الرأسمال البشري

يهدف التحفيز المعنوي إلى تحسين الحالة المعنوية لمهنيي الصحة وتحسين رضاهم وزيادة إنتاجيتهم، وهو أداة فعالة لتثمين الرأسمال البشري في المؤسسات الصحية، حيث يؤدي إلى تحسين مستوى الأداء والإنتاجية وتحسين جودة الخدمات الصحية.

ومن أبرز المقتضيات التي جاء بها قانون الوظيفة الصحية بهذا الخصوص تقوية ضمانات الحماية القانونية لمهنيي الصحة في مواجهة الاعتداءات والتهديدات التي قد يتعرضوا لها أثناء ممارسة مهامهم، وكذا الحماية من الأمراض والأخطار المهنية التي يمكن أن يتعرضوا لها أثناء أو بمناسبة مزاولة مهامهم، وتتحمل المجموعات

الصحية الترابية تكاليف الأضرار عند الاقتضاء وتكاليف متابعتهم من طرف الغير في حالة الخطأ المرفقي.

بالإضافة إلى ذلك يمكن لمهنيي الصحة ممارسة بعض المهام في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص في إطار الشراكة بين القطاع العام والقطاع الخاص، مع الإحالة على نص تنظيمي لتطبيق هذا المقتضى.

ويعتبر هذا الإجراء الإطار القانوني الذي يشرع عمل هذه الفئات في المؤسسات الصحية الخاصة مما يخولهم الاستفادة من مداخيل إضافية، غير أن تطبيق هذا المقتضى القانوني على أرض الواقع يمكن أن ينتج عنه بعض التجاوزات نظير استغلال بعض مهنيي الصحة لأوقات العمل النظامي من أجل العمل في القطاع الخاص.

وقد أسفرت مجموعة من الأعمال الرقابية عن تسجيل غيابات متكررة للعاملين في المستشفيات العمومية وعدم تطبيق نظام المداومة والخدمة الإلزامية، وإسناد بعض الأعمال الإدارية على مستوى الاستقبال والتوجيه إلى مستخدمي الشركات الخاصة الموكول لها أعمال حراسة المستشفيات في إطار صفقات عمومية[364]، مما يؤثر بشكل كبير على تقديم خدمات صحية باستمرار وذات جودة.

ومن بين التحفيزات المعنوية التي يمكن أن يستفيد منها مهنيو الصحة كذلك: الحركة الانتقالية. وتمثل هذه الأخيرة أحد مكتسبات الشغيلة الصحية في ظل قانون النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية، والتي حافظ عليها أيضا مشروع قانون الوظيفة الصحية، وتهدف إلى تجديد نشاط الإدارة من خلال إعادة توزيع مهنيي الصحة، وفي نفس الوقت الاستجابة لمطالبهم في التغيير الذي قد تمليه ظروفهم الاجتماعية أو المهنية.

[364] تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنتي 2019 و2020، المنشور بالجريدة الرسمية عدد،7073 مكرر، سنة 2022.

وقد نصت المادة 24 من القانون السالف الذكر على حق استفادة مهنيي الصحة من الحركة الانتقالية داخل وبين المجموعات الصحية الترابية وبين الإدارة المركزية والمجموعات الصحية الترابية والهيئات والمؤسسات والوكالات المحدثة التابعة للقطاع، ويراعى في ذلك توزيع منسجم ومتوازن للموارد البشرية في ظل سوء توزيع الموارد البشرية بين المركز والمصالح اللاممركزة وسوء التوزيع داخل الجهات، ولغاية التحكم في أعداد مهنيي الصحة وتقليص اللجوء إلى التوظيف.

ومن أجل التنزيل السليم لآليات الحركة الانتقالية، ينبغي نهج سياسة فعالة لحركية مهنيي الصحة بين كل الفئات عبر تطبيق معايير موضوعية وشفافة، واستخدام أنظمة معلوماتية متطورة من شأنها تدبير هذه العملية بعيدا عن بعض الممارسات التي تتسم بالشطط كاستخدام الحركة الانتقالية الاستثنائية أو النقل التعسفي من أجل ضرورات المصلحة مثلا.

إلى جانب التحفيزات المعنوية المذكورة، يمكن لمهنيي الصحة الاستفادة من الأعمال الاجتماعية التي تقدمها مؤسسات الأعمال الاجتماعية التابعة للقطاع الصحي، كمؤسسة الحسن الثاني للنهوض بالأعمال الاجتماعية لفائدة العاملين بالقطاع العمومي للصحة، والتي يجب تعزيز وتنويع خدماتها نظرا إلى أثرها الواضح على تحسين رضا الأطر الصحية وزيادة كفاءتهم وإنتاجيتهم.

خاتمة

انطلاقا مما سبق ذكره يتضح أن القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية أسس لمحطة هامة في سبيل إصلاح تدبير الرأسمال البشري، باعتباره دعامة أساسية لتجويد العرض الصحي والمنظومة الصحية الوطنية بصفة عامة.

وقد تضمن القانون السالف الذكر العديد من المقتضيات التي تروم تعزيز وتأهيل وتثمين الرأسمال البشري، منها ما يتعلق بتفعيل آليات التدبير الحديث للتوظيف كاعتماد التدبير التوقعي للوظائف والكفاءات، واعتماد أسلوبي التعاقد والشراكة قطاع عام قطاع خاص، وتأهيل الأطر الصحية عبر آلية التكوين المستمر

الذي أصبح إلزاميا، واعتماد آليات التحفيز المادي والمعنوي عبر إرساء منظومة للأجور مبنية على الاستحقاق والمردودية تشمل جزءا ثابتا وجزء متغيرا، ومقتضيات تتعلق بتوفير بيئة عمل آمنة ومستقرة تحمي الأطر الصحية من العنف والتهديدات، وهي الإجراءات والآليات التي من شأنها أن تساهم في تعزيز القطاع الصحي العمومي بالكفاءات اللازمة، وترفع جاذبية القطاع الصحي العمومي بالنسبة لمهني الصحة، وخاصة فئة الأطباء، وتمكن من تجاوز إكراهات ضعف كثافة الأطر الصحية نسبة لعدد السكان، وكذا تجاوز تفاوتات توزيعها المجالي والجهوي والتفاوتات المرتبطة بنوعية العرض الصحي وشبكات العلاجات، مما ينعكس إيجابا على جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرتفقين.

وبناء على الخلاصات والنتائج المتوصل إليها، ومن أجل تجويد الإطار القانوني والتدبيري للوظيفة الصحية، نقترح ما يلي:

- مراجعة الأنظمة الأساسية الخاصة بمختلف الفئات الصحية (الأطباء والممرضين والأطر الإدارية والتقنية)، وجعلها تتماشى مع مقتضيات قانون الوظيفة الصحية، بما يضمن الكفاءة والعدالة الأجرية وتوحيد المسارات المهنية وتدقيق حقوق وواجبات مختلف الفئات؛
- إصدار وتنزيل النصوص التطبيقية المتعلقة بالتدبير التوقعي للوظائف والكفاءات ولا سيما إعداد الدلائل المرجعية للوظائف والكفاءات؛
- العمل على جعل نظام التعاقد مع مهني الصحة أسلوبا استثنائيا وليس قاعدة تفاديا لمشكل الهشاشة في المهن الصحية؛
- النقل الكامل لاختصاصات تدبير الرأسمال البشري من المركز إلى مختلف المؤسسات التابعة للقطاع الصحي العمومي ومنها المجموعات الصحية الترابية؛
- العمل على جعل القطاع الصحي هو الوصي على جميع مؤسسات التكوين الأساسي للمهن الصحية بما فيها كليات الطب، اعتبارا لخصوصيتها وارتباطها بالقطاع الصحي؛

- الرفع من حصيص الطلبة في كليات الطب والمعاهد العليا للمهن التمريضية وتقني الصحة التابعة لنفوذ المناطق التي تعرف خصاصا من حيث الأعداد والكفاءات؛

- تفعيل المخططات الجهوية للتكوين المستمر وجعله ضمن معايير الترقي في المسار المهني للأطر الصحية؛

- إصدار نص تنظيمي يحدد بدقة مقادير ومعايير وكيفيات الاستفادة من الجزء المتغير من الأجرة وكذا الاستفادة من التحفيزات المالية الخاصة بالعمل في المناطق الصعبة؛

- العمل على تنمية ممارسة الطب عن بعد لتحسين وتسهيل الولوج إلى الخدمات الصحية للمرضى الذين يعيشون في مناطق نائية أو لديهم صعوبة في الولوج إلى المؤسسات الصحية؛

- تبني مقاربة شمولية للعرض الصحي تهم كل مكوناته من الموارد البشرية والبنيات التحتية والتجهيزات وغيرها للارتباط الوثيق بينها؛

- تبني مبدأ الحوار والمشاركة في إصدار النصوص التنظيمية المتعلقة بالوظيفة الصحية والعمل على التعجيل بإصدارها؛

- العمل على انخراط جميع الفاعلين في الوظيفة الصحية العمومية لتنزيل مقتضيات هذا الإصلاح ويخص بالذكر القطاع الوصي والقطاعات الوزارية الأخرى والجماعات الترابية والمؤسسات العمومية والقطاع الخاص.

وفي الأخير تجب الإشارة إلى أن البعد الأخلاقي يعد أمرا حاسما لإنجاح الإصلاح المذكور، بما يقتضيه تحلي مهنيي الصحة بكل تلقائية بروح التضحية والتفاني في العمل والدفاع عن المصلحة العامة والنزاهة والحياد.

لائحة المراجع

- **الكتب**

- أجعون، أحمد. النشاط الإداري وظائف الإدارة وسائل الإدارة، مطبعة وراقة سجلماسة، مكناس، الطبعة 2015-2016.
- حيضرة، عبد الكريم وآخرون. الوظيفة العمومية والإصلاح الإداري، الطبع دار العرفان، أكادير، الطبعة الأولى 2022.
- سديري، نبيل. تدبير الموارد البشرية في الإدارة المغربية بين تعدد المعوقات وتحديات المستقبل، إصدارات المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية، برلين ألمانيا، 2023.
- فقير، يوسف. نداء من أجل إصلاح نظام الصحة في المغرب، الطباعة أزيد إيديسون، الرباط، الطبعة الأولى يناير 2021.
- كافي، مصطفى يوسف. إدارة الموارد البشرية من منظور إداري-تنموي-تكنولوجي-عولمي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى 2014.
- نشطاوي، محمد. المرافق العامة الكبرى، المطبعة والوراقة الوطنية، مراكش، الطبعة الأولى، 2002.

- **المجلات**

- علاوي، عبد الخالق. "إصلاح النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية وتطوير منظومة تدبير الموارد البشرية بالإدارة العمومية "، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 93، 2010.

- **المو اقع الإلكترونية**

- -"الأنظمة الأساسية الخاصة بموظفي الإدارات العمومية"، الموقع الرسمي لوزارة الانتقال الرقمي وإصلاح الإدارة، شوهد في 2023/03/18، على الرابط: http://bit.ly/3LVJtvE

- "مرتسم الصحة والعافية لإقليم شرق المتوسط نظرة عامة على الوضع الصحي في الإقليم في عام 2019"، الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، (دجنبر 2022)، شوهد في 2023/03/17، في: https://applications.emro.who.int/docs/9789292740542-ara.pdf

- "البرنامج الحكومي 2021-2026"، الموقع الرسمي لوزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة، شوهد في 2023/03/27، على الرابط:https://bit.ly/3TNdvUn£

- "تقرير لجنة التعليم والشؤون الثقافية والاجتماعية حول مشروع قانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية ومشروع قانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية"، الموقع الرسمي لمجلس المستشارين، شوهد في 2023/03/22، على الرابط:https://bit.ly/3TUruHK

- -"مباريات توظيف الأطباء العامين المنظم من طرف المديريات الجهوية التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية " برسم أشهر دجنبر 2022 ويناير وفبراير 2023، الموقع الرسمي لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، شوهد في 2023/03/29 على الرابط: https://drh.sante.gov.ma/Pages/Concours_.aspx

- **الأطاريح الجامعية**
- بن عامر اليوبي، أحمد. "السياسة العمومية في ميدان تدبير الموارد البشرية"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة محمد الأول، وجدة، سنة 2021.
- **تقارير ووثائق مختلفة**
- -"سياسة قطاع الصحة في مجال تدبير الموارد البشرية، " تقرير مديرية الموارد البشرية بوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، سنة 2014.
- "المخططات الجهوية الخاصة بالتكوين المستمر برسم سنة 2023"، بلاغ صحفي وزارة الصحة والحماية الاجتماعية 2022/12/21.
- **مراجع باللغة الفرنسية**
- Chrétien, Patrice et autres. droit administratif tome II, éditeur Sirey, 14e édition, 2014.
- Rosset, Michel et autres. Droit administratif Marocain, publications de la revue Marocaine d'administration locale et de développement, série thèmes actuels, N°99, édition 2017.
- "Santé en chiffres 2020", Ministère de la Santé, Direction de la Planification et des Ressources Financière.
- "Panorama de la santé 2021: Les indicateurs de l'OCDE", Éditions OCDE, Paris, 2021.

الفصل الحادي عشر

المنظومة الصحية في سياق التحولات الديموغرافية لدول جنوب المتوسط: التحديات والفرص الممكنة

The health system in the context of demographic shifts in the southern Mediterranean countries: potential challenges and opportunistes

أحمد نقوب

دكتور في القانون العام من جامعة عبد الملك السعدي من كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة تخصص القانون العام الاقتصادي.

ملخص: إن عملية التحول الديموغرافي ظاهرة كونية تمت دراستها في العديد من بلدان العالم؛ من باب أولى بلدان جنوب المتوسط التي عرفت تراجعا كبيرا في معدلات الوفيات والموالد وارتفاع متوسط العمر، هكذا شهد التركيب السكاني تغيرا جذريا تمثل في تراجع نسبة الإعالة مما يمكن القول أن هذه البلدان دخلت ما يسمى بالهبة الديموغرافية الأمر الذي يحتم أن تركز هذه الدول على زيادة فرص تحقيق مكاسب التحول الديموغرافي والاستفادة من الفرص التي تمنحها الهبة الديموغرافية والعمل على استغلال فرصة التحول الديموغرافي من خلال الاستثمار في خدمات الأساسية المتعلقة بالصحة، حيث أضحت الحاجة إلى بلورة رؤى مستقبلية لمواءمة السياسات الصحية ضرورة حتمية، فالزيادة السكانية تضع على الحكومات ضغوطا متزايدة، تتعلق بتوفير المؤسسات الصحية، وأما الفرص فالهبة الديموغرافية تمكنك من فرصة الاستفادة من إمكانيات الشباب لتتحول إلى الكوادر الصحية إذا أحسنت الحكومات الاستثمار فيها، عبر تدريب طلبة الطب المحليين لتلبية الاحتياجات الحالية والطلبات الجديدة والمتزايدة، بدل التعامل معها كعبء ينبغي التخفيف منه.

ويدل التوقعات المستقبلية لسكان بلدان جنوب المتوسط (المغرب، فلسطين، مصر، ....) بأنهم يتجهون نحو الشيخوخة كسمة أساسية للتحولات الديموغرافية، إلا أن بلدان جنوب المتوسط لا تتأثر بالقدر نفسه من دينامية الشيخوخة، وفي هذا السياق، تطرح شيخوخة الساكنة بهذه البلدان تحديات مرتبطة في الأساس بتوفير

التغطية الصحية للمسنين، إذ ستواجه مهمة تكييف سياستها الاجتماعية والصحية لشيخوخة سكانها ولا سياما فيما يتعلق التغطية الصحية والخدمات الصحية.

الكلمات المفتاحية: التحولات الديموغرافية، دول جنوب المتوسط، المنظومة الصحية، التغطية الصحية.

Abstract: The process of demographic transition stands for a global phenomenon that has been studied in many countries of the world, particularly countries in the southern Mediterranean, which witnessed a significant decline in death and birth rates and an increase in life expectancy. Accordingly, the population structure witnessed a radical change, which reflected in a decline in the dependency ratio. It can be said that these countries entered what is called the demographic gift, which makes it imperative for these countries to focus on increasing opportunities through working on achieving the gains of the demographic transition, taking advantage of the opportunities offered by the demographic gift, and working to exploit the opportunity of the demographic transition by investing in basic health-related services, where the need for future visions to harmonize health policies has become an inevitable necessity, as the population increase places monting pressures on governments, related to the provision of health institutions Regarding the opportunities, the demographic gift leads to harness youth's potential to turn into health cadres if governments invest well in them, by training local medical students with a view to meeting current needs and new and growing demands, rather than treating it as a burden that should alleviated.

The future expectations of the population of the southern Mediterranean countries (Morocco, Palestine, Egypt, ...) indicate that they are heading towards aging as a basic feature of demographic shifts. Nevertheless, the southern Mediterranean countries are not affected to the same extent by the severity of the dynamics of aging, and in this scenario, the aging of the population in these countries poses challenges related mainly to the provision of health coverage for the elderly, as it will face the task

of adapting its social and health policy to the aging of its population, especially in connection with health coverage and health services.

Keywords: demographic shifts, southern Mediterranean countries, health system, health coverage.

مقدمة

التحول الديمغرافي هو تغير في الهيكل العمري والكمي للسكان لفئات العمر المختلفة، وبتالي التحول الديموغرافي الذي تشهده بلدان جنوب المتوسط شغلت وماتزال اهتمام كثير من الباحثين، حيث عملية التحول الديموغرافي هي ظاهرة كونية تمت في العديد من بلدان العالم بما فيها بلدان جنوب المتوسط التي عرفت تراجعا كبير في معدلات الوفيات والموالد وارتفاع متوسط العمر، هكذا شهد التركيب السكاني تغيرا جذريا تمثل في تراجع نسبة الإعالة مما يمكن القول أن هذه البلدان دخلت ما يسمى بالهبة الديموغرافية، الأمر الذي يحتم أن تركز هذه الدول على زيادة فرص تحقيق مكاسب التحول الديموغرافي والاستفادة من الفرص التي تمنحها الهبة الديموغرافية، والعمل على استغلال فرصة التحول الديموغرافي من خلال الاستثمار في خدمات الأساسية المتعلقة بالصحة، فأصبحت الحاجة إلى بلورة رؤى مستقبلية لمواءمة السياسات الصحية، إذ أضحت ضرورة حتمية، في سياق التغير الديموغرافي الذي سيكون له انعكاس على القطاع الصحي، فالزيادة السكانية تضع على الحكومات ضغوطا متزايدة، تتعلق بتوفير المؤسسات الصحية، وأما الفرص فإن الأعداد المتزايدة للسكان خاصة في فترة الهبة الديموغرافية تخول الاستفادة من إمكانيات الشباب لتتحول إلى الكوادر الصحية إذا أحسنت الحكومات الاستثمار فيها، بدل التعامل معها كعبء ينبغي التخفيف منه.

وبالتالي ضمان الوصول إلى الخدمات الصحية لمواكبة التحول الديموغرافي عندما تؤدي التحسينات في الرعاية الصحية إلى ارتفاع سريع في متوسط العمر في بلدان جنوب المتوسط، وأسفرت العلاقة المتبادلة بين انخفاض معدلي الخصوبة

والوفيات إلى زيادة شيخوخة السكان، ويدل هذا الاتجاه أن سكان بلدان جنوب المتوسط (المغرب، فلسطين، مصر...) يتجهون نحو الشيخوخة كسمة أساسية للتحولات الديموغرافية في العشرية القادمة، إلا أن هذه البلدان لا تتأثر بالقدر نفسه بحدة دينامية الشيخوخة، وفي هذا السياق، تطرح شيخوخة الساكنة بهذه البلدان تحديات مرتبطة في الأساس بتوفير الحماية الاجتماعية والصحية للمسنين، إذ ستواجه مهمة تكييف سياستها الاجتماعية والصحية لشيخوخة سكانها ولا سياما فيما يتعلق التغطية الصحية والخدمات الصحية.

دراستنا هاته تتحرك في إطار فهم عام للمنظومة الصحية في علاقتها بالتحول الديموغرافي في بلدان جنوب المتوسط، محاولة تسليط الضوء على التأثيرات المحتملة للتحولات الديموغرافية على الخدمات الصحية المقدمة لفئات المسنين باعتبار أن شيخوخة السكان تتسبب بصورة مباشرة على النظم الصحية الطويلة المدى.

أهمية البحث

للتغيرات السكانية علاقة وثيقة بالسياسات الاجتماعية، واستيعاب هذه الأخيرة للتحولات الديموغرافية وآثار هذه التحولات على المنظومة الصحية، وتشكل هذه الأخير موضوعا للبحث الدائم لما تعرفه من تحولات وتحديات، فإن تعديل المنظومة الصحية لتكون مواكبا لمتطلبات كل فترة زمنية، فعلى قدر ما فرضته التحول الديموغرافي من تداعيات على المنظومة الصحية، أتاحت فرصا أمام دول جنوب المتوسط لتجديد و تعزيز كفاءة منظومته الصحية للفئات الأكثر عرضة لهذه التحولات، ومن ثم تغدو مسألة فهم تأثيرات التحولات الديموغرافية في المنظومة الصحية مسألة غاية في الأهمية.

إشكالية البحث

تتحدد الإشكالية الأساسية للدراسة في تحليل الترابطات الموجودة بين التحولات الديموغرافية والضغوط المتزايدة على المنظومة الصحية في بلدان جنوب المتوسط، وفي هذا السياق تحاول الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية:

ما التداعيات المختلفة للتحولات الديموغرافية لبلدان جنوب المتوسط على المنظومة الصحية، وما هي الفرص التي أتحتها لهذه الدول لتعزيز كفاءة أنظمتها الصحية؟

فرضية البحث

الفرضية الرئيسية هي أن الزيادة السكانية وارتفاع عدد المسنين يزيد من الضغوطات على نظام الصحي في البلدان جنوب المتوسط.

منهج البحث

لغرض الوصول لأهداف الدراسة سيتم الاعتماد على المنهج التحليلي المقارن، وذلك باستخدام المؤشرات الإحصائية لغايات تحليل الأسباب الحقيقية للتحولات الديموغرافية، وتحليل ظاهرة الهبة الديموغرافية والتغيرات التي تجري على الفئات العمرية للسكان، وصولا الى مدى انفتاح النافذة الديموغرافية باستعمال البيانات المتعلقة بالسكان خلال فترات زمنية سابقة والتوقعات المستقبلية بحجم هذه التغيرات.

لقد قمنا بتنظيم ورقتنا البحثية في مبحثين متكاملين المضمون نتناول في المبحث الأول التحولات الديموغرافية في البلدان جنوب المتوسط حاضرا ومستقبلا، وفي المبحث الثاني تداعيات التحولات الديموغرافية على المنظومة الصحية ببلدان جنوب المتوسط.

المبحث الأول: التحولات الديموغر افية في البلدان جنوب المتوسط حاضرا ومستقبلا

عقب انتهاء الحرب الباردة دخل العالم في سياق استراتيجي وتنموي مختلف؛ إذ غدا يواجه قضايا غير مألوفة تؤثر بشدة في ديموغرافيته، بات الشمال الغني أطول عمرا وأقل شبابا، في حين بات الجنوب الفقير أكثر شبابا وأقصر عمرا، لكن منذ بداية الثمانينيات من القرن الماضي، عرفت دول الجنوب المتوسط تحسنا منتظما اتضحت آثاره في انخفاض الخصوبة والوفيات، واستطالة أمد الحياة، معلنة عن حدوث تحول ديموغرافي، فشيخوخة الساكنة تبدو ظاهرة لا سبيل إلى تفاديها خلال العقود القادمة، حيث ستتزايد أعداد الأ شخا ص المسنين تزايدا منتظما، على اعتبار أن البقاء على قيد الحياة في فئة الأعمار المتقدمة جدا يتعلق أساسا بالوضع الصحي للبلاد، حيث أن التحول الديموغرافي في هذه البلدان لم تنخرط في سياق تطور شامل وكلي أي تطور المستويات الاقتصادية والاجتماعية بل كان حصيلة تحسن الظروف الصحية العامة وانخفاض معدلات وفيات الرضع والأطفال، ولإبراز نمط التحول الديموغرافي في بلدان جنوب المتوسط لابد من استقراء اتجاهات التغير في مستويات الوفاة والخصوبة التي تبين ارتفاع معدل الولادات، مع اتجاه بطيء نحو الانخفاض موازاة مع انخفاض منتظم وسريع لمعدل الوفيات، لكن مهما اختلفت ديناميات التحول الديموغرافي فإنه يبقى واضحا في هذه البلدان وقطع أشواط في بعض البلدان في حين شارف على نهايته في بلدان أخرى، كما سيتم التحليل إبرازه في المطالب القادمة بحيث سنعمل على تناول التحولات الديموغرافي في البدان المختارة من جنوب المتوسط في المطلب الأول بينما سنتناول في المطلب الثاني التوقعات المستقبلية لأهم دول جنوب المتوسط.

المطلب الأول: التحولات الديموغرافي في البدان المختارة من جنوب المتوسط

ستشهد بلدان جنوب المتوسط أحد أسرع معدلات النمو السكان في العالم، إذ سيتنمى سكان المنطقة على الرغم من انخفاض نسبة الخصوبة، إلا أن الانتقال من نظام ديموغرافي موسوم بالغياب التام للتحكم في الولادات وبوفيات مبكرة إلى نظام ديموغرافي موسوم بخصوبة متحكم فيها وبوفيات متأخرة، وبالتي الانتقال

الديموغرافي حقيقة ثابتة من المغرب مرورا بمصر وهي الأكثر سكانا من بين بلدان جنوب المتوسط وفلسطين التي تعتبر الأبحاث التي تتناول التحول الديموغرافي من الدراسات المهمة والصعبة لكونها تتميز بأنماط فريدة للمكونات السكانية نتاج للواقع السياسي الذي تعيشه، لهذا سنعمل على تتبع الدينامية السكانية في البلدان جنوب المتوسط في الفقرة الأولى، كما يعد التغيير في التركيب العمري للسكان من التغيرات التي ينطوي عليها التحوّل الديموغرافي (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: الدينامية السكانية في البلدان جنوب المتوسط حاضرا

تمتد منطقة جنوب المتوسط من المغرب إلى سوريا و تضم عشر دول، وبتالي سيكون من الممل مراجعة جميع دول جنوب المتوسط لقياس حقيقة تحولها الديموغرافي لهذا سنقتصر على عينة من هذه البلدان، ففي الأراضي الفلسطينية يعد التحول الديموغرافي مكونا رئيسيا مرتبطا بارتفاع معدل الخصوبة مقارنة بباقية البلدان العربية المتواجدة في جنوب المتوسط (أولا) ، أما مصر التي تعتبرالدولة الأولى عربيا من حيث عدد السكان أي أنها تعاني حاليا من زيادة سكانية كبيرة تشكل تحديا كبيرا للدولة (ثانيا)، أما المغرب فهو البلد الوحيد في منطقة شمال إفريقيا الذي واصل انتقاله الديموغرافي (ثالثا).

أولا- المشكلة السكانية في مصر

تحتل مصر مركز الصدارة من حيث الزيادة السنوية للسكان؛ و تشير الإحصاءات الرسمية، إلى أن معدل النمو السكاني في مصر يقترب من 2,5 % سنويا، معنى أن عدد السكان في مصر يرتفع بمقدار 1,15 مليون نسمة كل ستة أشهر، وهو ما يمثل ضعف المعدل في الدول النامية، ينشأ النمو السكاني كنتيجة طبيعية لزيادة معدل المواليد وانخفاض معدل الوفيات نتيجة تطور الخدمات الصحية، فإن عدد

سكان مصر وفقا للتقديرات سيبلغ 102 مليون في 2020، ويصل إلى 122 مليون في 2030[365].

مصر هي أكثر البلدان سكانا من بين البلدان العربية، ب 102 مليون نسمة وتعد واحدة من البلدان ذات الكثافة الأعلى في العالم حين لا نأخذ في الاعتبار سوى الأسطح غير الصحراوية بما يقرب 1540 نسمة لكلومتر مربع[366].

لقد بدأت الهِبة الديموغرافية في مصر عندما بدأ السكان في سن العمل في التزايد وبدأت وطأة الإعالة تخف، وتُعرف النقطة الزمنية لبداية الهِبَة الديموغرافية بأنها النقطة التي ينخفض عندها كل من معدل الإعالة وحجم زيادة الطبيعية، ويبدأ حجم السكان في الفئة العمرية الأقل من 15 عامًا في الانخفاض، ويتزايد حجم السكان انخفاضا في سن العمل، أمّا النقطة الزمنية لنهاية الهِبَة الديموغرافية فتحدد عندما يصل حجم السكان في الفئة العمري15-64 إلى قيمته العظمى، أو يبدأ معدل الإعالة في التزايد مرة أخرى[367]، لقد بلغت نسبة الشباب النشطاء اقتصاديا (15 إلى 29عاما) 40.4% في عام 2016[368]، معنى هذا أن مصر تعيش "طفرة الشباب" بحيث المتغير الحاسم في طفرة الشباب هو النجاح في الحد من وفيات الرضع، في سياق لا تزال فيه معدلات الخصوبة بين الأمهات مرتفعة لكن طفرة الشباب مرحلة عابرة[369]. إن الهبة الديموغرافية في مصر ظاهرة مؤقتة تستمر فترة تصل إلى حوالي 30 عاما فقط،

---

[365] أحمد موسى بدوي ومحمد عز، "رؤية مقترحة لحل المشكلة السكانية في مصر"، المركز العربي للبحوث والدراسات، تاريخ النشر 23/05/2017 2023 شوهد في 26/ 03/2023 في

www.acrseg.org/print.aspx?40511 http://

[366] السكان في مصر، 10 أغسطس 2020، شوهد في 30/9/2020، في https://bit.ly/36hVTP

[367] حسن زكي،"الهبة الديموغرافية في مصر وفرص الاستفادة منها"، مجلة عمران للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 3، 2013، ص 83

[368] - المؤسسة الأوربية للتدريب، تقرير عن الشباب خلال مرحلة الانتقال في بلدان جنوب وشرق المتوسط، تحديد ملامح وخصائص ضرورة الاستفادة من قدرات الشباب، 2021، ص31

[369] - سهيلة عناية الله، طفرة الشباب مكسب ديموغرافي، وقنبلة زمنية، ومستقبلا أخرى مع إشارة خاصة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مجلة استشراف للدراسات المستقبلية، العدد 6، 2020، ص306

كأقصى تقدير، و يُتوقع أن تحدث الهبة الديموغرافية خلال الفترة 2014- 2024 على أقل تقدير، إذ يصل معدل الإنجاب إلى 2.1 بحلول عام 2017 ، أو خلال الفترة 2015 - 2046، أو خلال الفترة- 2020 - 2050- بأقصى تقدير، وخلال تلك الفترات الثلاث، ينخفض حجم الزيادة الطبيعية وحجم السكان في الفئة العمرية أقل من 15 عامًا، وتنخفض نسبة الإعالة، في حين يرتفع عدد السكان في سن العمل[370].

إن مصر على أعتاب ما يسمّى ظاهرة الهِبة الديموغرافية، معتمدة في الوصول إلى توقيت دخول مصر فترة الهِبة الديموغرافية على عدد من المؤشرات الإحصائية، منها نسبة الإعالة، ومؤشرات ديموغرافية أخرى، هذه الفرصة السكانية ليست دائمة ولا تلقائية، والعائد الديموغرافي منها ليس ضمانا في حد ذاته لتحقيق تنمية اقتصادية وإنسانية، لكنها تمثّل مجرد فرصة أو مجرد احتمال يمكن الاستفادة منه إذا ما اتبعت سياسات عمومية اجتماعية وبالتالي، تحتاج الحكومة المصرية إلى النظر في سياسات محدّدة للاستفادة من هذه الفرصة.

ثانيا- التحولات الديموغر افية في السياق الفلسطيني

إن عملية التحول الديموغرافي في السياق الفلسطيني عبارة عن دورة تاريخية إذ تنخفض الخصوبة وكذلك معدلات الوفيات، كما أن التحول الديموغرافي مازال مكونا رئيسيا مرتبط بارتفاع معدل الخصوبة مقارنة ببقية دول جنوب المتوسط، فقد دخلت فلسطين في مرحلة التحول الديموغرافي منذ بداية تسعينيات القرن الماضي، وستتواصل هذه المرحلة خلال العقدين المقبلين[371]، كانت الخصوبة مرتفعة خلال السبعينيات ثم انخفضت إلى النصف فبلغت4.1 في سنة 2013، فلهذا لا يزال معدل الخصوبة في فلسطين أعلى بمقدر الضعف عما هو في البلدان العربية الأكثر تقدما،

[370] حسن زكي، ص84.

[371] عادل الزاغة، " استشراف التغير الديموغرافي بفلسطين في أفق 2030، مجلة استشراف، 2017، ص76

مما يشير إلى بطء التحول الديموغرافي[372]، مما أدى إلى بقاء معدلات النمو السكان مرتفعة؛ إذ بلغ عام 2020 نحو 2.4 %، فزيادة عدد السكان يتم على نحو متسارع في الأراضي الفلسطينية.

يظهر الهرم السكاني في الأراضي الفلسطينية أن المجتمع الفلسطيني المقيم في الأراضي الفلسطينية مازال مجتمعا يافعا، إذ تتسع قاعدة الهرم السكاني المتمثلة في الأفراد صغار السن دون 15 من العمر، والذين يشكلون نسبة مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى؛ فالتركيب العمري للسكان في الأراضي الفلسطينية عام 2020 يشير إلى أن نسبة الأفراد في الشريحة (0-14) سنة قد بلغت (38 %)من مجمل سكانها، وتشكل فئات الشباب(الأفراد دون سن 30 عاما) ما يزيد عن ثلث حجم السكان في الأراضي الفلسطينية (67 %) في حين لا تشكل فئة كبار السن (65 سنة فأكثر) سوى نسبة بسيطة لا تتجاوز (3 %)فقط من إجمال حجم السكان الأراضي الفلسطينية لعام 2020، ومنه يظهر أن التحول الديموغرافي في فلسطين على مدى العقود السابقة أدى إلى ارتفاع نسبة الأفراد الأقل من سنة 15، وقد كان هناك تراجع طفيف في هذه النسب في المرحلة اللاحقة ولكنها لم تؤثر في قاعدة الهرم[373].

صحيح أن حصة صغار السن دون 15 قد انخفضت، إذ كانت في حدود 50% في بداية الثمانينيات وانخفضت الآن إلى 39%، إلا أنها تبقى مرتفعة نسبيا، وعليه فإن التركيب العمري الأكثر بروزا هو ارتفاع نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة؛ إذ ينعكس هذ الارتفاع على معدلات الإعالة والرعاية، وزيادة العبء الذي يتحمله المعيلون[374].

---

[372] صندوق الأمم المتحدة للسكان ودولة فلسطين، مكتب رئيس الوزراء، اللجنة الوطنية للسكان، فلسطين 2030، التحول الديموغرافي فرص التنمية، تقرير ملخص، ديسمبر 2016، ص7

محمد دريدي، السكان الفلسطينيون في الأراضي الفلسطينية، مجلة استشراف، 2020، ص202

[373]- المرجع نفسه، ص213

[374]- صندوق الأمم المتحدة للسكان ودولة فلسطين، مكتب رئيس الوزراء، اللجنة الوطنية للسكان، فلسطين 2030، التحول الديموغرافي فرص التنمية، ص7

ثالثا- ديموغرافيا المغرب

حتى نهاية القرن التاسع عشر كان السكان المغاربة خاضعين لنظام ديموغرافي شبه طبيعي يتسم بالنمو الطبيعي المنخفض جدًا، ويرجع هذا الوضع إلى التوازن بين الوفيات والولادة، وقد أصبحت الزيادة في عدد السكان كبيرة بفضل تحسين ظروف معيشته والرعاية الطبية الوقائية والعلاج، فالتحول الديموغرافي في المغرب يميل نحو النمو السكاني الطبيعي[375]، فإذ كان سبع أطفال لكل امرأة مع مطلع الستينيات، ثم ظهرت الإشارات الأولى لانخفاض الخصوبة في أواخر السبعينيات وبداية الثمانينيات، حيث قدر معدل الخصوبة الكلي 5,9 أطفال لكل امرأة، ثم ما لبثت وتيرة انخفاضه أن خفت فأصبح يتحدد في حوالي 2,5 طفلا لكل امرأة [376]، إلى أكثر بقليل من 2 طفل لكل امرأة سنة 2010[377] ليستقر في 2,38 طفل لكل امرأة سنة 2014[378]، هذا الانخفاض الهام في الخصوبة في المغرب لها أسباب لا يمكن حصرها في عامل واحد، إلا أن الخصوبة تعد المقرر الأول لنمو السكان وتركيبهم[379]، فمنذ بداية الثمانينيات من القرن الماضي، لوحظ تحسنا منتظما اتضحت آثاره في انخفاض الخصوبة والوفيات، معلنة عن حدوث تحول ديموغرافي[380].

---

[375] المندوبية السامية للتخطيط، السكان والتنمية في المغرب، خمس وعشرون سنة بعد مؤتمر القاهرة 1994، التقرير الوطني، طبعة أكتوبر، مطبعة لون،الرباط، 2019، ص36

[376]- المندوبية السامية للتخطيط، مستقبلية مغرب 2030: أية ديموغرافية؟،2007، ص:14 في hcp.ma/downloads/Maroc-2030 t11885.htmlhttp://www

[377] المندوبية السامية للتخطيط، المسح للديموغرافية الوطني المقاطع المتكررة 2009-2010، النتائج الرئيسية، الرباط،2011، ص 15

[378]- المندوبية السامية للتخطيط؛ لإحصاء العام لسكن والسكنى 2014، تقييم النتائج الأولية من طرف المندوب السامي للتخطيط، الرباط في 13 أكتوبر 2014، ص:6

[379]- المندوبية السامية للتخطيط، مستقبلية المغرب 2030، أية ديمغرافية؟، ص:15

[380] المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير الخدمات الصحية الأساسية، نحو ولوج منصف ومعمّم، إحالة رقم2013/4، ص:17

مرور المغرب من مرحلة "الهبة الديموغرافية" التي بدأ التمهيد لها منذ عام 2004 حيث انتقلت نسبة الفئة أقل من 15 عاما من 31 % بالنسبة لإجمالي السكان، وسيصل إليها في عام 2030؛ إذ سيعرف هرم السكان اتساع وسطه، في مقابل تآكل قاعدته، ومن الآثار الإيجابية للهبة الديموغرافية تراجع معدل الإعالة المكلف للدولة، وقد كانت نسبة الإعالة تعادل 104.2 %سنة 1970، ومع تراجع نسبة الخصوبة انخفض هذا المعدل في سنة1980 إلى 87.2 %، و51.6 %عام 2015، بمعنى أن الهبة الديموغرافية فرصة لرفع مستويات الادخار وقوة العمل الإجمالية ومستويات الاستهلاك والتضامن بين الأجيال[381]، سيرتفع مجددا عدد السكان المعالين، لكن أكثريتهم لن تكون من الأطفال بل من كبار السن، مما سيؤدي إلى مجموعة من التحديات والفرص على مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية[382]، وهنا يمكن الإشارة أن الهبة الديموغرافية لا تؤتي أكلها بنفسها، وإنما تحتاج إلى استجابات نحوها في سياق السياسات الاجتماعية والاقتصادية الملائمة.

ورغم أن النمو السكاني السريع ليس المشكلة الوحيدة التي تساهم في عرقلة عملية التنمية الاجتماعية الاقتصادية في بلدان جنوب المتوسط إلا أن انخفاض ثيرته سوف يساهم بكل تأكيد في تخفيف عبء الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية الذي تتحملها الدولة، إلا أن السؤال الديموغرافي لا يجب أن يعامل بمعزل الأسئلة الأخرى وعزل قضايا السكان عن قضايا التنمية، فتخصيص تمويلات مهمة على تنظيم الأسرة على حساب الصحة والتقليل من الإنفاق على الصحة سيؤدي إلى نتائج عكسية.

[381] رشيد بن بيه، ديموغرافيا المغرب في أفق عام 2050، قراءة تحليلية في تقرير "إسقاطات السكان والأسر 2014-2050"، مجلة استشراف، 2020، ص381

[382] الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي أسيا، آثار التحولات في الهيكل العمري للسكان على السياسات التنموية في البلدان العربية، تقرير السكان والتنمية، العدد السادس،2013، ص3

الفقرة الثانية: التحول في البنية العمرية للسكان

تعد البنية العمرية للسكان من أكثر المحاور أهمية في مجال علم السكان، إذ أنها تقدم صورة مهمة للمجتمع السكاني، فالتحولات الاجتماعية وتطور الأنظمة الصحية التي عرفتها دول جنوب المتوسط، ولو أنها بدأت متأخرة عن سواها من البلدان، ولكنها سريعة على وجه العموم، جعلت دينامية ديموغرافية هذه البلدان تتميز بارتفاع سريع في عدد الأشخاص المسنين الذين يمتد بهم العمر وتزداد حظوظ معاناتهم من الهشاشة والتهميش والمرض[383]، إذ تعيش معظم البلدان المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي بحيث أن عملية تشيخ السكان ستكون أسرع، فشيخوخة الساكنة تبدو ظاهرة لا سبيل إلى تفاديها خلال العقود القادمة، حيث ستتزايد أعداد الأشخاص من سن 60 سنة فما فوق تزايدا منتظما بوتيرة معدلها % 3.4 ما بين2012 و2050، لينتقل تعدادهم من 2.9 مليون شخص في 2012 إلى10.1 مليون في 2050، وهي السنة التي من المتوقع أن تمثل فيها هذه الفئة العمرية ما نسبته % 24.5 من مجموع الساكنة، في حين لم تكن تمثل سوى 6.3 و% 8 على التوالي في1960 و2004)[384]، إذ تعد ظاهرة الشيخوخة أمرا حتميا، فرضته التطورات التي عرفها العالم في الوقت الراهن، ولم يعد المجتمع المغربي في منأى عن خطر الشيخوخة، إذ بدأت بوادر التدهور الديموغرافي للمجتمع المغربي تظهر منذ أواخر القرن العشرين بعدما كان المغرب يعرف نموا ديمغرافيا بوثيرة سريعة، إلا أنه بدأت قاعدة الهرم السكاني تضيق[385]، ومن أهم العوامل التي ساهمت في تراجع النمو الديمغرافي ارتفاع معدل أمل في الحياة، بحيث انتقل من سنة 47 سنة في سنة 1962 إلى 72سنة في سنة 2004، ليصل سنة 2014 إلى أكثر من 75 سنة[386]، فهو يتجاوز اليوم 75 سنة، وهكذا

---

[383]- إدريس الكرواي، التنمية نهاية نموذج؟، ص 69.

[384]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير الخدمات الصحية الأساسية، نحو ولوج منصف ومعمّم، ص:17.

[385]- المندوبية السامية للتخطيط، مستقبلية مغرب 2030: أية ديموغرافية؟، ص:11.

[386]- المرجع نفسه، ص:11.

تم تسجيل تحسن كبير في طول العمر بلغ حوالي 29 سنة، (هنا تباينات حادة بين متوسط عمر سكان البوادي الذي بلغ متوسط عمرهم 71,7 سنة وسكان المدن متوسط عمرهم 77,3سنة) [387].

تعد فلسطين من الدول التي تعرف تحول بطيء نحو الشيخوخة بفضل معدل الخصوبة الذي سينتقل إلى 4.1 عام 2014 إلى 3 عام 2030 إذ يظل عاليا حسب المعايير العالمية والعربية، فالمجتمع الفلسطيني مجتمع فتي؛ إذ تشكل فئة صغار السن منه نسبة مرتفعة؛ في حين تشكل فئة كبار السن نسبة قليلة من حجم السكان، فقد بلغ عدد كبار السن في فلسطين 297,069 فرداً، بما نسبته نحو 5.5% من إجمالي السكان منتصف العام 2022، بواقع 196,251 فردًا يشكلون نحو 6.2% من إجمالي السكان في الضفة الغربية و100,818 فردًا 4.7% من إجمالي السكان في قطاع غزة[388]، وبتالي تعد نسبة كبار السن في فلسطين منخفضة مقارنة بنسبة كبار السن في دول الجنوب المتوسط والعالم ككل والبالغة 8 %[389].

يمكن القول بشكل عام إن الاقتصاد المصري لم يستعد بعد لمرحلة المجتمع المسن؛ فأهم نظام لدعم المسنين يتمثّل في نظام المعاشات، الذي يعاني عددًا من أوجه القصور، تتمثّل في انخفاض قيمة المعاش وتناقصها وارتفاع تكلفة المعيشة، والخلل في إدارة نظام الضمان الاجتماعي وقصور الموارد، والفئة المستهدفة[390]،و بدأت مصر تغييرات في التركيب العمري، ومن الواضح أن العلاقة بين السكان في سن العمل والسكان خارج سن العمل آخذة في التحسن، أي انخفضت نسبة إعالة المسنين

---

[387]- جمعية أطاك المغرب، خوصصة الصحة العمومية وعواقبها على النساء بالمغرب، sudpub communication، فبراير 2018، ص 56

[388]- وكالة الأنباء والمعلومات الفلسطينية، واقع المسنين في فلسطين، المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، تشرين الأول 2021، شوهد في2023/04/10، في https://info.wafa.ps/ar_page.aspx?id=3205

[389]- توفيق طاهر عارف، واقع المسنين ومتطلبات رعايتهم في فلسطين، الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2020، فلسطين، ص15

[390]- حسن زكي، ص 87

لصالح السكان في سن العمل 15-64 عاما، تُتاح "الهِبَة الديموغرافية " لفترة محدودة من الزمن، تنتهي بوصول الزيادة الكبيرة في الفئة العمرية الصغيرة التي تحققت في المرحلة الثانية ثم المرحلة الثالثة، وقد كان من نتائج هذه التحولات في البنية العمرية لسكان المنطقة أن تآكلت قاعدة الهرم السكاني قليلا، مقابل اتساع وسطه نتيجة النمو المتسارع لعدد الأفراد الذين تراوح أعمارهم بين 25 و64 سنة[391].

أدت التحسينات في تدابير الرعاية الطبية والصحة العامة في النصف الثاني من القرن العشرين، إلى ارتفاعات سريعة في متوسط العمر المتوقع، ولا سياما في البلدان جنوب المتوسط، وأدى انخفاض نسبي في عدد الأطفال المعالين نسبة إلى إجمالي عدد السكان، وأسفرت العلاقة المتبادلة بين انخفاض معدلي الخصوبة والوفيات إلى زيادة شيخوخة السكان، وقد أدت هذه التحولات إلى زيادة إضافية في نسبة المسنين المعالين، ومن المهم أن ندرك أن المنطقة تخضع لتحولات سكانية كبرى، وتختلف ديناميات هذا التحول من بلد إلى آخر.

المطلب الثاني: التوقعات المستقبلية لديموغر افية دول جنوب المتوسط

تتجسد أهمية التوقعات المستقبلية للديموغرافية في كونها تفسح المجال لدراسة الاحتياجات المستقبلية للدول، ووضع الاستراتيجيات المناسبة لتقديم خدمات متنوعة على المديين القريب والبعيد، وعلى اعتبار أن سكان الأرض لم يكونوا يوما بهذا العدد وسيضحون أكثر في المستقبل، ويتزايد عدد سكان المنطقة في السنوات المقبلة رغم تواجد اختلاف كبير في نمو السكان بين بلد وآخر (الفقرة الأولى)، فإن نموا ديموغرافيا متفاوت بشدة وشيخوخة متصاعدة على اعتبار التزايد الملموس لمتوسط مدة الحياة، وبناء على ذلك فإن الشيخوخة ذات مستقبل زاهر، ويختلف الهيكل العمري للسكان بين بلد وآخر باختلاف معدلات الخصوبة والوفيات، الأمر الذي

[391]- إبراهيم المرشيد،"الهبة الديموغرافية في العالم العربي، نعمة أم قنبلة موقوتة؟ المغرب أنموذجا" عمران، العدد،2017، ص51

سيجعل مجتمعات بلدان جنوب المتوسط تتحول تدريجيا، وتشير التوقعات إلى تحول ديموغرافي نحو شيخوخة السكان في المستقبل القريب(الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: تطورعدد السكان للسنوات المقبلة

هناك تباين بين ديناميات ديموغرافية والتي ستشهد استمرارية دينامية النمو السكاني بالنسبة إلى بعض الدول وعكسها بالنسبة إلى أخرى، وفي بعض البلدان لا تزال البنية السكانية موسومة بغلبة فئة الشباب، حيث ينمو عدد الأشخاص في سن العمل على نحو أسرع من الفئات العمرية الأخرى؛ ويتم تحديد الاتجاهات السكانية المستقبلية بالإضافة إلى البنية بحسب الجنس والعمر إلى عامل الخصوبة والوفيات[392]، ويجد تنامي ساكنة المنطقة جذوره في الاستطالة المستمرة وعلى نحو كبير لمعدلات الحياة المتوسطة، فقد استطاعت هذه الاستطالة أن تلغي نسبيا آثار تراجع معدل الخصوبة، والذي كان في كل الأحوال غير كاف للتسبب في التراجع الديموغرافي العام[393].

يتوقع تباين كبير بين البلدان في حجم السكان ومعدل النمو، وبحلول عام 2050 سيبقى مصر البلد حيث العدد الأكبر من السكان في المنطقة 153.4 مليون[394]، و من المتوقع أن تسجل أكبر مساهمة في زيادة عدد السكان في بلد يشهد أصلا تحولات ديموغرافية إذ تبقى مركز سكاني بارز في المنطقة، على الرغم من انخفاض معدل الخصوبة الإجمالي بمعنى أن إجمالي سكان مصر واصل ارتفاعه باطراد، وستبقى البلد الأشد اكتظاظا في السكان في المنطقة في عام 2050 [395].

---

[392] يوسف كرباج، ص 113.

[393] آلان باران (Alain Parant)، سكان العالم في أفق 2030-2050: النمو الشيخوخة، مجلة استشراف، 2017، ص 261.

[394] الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الشيخوخة بكرامة في المنطقة العربية، ص22.

[395] موسى ماكي، العوامل المادية والديموغرافية والاقتصادية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مجلة استشراف، 2020، ص324

من أهم نتائج التحول في مصرتطور البناء العمري للسكان، ووجود نسبة كبيرة من السكان في سن العمل وفي المقابل، هناك زيادة تدريجية في الأعمار الأكبر سنا، أي 65 عام فأكثر، وهو ما يدل على دخول مصر مرحلة الهبة الديموغرافية التي تمثّل فرصة ونافذة نحو التنمية في حال استغل انخفاض نسبة المعالين مقابل زيادة القوى العاملة مع استمرار الانخفاض في معدلات الخصوبة، غير أن هذه الفرصة قد تكون سلبية بالنسبة إلى التنمية إن لم يستطع متخذو القرار التخطيط لها وتوفير الظروف الملائمة للتعامل معها[396].

فمعدلات النمو السكاني المقدر والمتوقعة ما بين 2025و2030 في مصر هي 1.1 وستنخفض ما بين 2050و2055 ب 0.6 %، في حين ستصل في فلسطين بين 2025 و 2030 إلى 2.1 إلى 1.3 بين 2050و 2055، مما يعني أن معدلات النمو السكاني ستعرف في فلسطين نسبة أكبر على باقي بلدان جنوب المتوسط، وبناء على السيناريو المتوسط لانخفاض الخصوبة ستنخفض الخصوبة من 4.1 عام 2014 إلى 3 عام 2030 و 2.17 عام 2050، إذ ستصل النسبة في الضفة الغربية إلى نسبة الاستبدال 2.1 بينما ستكون أقل معا من ذلك في القدس، وأعلى من ذلك في قطاع غزة، وسيتضاعف عدد السكان في دولة فلسطين خلال أقل من خمسة عشر عاما من 4.7 ملايين نسمة عام 2015 إلى 6.9 ملايين عام 2030، وإلى 9.5 ملايين عام 2050. وعام 2050 سيتفوق قطاع غزة على الضفة الغربية من حيث عدد السكان قليلا، وستتضاءل الأهمية النسبية لحصة القدس الشرقية من مجموع السكان ما لم تتحول إلى عاصمة للدولة قبل تلك السنة[397].

أما المغرب سيزيد عدد سكان المغرب من 33.8 مليون نسمة في عام 2014 إلى 43.6 مليون نسمة في عام 2050، وفق فرضية تغير متوسط؛ أي بزيادة بمعدل 272

[396]- محمد عبد الرحمن صالح محمود، الهبة الديموغرافية وهدر رأس المال البشري في مصر، دراسة تحليلية لتحديات التنمية، مجلة عمران، العدد 12، 2015، ص75

[397]- عادل الزاغة، ص86

ألف شخص سنويا وسيواصل معدل نمو السكان انخفاضه المسجل منذ ثمانينيات القرن الماضي إذ ستنقص نسبته من 1.05 % في عام 2014 إلى ما يقارب 0.3 % في عام 2050، ما يعني أن المغرب تجاوز طفرة المواليد وما تطرحه من تحديات[398].

ويفسر تطور عدد سكان المغرب الإجمالي في مطلع عام 2050 بمتغيرات، منها تراجع نسبة الولادات وتطور معدل الوفيات وتراجع معدل الخصوبة، وتتوقع استشرافات المندوبية السامية للتخطيط في المغرب انخفاض معدل الولادات الخام انخفاضًا مهما في مطلع عام 2050؛ إذ سينتقل هذا المعدل من 17.8 في الألف في عامي 2015-2014 إلى 11.7 في الألف في عام 2050. وسيشهد معدل الوفيات الخام ارتفاعا بفعل شيخوخة الساكنة، وسينتقل من 5.6 في الألف في عامي 2015-2014، إلى 8.6 في الألف في مطلع عام 2050 ما يجعل معدل النمو الطبيعي ينخفض من 12.2 في الألف في عامي 2015-2014، إلى 3.0 في الألف في عامي 2049 و2050، كما سيبلغ معدل أمد الحياة في عام 2050، 78.6 عاما بالنسبة إلى الرجال و82.3 عاما بالنسبة إلى النساء، أي بزيادة نحو 4.8 أعوام، وسيقفز الفرق بين الرجال والنساء في معدل أمد الحياة من 3.2 أعوام، إلى 3.7 أعوام في عام 2050[399].

الفقرة الثانية: تحول ديموغرافي نحو شيخوخة السكان في المستقبل القريب

يسجل عدد السكان في المنطقة اختلافا كبير من بلد لآخر فالمنطقة ستعرف المزيد من التغيرات ومن المتوقع أن تخفض نسبة السكان دون 15 سنة في جميع البلدان، ما عدا الأراضي الفلسطينية حيث يستدعي الانتباه إلى ارتفاع نسبة الأطفال الأقل من 15 سنة، مما ينعكس على معدلات الإعالة.

ويلاحظ تحول في الهيكل العمري نحو الشيخوخة بشكل سريع في المغرب، أما فلسطين فالتحول يسير ببطء مقارنة مع المغرب ومصر، فمعدلات الخصوبة

[398]- مركز الدراسات والأبحاث الديموغرافي، المندوبية السامية للتخطيط، إسقاطات السكان والأسرة 2014-2050، الرباط،2017، ص16

[399]- المرجع نفسه، ص 7

الإجمالية بين دول جنوب البحر المتوسط إذ سوف تقترب من بعضها في الفترة 2025-2030 في نفس الوقت سوف تتقارب معدلات النمو السكاني .

الفقرة الثانية: تحول ديموغرافي نحو شيخوخة السكان في دول جنوب المتوسط

تتحول المجتمعات العربية عامة ومجتمعات بلدان جنوب المتوسط خاصة نحو الشيخوخة، وقد استخدمت ثلاث مؤشرات لتقصي مستقبل ظاهرة شيخوخة السكان، وهذه المؤشرات حسب ورودها في الجدول(أ)، وقد حسبت هذه المؤشرات لعامي 2010 و2050 لتكوين فكرة عن الوضع الحالي والآفاق المستقبلية لتحول الديموغرافي في البلدان جنوب المتوسط[400] .

مؤشرات الشيخوخة في بلدان جنوب المتوسط 2010و2050						
البلد	2010			2050		
	نسبة إعالة كبار السن(+60)	نسبة إعالة كبار السن(+80)	مؤشر التعمير	نسبة إعالة كبار السن(+60)	نسبة إعالة كبار السن(+80)	مؤشر التعمير
مصر	8.7	1.3	17.8	18.7	3.5	56.3
المغرب	4.5	1.2	17.8	23.5	4.6	75.5
فلسطين	5.1	0.6	6.6	11.9	2.1	29.3

المصدر: الإسكاوا بناء على التوقعات السكانية في العالم تنقيحات 2012

ولن تتأثر شيخوخة السكان بانخفاض معدلات الوفيات بين عامي 2015و2030 بقدر ما تأثرت بارتفاع الخصوبة في الماضي، إذ يرتبط العدد المتوقع لكبار السن بحلول عامي 2030 و2050 بمعدلات الخصوبة قبل عامي 1970 و1990،

[400] الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي أسيا، آثار التحولات في الهيكل العمري للسكان على السياسات التنموية في البلدان العربية، ص 46

باعتبار أن الأشخاص المولودين قبل هذين العامين ستتجاوز أعمارهم 60 سنة بحلول 2030و 2050 على التوالي[401].

من الشائع التلويح بفزاعة الشيخوخة الديموغرافية؛ وهو تأثير ناجم عن الانتقال نحو مستويات خصوبة أكثر انخفاضا وفي حالة دول جنوب المتوسط فإن هذا الخطر مبالغ فيه إلى حد كبير لأسباب عديدة منها نسبية مفهوم الشيخوخة؛ بمعنى في أي عمر يمكن تصنيف شخص على أنه كبير السن كما أن خصائص الأسرة العربية وقوة الروابط بين الأجيال لا تترك سوى فرصة ضئيلة لاحتمال التخلي عن كبار السن[402].

تتجه الساكنة المغربية حتى مطلع عام 2050 إلى الشيخوخة؛ إذ سيعرف عدد المسنين تزايدا مطردا بمعدل 3.3 %سنويا، بين عامي 2014 و2050 وسينتقل عددهم من 3.17 ملايين نسمة في عام 2014 إلى ما يقرب من 10.1 ملايين في عام 2050، حيث ستمثل نسبتهم 23.2 %من إجمالي السكان، بينما لم تكن هذه النسبة سوى 9 %في عام 2014، وعليه سيصل معدل الإعالة إلى 58.6 %في عام 2029 بدل 60.3 %في عام 2014 وسيرتفع من جديد بفعل معدل الشيخوخة في عام 2050 إلى 69.7 %[403].

بزيادة أعداد كبار السن في المنطقة سنرى مزيد من المسنين المعالين وتراجع عدد الأطفال المعالين بحلول عام 2050 ويفرض المجتمع المسن تحديات، ينبغي أن يستعد لها الاقتصاد، وذلك من خلال السياسات المناسبة التي تشمل توفير الخدمات الصحية والاجتماعية التي يحتاج كبار السن إليها.

---

[401] المرجع نفسه، ص26.

[402] يوسف كرباج، ص17.

[403] مركز الدراسات والأبحاث الديموغرافي، المندوبية السامية للتخطيط، إسقاطات السكان والأسرة 2014-2050، ص28.

المبحث الثاني: تداعيات التحولات الديموغرافية على المنظومة الصحية ببلدان جنوب المتوسط

للتغيرات السكانية علاقة وثيقة بالمنظومة الصحية؛ حيث تؤدي التحولات الديموغرافية إلى زيادة الضغوط على الخدمات الصحية الأمر الذي سوف يتطلب استجابات سياسية سريعة لمواجهتها، كما يوفر التحول الديموغرافي وما يقترن به من انخفاض في معدلات الإنجاب و زيادة نسبة الأفراد في سن العمل للدول فرصة سانحة يمكن الاستفادة منها لتحقيق عائد ديموغرافي، وبعد أن واجهة البلدان جنوب المتوسط التحديات التي تنشأ عن تزايد أعداد الشباب، عليها أن تستعد اليوم للتكيف مع تزايد أعداد كبار السن ، ولا يزال توفير خدمات الرعاية الصحية الكافية والميسورة الكلفة والمتاحة للجميع تحدياً يهدد صحة كبار السن، ويتوقع أن تؤدي الشيخوخة المتزايدة للسكان إلى تنامي الطلب على أنظمة الرعاية الصحية (المطلب الأول) لمواجهة الأمراض المزمنة، بحيث يعاني كبار السن من أمراض مزمنة مما تعتبر فئة المسنين من الفئات التي تحتاج إلى زيادة الرعاية والاهتمام من جانب الدولة والمهتمين بهذه الفئة، إضافة إلى جوانب أخرى من واقع التغطية الصحية يطرح تحديات جديدة (المطلب الثاني) مرتبطة بدينامية ديموغرافية تتميز على وجه الخصوص في بلدان جنوب المتوسط بارتفاع سريع في عدد الأشخاص المسنين الذين يمتد بهم العمر وتزداد معه حظوظ معاناتهم من الهشاشة والفقر .

المطلب الأول: التحولات الديموغرافية وزيادة الضغوط على الخدمات الصحية

تتحدد بعض التبعات الناجمة عن التحولات الديموغرافية في التأثير الذي تسببه شيخوخة السكان بصورة مباشرة على نظم الرعاية الصحية الطويلة الأمد، من حيث إنها خارج قوة العمل، وتعتمد في تمويل إنفاقها على السحب من المدّخرات، وتحتاج إلى تخصيص مزيد من الاستثمارات في قطاع الخدمات الصحية، (الفقرة الأولى)، كما أن الاستثمار الأمثل للنافذة الديموغرافية إذ يشكل الاستثمار في

الرأسمال البشري من خلال الارتقاء بالخدمات الصحية شرطا ضروريا للاستفادة من هذه الفرصة التاريخية المؤقتة، باعتبار أنها لا تنفتح إلا في فترة محدودة (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: التبعات الناجمة عن شيخوخة السكان على الخدمات الصحية

إن الزيادة في أعداد المسنين هي أحد الإنجازات الكبيرة للمجتمعات الحديثة، فالناس يعيشون اليوم أعمار أطول كثير مما كان عليه قبل قرن من الزمن بسبب التقدم في الطب والتغذية، لكن الشيخوخة تفرض بدورها تحديات ضخمة، إذ سيكون للشيخوخة أثر عميقة على نظم الرعاية الصحية نظرا للطلب على الخدمات الصحية[404]، فيرجح أن تؤثر شيخوخة السكان في نُظُم الرعاية الصحية عبر الزيادة الحاصلة في العدد الإجمالي لحالات الأمراض المزمنة والعدد المتزايد من الأشخاص المعوقين الأمر الذي يقتضي توافر مهارات جديدة لدى المهنيين والعاملين في مجال الرعاية الصحية، ويطرح هذا الأمر تحدياً هائلاً أمام البلدان النامية لجنوب المتوسط التي تعاني من تسارع شيخوخة سكانها[405]، إلا أنه تختلف آثار التحولات الديموغرافية على نظم الرعاية الصحية من دولة إلى أخرى تبعًا للتركيبة السكانية في كل دولة وانعكاساتها على صحة السكان، إذ ترتفع نسبة الإصابة بالأمراض غير المعدية مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، وارتفاع ضغط الدم، والتهاب المفاصل، ومرض السكري وغيرها في الدول التي يرتفع بها عدد المسنين، فارتفاع معدل انتشار الأمراض المزمنة في مجموعة سكانية معينة يجعل الناس أكثر عرضة للخطر في الحالات الحادة مما يؤثر سلبًا على نظم الرعاية الصحية[406].

---

[404]- الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، التنمية في عالم يشيخ، ص 22

[405]- المرجع نفسه، ص 22

[406]- القيمة العالمية للحكومات 2021، تعزيز مرونة النظم الصحية: خطة عمل مقترحة للسنوات العشر المقبلة، رؤية مركز الفكر، 2021، ص14

تطرح شيخوخة الساكنة في المغرب تحديات مرتبطة في الأساس بتوفير الرعاية الصحية للمسنين، إذ ستنتقل الفئة في مرحلة الاستعداد للتقاعد 50-59 عاما من 21.1 مليون نسمة إلى 25.7 مليون نسمة بين عامي 2014 و2050، وبتالي دخل المغرب عام 2014 مرحلة الارتفاع المطرد للبالغين عمر 60 سنة فما فوق، بمعدل 3.3% سنويا، وسيزيد عددهم من 3.17 ملايين في عام 2014 إلى 10.1 ملايين، و في عام 2050 ستصل 32.2 %من مجموع الساكنة[407].

كما أن 7.3% من الأشخاص المسنين الذين تناهز أعمارهم 60 سنة فما فوق يعانون من الإقصاء الاجتماعي، كم أن أكثر من نصف السكان من الأشخاص المسنين تجاوز معدل أعمارهم 60 سنة فمال فوق ليس لديهم مصدر دخل بنسبة 52.4% مما يؤكد ضعف وضعيتهم الاقتصادية، وإضافة إلى أن 64.4% من الأشخاص المسنين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل حيث تبقى الأمراض الأكثر شيوعا هي ارتفاع ضغط الدم، ومرض السكري، وأمراض المفاصل، مما يفرض تحديات اقتصادية واجتماعية، خاصة في ظل التحول في بنية أنماط عيش الأسرة والتحول من الرعاية الشبه الكاملة للأسرة إلى الرعاية المؤسساتية، مما يستلزم الأخذ بعين الاعتبار هذه التغيرات تطوير جيل جديد من الخدمات الموجهة للمسنين خاصة الولوج للخدمات الصحية [408]، إذ يحتاج تغير أنماط المرض إلى تكيف نُظُم الرعاية الصحية معها.

وقد لوحظ أن هناك 60% من الأشخاص المسنين لا يستفذون من العناية الصحية بسبب نقص الإمكانيات المادية والعجز البدني أو الإقامة في مناطق نائية ومعزولة، وأغلب الأشخاص المسنين في وضعية تبعية تتكفل بهم عائلاتهم، ومع ذلك ما تقدمه الأسرة من دعم ومساعدة لم يعد يمارس نفس التأثير الإيجابي الذي كان في الماضي على الأشخاص المسنين حيث أصبحت الأسرة تجد صعوبة في تأدية هذه

[407] رشيد بن بيه، ص 384

[408] وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة، البرنامج الوطني المندمج للنهوض بأوضاع الأشخاص المسنين 2020-2030، دجنبر 2020، ص 16

المهمة وقد أصبحت تثقل كاهل ميزانية الأسرة، ومع الانتشار المتزايد لظاهرة الأسرة النووية، وتزايد العوامل المؤدية إلى هشاشة الأشخاص المسنين وتعددها، أصبحت العائلات أمام مشكلة حقيقية تتمثل في سبل توفير أوجه المساعدة والعناية والتكفل بالضروريات[409]، ويزداد الأمر صعوبة في ظل تمويل العلاجات الذي مازال يعتمد بالدرجة الأولى على الأداء المباشر للأسر إذ يعتبر أهم مصدر لتمويل المنظومة الصحية المغربية بما يتجاوز النصف(53.6%) مما تنهك ميزانية الأسر، بل وتدمرها في بعض الحالات، وتزداد الأحوال سوءا مع ازدياد فقر الأسر[410]، والتكاليف على حقيقتها هي بلا شك أكبر من ذلك، إذا أضفنا إليها المصاريف الخفية المرتبطة بالنقل والإيواء(الكلفة الاجتماعية) والتي تمثل عائق أمام الولوج إلى العلاجات[411]، فحسب وزارة الصحة والحماية الاجتماعية فإن 10% من المغاربة يخصصون 30% من دخلهم للنفقات الصحية و3%يصلون إلى ما يسمى "النفقات الكارثية" والتي حسب تعريف منظمة الصحة العالمية تؤدي إلى تفاقم فقر الأسرة[412].

ومهما عظم التحدي الذي يشكله تكييف النُظُم القائمة للخدمات الصحية والرعاية على المدى الطويل مع التحولات الديمغرافية والوبائية المستمرة، فإن التغلب عليه ليس بالأمر المحال بالتأكيد[413]، إذا ما وضعت وهذه التغيرات الديموغرافية والآثار المترتبة عليها ضمن الأولويات في السياسات بل تعتبر من المشاكل يجب أن ينظر

---

[409]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الأشخاص المسنون في المغرب، إحالة رقم 2005/20، ص 29

[410]- سعد الرجراجي، الحق في الصحة، الواقع والآفاق، دراسة مقارنة، المجلة المغربية للإدارة والتنمية، العدد 112، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 2016، ص207

[411]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير عن الخدمات الصحية الأساسية نحو ولوج منصف ومعمم، إحالة رقم 2013/4، ص 31

[411]- أطاك المغرب، نساء، ص71

[412] Institut Royal des Etudes Stratégique « Quel système de santé au Maroc à l'aune de la souveraineté nationale et de la généralisation de la couverture sociale ? » vers une nouvelle trajectoire sanitaire du royaume, Institut Royal des Etudes Stratégiques, Rapport de synthèse des journées de réflexion prospective de l'ires, Mai2022

[413]- الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، التنمية في عالم يشيخ، ص 23

إلى كبار السن ليس باعتبارهم مستفيدين من الرعاية فقط بل باعتبارهم عناصر فاعلة في التنمية، وعدم إغفال للدور الايجابي الذي يمكن أن يؤديه كبار السن في عملية التنمية، وباعتماد السياسات الملائمة، و تحول المجتمع إلى الشيخوخة يمكن أن يكون مصدر عائد ديموغرافي ثان حال تمكن الأفراد في مرحلة النشاط الاقتصادية من الادخار والاستعداد لشيخوختهم، فيتحسن مستوى رفاه السكان عامة.

لايزال التحول الديموغرافي في الأراضي الفلسطينية متأخرا وبطيء مقارنة بدول عديدة كالمغرب ومصر، إلا أنه ينبغي أن يرافق التغير في التركيبة السكانية المتوقعة لسكان الأراضي الفلسطينية تغيرات في نوع الخدمات الصحية وتوزيعها في السنوات المقبلة وخاصة الفئات الأكثر هشاشة ككبار السن الذين تتضاعف أعدادهم بصورة غير مسبوقة؛ مما يستدعي مزيد من الخدمات المقدمة لهذه الفئات خاصة في ظل ارتفاع إصابتهم بالأمراض المزمنة كالضغط والسكري والسرطانات، وكذا انتشار الإعاقة والحاجة للاستشارات الطبية وخدمات صحية مستمرة تكون في أغلب الأحيان مرتفعة التكاليف[414].

أما مصر فتشهد شيخوخة معتدلة، ما يعني أنّ عملية الانتقال إلى الشيخوخة ستبدأ قبل حلول عام2050[415]، مما يعني أن هذه الفئة من السكان يحتاجون للرعاية الصحية التي يجب أن تتاح لهم القدرة للوصول للخدمات الصحية بغض النظر عن قدرتهم على الدفع، لكن التصاعد المستمر للإنفاق الذاتي من جيوب المواطنين المباشرة للحصول على الخدمات الصحية والدواء، مع التراجع المستمر للإنفاق العام على الصحة، أدى إلى خروج قطاع كبير من المواطنين خارج نطاق النظام الصحي العام خاصة الشرائح الأفقر والمهمشة والبعيدة مع استمرار التردي في جودة الخدمات المتاحة والمعتمدة في القطاعات الصحية العامة[416]، وعلى الرغم من الجهود المبذولة

---

[414] محمد دريدي، ص 219

[415] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، ص 20

[416]- علاء غنام وأخرون، التأمين الصحي الشامل.. نظرة مقارنة، مجلة الديمقراطية، العدد 81، يناير 2021، ص57

لتطوير القطاع الصحة في المجتمع المصري إلا أن تواجهه بعض التحديات المتمثلة في جودة الخدمات الصحية المقدمة والتي لاتزال متوسطة والانتشار الجغرافي لم يصل بالخدمة الصحية للجميع[417]، كما أن عدد مزودي الخدمات الصحية (الأطباء والممرضين والممرضات والقابلات) في مصر أقل من معيار الحد الأدنى الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، إذ سيكون هناك الحاجة إلى100000 أخصائي إضافي للوصول إلى المستوى الموصى به وهو4.45 من الأخصائيين الصحيين المهرة لكل 1000 نسمة[418].

على بلدان جنوب المتوسط أن تنظر في وضع كبار السن الحالي وتتخذ تدابير تضمن شيخوخة لائقة لسكانها الذين هم اليوم في سن العمل، والظروف الاجتماعية والاقتصادية الصعبة التي يعيشها غالبية كبار السن ومن يدعمهم تؤثر فى قدرتهم على البقاء وعيش شيخوخة لائقة، لذلك لا بد لبلدان جنوب المتوسط من سياسات فعالة تضعها وتطبقها في الوقت المناسب بما يحقق الاستفادة المثلى من هذه الهياكل السكانية الفريدة، ويحدّ من المخاطر الاجتماعية المحتملة.

الفقرة الثانية: استثمار النافذة الديموغرافية للنهوض بالمنظومة الصحية

من المتفق عليه أن المرحلة الأولى من التحوّل الديموغرافي، التي تؤدي إلى تحول الهيكل العمري للسكان، هي انخفاض معدلات الوفيات ولا سيما وفيات الرضع، أما المرحلة الثانية فهي انخفاض معدلات الخصوبة نتيجة لارتفاع احتمال بقاء الأطفال على قيد الحياة حتى بلوغهم سن الرشد، وهكذا تنخفض نسبة الأطفال من مجموع السكان بينما ترتفع نسبة الأفراد في سن العمل (15-64 سنة)، وتنفتح النافذة الديموغرافية[419] عندما يصل الفوج الأخير من الأطفال المولودين قبل انخفاض معدل

[417]- هند فؤاد السيد، جهود الدولة المصرية في الحماية الاجتماعية وسيناريوهات تعزيزها، مجلة الديمقراطية، العدد89، يناير 2023، ص 105

[418]- اليونيسف، منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، جيل 2030، أبريل 2019، ص53

[419]- النافذة الديموغرافية تعني الزيادة الكبيرة في عدد السكان في سن العمل (15- 64 سنة) وانخفاض في عدد المعالين الأطفال أقل من 15 سنة و كبار السن 65 سنة فأكثر

الخصوبة إلى سن العمل في حين تنخفض نسبة الأطفال دون 15 سنة إلى أقل من 30% من مجموع السكان، فلابد من القيام بتدخلات مدروسة للاستفادة منها التي عادة ما تفتح مرة واحدة، وتمتد على فترة زمنية محددة، وقد انفتحت النافذ الديموغرافية في كل من المغرب ومصر وفلسطين الدول المختار من بلدان جنوب المتوسط[420]، بالرغم من تفاوت هذه الدول فيما يتعلق بمجموعة السياسات التي تحتاج إلى إقرارها من أجل الاستفادة منها ، إلا أن تجربة العديد من الدول تشير إلى أن النجاح في تحقيق النافذة الديموغرافية يتطلب استثمار صناع الخطط لهذه الفرصة المحدودة المدة.

من هنا ينبغي أن يرافق التغير في التركيبة السكانية المتوقعة لسكان الأراضي الفلسطينية تغيرا في الخدمات الصحية وتوزيعها للسنوات المقبلة، ويبدو من خلال دراسة المؤشرات الصحية بحجم الكوادر الصحية في الأراضي الفلسطينية مقارنة بعدد السكان، أنها جيدة نسبيا إذ تشير البيانات إلى أن هناك نحو750 مركز الرعاية الأولية و85 مستشفى وفقا للتقرير السنوي لوزارة الصحة الفلسطينية لعام 2019، كما أن هناك نحو 13500 طبيب بمعدل 2.6 لكل ألف ساكن، وهناك نحو 19 ألفا من الكوادر التمريض[421]، وفقا للإسقاطات السكانية وحتى تتمكن الأراضي الفلسطينية من التدبر في ظل الزيادة السكان المتوقعة وكذلك الاحتياجات الناشئة للخدمات الصحية لعام 2030، فسيكون هناك حاجة إلى نحو20 مستشفى و 35 مركز رعاية صحية أولية، إضافة إلى ما هو موجود بالفعل عام 2020، كما أن هناك حاجة إلى زيادة طاقم التمريض ليصل إلى نحو 25 ألف كادر تمريضي، وزيادة عدد الأطباء إلى نحو 17 ألف طبيب، الأمر الذي أصبح من الضروري على صناع و راسموا الخطط والسياسات التنموية في فلسطين من أن يضعوا الخطط المناسبة للاستفادة

[420]- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي أسيا، آثار التحولات في الهيكل العمري للسكان على السياسات التنموية في البلدان العربية، ص3

[421]- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، كتاب فلسطين الإحصائي السنوي 2020، رام الله فلسطين ،2020، ص219.

من النافذة الديموغرافية بصورة مثلى من أجل تطوير المنظومة الصحية في الأراضي الفلسطينية[422]، إذ وضعت السياسات الملائمة لتحفيز الشباب وتمكينهم ومشاركتهم، وزيادة فرص العمل لهم، وكذلك لزيادة مشاركة المرأة في قوة العمل.

كما ستكون هناك حاجة إلى زيادة عدد أسرة المستشفيات بنحو 2500 سرير إضافي، وبحلول عام 2050 ستضاف 3266 سرير و422 رعاية صحية أولية و4270 طبيبا و70 ممرضة، وطبعا هذا سيعني ذلك استثمارات أكبر من توفير مواردها للتمكن منها، كما أن الزيادات في الموارد البشرية اللازمة للقطاع الصحي، وسيعني الزيادة في التكاليف الصحية لتوفير التغطية الكاملة لتأميم استدامة النظام الصحي[423].

من أهم نتائج التحوّل الديموغرافي لمعظم المجتمعات الأقل نموًا، ومنها مصر، فتطور البناء العمري للسكان، ووجود نسبة كبيرة من السكان في سن العمل15سنة فأكثر، يدلل على دخول مصر مرحلة الهبة الديموغرافية التي تمثّل فرصة ونافذة نحو التنمية في حال استُغل انخفاض نسبة المعالين مقابل زيادة القوى العاملة مع استمرار الانخفاض في معدلات الخصوبة، غير أن هذه الفرصة قد تكون سلبية بالنسبة إلى التنمية إن لم يستطع متخذو القرار التخطيط لها وتوفير الظروف الملائمة للتعامل معها، إلا أن الشواهد تؤكد أن رأس المال البشري ما زال غير مستغَل بصورة مثلى، ولم يتم حتى الآن الاستغلال الكامل للفرصة المتاحة من أجل تحقيق أقصى استفادة من العدد الكبير من الشباب الذي لو اكتسب المهارات المهنية غير الأكاديمية لطبيعة الوظائف التي نشأت مع عصر العولمة- المهن الطبية تعد منها نظرا لاحتمال تكرار الأزمات الصحية على غرار كوفيد 19- لعاد ذلك عليه وعلى الاقتصاد بالفائدة[424].

---

[422]- محمد دريدي، ص 229.

[423]- عادل الزغة، ص 85.

[424]- محمد عبد الرحمان صالح، ص74.

في المغرب سيصل للهبة الديموغرافية[425] في عام 2030 إذ سيعرف هرم السكان اتساع وسطه في مقابل تآكل قاعدته، ومن الآثار الإيجابية للهبة الديموغرافية تراجع معدل الإعالة المكلف للدولة والأسر مما يعني أن الهبة الديموغرافية هي فرصة لرفع مستويات الادخار القومي وقوة العمل الإجمالية ومستويات الاستهلاك والتضامن بين الأجيال[426]، وبتالي الاستفادة من كل هذا من أجل تطوير المنظومة الصحية التي تعاني نقص حاد في خدمات الصحة العمومية، والمغرب يعاني من نقص حاد في عدد المهنيين الصحيين بحصة قدرها 1.86 لكل 1000 ساكن، وهي حصة أدنى من الحصة المقدرة بنحو 2.37 لكل 1000 ساكن، التي حددتها منظمة الصحة العالمية[427]، ولبلوغ هذا المستوى ينبغي مضاعفة العدد الحالي للأطباء والممرضين لبلوغ الحد الأدنى اللازم لتقديم الخدمات الطبية الأساسية، وهي فرصة لاستغلال الأمثل للهبة الديموغرافية بالمغرب[428].

من الواضح أن بلدان جنوب المتوسط (المغرب ومصر وفلسطين) لاتزال غير مستعدة لانتهاز فرصة النافذة الديموغرافية فهي تنظر إليها كنقمة، وليس كمقوم من مقومات الإقلاع الاقتصادي وزيادة مقدرات الدولة في تطوير منظومتها الصحية، وخاصة أن الهبة الديموغرافية لا تضمن المكاسب الاقتصادية تلقائيا بل لابد من الاستثمار في رأس المال البشري من خلال الارتقاء بالخدمات الصحية والاهتمام بجودة التعليم شرطا لاستفادة من هذه الفرصة التي لا تتكرر إلا مرة واحدة ولمدة زمنية محدودة، و يفضي انخفاض نسبة الإعالة بلدان جنوب المتوسط إلى تحرير الموارد للاستثمار الخاص والعام في رأس المال البشري والمادي، ومن المحتمل أن ينمو دخل الفرد نمواً متسارع تتحسن إيرادات الدولة، وبالتالي تزيد القدرة المالية اللازمة لتمويل

---

[425]- سيصل عد السكان في سن العمل إلى 35.8 مليون شخص في عام 2050 مقابل 24.6 مليون في عام 2015

[426]- رشيد بن بيه، ص 382

[427]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير عن الخدمات الصحية الأساسية نحو ولوج منصف ومعمم، ص:31

[428]- أطاك المغرب، ص:59

تدريب طلبة الطب المحليين، وينبغي لهذه البلدان أن تتوسع في مرافقها التعليمية بغية تدريب طلبة الطب المحليين لتلبية الاحتياجات الحالية والطلبات الجديدة والمتزايدة التي ستفرضها بالفعل شيخوخة السكان مستقبلا وسيزداد الطلب على المتخصصين في مجال الصحة، وبشكل خاص في علم طب الشيخوخة لرعاية العدد المتزايد من كبار السن.

المطلب الثاني: آثار التحولات الديموغرافية على نظام التغطية الصحية

تتحدد طبيعة العلاقة بين التحولات الديموغرافية والآثار المترتبة على السياسات الاجتماعية في عدة جوانب من أهمها آثار هذه التحولات في نظم الحماية الاجتماعية، خاصة تلك الموجهة إلى كبار السن، أوآثارها بوجه عام في مستوى شيخوخة السكان وترتيبات السياسات الاجتماعية المتصلة بها، إضافة إلى القضية الدائمة والجدلية حول كفاءة تمويل نظم الحماية الاجتماعية وديمومتها[429]، ومع تقدم سكان المنطقة في السن تتحول حاجتهم الاجتماعية ومساهمتهم الاقتصادية المحتملة، وفي هذا السياق تواجه أنظمة الحماية الاجتماعية في المنطقة عبئا مزدوج، حيث تبرز ضرورة توسيع الخدمات المقدمة إلى الشباب في سن العمل وتحسينها، وإعداد هذه الأنظمة لتلبية الحاجات المتنامية للسكان المسنين[430].

جوانب أخرى من واقع التغطية الصحية يطرح تحديات جديدة، أولها مرتبط من جهة أولى بدينامية ديموغرافية تتميز على وجه الخصوص في بلدان الجنوب بارتفاع سريع في عدد الأشخاص المسنين الذين يمتد بهم العمر وتزداد معه حظوظ معانتهم من الهشاشة والفقر والتهميش والمرض [431]، مما يتطلب التكيف مع التحول العوامل الديموغرافية المترابطة خدمات حماية اجتماعية هادفة أكثر اتساعا، تسعى

[429]- مبارك خميس الحمداني، التحول الديموغرافي والسياسات الاجتماعية في سلطنة عمان، قراءة في سيناريوهات الإسقاطات السكانية في رؤية عمان 2020، مجلة استشراف للدراسات المستقبلية، 2020، ص 274

[430]- موسى ماكي وأخرون، ص328

[431]- إدريس الكرواي، التنمية نهاية نموذج؟، الدار البيضاء: المركز الثقافي للكتاب، 2018، ص69

لتقديم دعم ناجع إلى الأكثر ضعفا في المجتمع[432]، لتجاوز ما يواجهه كبار السن من ظروفً صعبة جدّا في ظل نظم الحماية الاجتماعية الضعيفة وغير الشاملة، ذات التغطية المحدودة التأمين الصحي، العديد من كبار السن عرضةً للفقر والاعتلال[433]..

من هنا فالتأمين الاجتماعي المتعلق بالتوظيف ليس شائعا بين القوى العاملة المصرية من مجموع السكان العاملين الذين تبلغ أعمارهم 15 سنة فاكثر 37.9% فقط لديهم تغطية تأمين اجتماعي و 31.2% لديهم تأمين صحي وهذه الأرقام أقل بكثير بين الشباب 22.2% فقط لديهم تغطية تأمين اجتماعي و 17.8% لديهم تأمين صحي، بينما 77.1% من العمال الشباب ليس لديهم تأمين صحي ولا اجتماعي (أي 61.7% من إجمالي السكان)، و 17.2% فقط لديهم كلاهما (30.9% من إجمالي السكان)، وهذا يؤكد كذلك حالة الأمان الوظيفي بالغة السوء بالنسبة للشباب، الرجال أكثر عرضة لخطر عدم وجود تأمين اجتماعي، وكذلك المجموعات الأصغر سنا والأقل تعليما المجموعة التي لديها أعلى نسبة من الموظفين الذين يتمتعون بمزايا التأمين الصحى والاجتماعي هم الحاصلون على تعليم عالي (50%)[434]، ويضاف إلى هذا الواقع ضعف التغطية الصحية في القطاع العام، وما يترتّب على ذلك من نفقات عالية يتكبدها كبار السن من أموالهم الخاصة، وهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض غير المعدية، وهم بذلك عرضةً لمزيد من المخاطر في غياب التغطية الصحية [435]. وفقاً لما هو متوفر من بيانات، ليست التغطية الصحية الشاملة واقعاً متاحاً لجميع البلدان العربية، فلدى الأراضي الفلسطينية نظم للتأمين الصحي الاجتماعي مموَّلة من الإيرادات الضريبية وأقساط التأمين الصحي، ومن العقبات الرئيسية التي تحول دون تمتّع كبار السن بالاستقلالية الذاتية غياب التغطية الصحية الشاملة لكبار السن، إذ لا بد من إيلاء

---

[432]-موسى ماكي وأخرون، ص339

[433]- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، ص 38

[434]- المؤسسة الأوروبية للتدريب، ص 31

[435]- اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، ص 7

التغطية الصحية الشاملة أهمية[436]، وعند توسيع تغطية الصحية، يجب التأكد من نوعية الخدمات المقدمة وبالتحديد الخدمات الصحية فتدني نوعيّة الخدمات وصعوبة الوصول إليها وارتفاع كلفتها، تدفع بأصحاب العمل والعمال على حد سواء إلى اعتبار اشتراكات الضمان الاجتماعي بمثابة ضريبة وليس تأمينا يحجمون عليها[437].

حسب البحث الوطني الذي انجزته المندوبية السامية للتخطيط سنة 2006، فإن 13% فقط من الأشخاص المستين يستفيدون من التغطية الصحية، وتستفيد الفئة العمرية من 75 سنة فما فوق أقل من الفئة العمرية ما بين 60 و75 سنة (9.6% و16.9% على التوالي)، وفي سنة 2010، بلغت نسبة الأشخاص المسنين الذين لا يستفيدون من التغطية الصحية 80%.

وقد شكل نظام التأمين الإجباري عن المرض مكسبا هاما بالنسبة إلى العديد من الأشخاص المسنين لأنه يشمل مجموع المتقاعدين، بمن فيهم أولئك الذين كانوا منخرطين في شركات تأمين خاصة، ولم يكونوا يستفيدون منه عند بلوغ سن التقاعد وفي نهاية سنة 2014 بلغ عدد المنخرطين في نظام التأمين الإجباري عن المرض وفي نظام المساعدة الطبية راميد في الفئة العمرية 60 سنة فما فوق. أكثر من 1.9 مليون شخص، وفي سنة 2007، توسع نطاق الاستفادة من التأمين الإجباري عن المرض الذي يتكفل بتدبيره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ليشمل المتقاعدين الذين يحصلون على معاش يبلغ 500 درهم أو أكثر[438].

فتعميم التغطية الصحية الأساسية وفق القانون الإطار 21.09 المتعلق بالحماية الاجتماعية[439] كورش لإصلاح منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب وإرساء

---

[436]- مرجع نفسه، ص 70

[437]- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي أسيا، آثار التحولات في الهيكل العمري للسكان على السياسات التنموية في البلدان العربية، ص26

[438]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، وضعية الأشخاص المسنون بالمغرب، ص24

[439]- ظهير شريف رقم 1.21.30 صادر في 9 شعبان1442(23 مارس 2021) بتنفيذ القانون - الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الجريدة الرسمية عدد 6975– ص: 21782 إلى ص:2181

نظام جديد للحماية الاجتماعية بدل شبكات الأمان الحالية يستهدف جميع الشرائح الاجتماعية، ومن بينها الأشخاص المسنون، إذ يرتكز هذا الورش على توسيع التغطية لتشمل جميع الشرائح الاجتماعية التي تعاني من العجز والهشاشة نتيجة لخصوصياتها الديموغرافية (دورة الحياة) ووضعها الاجتماعي والاقتصادي.

خاتمة

شهدت منطقة دول جنوب المتوسط نموا ديموغرافيا قويا بسبب الزواج المبكر والخصوبة العالية، ومن المسلم به أن التحولات الديموغرافية والصحية في المنطقة بدأت في وقت متأخر عن سواها من البلدان ولكنها كانت سريعة على وجه العموم، فإذا كان الانفجار الديموغرافي في المنطقة قد انتهى فإن التحول في النظام الديموغرافي مستمر ولم يكتمل بعد إذ يتميز بانخفاض معدل الوفيات وخصوبة متحكم فيها، إذ سينخفض عدد الأطفال على نحو متزايد لأن الشباب سيكونون أقل قدرة على الزواج.

للدول فرصة سانحة يمكن الاستفادة منها لتطوير المنظومة الصحية بهذه البلدان والعمل على تدريب الأطر الصحية بما يكفي لمواكبة التغيرات الحاصلة في التركيبة السكان وتوزيع الفئات العمرية بدخول بلدان جنوب المتوسط مرحلة الانتقال الديموغرافي الذي يتوقع أن يستمر إلى غاية منتصف القرن الحالي، كما أن هذه البلدان في مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة وإن بمعدلات مختلفة، إلا أنها أصبحت واقعا قائما وتزايدت المخاطر التي يتعرض لها كبار السن واضعي السياسات على إيجاد حلول ملحّة لتحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية لكبار السن اليوم، وتنفرد المنطقة بالوقت المحدود المتاح للتصدي لهذا التحدي الديمغرافي .

معظم نظم الحماية الاجتماعية في المنطقة محدود أو معدوم، وهي لا تزال قاصرة عن تلبية احتياجات كبار السن، وفي ظل الزيادة المتوقعة للأمراض غير المعدية والأزمات الصحية الأخرى التي تطال كبار السن بحلول عام2050 ، والنفقات الكبيرة التي تقع على عاتق ذويهم، يشوب الصورة في المستقبل تدهور في صحة كبار

السن وتطرح تحديات مرتبطة في الأساس بتوفير الرعاية الصحية للمسنين، لهذا أصبح من المستعجل أن تعمد هذ الدول إلى تحسينات هامة في مجالي التغطية الصحية والتخصّص الطبي لأشخاص المسنين.

لائحة المراجع

❖ **أولا: الكتب**

- الكرواي، إدريس. التنمية نهاية نموذج؟، الدار البيضاء: المركز الثقافي للكتاب، 2018.
- الرجراجي، سعد. الحق في الصحة، الواقع والآفاق، دراسة مقارنة، المجلة المغربية للإدارة والتنمية، العدد 112، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 2016.
- أطاك، المغرب. خوصصة الصحة العمومية وعواقبها على النساء بالمغرب، sudpub،communication فبراير 2018.

❖ **ثانيا: المجلات**

- السيد، هند فؤاد." جهود الدولة المصرية في الحماية الاجتماعية وسيناريوهات تعزيزها"، مجلة الديمقراطية، العدد 89، يناير 2023، ص104.
- الحمداني، مبارك خميس. "التحول الديموغرافي والسياسات الاجتماعية في سلطنة عمان، قراءة في سيناريوهات الإسقاطات السكانية في رؤية عمان 2020"، مجلة استشراف للدراسات المستقبلية، 2020 ، ص263.
- الزاغة، عادل. "استشراف التغير الديموغرافي بفلسطين في أفق 2030، مجلة استشراف، 2017، ص75.
- المرشيد، إبراهيم "الهبة الديموغرافية في العالم العربي، نعمة أم قنبلة موقوتة؟ المغرب أنموذجا" عمران، العدد،2017، ص 55.
- باران، آلان(Alain Parant). "سكان العالم في أفق 2030-2050: النمو الشيخوخة"، مجلة استشراف،2017، ص258.

- بن بيه، رشيد. "ديموغرافيا المغرب في أفق عام 2050، قراءة تحليلية في تقرير "إسقاطات السكان والأسر 2014-2050"، مجلة استشراف، 2020، ص 373.
- دريدي، محمد. السكان الفلسطينيون في الأراضي الفلسطينية، مجلة استشراف، 2020، ص20.
- غنام، علاء وأخرون. التأمين الصحي الشامل.. نظرة مقارنة، مجلة الديمقراطية، العدد 81، يناير 2021، ص55
- زكي، حسن. "الهبة الديموغرافية في مصر وفرص الاستفادة منها "، مجلة عمران للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 3، 2013، ص 83
- عناية الله، سهيلة. طفرة الشباب مكسب ديموغرافي، وقنبلة زمنية، ومستقبلا أخرى مع إشارة خاصة لمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مجلة استشراف للدراسات المستقبلية، العدد 6، 2020، ص301
- كرباج، يوسف. "ثلاث مراحل الانتقال الديموغرافي في العالم العربي"، مجلة استشراف، 2020، ص9
- ماكي، موسى وآخرون. العوامل المادية والديموغرافية والاقتصادية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، مجلة استشراف،2020، ص 320
- صالح محمود، محمد عبد الرحمن. الهبة الديموغرافية وهدر رأس المال البشري في مصر، دراسة تحليلية لتحديات التنمية، مجلة عمران، العدد 12، 2015، ص 49.

❖ **ثالثا: التقارير**

- المؤسسة الأوربية للتدريب، تقرير عن الشباب خلال مرحلة الانتقال في بلدان جنوب وشرق المتوسط، تحديد ملامح وخصائص ضرورة الاستفادة من قدرات الشباب، 2021.
- المندوبية السامية للتخطيط، السكان والتنمية في المغرب، خمس وعشرون سنة بعد مؤتمر القاهرة 1994، التقرير الوطني، طبعة أكتوبر، مطبعة لون، الرباط، 2019.
- مركز الدراسات والأبحاث الديموغرافي، المندوبية السامية للتخطيط، إسقاطات السكان والأسرة 2014-2050، الرباط،2017.
- المندوبية السامية للتخطيط، المسح للديموغرافية الوطني المقاطع المتكررة 2010-2009، النتائج الرئيسية، الرباط،2011.
- المندوبية السامية للتخطيط؛ لإحصاء العام لسكن والسكنى 2014، تقييم النتائج الأولية من طرف المندوب السامي للتخطيط، الرباط في 13 أكتوبر 2014،
- صندوق الأمم المتحدة للسكان ودولة فلسطين، مكتب رئيس الوزراء، اللجنة الوطنية للسكان، فلسطين 2030، التحول الديموغرافي فرص التنمية، تقرير ملخص، ديسمبر 2016.
- الأمم المتحدة، التنمية في عالم يشيخ، دراسة الحالة الاقتصادية والاجتماعية، طبعة الذكرى السنوية الستين،2007.
- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي أسيا، آثار التحولات في الهيكل العمري للسكان على السياسات التنموية في البلدان العربية، تقرير السكان والتنمية، العدد السادس،2013.
- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الشيخوخة بكرامة في المنطقة العربية، تقرير السكان والتنمية، العدد الثامن.

- القمة العالمية للحكومات 2021، تعزيز مرونة النظم الصحية: خطة عمل مقترحة للسنوات العشر المقبلة، رؤية مركز الفكر،2021.
- وزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة، البرنامج الوطني المندمج للنهوض بأوضاع الأشخاص المسنين 2020-2030، دجنبر .2020
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الأشخاص المسنون في المغرب، إحالة رقم 2005/20.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير عن الخدمات الصحية الأساسية نحو ولوج منصف ومعمم، إحالة رقم 2013/4.
- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، كتاب فلسطين الإحصائي السنوي 2020، رام الله فلسطين، 2020.
- اليونيسف، منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، جيل 2030، أبريل 2019.

❖ **رابعا: الجرائد الرسمية**

- ظهير شريف رقم 1.21.30 صادر في 9 شعبان1442(23 مارس 2021) بتنفيذ القانون -الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الجريدة الرسمية عدد 6975 .

❖ **خامسا: المواقع الإلكترونية**

- أحمد موسى بدوي ومحمد عز، "رؤية مقترحة لحل المشكلة السكانية في مصر "، المركز العربي للبحوث والدراسات، تاريخ النشر 23/05/2017 2023 شوهد في 26 /03/2023 في

http://www.acrseg.org/print.aspx?40511

- السكان في مصر، (28) تموز / يوليو - 10 آب/ أغسطس (2020، شوهد في 30/9/2020، في https://bit.ly/36hVTP

- المندوبية السامية للتخطيط، مستقبلية مغرب 2030: أية ديموغرافية؟، 2007، في

http://www hcp.ma/downloads/Maroc-2030 t11885.html

- **الأجنبية**

- Institut Royal des Etudes Stratégique « Quel système de santé au Maroc à l'aune de la souveraineté nationale et de la généralisation de la couverture sociale?» vers une nouvelle trajectoire sanitaire du royaume, Institut Royal des Etudes Stratégiques, Rapport de synthèse des journées de réflexion prospective de l'ires, Mai2022.

الفصل الثاني عشر

حضور قواعد القانون الخاص في تدبير المنظومة الصحية بالمغرب

The presence of private law rules in the management of the healthcare system in Morocco

عبد العزيز العيساوي

أستاذ محاضر بكلية متعددة التخصصات تازة

جامعة سيدي محمد بن عبد الله فاس.

ملخص: طبيعة الموضوع أنتج الإشكالية التالية: إلى أي حد ساهمت أساليب وآليات التدبير التي تجد مرجعيتها القانونية في حقل القانون الخاص في تزامنها واعتمادها مع بقاء وريادة حقل القانون العام في تطوير وتجويد الحق في الصحة العامة بالمغرب؟

محاولة الإجابة على الإشكالية بالاعتماد على عدة منهجية نظرية وتقنية افرزت لنا الخلاصات والمقترحات التالية:

الخلاصات:

- تدبير المنظومة الصحية المغربية عرف تحولات مؤسساتية وقانونية.

-المسار الذي قطعته المنظومة الصحية بالمغرب لم يكن طبيعيا على مستوى الاختيارات المذهبية في التدبير.

-الحضور القسري للقواعد القانونية المنتمية لعالم القطاع الخاص لم يساهم في تجويد العرض الصحي وتحقيق فعلية الحق في الصحة.

- البيئة المهنية التي افرزتها عملية المزاوجة القسرية بين هويات قانونية متمايزة افضت الى انتاج توترات مهنية مزمنة صعبت تحقيق مؤشرات صحية جيدة.

المقترحات:

_ضرورة بقاء الدولة ومؤسساتها كفاعل مهيمن في حقل الصحة العامة.

- التحديد التشريعي للأدوار التي يمكن ان يقوم بها المجتمع المدني بشكل دقيق وحصري.

-إيجاد وبلورة الإطار التشريعي الملائم لإشراك القطاع الخاص في مسارات التدبير الصحي الذي يحمي ويعترف بخصوصية الصحة العامة، من قبيل إلزام الشركات المتعاقد معها بتكوين مواردها البشرية حول ماهية الصحة وقيمتها واهميتها بمعنى اخر الدفع في اتجاه انتاج شركات خاصة مهنية متخصصة في المجالات الصحية التدبيرية.

- الرقي بالموارد البشرية التي تنتمي الى القطاع الخاص والتي تشتغل في بعض المصالح التقنية التي لم تعد الدولة تديرها بشكل مباشر عبر موظفيها وأطرها.

كلمات مفتاحية: حضور، قواعد القانون الخاص، تدبير، المنظومة الصحية، الصحة العامة.

Abstract: Executive summary of the topic "The Contribution of Private Law Regulations in Managing the Healthcare System in Morocco: Any Contributions to Improving the Right to Public Health."

The nature of the topic raises the following question: To what extent have the management methods and mechanisms that have their legal reference in the field of private law contributed to the development and improvement of the right to public health in Morocco while maintaining the leadership of public law in this field?

Answering this question relies on several theoretical and technical approaches that have led to the following findings and recommendations:

Findings:

-The Moroccan healthcare system has undergone institutional and legal transformations.

-The path taken by the healthcare system in Morocco was not based on religious choices in management.

-The forced introduction of legal rules from the private sector did not contribute to improving the healthcare system and achieving the right to health effectively.

-The professional environment resulting from the forced fusion of distinct legal identities has led to chronic professional tensions that hinder the achievement of good health indicators.

Proposals:

-It is necessary to maintain the state and its institutions as dominant actors in the field of public health.

-The legislative determination of the roles that civil society can accurately and exclusively play.

-The creation and crystallization of a suitable legislative framework for involving the private sector in health management paths that protect and recognize the specificity of public health, such as obliging companies contracted with it to train their human resources on the nature, value, and importance of health, meaning moving towards the production of specialized private professional companies in healthcare management fields.

-Improving the human resources belonging to the private sector and working in some technical departments that are no longer directly managed by the state through its employees and frameworks.

Keywords: The presence, The rules of private law, the health system, Management, Public health.

مقدمة

عرفت المنظومة الصحية بالمغرب منذ تسعينيات القرن العشرين إلى حدود اليوم بالمغرب مسارات متمايزة من زاوية مقاربة تدبيرها، فبعدما أن ظلت قواعد القانون العام هي الحقل القانوني المؤطر والمهيمن في تدبير المؤسسات الصحية التي تسهر مبدئيا على حماية وإقرار الحق في الصحة للمغاربة. وتجلى ذلك في مستويات التدبير الإداري وكذلك التدبير المالي للمنظومة الصحية، بحيث كانت قواعد القانون الإداري وحدها شكلت الأرضية القانونية التي تم على ضوئها تدبير القطاع الصحي (تدبير الموارد البشرية، إدارة اللوجستيك ...) لكن التحولات المتراكمة بدخول أساليب التدبير الجديدة المعتمدة في القطاع الخاص التي بدأت تبرز منذ تسعينيات القرن الماضي خاصة مع اعتماد الخوصصة والحديث المتواتر عن الحكامة وترشيد النفقات والتدبير بالجودة، وأيضا متغير الأزمات التي سجلت في تدبير المرافق العامة، كل هذه المعطيات والشروط الجديدة ستمس بشكل تدريجي مجال المنظومة الصحية، وهكذا سنلاحظ أن مجموعة من الأدوات والتقنيات المعتمدة التي تنهل أسسها القانونية من مجال القانون الخاص سيتم الاعتماد عليها في تدبير عناصر أساسية داخل المراكز الاستشفائية العمومية.

انطلاقا من المعطيات السالفة الذكر والتي استقيناها من خلال الاطلاع على الوثائق القانونية والمرجعيات التدبيرية الرسمية التي اعتمدت عليها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية المغربية ومن خلال رصدنا الانتقال التدبيري الذي وقع من خلال التحول من مجال القانون العام إلى مجال القانون الخاص تبرز القيمة المضافة لموضوع البحث إذا ما استحضرنا المكانة البارزة التي باتت تحتلها اليوم المنظومة الصحية في اهتمامات وانشغالات المواطنين والمواطنات كإجابة عن سؤال الصحة العامة وكذلك تشكل محور العمل الحكومي من أجل إنجاح ما أطلق عليه بمشروع الحماية الاجتماعية بالمغرب.

إن طبيعة عناصر موضوع البحث – كما قدمناها – قادتنا إلى طرح الإشكالية الرئيسية التالية:

إلى أي حد ساهمت أساليب وآليات التدبير التي تجد مرجعيتها القانونية في حقل القانون الخاص في تزامنها واعتمادها مع بقاء وريادة حقل القانون العام في تطوير وتجويد الحق في الصحة العامة بالمغرب؟

ولتحليل الإشكالية الرئيسية نطرح الفرضيات التالية.

الفرضية الأولى: وجود هوية قانونية فريدة واضحة المعالم في تدبير المنظومة الصحية مؤشر مساعد في تطوير وإقرار الحق في الصحة.

الفرضية الثانية: المزاوجة بين هويات وحقول قانونية متمايزة في تدبير مسارات القطاع الصحي الحكومي دعامة أساسية لتجويد وانتاج شروط نجاح فعلية الحق في الصحة.

انطلاقا من طبيعة الإشكالية المطروحة والفرضيات التي اقترحناها سأحاول الاعتماد على المنهج التاريخي المقارن كإطار نظري في محاولة لرصد التحول التاريخي المتراكم في اعتماد تقنيات وأساليب التدبير ثم مقارنتها من فترة إلى أخرى حتي تتجلي أوجه التمايز بين الحقلين الرئيسيين (حقل القانون العام وحقل القانون الخاص)، وأيضا حتي تبرز المتغيرات الأساسية التي يمكن اعتبارها محددات محورية على ضوئها ستقاس كيفيات تطوير وتجويد القطاع الصحي، ثم كذلك الاعتماد على المنهج الكيفي في جمع المعطيات وذلك بالاستناد إلى تقنية المقابلة ثم في مرحلة ثانية تحليل المعطيات باستعمال تقنية التحليل الموضوعاتي. وسنعتمد كذلك على تقنيات تحليل المضمون والتي سنستخدمها في قراءة وفهم مختلف الوثائق المرجعية الرسمية وغير الرسمية والنصوص القانونية المعتمدة في تدبير المنظومة الصحية بالمغرب.

الإعلان عن خطة البحث

مقدمة

أولا- مسار المنظومة الصحية بالمغرب

1-الإطار المرجعي لتثبيت النظام العام الصحي

2- سؤال التدبير الصحي بالمغرب

ثانيا- حالة الصحة العامة بالمغرب من خلال مؤشر الطبيعة القانونية للموارد البشرية

1-الموضوعة الأولى : محدد الانتماء المهني

2 - الموضوعة الثانية: الاستقرار المهني والقيمة في المنظومة الصحية

3- الموضوعة الثالثة: العلاقة المتوترة بين المكونات المهنية

4 – الموضوعة الرابعة: من الهشاشة المهنية الى الهيمنة على التدبير

خاتمة

أولا- مسار المنظومة الصحية بالمغرب

إن تحليل المحددات والمؤشرات التي على ضوئها يمكن أن نفهم ما يعتمل في حقل الصحة العامة بالمغرب يستلزم منهجيا ضرورة البحث في طبيعة المسار الذي سلكته المنظومة الصحية ككل بالمغرب خاصة بعد حصول المغرب على الاستقلال سنة 1956، وصولا إلى المرحلة الراهنة والجدير بالتأكيد في هذا الإطار بأن قراءة هذه المسارات تتشكل من خلال البحث عن طبيعة حضور الصحة العامة في الوثيقة المرجعية الأساسية وهي الدستور وكذلك مختلف القوانين المؤطرة للسياسات الاجتماعية التي اعتمد عليها المغرب والتي ستساهم في بلورة النموذج الصحي المؤسساتي الذي سيعتمد عليه المغرب.

فالسؤال المطروح في هذا السياق كيف تحظر الصحة العامة وتتجلى في المنظومة القانونية المغربية؟

ان البحث في موضوع طبيعة القواعد القانونية الحاضرة في تدبير المؤسسات الاستشفائية والعلاجية يستلزم منهجيا استحضار الإطار المرجعي الذي تشتغل على ضوئه المنظومة الصحية ببلادنا وهذا ما سنتطرق إليه بالتحليل في النقطة الأولى" الإطار المرجعي لتثبيت النظام العام الصحي" وسنتناول بالتحليل في النقطة الثانية" طبيعة تدبير الصحة العامة".

1-الإطار المرجعي لتثبيت النظام العام الصحي

إن أهمية الشأن الصحي وقيمته المحورية في حياة المجتمعات البشرية وفي تطور التنظيمات الاجتماعية الحاضنة لمختلف العلائق بين الافراد، يفرض ضرورة وجود ارضية معيارية قانونية حقوقية صلبة، تشكل بوصلة اشتغال المؤسسات الصحية، ذلك ان توفير شروط الحق في الصحة وحمايته هو في نفس الان تثبيت لاحد ركائز وجود الدولة وماهيتها وهو تحقيق النظام العام في أحد مدلولاته الرئيسية "النظام العام الصحي".

في هذا الإطار فان الدساتير الحديثة ذات الطبيعة الاجتماعية الديمقراطية، عملت على إقرار آليات وقواعد كفيلة بإعطاء المكانة المتميزة للحق في الصحة، أي أن السؤال الصحي ظل حاضرا لدى المشرع الدستوري نظرا لأهميته القصوى، وهو ما نجده معتمل به في التجربة الدستورية المغربية، ذلك إن قراءة الدستور الذي عرفه المغرب. من خلال مقتضيات الفصل 31 من دستور 2011[440]، أو من خلال الاطلاع على ديباجة وتصدير الوثيقة الدستورية المغربية بحيث أن المشرع الدستوري يؤكد على القيمة المحورية لتيمة حقوق الانسان كما هي متعارف عليها عالميا، فالإعلانات

[440]-الدستور المغربي لسنة 2011، الصادر بتنفيذ ظهير شريف رقم 1.11.91 صادر في 27 من شعبان 1432(29 يوليوز 2011)، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر بتاريخ 30 يوليوز 2011، ص 3600.

والمرجعيات والمواثيق الدولية المؤطرة لحقوق الانسان تعتبر أرضية معيارية تأطيرية للشأن الصحي.

في هذا السياق تنص المادة 25 الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948[441] على أنه" لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والمسكن والعناية الطبية وعلى صعيد الخدمات الاجتماعية الضرورية، وله الحق فيما يأمن به العوائل في حالات البطالة أو المرض أو العجز، أو الترمل، أو الشيخوخة أو غير ذلك من الظروف الخارجة عن إرادته والتي تفقده أسباب عيشه؛ للأمومة والطفولة حق في رعاية ومساعدة خاصتين. ولجميع الأطفال حق التمتُع بذات الحماية الاجتماعية سواء وِلدوا في إطار الزواج أو خارج هذا الإطار." يبدو من خلال منطوق هذه المادة التأسيسية بأن سؤال الصحة العامة بمداخله المتعددة والمتكاملة ضل حاضرا لدى مؤسسي الوثيقة الحقوقية العالمية. وهو ما ستعمل الوثائق المرجعية الدولية التأسيسية ذات العلاقة بالمسالة الحقوقية ذات الطابع الاجتماعي الاقتصادي، بحيث أن العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966 في المادة 12 منه أعطى ضمانات لإقرار الحق بالصحة وألزم الدول باتخاذ ما يجب من سياسات من شأنها أن تحمي الأفراد من أي انتهاك حقوقي ذات العلاقة بالصحة[442].

[441]- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الجمعية العامة للأمم المتحدة، القرار رقم 217 ألف (د-3)، 10 ديسمبر 1948.

-باناجه سعيد محمد أحمد، دراسة مقارنة حول الإعلان لحقوق الانسان ونصوص الميثاق الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية، طبعة الأولى، بيروت، 1985.

[442]-العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الجمعية العامة للأمم المتحدة، القرار رقم 2200 ألف (د-21)، بتاريخ 16 ديسمبر 1966.

تجدر الاشارة إلى أن المؤسسة الدولية التي تشتغل في موضوع الصحة العالمية ساهمت في انتاج تصور متكامل لماهية الصحة بتعدد مداخيل إقرارها وهو ما نجده في الوثيقة التأسيسية للمنظمة [443].

إن اهتمام الدولة بالشأن الصحي سيضل حاضرا في العقد الأخير في تصوراتها لمسالة التنمية بحيث نجد ان تصور النموذج التنموي أسس بشكل كبير على ضرورة إقرار البعد الاجتماعي لتدخلات الدولة ومؤسساتها بغية توفير شروط الحماية الاجتماعية وهذا ما نستقرءه من خلال الاختيار الاستراتيجي الثالث لوثيقة النموذج التنموي، "ضمان الولوج لخدمات صحية ذات جودة وللحماية الصحية باعتبارها حقوقا أساسية للمواطنين؛ دعم طلب العلاجات من خلال تفعيل تعميم التغطية الصحية وفقا للتوجيهات الملكية السامية؛ تعزيز العرض الشامل للعلاجات أمرا مستعجلا وأولوية قصد الاستجابة لانتظارات المواطنين بشكل يواكب تعميم التغطية الصحية؛ تشجيع ودعم الابتكار وريادة الأعمال المنتجة في مجال الصحة ورفاه المواطنين، لا سيما من خلال الوقاية والتربية الصحية والصحة العقلية والخدمات الشخصية .يستلزم تحسين العرض الصحي من حيث الولوجية والجودة، وإعادة تنظيم مسار العلاجات وتسريع رقمنة النظام الصحي؛ دعم المستشفى العمومي وتشجيع التعاون بين القطاعين العام والخاص؛ ضمان سير جيد للنظام الصحي على المدى البعيد والرفع من أثاره الإيجابي على المواطنين؛ تطوير وتنفيذ سياسة مندمجة للوقاية والحماية الصحية؛ ضرورة تعزيز قدرات النظام الصحي على الصمود أمام مخاطر الأزمات الصحية في المستقبل."

[443]- تعلن الدول الأطراف في هذا الدستور، طبقا لميثاق الأمم المتحدة، أن المبادئ التالية أساسية لسعادة جميع الشعوب ولانسجام علاقاتها ولأمنها :الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا المرض أو العجز. لا مجرد انعدام، واجتماعيا، وعقليا. التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه هو أحد الحقوق الأساسية لكل إنسان، دون تمييز بسبب العنصر، أو الدين، أو العقيدة السياسية، أو الحالة الاقتصادية، أو الاجتماعية. صحة جميع الشعوب أمر أساسي لبلوغ السلم والأمن، وهي تعتمد على التعاون الأكمل للأفراد والدول. ما تحققه أية دولة في مجال تحسين الصحة وحمايتها أمر له أهميته للجميع.

إن هذا التصور الذي أنتجه النموذج التنموي سيكون حاضرا في البرنامج الحكومي 2021-2026 من خلال التأكيد على محورية تدعيم ركائز الدولة الاجتماعية.

2- سؤال التدبير الصحي بالمغرب

يمر إقرار فعلية الحق في الصحة أساسا عبر الحضور الكثيف لأليات ومؤسسات الدولة باعتبارها خدمة عمومية تهدف إلى تحقيق المصلحة العامة، لذلك فتدبير مستلزمات المنظومة الصحية ستضل فيه الدولة محورية في العديد من النماذج الصحية العالمية رغم الاختلافات المذهبية بينها، من دولة تدخلية إلى دولة حارسة، دعت منظمة الصحة العالمية جميع الدول إلى تحمل مسؤوليتها في تولي كافة الخدمات الصحية، مع مشاركة القطاع الخاص في توفير هذه الخدمات، وفق مجموعة من الشروط أهمها ضبط الجودة وضمانها. وتبعا لذلك تقع مسؤولية الأداء الكلي للمنظومة الصحية في نهاية المطاف على عاتق الحكومة، على اعتبار أن صحة الناس هي دائما من الأولويات الوطنية ومسؤولية الحكومة عنها مسؤولية مستمرة ودائمة. وعليه فإن دستور المغرب لسنة 2011 نص في الفصل 31 منه على أنه" تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنات والمواطنين، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية...". لذلك فالبحث في طبيعة المتدخلين في القطاع الصحي هو تنقيب عن طبيعة التخوم الموجودة بين حقول القانون، على اعتبار أن هؤلاء الفاعلون انتمائهم القانونية ليست متجانسة.

يطرح السؤال مرة أخرى كيف تتدخل الدولة في الشأن الصحي؟ وكيف تتجلى مسؤولياتها في هذا الإطار؟

عمل المشرع المغربي على إنتاج قواعد قانونية تثبت مسؤولية الدولة وتبرز كيفيات تدخلها منذ بداية العقد الحالي، فقد خصص المشرع في القانون رقم 34.09

المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات[444]، الباب الأول لمسؤولية الدولة في تحقيق أهداف ومبادئ المنظومة الصحية، ومن خلال الرجوع إلى مقتضيات هذا القانون نجد المادة السادسة منه تشكل الإطار المرجعي لهذه المسؤولية[445].

وانطلاقا من مبدأ المشروعية تعتبر فكرة المسؤولية من أهم دعائم دولة القانون، بحيث تكون أعمالها مستندة إلى قاعدة قانونية تجيزها، فلا يكفي أن يكون تصرفها يتفق مع القانون، بل يجب أن يستند هذا التصرف إلى أساس قانوني وإلا عدا تصرفها عرضة للإلغاء والتعويض[446]. في هذا المجال يقع على عاتق الحكومة مسؤولية ضمان وتوفير إمدادات آمنة وكافية من منتجات الدم لجميع المرضى المحتاجين إليه، بحيث يجب على كل دولة أن تقوم بصياغة سياسة وطنية وخطة، كجزء من السياسة الصحية الوطنية[447].

---

[444]-قانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الصادر بتنفيذ الظهير الشريف رقم 1.11.83 صادر في 29 من رجب 1432(2 يوليوز 2011)، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 5962 بتاريخ 19 شعبان 1432(21 يوليوز 2011)، ص3469.

[445]-تنص المادة السادسة من قانون رقم 34.09 على أنه" تقع على الدولة مسؤولية توفير الدم والمواد الدموية ذات العمر القصير، كما تضمن سلامتها وجودتها؛ تضمن الدولة توافر الأدوية والمنتجات الصيدلية الأساسية وجودتها في مجموع التراب الوطني وتعمل على تيسير الولج إلى الدواء؛ وتحدد قواعد السلامة والجودة في مجال صنع الأدوية واستيرادها وتصديرها وتوزيعها وصرفها وتسهر على احترامها، كما تشجع على تنمية الأدوية الجنسية ووصفها؛ كما تحدد شروط سلامة المنتجات الصيدلية غير الدوائية والمستلزمات الطبية وجودتها وتسهر على احترامها؛ وتعمل على تشجيع وتطوير البحث في مجال الدواء والعلوم الطبية والصحية؛ تقع على الدولة مسؤولية ضمان التكوين والتكوين المستمر للموارد البشرية وتوافر البنيات التحتية والتجهيزات والخدمات العلاجية الأساسية. كما تتخذ جميع التدابير اللازمة لتمكين القطاع الخاص من المساهمة في القيام بالمهام المذكورة".

[446]-بلال أمين زين الدين، المسؤولية الإدارية التعاقدية والغير التعاقدية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، طبعة 2015، ص 15.

[447]-يرى أحد الباحثين، أن السياسات الصحية محددا أساسيا للصحة داخل المجتمعات الإنسانية بصفة عامة، ذلك أن البرامج والمؤسسات والموارد المالية والبشرية الصحية والنسق الصحي المهيكل عموما، التي تضعها كل دولة أمام مواطنيها، تعتبر أساسا محددا وموجها لطبيعة الحالة الصحية التي يتوفر عليها كل مجتمع. أنظر زكرياء الإبراهيمي، الصحة والمجتمع دراسة سوسيولوجية لصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي، دار النشر فضاء أدم، المطبعة والوراقة الوطنية، الداوديات، مراكش، الطبعة الأولى 2016، ص 438.

كما تبرز مسؤولية الدولة أيضا في توافر الأدوية والمنتجات الصيدلية الأساسية وجودتها في مجموع التراب الوطني وتعمل على تيسير الولوج إلى الدواء، ويتضح ذلك من خلال تطبيق مجموعة من المقتضيات القانونية ذات العلاقة بمضمون الفقرة الثانية من المادة السادسة من قانون 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات[448]، أبرزها القانون رقم 84.12 المتعلق بالمستلزمات الطبية[449]، وقانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة[450] بالإضافة إلى قانون 65.00 المتعلق بمدونة التغطية الصحية الأساسية[451]، التي تهدف إلى ضمان الولوج للأدوية والمنتجات الصحية بأثمنة في المتناول بالنسبة لفئات عريضة من الساكنة المغربية. كما أن تأمين توفير الأدوية والمنتجات الصحية[452]، يقوم على تنفيذ القرار المتعلق بالمدخرات الاحتياطية من الأدوية[453]، والذي يقضى باحترام المؤسسات الصيدلية لمستلزمات المخزون الاحتياطي من المستحضرات الصيدلية المرخص بتسويقها من قبل وزير الصحة والحماية الاجتماعية.

---

[448]-تنص الفقرة الثانية من المادة السادسة على أنه" تضمن الدولة توافر الأدوية والمنتجات الصيدلية الأساسية وجودتها في مجموع التراب الوطني وتعمل على تيسير الولج إلى الدواء".

[449]-قانون رقم 84.12 المتعلق بالمستلزمات الطبية، الصادر بتنفيذ الظهير الشريف رقم 1.13.90، الصادر بتاريخ 22 شوال 1434 (30 أغسطس 2013) المنشور بالجريد الرسمية عدد 6188 بتاريخ 12 ذي القعدة 1434(19 سبتمبر 2013)، ص 6129.

[450]-قانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة، الصادر بتنفيذ الظهير الشريف رقم 1.06.151 الصادر بتاريخ 30 شوال 1427 (22 نوفمبر 2006) المنشور بالجريدة الرسمية عدد 5480 بتاريخ ذو القعدة 1427 (7 ديسمبر 2006)، ص 3726.

[451]- قانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الصادر بتنفيذ الظهير الشريف رقم 1.02.296 في 25 من رجب 1423(3 أكتوبر 2002)، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 5058 بتاريخ 16 رمضان 1423(21 نوفمبر 2002)، ص 3449، والمعدل والمتمم بالقانون رقم 19.11 في المادة 44 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.1146 بتاريخ 29 من جمادى الآخرة 1432 (2 يونيو 2011)؛ المنشور بالجريدة الرسمية عدد 5956 بتاريخ 27 رجب 1432 (30 يونيو 2011)، ص 3105.

[452]- EL-MOUHDI Karima, PLAN « SANTÉ 2025 », Formation Continue-Meknès dans le Cadre de Préparation des EAP- Professionnels de Santé, Novembre 2021, P 14.

[453]- قرار لوزير الصحة رقم 263.02 صادر في 30 ربيع الأول 1423 (12 يونيو 2002) يتعلق بالمدخرات الاحتياطية من الأدوية، الجريدة الرسمية عدد 5022 بتاريخ 07 جمادى الأول 1423(18 يوليوز 2002)، ص 2068.

ومن مسؤولية الدولة أيضا في هذا الإطار ضمان التكوين وتشجيع البحث العلمي، حيث يعتبر آلية فعالة وضرورة لتنمية الموارد البشرية المستهدفة وتطوير ممارستها المهنية، بالطريقة التي تجعلها قادرة على المساهمة في تحقيق منتوج جديد يستجيب للحاجيات المنتظرة منه، ومستعدة للتكييف الايجابي مع مختلف المستجدات والتطورات التي تطرأ على المحيط المهني والاجتماعي[454].

تجدر الإشارة في هذا السياق بأن تدبير الصحة اليوم وإن كانت الدولة ومؤسساتها هي المهيمنة فيه[455]، فإن مؤسسات القطاع الخاص الشركات الخاصة هي أيضا فاعل متدخل في الشأن الصحي سواء عبر تملك مؤسسات صحية خاصة أو عبر المساهمة في تسيير المؤسسات الاستشفائية العمومية عبر نوافذ تدبير مسالك أساسية داخل المستشفى العمومي ذلك أن الدولة عهدت اليوم إلى الشركات الخاصة عبر عقود الصفقات العمومية التكفل بالمصالح التالية داخل المستشفيات العمومية : مصلحة الحراسة، مصلحة النظافة، مصلحة البستنة، مصلحة التصبين، مصلحة التعقيم ، التغذية، الصيانة...، إنها مصالح حيوية داخل نسق المستشفى العمومي تدار بحضور القواعد القانونية الخاصة، فكل الموارد البشرية تنتمي إلى القانون الخاص.

يجب التأكيد كذلك بأن الجماعات الترابية اليوم بكل تصنيفاتها أضحت تتدخل كشريك مع مؤسسات وزارة الصحة في مجموعة من العمليات التدبيرية انسجاما مع المقتضيات الدستورية التي انتجها دستور 2011[456].

---

[454]- عبد اللطيف الجابري، تأهيل الموارد البشرية، منشورات عالم التربية، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء، طبعة 2012، ص9.

[455]-تلتزم الدولة باحترام مبدأ الحق في الصحة كما ينص عليه الدستور والاتفاقات الدولية، أنظر:

- Khalid SALMI, La couverture universelle en santé : Concepts, enjeux, progrès et défis au Maroc, Direction Régionale de la Santé Draa Tafilalt, 18 Oct.2019.P 2.

[456]- الدستور المغربي، المنشور بالجريدة الرسمية، عدد 5964، سنة 2011.

يعد حضور العمل الجمعوي أحد مظاهر الدولة الحديثة التي تسعى إلى ترسيخ الحقوق والحريات، وتمكين الأفراد والجماعات من المساهمة في تنمية المجتمع عبر تقنين وتنظيم ممارساتهم عبر إطارات تنظيمية مستقلة. وتشكل الشراكة[457] بين الدولة والجمعيات ألية لتأطير مجالات التعاون وتقوية مساهمة وانخراط المجتمع المدني وكذا دعم مبادراته، كما تشكل دعامة لتعزيز مساهمته في تحقيق التنمية الشاملة. وتبعا لذلك يعبر المجتمع المدني عن مختلف أشكال العمل الاجتماعي الذي يقوم به الأفراد والجماعات، والتي تنتظم في شكل مجموعة عريضة من المنظمات، تضم: الجماعات المجتمعية المحلية والمنظمات غير الحكومية والنقابات العمالية وجماعات السكان الأصليين والمنظمات الخيرية والمنظمات الدينية والنقابات المهنية ومؤسسات العمل الخيري".

وبناء على ذلك، نجد من بين تلك المنظمات، جمعيات ينتظم من خلالها أفراد ينشطون في الحياة العامة بهدف تحقيق أثر اجتماعي أو ثقافي أو تربوي....

أما على مستوى الممارسة، فيقوم المجتمع المدني[458] بفعل مدني لا يتوخى توزيع الأرباح بين القائمين عليه، وينشط داخل المجال العام، باعتباره فضاء تتجاذبه المصلحة العامة والمصالح الخاصة للأفراد والجماعات المكونة له، بشكل يؤدي في النهاية إلى تحقيق المصالح المشتركة.

من حيث تحديد الإطار القانوني لمصطلح المجتمع المدني فقد نص عليه المشرع المغربي في الفصل 12[459] من الباب الاول من الوثيقة الدستورية لسنة 2011.

---

[457]- EL-MOUHDI Karima, PLAN « SANTÉ 2025 », Formation Continue-Meknès dans le Cadre de Préparation des EAP- Professionnels de Santé, Novembre 2021, P 16.

[458]_ أنظر حول المجتمع المدني، مولاي هشام المراني، المجتمع المدني في المغرب: النشأة والتطور والأدوار، مجلة الباحث للدراسات والأبحاث القانونية والقضائية، العدد 55 لشهر يونيو 2023، ص 176وما بعدها.

[459]-ينص الفصل 12 من الدستور على أنه" تؤسس جمعيات المجتمع المدني والمنظمات غير الحكومية وتمارس أنشطتها بحرية، في نطاق احترام الدستور والقانون؛ لا يمكن حل هذه الجمعيات والمنظمات أو توقيفها من لدن السلطات العمومية، إلا بمقتضى مقرر قضائي؛ تساهم الجمعيات المهنية بقضايا الشأن العام، والمنظمات غير

كما عرف المشرع المغربي مصطلح الجمعية في الفصل الأول من ظهير شريف رقم 1.58.376 يضبط بموجبه حق تأسيس الجمعيات[460]، على أنه" الجمعية هي اتفاق لتحقيق تعاون مستمر بين شخصين أو عدة أشخاص لاستخدام معلوماتهم أو نشاطهم لغاية غير توزيع الأرباح فيها بينهم".

ومن الجمعيات التي تهدف إلى تقديم المساعدة وتوفير الخدمات لفائدة الساكنة، تحتل الجمعيات العاملة في الميدان الصحي مكانة بارزة في المشهد الجمعوي في بلادنا وذلك لدورها في المساهمة إلى جانب الدولة في تحقيق الأهداف والأعمال الصحية.

وتبعا لذلك تساهم الجمعيات بالاضطلاع بأدوار مهمة في توفير العديد من أوجه الرعاية والعلاج والتأهيل، حسب الحاجيات الضرورية لكل فئة من المستفيدين، وأيضا حسب الإمكانات المادية والبشرية المتاحة لها. ويأتي التشجيع على بلورة الشراكات الصحية في إطار تحسين حكامة المنظومة الصحية، في بعدها المتعلق بتنظيم تدخل الفاعلين فيها، والحفاظ على التوجه الاستراتيجي لوضع السياسات الصحية وتنفيذها.

ومنذ سنوات عديدة، عرف المغرب تطور العديد من المبادرات المبنية على المشاركة الجماعاتية، كما أن العديد منها تعتبر واعدة إثر تقييمها. هذه المبادرات ترمي في الغالب، إلى التوعية بالمخاطر الصحية وطرق الوقاية منها وإلى تقريب بعض الخدمات الصحية من المواطنين وتسهيل الولوج إلى المصالح الصحية.

الحكومية، في إطار الديمقراطية التشاركية، في إعداد قرارات ومشاريع لدى المؤسسات المنتخبة والسلطات العمومية، وكذا في تفعيلها وتقييمها. وعلى هذه المؤسسات والسلطات تنظيم هذه المشاركة، طبق ضوابط وكيفيات يحددها القانون؛ يجب أن يكون تنظيم الجمعيات والمنظمات غير الحكومية وتسييرها مطابقا للمبادئ الديمقراطية".

[460]- ظهير شريف رقم 1.58.376 يضبط بموجبه حق تأسيس الجمعيات، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 2404 مكرر جمادى الأولى 1378 (27 نونبر 1958) ص2849، كما تم تعديله بمجموعة من النصوص القانونية.

وكأمثلة لهذه المبادرات نسرد: "الوسيط الجماعاتي في إطار البرامج الصحية". وهو فرد متطوع، يتم اختياره في إطار توافقي ويخضع لحلقة تدريبية تؤهله للقيام بمهمات محددة كالتربية الصحية، ومهام الصحة البيئية وتوجيه المرضى للمصالح الصحية، يشتغل الوسيط الجماعاتي مع فريق يضم فاعلين آخرين. وكذلك نجد «نظام المساعدة الطبية المستعجلة للتوليد في الوسط القروي" آلية لتنظيم وضبط المستعجلات المتعلقة بالحمل والولادة وحديثي الولادة، تهدف إلى تسهيل ولوج النساء بالوسط القروي للمؤسسات الصحية الخاصة بالولادة من أجل التكفل بهن في وسط مراقب صحيا وفي ظروف مؤمنة.

ويعتبر المجتمع المدني فاعلا رئيسيا في المشاركة الجماعاتية في المجال الصحي بصفة خاصة وفي التنمية المحلية بصفة عامة، وبحكم قربه من الساكنة وكذا تميزه بروح المبادرة، فإن المجتمع المدني يضطلع بأدوار هامة من أجل تنمية صحة الأفراد والجماعات بصفة عامة، والفئات الهشة بصفة خاصة. تتجلى أهم هذه الأدوار في: المشاركة في توعية الساكنة والجماعات من أجل الصحة للجميع وذلك من خلال تنظيم حلقات تربوية وتوعوية لفائدة الساكنة والمجتمع للرفع من معارفهم في المجال الصحي: من حيث المخاطر الصحية، طرق الوقاية ومحاربة الأمراض وكذا تحفيزهم وتشجيعهم على الاستفادة من الخدمات الصحية المتوفرة؛ أيضا تنظيم والمشاركة في الحملات التحسيسية لفائدة الساكنة في المجالات الصحية ذات الأولوية؛ وتعبئة الساكنة والجماعات من أجل الانخراط في المبادرات المبنية على المشاركة الجماعاتية.

وللمجتمع المدني دور هام في جميع مراحل بناء المبادرة المحلية المبنية على المشاركة الجماعاتية، وهي: -مرحلة التشخيص التشاركي؛ - مرحلة التخطيط والبرمجة؛ - مرحلة التنفيذ؛ -مرحلة التتبع والتقييم.

خلال هذه المراحل، تناط بالمجتمع المدني على غرار جميع الفاعلين، أدوار هامة وفق برامج متفق عليه، وكمثال على هذا جمع المعلومات قصد التشخيص والتتبع والمساهمة في تنظيم التظاهرات الصحية والحملات الطبية والحملات التحسيسية

وتعبئة الساكنة والشركاء وكذا المساهمة في أوراش التكوين، كما أنه مطالب بالترافع من أجل تحقيق المساواة والعدالة في الاستفادة من الخدمات الصحية، وخصوصا لدى الفئات الهشة من الساكنة.

ومن أجل نجاعة أفضل لمساهمة المجتمع المدني في الحقل الصحي، يستفيد الأعضاء النشيطون من حلقات تدريبية في مجالات عدة وأيام دراسية وتحسيسية في مجال الصحة.

كما أن للجمعيات أدوارا آخري محددة كتسيير دور الأمومة مثلا. وهو فضاء لاستقبال نساء الوسط القروي المقبلات على الولادة خلال الأيام التي تسبق الوضع وما بعده، تتكلف جمعية محلية بتسيير هذا الفضاء ليوفر للنزيلات الإيواء والغذاء وخدمات أخرى كما أنها توفر خدمات التربية الصحية من طرف منشطات خضعن لتكوين ملائم وبحكم تواجدها قرب دار الولادة، تتم المراقبة الصحية لهن كلما دعت الضرورة لذلكن وكل هذا من أجل تقليص وفيات الأمهات والأطفال بالوسط القروي.

وفي الأخير، فإن مأسسة الشراكات[461] بين الفاعلين ضرورية لتحديد الأدوار وترشيد المجهودات من أجل بلوغ الأهداف المسطرة.

وللشراكة مع المجتمع المدني في الميدان الصحي، نجد العلاقة بين الدولة والجمعيات العاملة في الميدان الصحي تستند إلى وجود أهداف مشتركة وثقة ومنفعة متبادلة تتطور بناء على هذه المحددات إلى إقامة شراكات يلتزم بموجبها الطرفان ببذل ما في وسعهم من امكانات ومهارات لتحقيق تلك الأهداف المشتركة.

ويجسد هذه الشراكة تعاقد بين الدولة والجمعيات العاملة في الميدان الصحي، بحيث يتم إنجازه عن طريق عقد مكتوب، ينص على تنفيذ برنامج أو مشروع ينصب في

[461]-أصبح المغرب يعتمد كباقي الدول نظام الشراكة بين القطاعين العام والخاص باعتباره آلية لإنجاز المشاريع المهيكلة وتنزيل السياسات العمومية، أنظر نعيمة الزكرين، عبد الرحمان الصديقي، العلاقات التعاقدية والشراكة بين القطاعين العام والخاص: آليات حديثة لتنفيذ السياسات العمومية في ميدان النقل واللوجيستيك، مجلة طنجيس للقانون والاقتصاد، العدد 6، 2019، ص11.

تحقيق الأهداف الصحية، بحيث يتم وضع مؤشرات متفق عليها للتنفيذ والتقييم، مبنية على مساطر واجراءات محددة لصرف النفقات، وعلى تحقيق أهداف مرحلية معينة.

ولتفعيل هذه الشراكة[462] لابد من تحديد الإطار القانوني المؤطر للشراكة بين الدولة وجمعيات المجتمع المدني. في إطار وضع الأسس الأولى للشراكة بين الدولة والجمعيات تمت المصادقة على ظهير 27 نونبر 1958 المنظم لحق تكوين الجمعيات، كما تم تغييره وتتميمه، أقر هذا الظهير في الفصل السادس[463] منه أن للجمعيات التي تأسست بصفة قانونية أن تقتني بعوض وأن تمتلك وتتصرف في مجموعة من الموارد منها الإعانات العمومية. كما أقر بصريح العبارة في الفصل التاسع الاعتراف للجمعيات بصفة المنفعة العامة[464]، وهذا الاعتراف يخول لها الاستفادة من مجموعة من الامتيازات من بينها الاعفاء من مجموعة من الضرائب، وإبرام اتفاقات للتعاون أو الشراكات مع الجماعات الترابية من أجل إنجاز مشروع أو نشاط ذي فائدة مشتركة.

ومن خلال الرجوع كذلك إلى الفقرة الأولى من المادة الأولى من قانون رقم 86.12 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاع العام والخاص[465]، التي تنص على أنه" هو عقد

---

[462]-أنظر في نشأة وتطور عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص.

- رشيد عدنان، نشأة وتطور عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، مجلة مسالك في الفكر والسياسة والاقتصاد، عدد مزدوج 18-17، 2011، ص51.

-Marty Frédéric, Voisin Arnaud, Trosa Sylvie, Les Partenariats Public-Privé, éditions La Découverte, Paris, 2006, P.3.

[463]- أنظر الفصل السادس من ظهير 27 يوليوز 1958 المتعلق بحق تأسيس الجمعيات، الذي تم تحيينه بتاريخ 24 أكتوبر 2011.

[464]- أنظر الفقرة الخامسة من الفصل التاسع من ظهير 27 يوليوز 1958 المتعلق بحق تأسيس الجمعيات، الذي تم تحيينه بتاريخ 24 أكتوبر 2011.

[465]-قانون رقم 86.12 المتعلقة بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، الصادر بتنفيذ ظهير شريف رقم 1.14.192 صادر في فاتح ربيع الأول 1436(24 ديسمبر 2014)، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 6328 بتاريخ فاتح ربيع الآخر 1436 (22 يناير 2015)، ص 456. كما تم تعديله بالظهير الشريف رقم 1.20.04 بتاريخ 11 من رجب 1441(6 مارس 2020) بتنفيذ القانون رقم 46.18 القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 86.12 المتعلق بعقود

محدد المدة، يعهد بموجبه شخص عام إلى شريك خاص مسؤولية القيام بمهمة شاملة تتضمن التصميم والتمويل الكلي أو الجزئي والبناء أو إعادة التأهيل وصيانة و/أو استغلال منشأة أو بنية تحتية أو تقديم خدمات ضرورية لتوفير مرفق عمومي". يستشف من مضمون هذه الفقرة أن الشريك الخاص هو الشخص المعنوي الخاضع للقانون الخاص، بما في ذلك الشخص المعنوي الذي يمتلك شخص عام رأسماله كليا أو جزئيا. ووفقا لهذا يمكن للجمعيات أن يكونوا شركاء أساسيين باعتبارهم هم أشخاص معنويون خاضعون للقانون الخاص، يتوفرون على الأهلية القانونية لإبرام عقود الشراكة[466] مع القطاع العام، ويمكن لها تحت مسؤولية الدولة المساهمة في:

-توفير الخدمات والبنيات التحتية الاجتماعية ذات الجودة والكلفة الأقل؛

-تقديم خدمات تشكل أهداف مشاريع الشراكات مع احترام مبادئ المساواة بين مستعملي هذه الخدمات، وكذلك الحفاظ على استمراريتها.

توجد اليوم تجارب تدبيرية تشرك الجمعيات في المنظومة الصحية في مجالات صحية حيوية بارزة من أمثلة ذلك نجد أن أغلبية المؤسسات والمراكز التي تعمل في مجال تصفية الكلي تسهر عليها جمعيات حرفية بأطرها ومواردها البشرية والمادية وهو ما يعني حضور لقواعد القانون الخاص كذلك شهدت بعض الأقاليم إنشاء جمعيات تشتغل في المجال الصحي كلفت بإدارة مشاريع صحية كمشروع تقوية المستشفيات والمراكز العلاجية بالموارد البشرية نتيجة النقص الحاد في الموارد البشرية العمومية، نرصد في هذا الاطار مرة آخري تمدد لميكنزمات القانون الخاص إلى منظومة التدبير الصحي ذلك أن الموارد البشرية التي تشرف عليها الجمعيات بقوة القانون تابعة لحقل القانون الخاص .

الشراكة بين القطاعين العام والخاص، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 6866 بتاريخ 24 رجب 1441(19 مارس 2020) نص 1559.

[466]-تعد الشراكة بين القطاعين العام والخاص ركيزة لتحقيق الإصلاحات والمشاريع الاقتصادية، حيث تمكن من الاستفادة من إمكانات القطاع الخاص تمويلا وكفاءات تسويقية وتسييرية، كما تمكن من تقليص مستوى المساهمة المالية للدولة في المشاريع.

يبدو جليا بأن قواعد القانون الخاص حاضرة وتزداد حضورا في المنظومة الصحية المغربية في أكثر من مستوى مع قواعد القانون العام المهيمنة، يطرح السؤال مرة أخرى هل هذا القدوم كان طبيعيا ومبنيا ومرافقا بشروط النجاح والتألق أم هو قدوم قصري فرضته الحاجة العامة وعوز المتدخل العمومي في تلبية الحاجات الصحية المتزايدة؟ يفهم مرة أخرى بأن سؤال الجودة الصحية وتجويد الخدمات سيضل مطروح من زاوية كيفية إحقاقه عبر المسارب والمسالك القانونية والمؤسساتية، ستسعفنا الدراسة الميدانية في قراءة وتحليل هذه المنطلقات النظرية وهو العمل الميداني الصعب الذي تحملنا مشاق القيام به بالتنقل إلى إقليم ينتمي إلى جهة ترابية تنتمي إلى ما يسميه خبراء التنمية بالمغرب العميق أو المغرب غير النافع حيث تنقص البنيات التحية والانتاجية، لنسائل ونجمع المعطيات الواقعية حول موضوع الاشكالية.

ثانيا- حالة الصحة العامة بالمغرب من خلال مؤشر الطبيعة القانونية للموارد البشرية

إن تحليل موضوع حضور قواعد القانون الخاص في تدبير المنظومة الصحية ومدى إسهاماتها في تجويد الحق في الصحة يستلزم منهجيا التوفر على معطيات ومؤشرات واقعية مستقاة من واقع المؤسسات الاستشفائية والعلاجية لذلك كان لزاما علينا الاعتماد على العدة المنهجية التقنية التي تتلاءم مع طبيعة الاشكالية التي نحن بصدد البحث عن أجوبة لها، في هذا الإطار اعتمدنا على المنهج الكيفي في استقاء المعطيات وجمعها وذلك بالاستناد إلى تقنية المقابلة ثم في مرحلة ثانية تحليل المعطيات باستعمال تقنية التحليل الموضوعاتي.

كشف التحليل الموضوعاتي للمقابلات التي تم اجراؤها مع عينة من الأطباء والممرضين والتقنيين من جهة، ومع عينة من المستخدمين كل من عاملات النظافة وعمال المكلفين بالحراسة على بروز أربع موضوعات أساسية بارزة تعتبر مؤشرات

ومحددات كفيلة بتحليل طبيعة الحضور الذي تتسم به مختلف قواعد القانون الخاص منها والعام في بنيات وانساق المنظومة الصحية.

وتجدر الاشارة إلى أن المقابلات العلمية التي اجرينها مع العينة الأولى فئة الموظفين المكونة من الأطباء والممرضين والتقنيين وعددهم ستة أفراد استقينا من خلالها 30 ورقة من المعطيات ذات العلاقة بالموضوع من خلال توجيه أسئلة دقيقة لهم، كما تم تجميع ما يقارب 20 صفحة من المعلومات الهامة الواقعية أثناء الاشتغال مع الفئة الثانية الخاضعة لمقتضيات القانون الخاص في مساراتها المهنية، لذلك فتقنية التحليل الموضوعاتي ستسعفنا في استخراج الموضوعات الرئيسية التي اعتبرنها ادوات محورية في سبغ أغوار الاشكالية الرئيسية التي طرحنها في البداية .

برزت الموضوعات الرئيسية وفق الترتيب المنهجي التالي:

اولا: موضوعة محدد الانتماء المهني

ثانيا: موضوعة الاستقرار المهني والقيمة في المنظومة الصحية

ثالثا: موضوعة العلاقة المتوترة بين المكونات المهنية

رابعا: موضوعة من الهشاشة المهنية الى الهيمنة على التدبير.

كيف تتجلى وتبرز هذه الموضوعات كمؤشرات كفيلة بتحليل الاشكالية الرئيسية للدراسة؟

1- الموضوعة الأولى : محدد الانتماء المهني

بدأ واضحا منذ الوهلة الأولى أثناء اللقاء مع العينات البحثية الاختلاف الواضح والتباين البارز في الانتماءات المهنية وفي المسارات التي قطعتها كلا المجموعتين – مجموعة الموظفين الخاضعين للقانون العام ومجموعة العمال والعاملات الخاضعين للقانون الخاص- يجيب أحد المستجوبين وهو طبيب يشتغل بمصلحة المستعجلات عن سؤال المسار التكويني الذي قطعه قبل حلوله طبيبا بالمستشفى الاقليمي بأنه

حصل على نقطة ممتازة في الباكالوريا أهلته ليجتاز مباراة ولوج كلية الطب بمدينة مراكش قادما إليها من قلعة السراغنة، حيث سيقضي بذات الكلية تسعة سنوات من التكوين الاساسي ليتخرج طبيبا عاما وهذا ما سيؤهله ليجتاز مباراة الولوج إلى الوظيفة العمومية التي أعلنت عنها وزارة الصحة في خريف سنة 2010 في فئة الأطباء العامون في ترتيب استحق من خلاله التعين في جهة الشرق بمدينة فكيك حيث سيشتغل طيلة أربعة سنوات لينجح بعدها في الحركة الانتقالية- حينما وصل إلى هذه اللحظة تاه ذهنه في تلك المدينة البعيدة التي تذكرها بشعور يمزج بين نشوة الفرح وإحساس البعد الذي تحمله طيلة أربعة سنين- الواضح إذا أن المستجوب الأول خاض مسيرة قبلية وبعدية طويلة وشاقة ومضنية على مستويات عدة معرفية أكاديمية عائلية مهنية حتى استقر به الحال بالمستشفى الاقليمي القريب نسبيا من عاصمة الشرق.

بنفس المعنى والفهم لاحظنا أثناء استجواب احدى الممرضات وهي ممرضة في ريعان شبابها خريجة المعهد العالي للتكوين في المهن التمريضية بالرباط في موسم 2017/2016 في تخصص ممرض متعدد التخصصات وهي شابة من مدينة تمارة تقول في هذا السياق وبافتخار بأنها لحظة حصولها على شهادة البكالوريا سيتحقق حلمها الطفولي بأن تصير يوما ممرضة خدومة حيث ستجتاز بتفوق مباراة الولوج إلى معهد التكوين بالرباط ستقضي فيه ثلاث سنوات من الجد والاجتهاد – تحكي هذه الوقائع بفخر شديد- مباشرة ستتفوق في مباراة الولوج الى الوظيفة العمومية التي أعلنت عليها وزارة الصحة قبل اندلاع أزمة كورونا بقليل واختارت الاستقرار المهني بجهة الشرق حيث سترافق خطيبها الممرض في فئة تقني التخدير الذي تزوجته في الصيف المقبل للتعين.

تجدر الاشارة إلى أن الأجوبة التي استقينها من العينة الأولى –فئة الموظفين – تبدو في منحى واحد وهو الاجماع على المسار الأكاديمي والتكويني والمهني الشاق والحافل

بالتضحيات إذ فهو مسار مهني يحظى بالمقبولية والمصداقية علاقة بالوظيفة الصحية.

في المقابل فان العينة الثانية التي اشتغلنا معها بصعوبة بالغة حيث وصلنا إلى المعطيات بعد محاولات عديدة حولنا في البداية أن نكسب ثقة العينة المستجوبة بأن قدمنا لهم ضمانات السرية وحماية مواقعهم المهنية في المؤسسة الاستشفائية.

يجيب أحد العاملين المكلف بحراسة مصلحة المستعجلات عن سؤال المسار الذي قطعه لكي يحصل على فرصة العمل بالمؤسسة المذكورة قائلا " اتصل بي قريب من العائلة وهو يعرف وضعيتي الاجتماعية الصعبة بأن لديه أحد المعارف يمتلك شركة للحراسة فعرض عليه أن يساعدني بالتوسط لديه لكي اشتغل معه كحارس بالمستشفى الإقليمي" وحين سؤاله عن الشواهد العلمية التي يتوفر عليها" أجاب بأنه غادر المدرسة مبكرا دون الحصول حتى على الشهادة الابتدائية"، إن المعني بالأمر يشتغل في هذه المؤسسة الاستشفائية منذ ما يقارب خمس سنوات ولكن ليست دائمة وإنما بشكل متقطع.

نفس الأسئلة وجهت لإحدى العاملات المكلفة بالنظافة والتي تشتغل بمصلحة الإنعاش، المعلومات المستقات من أجوبتها تفيد بأن المعنية بالأمر تنحدر من مدينة دبدو من أحد الدواوير القريبة منه لظروف اجتماعية صعبة هاجرت إلى المركز الحضري حيث يتواجد المستشفى الإقليمي، إحدى صديقاتها ستساعدها في غضون سنة 2012 للحصول على فرصة عمل مع إحدى الشركات المكلفة بالنظافة، وعن مستواها المعرفي فهي لم تلج قط المدرسة. تقريبا نفس الإجابات أتت على لسان المستجوبين والمستجوبات في العينة الثانية والتي تفيد في المجمل بأن المسار القبلي لهم ولهن كان صعبا من الناحية الاجتماعية والمهنية والدراسية.

يبدو إذن جليا أن محدد الانتماء المهني[467] المتمايز والمتواجد في المؤسسات الاستشفائية سيؤثر بطريقة مباشرة وغير مباشرة على جودة الخدمات الصحية.

2 - الموضوعة الثانية : الاستقرار المهني والقيمة في المنظومة الصحية

إن التحليل الموضوعاتي الذي شمل مضمون المقابلات التي أجريناها مع العينة المبحوثة باختلافاتها المهنية وانتماءاتها القانونية قادتنا إلى استكشاف موضوعة بارزة - موضوعة الاستقرار المهني والقيمة في المنظومة الصحية- وهي لديها ارتباط وثيق ووطيد بمخرجات الموضوعة الأولى السالفة الذكر

ذلك أن تحليل حالة الصحة العامة من خلال مؤشر الموارد البشرية نظريا يلزمنا بالبحث في جوانب الاستقرار المهني لهذه الموارد، الإجابات التي أتت على لسان المبحوثين تفيد بأن العينة الأولى أي فئة الموظفين الأطباء والممرضين والتقنيين تحس بنوع من الاستقرار المهني ذلك أن أوضاعهم المادية والمهنية مستقرة بل أكثر من ذلك تم تحسينها بحيث جودة ظروفهم الاجتماعية والمادية، يقول في هذا السياق " الطبيب الذي ينتمى إلى مدينة قلعة السراغنة وبنوع من الافتخار بأنه أخيرا استجابة وزارة الصحة لمطلبهم العادل وهو الولوج منذ التوظيف الأول إلى الرتبة 509 وهو ما حقق لهم زيادة معتبرة في الراتب" وتضيف في هذا السياق الشابة التي تنتمى إلى مدينة تمارة بأن رفاقها ورفيقاتها الذين يناضلون في إطار حركة الممرضين المستقلة استطاعوا أن ينتزعوا جملة من الحقوق الجديدة بحيث أضحى التوظيف في إطار هيئة التمريض يبتدأ بالسلم العاشرة عوض السلم التاسع، وبأنه صار بإمكان الممرضات والممرضين متابعة دراساتهم العليا التمريضية LMD ...".

في نفس الإطار يضيف أحد التقنيين الذي كان محل استجواب أيضا وهو ينتمي إلى المدينة حيث تتواجد المؤسسة الاستشفائية ويتحمل مسؤولية النقابية

[467]-انتصار محمد طه سلامه، مستوى الانتفاء المهني والرضا الوظيفي والعلاقة بينهما لدى أعضاء المهنية التدريبية في الجامعات الفلسطينية، بحث لنيل درجة الماجيستر في الإدارة التربوية بكلية الدراسات العليا في جامعة الوطنية في نابلس، فلسطين، 2003.

جهوية بأن الوزارة كذلك في ستة سنوات الأخيرة انتبهت إلى الشق الاجتماعي للموارد البشرية لذلك ستخرج إلى النور "مؤسسة الحسن الثاني للأعمال الاجتماعية الخاصة بموظفي وزارة الصحة".

في الزاوية الأخرى وعند الاطلاع على مضمون الإجابات التي قدمتها العينة الثانية "المستخدمين في الشركة" سجلنا تضمر كبير فيما يخص مسألة الاستقرار المهني[468] يقول أحدهم وهو يلح علينا بل يترجانا بعدم الكشف عن اسمه بأن الظروف التي يشتغلون فيها قاسية جدا فهم تحت رحمة المشغل الذي يملك شركة عائلة حيث تتواجد عيون بعض أفراد العائلة في المؤسسة لذلك منعوا "يقول من العمل النقابي بل أكثر من ذلك يتم تشريد كل من سولت له نفسه المطالبة بحقوقه العادلة" تضيف المستجوبة بكل خوف" العاملة ابنة مدينة دبدو والتي بالكاد حصلت على راتب الحد الأدنى من الأجور هذه السنة بعد أن قضت عشر سنوات من العمل كعاملة نظافة داخل نفس المؤسسة، تقول في هذا السياق لولا الإكراميات والعطايا التي يجود بها بعض مرتفقي المستشفى علينا لغادرت مبكرا"

يبدو في هذا السياق بأن ظروف الاشتغال الجيدة التي يتمتع بها نسبيا من ينتمى إلى حقل القانون الإداري تجعل الاستقرار المهني ممكنا وقيمة الفئة المهنية محفوظة في المنظومة الصحية، في حين أن الظروف القاسية والصعبة اجتماعيا ومهنيا تجعل من الموارد البشرية التي تنتمى إلى حقل القانون الخاص أي تلك الفئات التي تشتغل بعقود عمل مع المشغل في إطار قانون الشركات داخل المستشفيات العمومية تجعل مسألة الاستقرار المهني بالنسبة لهم منعدمة وبالتالي فإن قيمة هذه الفئة رغم الأعمال و التدخلات التي تقوم بها داخل البنية الاستشفائية تحتل مراتب متأخرة وضعيفة .

---

[468] -أنظر في مفهوم الاستقرار المهني عند:

-أحمد مختار عمر، معجم اللغة العربية المعاصرة، الطبعة الأولى، المجلد الأول، دار عالم الكتب، القاهرة، 2008، ص 1123.

- محمد على محمد، مجتمع المصنع دراسة في على الاجتماع التنظيمي، الهيئة المصرية للكتاب، 1975، ص 201.

3- الموضوعة الثالثة: العلاقة المتوترة بين المكونات المهنية

إن الخلاصات التي حملتها الموضوعة الثانية ستفرج لنا في إطار التحليل الموضوعي موضوعة بارزة " العلاقة المتوترة بين المكونات المهنية" صالحة لقياس ومعيرة حالة الصحة بالمغرب من خلال مؤشر الموارد البشرية ذلك أن الانتماءات المتباينة المهنية والاجتماعية الدراسية لكلا الفئتين، ثم أيضا اختلاف المسار المهني لكلا المجموعتين سينتج وسيفرز توتر مزمنا بين الفئتين تارة يطفو بشكل حاد وتارة أخرى يظل صراعا باطنيا وثاويا، في إحدى الأسئلة الموجهة إلى الفئة الثانية حول طبيعة العلاقة التي تربطهم بالموظفين وبالإدارة داخل المستشفى تجيب إحدى العاملات التي تعمل في مطبخ المستشفى بأن عدد كبير من الموظفين ينظرون إليها بازدراء وبأن مهامنا تقتصر على خدمتهم بدون نقاش" يفهم من كلامها نظام السخرة متواجد بالمستشفى"، ويضيف في هذا السياق الحارس الذي يشتغل بقسم المستعجلات بأن حجم الصعاب التي نواجهها يوميا والتدخلات الصعبة التي نقوم بها لا نجد لها أثرا لدى نفوس بعض الممرضين والأطباء الذين يشتغلون بالمصلحة المذكورة يقول بالدارجة" ديما حنا الحيط لقصير" .

نفس الإجابات ستأتي على لسان العينة الثانية المستجوبة، في المقابل العينة الأولى هناك من ينفى أية علاقة متوترة مع المستخدمين في إطار الشركات إذ يقول أحد الأطباء الذي يشتغل بمصلحة الإنعاش بأن الطاقم المكلف بالنظافة يتميزون بحسن الخلق وبجودة خدماتهم..." لكن أحد الموظفين الذي يتحمل مسؤولية نقابية يقول" بأن الشركات حينما تتعاقد معها الإدارة لا تأتي بأطقم مهنية ذات خبرة في المجالات الصحية لذلك يضيف بأن الموارد البشرية التي تشتغل بالمستشفى والتي تنتمي إلى عالم القطاع الخاص تظل غريبة عن قطاع وزارة الصحة" هذه العبارة الأخيرة –تظل غريبة- تلخص طبيعة العلاقة بين الفئتين اللتين تشتغلان في المؤسسة الاستشفائية، إنها إذن علاقة متوترة لا تخدم شروط إقرار الحق في الصحة، ففي ظل بيئة مهنية مفعمة بالتشنج والتوتر واللامساواة المهنية يصعب معها كسب ثمار الحق في الصحة.

4 – الموضوعة الرابعة : من الهشاشة المهنية الى الهيمنة على التدبير

ثمت استنتاج فريد وصلنا إليه من خلال التحليل الموضوعاتي لمجمل الإجابات التي وردت على لسان العينة المبحوث معها، بأن البدايات الأولى لبعض الأفراد الذين ينتمون إلى العينة الثانية والموسومة بالهشاشة المهنية ستتسلق الحظوة والمكانة البارزة في نسق البنية الاستشفائية مع مرور الوقت وتعقد التدبير العمومي الاستشفائي.

يقول ذات النقابي المستجوب بأن أحد المكلفين بالحراسة يمتلك **اليد الطولة** في المستشفى بعد أن قضى زهاء عشر سنوات من العمل بالمستشفى كحارس، يقول بالعبارة التالية (**هو فكاك لوحايل**) بحيث تجد لديه الحل التقني والحل الاجتماعي، فهو التقني والمصلح والمرشد والمنبه والحارس داخل المستشفى يمتلك إذن "يقول ذات النقابي قدرات في بعض الأحيان لا يلعبها الموظف الذي تخرج من المعاهد والكليات" ويعلق على ذلك بأن ثمة مسألة غير عادية ومفارقة غريبة أن يحظى الغريب عن القطاع بكل هذه الحظوة فينفذ إلى التدبير بطريقة أو بأخرى.

يمكن الجزم بأن الإكراهات المادية التي جعلت مدبر الشأن الصحي ببلادنا يلتجئون إلى التعاقد مع الشركات الخاصة بشكل ملفت للانتباه في العقود الأخيرة من أجل تدبير مصالح وخدمات حيوية داخل المستشفيات والمراكز العلاجية كخدمة الحراسة، النظافة، البستنة، التغذية، الصيانة، التعقيم، حرق المتلاشيات الطبية...لم ترافقها بإقرار خصوصية القطاع الصحي أثناء التعاقد فكان لزاما أن تلزم الدولة هذه الشركات بضرورة وجود حد أدنى من التكوين والتكوين المستمر للموارد البشرية التي تشتغل معها.

خاتمة

قادتنا مسارات البحث في الإشكالية الرئيسية التي يطرحها موضوع الدراسة للوصول إلى الخلاصات الرئيسية التالية:

أولا: تدبير المنظومة الصحية المغربية عرف تحولات مؤسساتية وقانونية.

ثانيا: المسار الذي قطعته المنظومة الصحية بالمغرب لم يكن طبيعيا على مستوى الاختيارات المذهبية في التدبير.

ثالثا: الحضور القسري للقواعد القانونية المنتمية لعالم القطاع الخاص لم يساهم في تجويد العرض الصحي وتحقيق فعلية الحق في الصحة.

رابعا: البيئة المهنية التي افرزتها عملية المزاوجة القسرية بين هويات قانونية متمايزة افضت الى انتاج توترات مهنية مزمنة صعبت تحقيق مؤشرات صحية جيدة.

أمام هذه الخلاصات التي تتجه نحو منحى صعوبة الحفاظ على السيادة الصحية نقترح المقترحات التالية:

أولا: ضرورة بقاء الدولة ومؤسساتها كفاعل مهيمن في حقل الصحة العامة.

ثانيا: الدفع في اتجاه اشراك الجماعات الترابية في المنظومة الصحية.

ثالثا: ضرورة التحديد التشريعي للأدوار التي يمكن ان يقوم بها المجتمع المدني بشكل دقيق وحصري.

رابعا: إيجاد وبلورة الإطار التشريعي الملائم لإشراك القطاع الخاص في مسارات التدبير الصحي الذي يحمي ويعترف بخصوصية الصحة العامة، من قبيل إلزام الشركات المتعاقد معها بتكوين مواردها البشرية حول ماهية الصحة وقيمتها واهميتها بمعنى اخر الدفع في اتجاه انتاج شركات خاصة مهنية متخصصة في المجالات الصحية التدبيرية.

خامسا: الرقي بالموارد البشرية التي تنتمي الى القطاع الخاص والتي تشتغل في بعض المصالح التقنية التي لم تعد الدولة تديرها بشكل مباشر عبر موظفيها واطرها، ذلك ان انعدام الاستقرار المهني يستحيل معه تجويد الخدمات الصحية والحفاظ على

الشروط الموضوعية الكفيلة بضمان السيادة الصحية امام التنافسية التي يعبر عنها باقي الفاعلون في المجال الصحي.

لائحة المراجع

❖ الكتب

- الإبراهيمي زكرياء، الصحة والمجتمع دراسة سوسيولوجية لصحة والمرض بالمجتمع القروي المغربي، دار النشر فضاء أدم، المطبعة والوراقة الوطنية الداوديات مراكش، الطبعة الأولى 2016.
- الجابري عبد اللطيف، تأهيل الموارد البشرية، منشورات عالم التربية، مطبعة النجاح الجديدة، الدار البيضاء، طبعة 2012.
- زين الدين بلال أمين، المسؤولية الإدارية التعاقدية والغير التعاقدية، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، طبعة 2015.
- سعيد محمد أحمد باناجه، دراسة مقارنة حول الإعلان لحقوق الانسان ونصوص الميثاق الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية، طبعة الأولى، بيروت، 1985.
- على محمد محمد، مجتمع المصنع دراسة في على الاجتماع التنظيمي، الهيئة المصرية للكتاب، 1975.
- مختار عمر أحمد، معجم اللغة العربية المعاصرة، الطبعة الأولى، المجلد الأول، دار عالم الكتب، القاهرة، 2008.

❖ **المقالات**

- الزكرين نعيمة، الصديقي عبد الرحمان، العلاقات التعاقدية والشراكة بين القطاعين العام والخاص: آليات حديثة لتنفيذ السياسات العمومية في ميدان النقل واللوجيستيك، مجلة طنجيس للقانون والاقتصاد، العدد 6، 2019.
- السراجي المكي، عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص: محاولة في تحديد المفهوم والطبيعة، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، يناير-فبراير، العدد 132، 2017.
- عدنان رشيد، نشأة وتطور عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، مجلة مسالك في الفكر والسياسة والاقتصاد، عدد مزدوج 18-17، 2011.
- المراني مولاي هشام، المجتمع المدني في المغرب: النشأة والتطور والأدوار، مجلة الباحث للدراسات والأبحاث القانونية والقضائية، العدد 55 لشهر يونيو 2023.

❖ **Références en Français**

- A. Belghiti Alaoui, La SANTÉ dans les Objectifs de Développement Durable (ODD), Atelier de préparation à l'élaboration de la stratégie sectorielle santé Rabat le 27-28 déc. 2016.
- EL-MOUHDI Karima, PLAN « SANTÉ 2025 », Formation Continue-Meknès dans le Cadre de Préparation des EAP- Professionnels de Santé, Novembre 2021.
- Khalid SALMI, La couverture universelle en santé : Concepts, enjeux, progrès et défis au Maroc, Direction Régionale de la Santé Draa Tafilalt, 18 Oct.2019.
- Marty Frédéric, Voisin Arnaud, Trosa Sylvie, Les Partenariats Public-Privé, éditions La Découverte, Paris, 2006.
- Royaume du Maroc, ministère de la santé, ATELIER « HÔPITAL PUBLIC DU FUTUR ».

- Royaume du Maroc, ministère de la santé, Plan d'action 2019-2021_ Plan Santé 2025.
- Rodolphe Bourret, HOPITAL PUBLIC DU FUTUR, Présentation du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) système de santé français, Assistance technique pour l'accompagnement du programme d'appui à la réforme du secteur de la santé – PASS II Europe Aid /138013/DH/SER/MA, 24 janvier 2019 – AGADIR.
- Royaume du Maroc, Haut-Commissariat AU PLAN, Des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (1990-2015) aux Objectifs de Développement Durable (ODD) (2016-2030), 28 NOVEMBRE 2017.

الفصل الثالث عشر

مخاطر التطور العلمي والإعفاء من المسؤولية المدنية عن الأدوية المعيبة

Scientific development risks and the exemption from civil liability for defective medicines

نور الدين الكامل

دكتوراه في القانون الخاص، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بفاس.

ملخص: تسعى هذه الورقة إلى تسليط الضوء على مدى ملاءمة القوانين المنظمة للحقل الصحي، عن طريق دراسة الإعفاء من المسؤولية المدنية عن مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية، وأثره على توفير الحماية لمستعملي الأدوية؛ كما تسعى إلى تسليط الضوء على كيفية خلق التوازن بين الأهداف التي يسعى المشرع المغربي إلى تحقيقها من خلال القانون رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية، ومدونة الأدوية والصيدلة، وكذا القانون الإطار رقم 03.22 بمثابة ميثاق الاستثمار، والذي يهدف إلى تشجيع الصناعة الدوائية الوطنية وتحفيزها من أجل تمكينها من المنافسة في السوق الدوائية الدولية.

كلمات مفاتيحية: مخاطر التطور العلمي، الدواء، المسؤولية المدنية، الإعفاء من المسؤولية.

Abstract: This paper seeks to shed light on the appropriateness of the laws regulating the health field by studying the civil liability exemption from the scientific development risks on medicines field, also its impact on medicines users protection provided. Moreover, it seeks to shed light on how to create a balance between the purposes that the Moroccan legislature seeks to achieve through Law N°. 06.22 on the health system, the code of medicines and pharmacy, as well as the Framework Law N°. 03.22 as an investment charter, which aims to encourage and stimulate the national pharmaceutical industry in order to enable it to compete in the international pharmaceutical market.

Keywords: Scientific development risks, Medicine, Civil liability, Exemption from civil liability.

مقدمة

تعد مخاطر التطور العلمي، ذلك العيب الذي يوجد في الدواء منذ اللحظة الأولى لعرضه في السوق، لكن لا يتم التعرف عليه بسبب حالة المعرفة العلمية والتقنية المتوفرة لحظتها، والتي لم تسعف في اكتشاف هذا العيب أو التنبؤ به؛ وقد جعل قانون الالتزامات والعقود منها سببا لدفع المسؤولية المدنية[469]، بمعنى أن هذا القانون، اختار أن يقف إلى جانب العلم والتقنية، في مواجهة الحماية التي يجب توفيرها لمستعملي الأدوية.

وأهمية هذه الورقة أنها تسعى إلى رسم الحدود التي يجب أن يقف فيها القانون في مواجهة مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية، وذلك بتحليل المقتضيات التي جاء بها القانون المذكور في ضوء القوانين المنظمة للحقل الصحي ببلادنا، وبحث مدى سلامة موقف القانون المغربي بخصوص عدم استثناء الأدوية من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي، وإذا كان هذا القانون لا يشكل الاستثناء في هذا الصدد، حيث نجد القانون المدني الفرنسي سلك نفس المسلك تقريبا، عكس ما سلكته بعض التشريعات الأخرى كالتشريع الألماني والتشريع الإسباني، اللذين استثنيا الأدوية من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي.

وسيتم مناقشة كل ما سبق عن طريق محاولة الإجابة على الإشكالية التي مفادها: هل عدم استثناء الأدوية من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي، يعد أمرا مقبولا في ضوء مقتضيات القوانين المنظمة للحقل الصحي ببلادنا، ويحقق التوازن المنشود بين توفير الحماية لمستعملي الأدوية وتحفيز الصناعة الدوائية الوطنية للمنافسة في السوق الدولية؟

[469] ينص الفصل 106-9 (هـ) على: "تنتفي مسؤولية المنتج تطبيقا لهذا الباب، إذا تمكن من إثبات: ...هـ) أنه لم يكن ممكنا اكتشاف العيب بالنظر إلى ما وصلت إليه حالة المعرفة العلمية والتقنية أثناء عرض هذا المنتوج في السوق؛".

وستنطلق هذه الورقة من فرضية كون موقف القانون المغربي سليما، لتنتهي في الأخير، وبعد تحليل المقتضيات القانونية المذكورة إلى النتيجة الحقيقية لعدم استثناء الأدوية من نطاق مخاطر التطور العلمي؛ وتتمثل أهمية هذه الورقة في كونها ستعمل في تحليلها لمخاطر التطور العلمي على مراعاة خصوصية الأدوية باعتبارها منتوجات خطرة بطبيعتها، وتجد تطبيقا واسعا للعلم والتقنية في صناعتها وإنتاجها، كما ستراعي مقتضيات القوانين الصحية ذي الصلة، ومستجدات ميثاق الاستثمار الجديد، إضافة إلى بحث الضمانات الحمائية التي يجب توفيرها لمستعملي الأدوية، والكفيلة بتخفيف الآثار السيئة لمخاطر التطور العلمي المعفية من المسؤولية؛ وسيتم مناقشة كل ذلك، بتقسيم موضوع هذه الورقة إلى مبحثين يخصص الأول لمضمون مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية، في حين سيخصص الثاني، للمسؤولية المدنية عن مخاطر التطور العملي في مجال الأدوية.

أولا-مضمون مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية

سنعمل على توضيح مضمون مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية، ببيان مفهومها في نقطة أولى، ثم بيان شروط الأخذ بها في نقطة ثانية.

1-مفهوم مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية

تعرف مخاطر التطور العلمي عموما، بأنها "عيب لم تسمح حالة المعرفة العلمية والتقنية للمنتج باكتشافه لحظة عرضه المنتوج للتداول"[470]، كما تعرف أيضا بأنها "العيب الذي لم يتمكن المنتج –أو من يشبه به– من كشفه ولا تجنبه نظرا لأن حالة المعارف العلمية والتقنية التي وصلت إلى علمه بصفة موضوعية وقت وضع المنتوج في التداول لم تسمح له بذلك"[471]؛ بمعنى أن مخاطر التطور العلمي في مجال

[470] ميشيل دونو (Michel DUNEAU)، "الدواء و «مخاطر التطور» بعد قانون 19 ماي 1998"، مجلة الطب والقانون، العدد 34، يناير – فبراير 1999، ص 23.

[471] أبو بكر مهم، "المسؤولية المدنية الناجمة عن المنتوجات المعيبة، دراسة في الفصول 106-1 إلى 106-14 من ظ ل ع المضافة بمقتضى القانون 06-24"، المجلة المغربية للقانون والاقتصاد والتدبير، العدد 54، 2016، ص 172.

الأدوية، تعني ذلك العيب الذي يوجد في الدواء منذ اللحظة الأولى لعرضه في السوق، لكن لا يتم اكتشافه إلا في وقت لاحق على هذا العرض، وذلك بسبب التطور الحاصل في المعرفة العلمية والتقنية، والذي مكن من كشف وجود هذا العيب في الدواء.

ولما كان الأمر كذلك، فإننا نتساءل في هذا الصدد عن المعرفة العلمية والتقنية التي يعتد بها لحظة عرض الدواء في السوق، هل هي تلك المعرفة العلمية والتقنية التي كان يمكن لصانع الدواء التوصل إليها عن طريق إجراء الدراسات والتجارب قبل السريرية والتجارب السريرية؛ أم هي تلك المعرفة التي يتوصل إليها هو وغيره من الصناع والمجتمع العلمي؟ وهل يعتد بالمعرفة العلمية والتقنية المتوصل إليها محليا في النطاق الجغرافي لتسويق الدواء؛ أم يعتد بكامل المعرفة العلمية والتقنية المتوصل إليها في جميع أنحاء العالم؟

إن الوقوف على تعاريف مخاطر التطور العلمي الواردة أعلاه، يتبن أن تقدير مخاطر التطور العلمي يتم بشكل موضوعي، بمعنى أن تقدير عيب الدواء الناجم عن حالة المعرفة العلمية والتقنية، يجب أن يتم في ضوء كامل المعرفة العلمية والتقنية المتاحة لحظة عرض الدواء في السوق، وهي بذلك لا تخص فقط تلك المعرفة العلمية والتقنية التي يحصل عليها أو يمكن أن يحصل عليها صانع الدواء من الدراسات والتجارب قبل السريرية والتجارب السريرية، التي يقوم بها قبل عرض المنتوج الدوائي في السوق، وإنما هي كامل المعرفة العلمية والتقنية المتاحة، والتي يمكن الوصول إليها، ويتوصل إليها صانع الدواء المعني وغيره من الصناع والباحثين والمتخصصين في مجال ابتكار وصناعة الأدوية، ويجب أن تكون هذه المعرفة مستقرة وثابتة، ومتفق عليها.

بل أكثر من ذلك، ذهبت محكمة العدل الأوروبية في أحد قراراتها[472]، إلى تفسير عبارة "المعرفة العلمية والتقنية في وقت وضع المنتوج في التداول" الواردة في البند (e) من المادة 7 من التوجيه الأوروبي المتعلق بالمسؤولية عن فعل المنتوجات المعيبة،

[472] محكمة العدل الأوروبية، (الغرفة الخامسة)، القضية رقم C-300/95، مؤرخ في 1997/05/29، متاح على بوابة قانون الاتحاد الأوروبي، شوهد في 2023/03/11، في: bit.ly/3LVMvwd.

والذي يطابق البند (ه) من الفصل 106-9 أعلاه، بأنها "لا تشير تحديدا إلى الممارسات ومعايير السلامة المستخدمة في القطاع الصناعي الذي يعمل فيه المنتج، ولكن دون أي قيود، حالة المعرفة العلمية والتقنية، بما في ذلك المستوى الأكثر تقدما، كما كانت موجودة وقت تداول المنتوج المعني".

ما يعني أن المعرفة العلمية والتقنية التي يعتد بها، ليست هي تلك المتفق عليها في مجال صناعة وابتكار الأدوية فقط، وإنما هي كامل المعرفة العلمية والتقنية المتاحة، والموجودة في المجالات الأخرى، التي لها صلة بالدواء المعني وباستخداماته على المستوى الواقعي، والتي يُمَكّن استخدامها في صناعة وابتكار الدواء تلافي العيب الذي يشوبه.

هذا، أما بخصوص إمكانية الاعتداد بالنطاق الجغرافي للمعرفة العلمية والتقنية، فنستحضر هنا أحد القرارات الصادرة عن محكمة الاستئناف تولوز بفرنسا[473]، والذي جاء فيه بأنه "يجب أن يتم تقييم المعرفة العلمية والتقنية، بالمعنى المقصود في الفصل [1245-10 4°] من القانون المدني، بطريقة موضوعية بحتة، دون مراعاة صفات وقدرات المنتج. إن حالة المعرفة العلمية والتقنية هي الأكثر تقدما في العالم كما كانت موجودة وقت تداول المنتوج المعني".

ما يعني أنه لا يجب الاعتداد بحالة المعرفة العلمية والتقنية المتوافرة في النطاق الجغرافي الذي ينتمي إليه صانع الدواء، أو في النطاق الجغرافي الذي سيتم عرض الدواء به، وإنما يتم الاعتداد بكامل المعرفة العلمية الموجودة على المستوى العالمي والأكثر تطورا.

2- شروط الأخذ بمخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية

إن الصياغة التي جاء النص بها على مخاطر التطور العلمي في الفصل 106-9 من قانون الالتزامات والعقود، تمكن من القول إن الشروط الواجب تحققها في

[473] محكمة الاستئناف بتولوز، القرار رقم 01293/1999، مؤرخ في 2000/02/22، متاح على البوابة الرسمية للقانون الفرنسي، شوهد في 2023/03/12، في: bit.ly/3z6P4IX.

مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية، حتى تكون سببا مقبولا لدفع المسؤولية المدنية هي كالتالي: أ- استحالة العلم بالعيب أثناء عرض المنتوج الدوائي في السوق؛ ت- العلم بالعيب نتيجة تطور حالة المعرفة العلمية والتقنية.

أ-استحالة العلم بالعيب أثناء عرض المنتوج الدوائي في السوق

يقتضي هذا الشرط أن يكون عيب التطور العلمي موجودا مند لحظة عرض الدواء في السوق، لكن، ونظرا لحالة المعرفة العلمية والتقنية المتوافرة في تلك اللحظة، لم يكن في استطاعة الصانع اكتشاف هذا العيب، حيث إن أهم ما يميز مخاطر التطور العلمي، هي كونها مخاطر غير معروفة وغير قابلة للكشف، كما أنها غير قابلة للتحديد، ولا يمكن تجنبها؛ تؤثر على الدواء مند لحظة طرحه في السوق للتداول.

ونتيجة لذلك، فمتى كانت هناك إمكانية أو افتراض علمي معقول يمكّن من اكتشاف العيب الموجود في الدواء لحظة عرضه في السوق أو يمكن من تجنبه، فإنه لا يمكن القبول بمخاطر التطور العلمي كسبب لدفع المسؤولية المدنية، لأن الأصل هو كون الصانع يفترض فيه العلم بالعيوب الكامنة في الدواء[474]، والاستثناء الذي يحتاج إلى تبرير قانوني، هو عدم العلم بالعيوب الكامنة في الدواء لحظة عرضه في السوق، وهذا التبرير يتم عن طريق بيان عدم وجود أي إمكانية أو فرضية علمية تمكن أو تساعد على اكتشاف العيب الموجود في الدواء، أو تساعد على تجنبه مند اللحظة الأولى لعرضه في السوق.

ب-العلم بالعيب نتيجة تطورحالة المعرفة العلمية والتقنية

إن العيب الموجود في الدواء مند اللحظة الأولى لعرضه في السوق، لابد أن يكشف عنه التطور العلمي والتقني، اللاحق على المعرفة العلمية والتقنية الموجودة أثناء عرض هذا الدواء في السوق؛ أما إذا تبين أن العيب الذي تم الكشف عنه لا

[474] ينظر البند "ب" من الفصل 106-9 من قانون الالتزامات والعقود.

يتصل بتطور المعرفة العلمية والتقنية، كأن يكون عدم اكتشافه راجع لعدم قيام صانع الدواء بالأبحاث والتجارب اللازمة قبل عرض الدواء في السوق، فإن ذلك لا يعد من قبيل العيب الذي يظهر نتيجة التطور الطارئ على المعرفة العلمية والتقنية، وبالتالي لا يمكن دفع المسؤولية بالاستناد إليه.

إذا كان الأمر كذلك، فإن الصعوبة التي تثار هنا، والتي سيجد القضاء عناء كبيرا في تقديرها، هي تحديد حالة المعرفة العلمية أثناء عرض الدواء في السوق، إضافة إلى صعوبة تحديد التطور الطارئ على المعرفة العلمية والتقنية بعد عرض الدواء في السوق، وتزداد هذه الصعوبات تعقيدا، بكون تقدير حالة المعرفة العلمية والتقنية، سواء تلك الموجودة أثناء عرض الدواء في السوق، أو تلك الطارئة بعد عرض الدواء في السوق، يكون على المستوى العالمي وليس على مستوى النطاق الجغرافي الذي يعرض فيه الدواء، أو النطاق الجغرافي الذي يوجد فيه الصانع، كما سبقت الإشارة إلى ذلك.

لكن ما قد يجعل هذه الصعوبات لا تكتسي طابعا يمنع القضاء من تقرير الحماية لمستعلمي الأدوية، هو أن صانع الدواء، هو الملزم حسب مقتضى الفصل 106-9 من قانون الالتزامات والعقود، بإثبات أن الدواء لم يكن معيبا بالنظر لحالة المعرفة العلمية والتقنية أثناء عرضه في السوق، وهو الملزم أيضا بإثبات أن العيب المكتشف في هذا الأخير، إنما هو نتيجة للتطور الحاصل في المعرفة العلمية والتقنية، لكن رغم ذلك، فالصعوبة هنا لا تتصل بالإثبات، وإنما تتصل بالمعيار القانوني لتقدير حالة المعرفة العلمية والتقنية، وتقدير التطور الطارئ عليها، خاصة وأنها من أمور الواقع، ولها مفهوم واسع جدا، ولا تشمل مجال صناعة الأدوية فقط، وإنما تشمل جميع المجالات الصناعية الأخرى، والتي لها اتصال وثيق بالصناعة الدوائية وبالعيب المكتشف في الدواء.

إن الفيصل في تقدير حالة المعرفة العلمية والتقنية، والبحث عن كون العيب المكتشف في الدواء، أهو من قبيل العيوب التي تندرج ضمن تطور المعرفة العلمية

والتقنية أم لا، يكمن في تقديم جواب للسؤال التالي: هل كان بالإمكان من الناحيتين العلمية والتقنية إيجاد دواء أكثر إتقانا من الدواء المعني بمخاطر التطور العلمي في نفس لحظة عرض هذا الأخير في السوق؟

فإذا كان الجواب بـ "نعم"، أي الإقرار من الناحيتين العلمية والتقنية بإمكانية إيجاد دواء أكثر إتقانا من الدواء المعني بعيب التطور العلمي والتقني، فإن ذلك يعني أن حالة المعرفة العلمية والتقنية، كانت تسعف الصانع لتجنب العيب المكتشف في الدواء، وبالتالي، في هذه الحالة، لا يمكن قبول الدفع بمخاطر التطور العلمي للإعفاء من المسؤولية، لأن العيب المكتشف هنا لا يندرج ضمن هذه المخاطر.

أما إذا كان الجواب بـ "لا"، أي الإقرار من الناحيتين العلمية والتقنية بعدم وجود دواء أكثر إتقانا من الدواء المعني بعيب التطور العلمي، فإن ذلك يعني أن حالة المعرفة العلمية والتقنية، لم تكن لتسعف الصانع لتجنب العيب المكتشف في الدواء، وبالتالي، يجب قبول الدفع بمخاطر التطور العلمي، وإعفاء الصانع من تحمل المسؤولية.

وتأسيسا على ذلك، فإنه يتاح للقضاء طريقا أيسر من طريق البحث في حالة المعرفة العلمية والتقنية الموجودة لحظة عرض الدواء في السوق، وتتبع تطورها بعد ذلك، وهو طريق البحث في وجود صيغة بديلة ومتاحة أكثر إتقانا من صيغة الدواء المعيب بمخاطر التطور العلمي، وهذه الصيغة البديلة، يجب أن تكون متاحة لحظة عرض الدواء في السوق، وليس بعد عرضه في السوق، أو في لحظة اكتشاف العيب نتيجة التطور الطارئ في المعرفة العلمية والتقنية، لأنه وبصريح نص الفقرة الأخيرة من الفصل 106-3، لا يمكن اعتبار دواء معروض في السوق معيبا، – مهما كان نوع هذا العيب – لكون دواء آخر عرض بعده في السوق أكثر إتقانا[475].

ثانيا- المسؤولية المدنية عن مخاطر التطور العملي في مجال الأدوية

[475] ينص الفصل أعلاه (الفقرة الأخيرة) على: "لا يمكن اعتبار منتوج ينطوي على عيب لكون منتوج آخر إتقانا عرض لاحقا في السوق."

أثارت مسألة المسؤولية المدنية عن مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية، خلافا كبيرا بين الفقهاء والباحثين، حيث انقسموا إلى فريقين، أحدهما مؤيد لإعمالها في مجال الأدوية والآخر يرفض ذلك، كما أن التشريعات اختلفت كذلك حول هذا الموضوع، حيث نجد من بينها من استثنى الأدوية من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي بشكل صريح ومن لم يستثنيها من ذلك؛ وسنعرض لمختلف الآراء الفقهية والتوجهات التشريعية المقارنة في نقطة أولى، على أن نستبين موقف الفقه والباحثين المغاربة وكذا توجه التشريع المغربي في نقطة ثانية.

3- موقف الفقه والتشريعات المقارنة من المسؤولية عن مخاطر التطور العملي في مجال الأدوية

سنحاول بيان حجج الفقه والتشريعات المقارنة المؤيدة للمسؤولية عن مخاطر التطور العلمي في نقطة أولى، على أن نتناول حجج الفقه والتشريعات التي تستثني الأدوية من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي في نقطة ثانية

أ- الموقف المؤيد للمسؤولية عن مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية

قبل الإشارة إلى التشريعات التي استثنت الأدوية من نطاق تطبيق الدفع بمخاطر التطور العلمي، وبحث الأسباب الدافعة إلى ذلك، سنشير بشكل مقتضب إلى حجج فريق الفقهاء الذين يؤيدون تحميل الصانع المسؤولية المدنية عن مخاطر التطور العلمي، حيث يمكن التمييز في هذه الحجج والأسانيد بين ما هو ذي طبيعة قانونية محضة، وبين ما هو ذي طبيعة اقتصادية، ونجملها في التالي:

بالنسبة للحجج ذي الطبيعة القانونية يستند هذا الفريق من جهة، إلى أن إعطاء إمكانية دفع المسؤولية المدنية بسبب مخاطر التطور العلمي لصانع الدواء، يعد تراجعا عن الأساس الموضوعي الذي تقوم عليه مقتضيات المسؤولية الناجمة عن المنتوجات المعيبة، وبشكل عودة بطريق غير مباشر إلى المسؤولية القائمة على الخطأ، حيث إن القول بأن صانع الدواء يمكنه دفع مسؤوليته استنادا إلى استحالة علمه بالعيب الموجود في الدواء، نتيجة لما توفره حالة المعرفة العلمية والتقنية أثناء عرض

هذا الدواء في السوق، يعني في حقيقة الأمر أن المسؤولية هنا تقوم على خطأ مفترض قابل لإثبات العكس[476]، ولعل ذلك يتنافى مع الغاية التي من أجلها أحدث نظام المسؤولية الناجمة عن المنتوجات المعيبة، والمتمثلة في تشديد مسؤولية الصناع عن أضرار منتوجاتهم الصناعية المعيبة، وضمان وجود مسؤول ينهض بالتعويض الواجب للمتضررين من جمهور المستهلكين.

ومن جهة أخرى، يستند هذا الفريق إلى طبيعة مخاطر التطور العلمي، حيث يصعب من الناحية القانونية إدراجها ضمن دائرة الأسباب الخارجية أو الأجنبية التي تعفي صانع الدواء من المسؤولية المدنية[477]، وذلك لكون هذه المخاطر، كما سبقت الإشارة، على الرغم من أنها لا يمكن العلم بها ومستحيلة الدفع، فهي صفة داخلية توجد في الدواء مند عرضه في السوق لأول مرة، لذلك فإنه من الناحية القانونية، لا مسوغ مقبول في اعتبارها سببا لدفع مسؤولية صانع الدواء.

هذا، أما بالنسبة للحجج ذي الطابع الاقتصادي، فإن فريق المؤيدين للمسؤولية عن مخاطر التطور العلمي، يبررون موقفهم بكون صانع الدواء هو الشخص الأفضل والأكثر قدرة على تحمل التكاليف المالية اللازمة لاحتواء مخاطر التطور العلمي، حيث يمكنه التأمين عنها وإضافة أقساط التأمين إلى التكلفة الاجمالية للدواء التي سيؤديها مستعملوه[478]؛ وهكذا تتلاشى التكلفة المالية لمخاطر التطور العلمي، ولا تصير عقبة أمام صانع الدواء في ابتكار وتطوير الأدوية.

---

[476] حسن عبد الباسط جميعي، مسؤولية المنتج عن الأضرار التي تسببها منتجاته المعيبة "دراسة مقارنة في ضوء تطور القضاء الفرنسي وصدور القانون الفرنسي بشأن مسؤولية المنتج عن عيوب المبيع في 19 مايو 1998"، (القاهرة: دار النهضة العربية، 2000)، ص 266.

[477] ينظر: علي فتاك، حماية المستهلك وتأثير المنافسة على ضمان سلامة المنتج، (الإسكندرية: دار الفكر الجامعي، 2014)، ص 418.

[478] ينظر: عبد الجليل ذياب حمد المشهداني، المسؤولية المدنية لمنتجي الدواء عن عيوب المنتجات الدوائية، (الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة، 2020)، ص 198.

وهذا المبرر الأخير، هو نفسه الذي برر به الفقه الأمريكي المسؤولية المدنية الناجمة عن المنتوجات المعيبة[479]، والتي تعرف في الولايات المتحدة الأمريكية، المنشأ الأصلي لهذا النوع من المسؤولية، باسم المسؤولية المشددة، ما يعني أن التأمين عن مخاطر التطور العلمي من قبل صانع الدواء، لا يتنافى في الحقيقة مع الأساس الذي تقوم عليه المسؤولية الناجمة عن المنتوجات المعيبة.

هذا، وبالرجوع إلى التشريعات المقارنة التي استثنت الأدوية من نطاق الدفع بمخاطر التطور العلمي، نجد أبرزها التشريع الألماني، حيث وإن كان الفضل في إدراج هذا الدفع في توجيه الاتحاد الأوروبي رقم 85/374/CEE المتعلق بالمسؤولية عن فعل المنتوجات المعيبة، يعود للوفد الألماني المشارك في صياغة هذا التوجيه[480]، إلا أنه في ألمانيا تم استثناء الأدوية من نطاق تطبيق نظام المسؤولية عن فعل المنتوجات المعيبة بشكل عام، حيث ينص القانون الصادر في 15 دجنبر 1989 المتعلق بالمسؤولية عن المنتوج، كما تم تعديله مؤخرا بالمادة 5 من القانون الصادر في 17 يوليوز 2017، في القسم 15 على أن مقتضيات هذا القانون لا تسري على الأدوية المعدة للاستعمال البشري، والتي يتم توزيعها على المستهلك في إطار القانون الألماني المتعلق بالمنتوجات الطبية، والتي تخضع لتصريح التسويق الإجباري، أو التي تستثنى من ذلك بموجب مرسوم، وذلك في الحالات التي تتسبب فيها في وفاة شخص ما أو تلحق به ضرر صحي أو جسدي.

ولعل السبب في هذا الاستثناء من قبل المشرع الألماني، يعود في أساسه إلى كون القانون المتعلق بالمنتوجات الطبية، ينص على نظام خاص بالمسؤولية عن الأضرار التي تتسبب فيها الأدوية، وهو من أشد أنظمة المسؤولية صرامة تجاه صانعي الأدوية،

---

[479] ينظر: وليام ل. بروسر (William L. PROSSER)، "الاعتداء على القلعة (المسؤولية المشددة تجاه المستهلك)"، مجلة القانون ييل، العدد 7، يونيو 1960، ص 1120؛ روجر ج. ترينور (Roger J. TRAYNOR)، "سبل ومعاني المنتوجات المعيبة والمسؤولية المشددة"، مجلة القانون تينيسي، العدد 3، ربيع 1965، ص 366.

[480] ينظر: جينيفيف فيني (Geneviève VINEY)، باتريس جوردين (Patrice JOURDAIN)، المطول في القانون المدني بإشراف جاك غستين (Jacques GHESTIN): شروط المسؤولية، (باريس: دلتا، 1998)، ص 327.

وأكثرها حماية لمستعملي الأدوية، حيث تعد المسؤولية فيه مطلقة[481]، لا يشترط في قيامها إلا إثبات الضرر وعلاقته بالدواء ليستحق المتضرر التعويض.

وبالبحث في المبررات الواقعية التي دفعت المشرع الفيدرالي الألماني إلى تبني نظام المسؤولية المطلقة عن أضرار الدواء، واستثناء هذه الأخيرة من نطاق تطبيق نظام المسؤولية الناجمة عن المنتوجات المعيبة، ومن تم استثنائها من نطاق الدفع بمخاطر التطور العلمي؛ نجد أنه يعود بالدرجة الأولى إلى ما خلفه دواء ثاليدومايد، الذي كان صانعه شركة أدوية ألمانية تدعى جرونينثال، أنتجته في عام 1957، وتم تسويقه في ستينيات القرن الماضي على أساس علاج الغثيان لدى الحوامل[482]، حيث أدى استعماله إلى التسبب في أضرار فادحة للأجنة الذين استعملت أمهاتهم هذا الدواء[483]، وولدوا مصابون بتَفَقُّمِ الأطراف وتشوهات خلقية في القلب والأذن الداخلية والخارجية والأعين كذلك، وكانت حصيلة الأطفال المصابون في ألمانيا وحدها حوالي 2500 طفل[484].

إذن، فموقف ألمانيا صاحبة دفع المسؤولية استنادا إلى مخاطر التطور العلمي، من تطبيق هذا الدفع في مجال الأدوية مفهوم، ويفسر بأزمة دواء الثاليدومايد، التي عجلت بوضع نظام خاص للمسؤولية عن أضرار الأدوية سنة 1979، وهو التاريخ الذي يسبق تاريخ (1985) إصدار التوجيه الأوروبي رقم 85/374/CEE، السابق

---

[481] ينظر القسم 84 من القانون الألماني المتعلق بالمنتوجات الطبية.

[482] في نفس الاتجاه، ينظر: يوري لوبيز كاسال (Yuri López Casal)، "مخاطر التنمية في سياق المسؤولية المدنية عن المنتوجات المعيبة"، مجلة العلوم القانونية، العدد 158، ماي – غشت 2022، ص 4.

[483] للمزيد حول حادثة دواء ثاليدومايد ينطر: آن دالي (Ann Dally)، "ثاليدومايد: هل كان من الممكن منع المأساة؟" مجلة لانسيت، العدد 9110، 18 أبريل 1998، ص 1197؛ جيمس هـ كيم (James H. Kim) وأنتوني ر. سيالي (Anthony R. Scialli)، "الثاليدومايد: مأساة العيب الخلقي والعلاج الفعال للمرض"، مجلة علوم السموم، العدد 1، يوليوز 2011، ص 1.

[484] ينظر: فابريسيو اسبينوزا مانتيلا (Fabricio Mantilla Espinosa)، فرانسيسكو تيرنيرا باريوس (Francisco Ternera Barrios)، "مخاطر التطور في المسؤولية عن المنتوجات بموجب القانون الكولومبي"، مجلة القانون والممارسة، السنة 20، العدد 1، 2014، ص 60.

الذكر، لذلك فهو لا يتوسع في القياس عليه، ولا يعتد به إلا في حدود ضيقة جدا، لأنه وببساطة، يرجع إلى حادث تاريخي، خلف وضعا اجتماعيا يستحق مثل الخطوة التي أقدم عليها المشرع الفيدرالي الألماني حينها[485]، والتي صار الرجوع عنها فيما بعد صعب، بسبب ما سيخلف ذلك من آثار اجتماعية وسياسية.

ومن التشريعات التي استثنت أيضا الأدوية من نطاق تطبيق الدفع بتوافر مخاطر التطور العلمي بشكل صريح، نجد القانون الإسباني المتعلق بالمسؤولية عن الأضرار الناجمة عن المنتوجات المعيبة[486]، المضاف إلى قانون حماية المستهلكين والمستعملين، حيث تنص المادة 140 (البند 3) من هذا الأخير، على أن المسؤولين عن الأدوية المعدة للاستعمال البشري، لا يسمح لهم دفع المسؤولية بموجب مخاطر التطور العلمي المنصوص عليها في الحرف (e) من البند (1) من نفس المادة المذكورة.

وبالرجوع إلى قانون الضمانات والاستخدام الرشيد للأدوية والمنتوجات الصحية الإسباني[487]، نجده لا يُخضع الأدوية المعدة للاستعمال البشري لأي نظام خاص بالمسؤولية المدنية، ما يعني أنه، وعلى غرار التشريع المغربي المتعلق بالأدوية المعدة للاستعمال البشري، تبقى المسؤولية المدنية المنصوص عليها في القواعد العامة للقانون، كالقانون المدني الإسباني (قانون الالتزامات والعقود المغربي) وقانون حماية المستهلكين والمستعملين، هي الواجبة التطبيق عن الأضرار التي تتسبب فيها الأدوية، ما يعني أنه ووفقا لهذا القانون الأخير فمخاطر التطور العلمي لا تطبق في مجال الأدوية في إسبانيا.

---

[485] يذكرنا هذا الأمر بالخطوة التي أقدم عليها المغرب بعد حادثة الزيوت المسمومة الشهيرة عام 1959، حيث أُصدر حينها الظهير رقم 1.59.380 في الزجر عن الجرائم الماسة بصحة الأمة، (ج.ر.ع. 2453 صادرة في 1959/10/30)، يعاقب بموجب الفصل الأول منه بالإعدام، الأشخاص الذين يقومون عن تبصر بالإتجار أو صنع أو مسك أو توزيع أو العرض للبيع أو بيع منتوجات معدة للتغذية البشرية تشكل خطرا على الصحة العمومية.

[486] منشور في الجريدة الرسمية الإسبانية (BOE)، العدد 161، صادرة بتاريخ 1994/07/07، ص 21737.

[487] المرسوم التشريعي الملكي 2015/1 صادر بتاريخ 2015/07/24 بالموافقة على النص الموحد لقانون الضمانات والاستخدام الرشيد للأدوية والمنتوجات الصحية، منشور بـ ج.ر.إ. (BOE)، العدد 177، صادرة في 2015/07/25.

ويمكن تبرير الموقف الإسباني هذا، حسب بعض الباحثين[488]، بما حدث في هذه الدولة في بداية الثمانينيات من القرن الماضي، حيث بالإضافة إلى الأضرار التي ألحقها دواء الثاليدومايد بعدد من الأطفال الإسبان، والذي ما تزال الدعاوى المرتبطة به تثار أمام المحاكم الإسبانية وتصدر بها الأحكام القضائية إلى حدود عام 2013[489]، فإنه كان هناك تسمم لأكثر من 15000 شخص بسبب استهلاك زيت بذور اللفت الشهيرة باسم زيت الكانولا؛ وهذا التبرير يعضده ويرجحه نص البند 3 من المادة 140 من قانون حماية المستهلكين والمستعملين، والذي في استثنائه للأدوية من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي، أورد معها كذلك الأغذية والمنتوجات الغذائية المعدة للاستهلاك البشري، ما يعني أنه في ظل القانون المذكور تمت تسوية الأدوية بالأغذية والمنتوجات الغذائية، لذلك فالتبرير أعلاه في محله.

لكن، الملفت في الموقف الإسباني بخصوص مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية، هو أنه يتسم بالازدواجية، حيث إذا كان تطبيق هذه المخاطر في مجال الأدوية غير مقبول بصريح نص البند 3 من المادة 140 من قانون حماية المستهلكين والمستعملين، فإنه يتم تطبيقها في مجال الأدوية عندما يكون المسؤول عن أضرارها، هو أحد أشخاص القانون العام، وذلك بمقتضى نص المادة 141 (البند 1) من النظام القانوني للإدارات العامة والإجراءات الإدارية المشتركة[490]، كما تم تتميمه وتعديله، حيث تنص هذه المادة على أن "... الأضرار الناجمة عن أفعال أو ظروف لم يكن من الممكن توقعها أو تجنبها وفقا لحالة المعرفة العلمية أو التقنية الموجودة وقت توليد تلك الأفعال تكون غير قابلة للتعويض..."، وهو ما يعني أنه في الحالة التي يكون فيها مثلا، المسؤول عن الأدوية هو مستشفى عمومي أو أي مؤسسة أخرى من مؤسسات

---

[488] ينظر: فابريسيو اسبينوزا مانتيلا، فرانسيسكو تيرنيرا باريوس، ص 60؛ يوري لوبيز كاسال، ص 23.

[489] ينظر: بابلو سلفادور كودرش (Pablo Salvador Coderch) وآخرون، "الأضرار المتأخرة، أفيت (Avite) [جمعية ضحايا الثاليدومايد في إسبانيا] ضد غرونتال، تعليق على قرار محكمة مدريد الابتدائية رقم 90، مؤرخ في 2013/11/19، بشأن الأضرار التي سببها الثاليدومايد"، مجلة إندريت لتحليل القانون، العدد 1، 2014، ص 1-30.

[490] القانون 1992/30، مؤرخ في 1992/11/26، بشأن النظام القانوني للإدارات العامة والإجراءات الإدارية المشتركة، منشور في ج.ر.ع. 285 الصادرة بتاريخ 1992/11/27.

الدولة، فإنه يمكن، حسب المادة المذكورة أعلاه، لهذه المؤسسات دفع المسؤولية الواقعة على عاتقها بالتذرع بمخاطر التطور العلمي.

وقريب من هذه الازدواجية التي تميز القانون الاسباني بخصوص مخاطر التطور العلمي، يتميز القانون الفرنسي هو الآخر بموقف غريب، حيث يستثني من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي، بعض الأدوية فقط دون الأخرى، وهي الأدوية المشتقة من جسم الإنسان أو التي تحتوي على عنصر من عناصر الجسم البشري، إذ ينص الفصل 1245-11 من القانون المدني الفرنسي على أنه "لا يجوز للمنتج الاحتجاج بسبب الإعفاء المنصوص عليه في المادة 1245-10 (البند 4)[491]، عندما يكون الضرر ناتجا عن عنصر من عناصر الجسم البشري أو عن منتوجات مشتقة منه".

ويفسر موقف القانون الفرنسي، بما وقع في فرنسا بين أواخر الثمانينيات وبداية التسعينيات من القرن الماضي، حيث ظهرت فضائح خطيرة تمثلت في إصابة عدد كبير من الأشخاص بعدوى التهاب الكبد الوبائي وبداء فقدان المناعة المكتسبة، نتيجة نقل دم ملوث بهذه الأمراض إليهم[492]، لذلك لم يكن من الممكن في فرنسا لدواع اجتماعية، اخضاع الأدوية التي تحتوي على عناصر من جسم الإنسان أو المشتقة منه للدفع بمخاطر التطور العلمي، لذلك تم استثناؤها دون غيرها من نطاق تطبيق الدفع بتوافر مخاطر التطور العلمي.

هكذا، ونتيجة لكل ما سبق، يمكن القول، إن التشريعات التي فضلت إقامة المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية بالشكل المار بنا، إنما هي نتيجة طبيعية لحوادث تاريخية، حتمت على التشريعات المذكورة أعلاه، اتخاذ موقف عدم

[491] ينص هذا البند من الفصل 1245-10 من ق.م.ف. على: "أن حالة المعرفة العلمية والتقنية، وقت طرح المنتوج للتداول، لم تسمح باكتشاف العيب".

[492] للمزيد حول هذا الموضوع، ينظر: أحمد السعيد الزقرد، تعويض ضحايا مرض الإيدز والتهاب الكبد الوبائي بسبب نقل دم ملوث، (الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة، 2007)، ص 42.

قبول مخاطر التطور العلمي كسبب لإعفاء المسؤولين عن الأدوية من المسؤولية المدنية، ولم تكن الغاية من ذلك هو توفير الحماية لمستعملي الأدوية.

أما بالنسبة للفقه المؤيد لتحميل المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي للمسؤولين عن الأدوية، فإن ما يستندون إليه من حجج تبقى محل نظر، ولا يمكن القطع بشأنها دون الاطلاع على حجج وأسانيد فريق الفقهاء الرافضين لتحميل المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي للمسؤولين عن الأدوية، وكذا المبررات التي استندت إليها التشريعات التي أعملت هذه المخاطر في مجال الأدوية.

وسنتعرض لآراء الفريق الأخير في النقطة التالية.

ب- الموقف الرافض للمسؤولية عن مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية

إن أصحاب هذا الموقف، انطلقوا في حججهم وأسانيدهم لرفض المسؤولية المدنية عن مخاطر التطور العلمي، من مقتضيات المسؤولية الناجمة عن المنتوجات المعيبة نفسها، قبل أن يحاولوا الرد على حجج الفريق الآخر المؤيد للمسؤولية عن مخاطر التطور العلمي؛ وسنتطرف لهذه الحجج والأسانيد الفقهية في البداية، ثم نعرج على بعض التشريعات التي تبنت هذا الموقف لبيان مبرراتها في ذلك.

إن أول ما انطلق منه هذا الفريق هو مفهوم العيب[493]، الوارد في الفصل 6 من التوجيه الأوروبي رقم 85/374/CEE، السابق الذكر، والذي يقابله بنفس المعنى الفصل 106-3 من قانون الالتزامات والعقود المغربي[494]، حيث يتم تقييم العيب الموجود في الدواء انطلاقا من التوقعات المعقولة لمستعمليه، وهذه التوقعات تأخذ بعين الاعتبار الظروف المحيطة بوقت عرض الدواء في السوق، ولما كانت حالة المعرفة العلمية والتقنية أحد عناصر تقييم التوقع المعقول الذي يتم تقدير توافر العيب على أساسه، فإنه أثناء عرض الدواء في السوق وأخذا بعين الاعتبار عدم إمكانية العلم

[493] ينظر: حسن عبد الباسط جميعي، ص 265؛ عبد الجليل ذياب حمد المشهداني، ص 201.

[494] يقابلهما وبنفس الصيغة، الفصل 1245-3 من القانون المدني الفرنسي، والفصل 137 (1) من قانون حماية المستهلكين والمستعملين الإسباني، والقسم 3 من قانون المسؤولية عن المنتوجات المعيبة الألماني.

بالعيب وما يتسبب فيه من أضرار، فإن هذا الدواء لا يعد معيبا، وهو ما يعني بالضرورة عدم قيام المسؤولية في حق المسؤول عنه.

إضافة إلى ذلك، يبرر الفريق الرافض للمسؤولية عن مخاطر التطور العلمي موقفهم بما ورد في الفقرة الأخيرة من الفصل 6 من التوجيه الأوروبي المذكور أعلاه، والتي تقابلها بنفس الصيغة الفقرة الأخيرة من الفصل 106-3 من قانون الالتزامات والعقود المغربي، حيث تأكد على أن عرض دواء آخر في السوق أكثر إتقانا من دواء معروض قبله في السوق، لا يؤدي إلى اعتبار هذا الأخير معيبا؛ وهو ما يعني في نظر هؤلاء[495]، أن التطور الذي يحصل في العلم والتقنية ويؤدي إلى ايجاد أدوية أكثر إتقانا وجودة، لا يضفي طابع العيب على تلك الأدوية المعرضة قبل هذه الأخيرة في السوق والتي تقل عنها جودة وإتقانا.

فضلا عن ذلك، اعتبر هذا الفريق أن إقامة المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي، مدعاة للجمود وعدم أخذ روح المبادرة لإنجاز الأبحاث لابتكار أدوية جديدة، حيث إن التخوف من التبعات القانونية التي يمكن أن تحصل جراء اكتشاف التطور العلمي والتقني للعيوب الموجودة في الأدوية، سيؤدي لا محالة إلى الإحجام عن تطوير الأبحاث وابتكار أدوية جديدة[496]، وعلى النقيض من ذلك، فالإعفاء من المسؤولية عن هذه المخاطر، سيؤدي إلى الابتكار والتجديد في مجال الأدوية دون خوف أو خشية من وجود مخاطر غير معروفة وقت عرض الدواء في السوق بحسب حالة المعرفة العلمية

[495] في هذا الاتجاه، ينظر: محمد صاحب كاظم الحبابي، المسؤولية المدنية الناشئة عن المنتجات الطبية المعيبة ((دراسة مقارنة))، (القاهرة: المركز القومي للإصدارات القانونية، 2022)، ص 135.

[496] ينظر: عبد الرحمان الصافي، إصلاح مؤسسة المسؤولية المدنية في ضوء التحولات القانونية والاقتصادية والاجتماعية المعاصرة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، فاس، سنة 2021، ص 258.

والتقنية قد تثير المسؤولية، وهو الشيء الذي يعزز روح المبادرة والابتكار ويدفع عجلة التطور إلى الأمام[497].

كما أن هذا الفريق يستند في حججه إلى القاعدة القائلة "لا تكليف بمستحيل"، حيث يرى أن تقرير المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي، هو تقرير لـ "التزام بمستحيل"[498]، فصانع الدواء ليس بمقدوره التعرف على عيب التطور العلمي أثناء عرض الدواء في السوق، لذلك فتحميله المسؤولية على الرغم من ذلك، هو إلزامه بالوفاء بما هو مستحيل بشريا؛ ومعلوم أن ذلك مما يأباه القانون، إذ لا يصح قانونا التكليف بما هو مستحيل سواء كانت هذه الاستحالة لذاتها، كالاستحالة التي قد تطبع العلم نفسه، بحيث يكون عاجزا عن كشف العيب الموجود في الدواء أثناء عرضه في السوق، أم كانت لغيرها، كأن يستحيل على الصانع الوصول، مثلا، إلى الأدبيات العلمية التي يمكنه من خلالها العلم بالعيب الموجود في الدواء أثناء عرضه في السوق، أو كأن تكون هذه الاستحالة ترجع إلى القانون الذي يمنع إجراء بعض الأبحاث والتجارب السريرية، والتي كان إجراؤها سيكشف العيب.

وما تجدر الإشارة إليه، هو أن فقهاء هذا الفريق يرفضون تبرير المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي بنظرية المخاطر الموزعة، إذ يشيرون إلى أن التبرير لا ينبغي أن يكون جزاءً على الالتزام بمستحيل[499]، إضافة إلى ذلك، فالتأمين ليس دائما متوفر، وقد تكون تكلفته باهظة جدا بالنسبة للأدوية المبتكرة، حيث إن مخاطر هذه الأخيرة، لا تُعرف إلا بعد مدة طويلة من عرضها في السوق[500]، واستعمالها في ظروف الاستعمال العادية من قبل عدد كبير من المستعملين، وهو ما يؤدي في الغالب إلى

---

[497] ينظر: درع حماد، "المسؤولية المدنية عن مخاطر التطور التقني"، مجلة كلية الحقوق، جامعة النهرين، العدد 1B، المجلد 8، 2006، ص 227-228.

[498] ينظر: المرجع نفسه، ص 228-229.

[499] علي فتاك، ص 419.

[500] ينظر: مارك ميلدريد (Mark Mildred) وجيرينت هاولز (Geraint Howells)، "تعليق على 'مخاطر التنمية: أسئلة لم تتم الإجابة عنها'" مجلة القانون الحديث، المجلد 61، العدد 4، يوليوز 1998، ص 570.

عدم قبول شركات التأمين تغطية هذا النوع من المخاطر غير المعروفة، والتي تستعصي عن الخضوع للمعايير التي يتم على أساسها تقييم عملية التأمين وتحديد أقساطها.

هذا، وقد كتب التوفيق للموقف الرافض لإقامة المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي، حيث نجح في التأثير على جل التشريعات الأوروبية، باستثناء التشريعات المذكورة آنفا، والتي نصت على كون مخاطر التطور العلمي تعد من أسباب دفع المسؤولية، والمبرر في ذلك هو تحقيق الأهداف الرئيسية للاتحاد الأوروبي، والتي كانت تتغيا تطوير النمو وزيادة القدرة التنافسية وكذا تقليل البطالة[501]؛ حيث لاحظ الاتحاد الأوروبي أنه "من الضروري خلق بيئة قانونية تحفز تطوير ... الاستثمارات وتضمن استخدامها في المصلحة العامة"[502]، وأن "الحماية القانونية الفعالة هي حافز حيوي للابتكار"[503]، لذلك تظل هناك الحاجة إلى "أن تتكيف القواعد الحالية باستمرار مع الظروف الجديدة التي يجلبها الابتكار التكنولوجي"[504].

ومن جانبنا، فإننا نركن إلى هذا التوجه الجدير بالاعتبار، ليس لكون قانون الالتزامات والعقود حسم الأمر ولم يترك مجال للنقاش، بنصه على عدم قيام المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي بموجب الفصل 106-9 (هـ)، وإنما لاعتبارات أخرى ذي طبيعة اقتصادية تنموية، تتماشى مع التوجه الذي ترسمه الدولة المغربية في الوقت الراهن من خلال ميثاق الاستثمار الجديد[505]، والذي يهدف إلى تشجيع تواجد المقاولات المغربية على الصعيد الدولي، بما في ذلك مقاولات الصناعة الدوائية؛

---

[501] كريستوفر هودجز (Christopher Hodges)، "مخاطر التنمية: أسئلة لم تتم الإجابة عنها"، مجلة القانون الحديث، المجلد 61، العدد 4، يوليوز 1998، 562.

[502] المفوضية الاوروبية، الورقة البيضاء، النمو والقدرة، التنافسية والعمل - التحديات وسبل المضي قدما في القرن الحادي والعشرين، لوكسمبورغ: مكتب المنشورات الرسمية للجماعات الأوروبية، 1994، ص 112.

[503] لجنة الجماعات الأوروبية، الورقة الخضراء حول الابتكار، 688 (95) COM نهائي، 1995/12/20، ص 14.

[504] المرجع نفسه.

[505] ظهير شريف رقم 1.22.76 صادر في 2022/12/09 بتنفيذ القانون-الإطار رقم 03.22 بمثابة ميثاق الاستثمار، ج.ر.ع. 7151، سنة 2022.

ومما لا شك فيه أن تحقيق ذلك رهين بتوفير بيئة قانونية كفيلة بتحفيز هذه المقاولات على الابتكار والتصنيع، كما هو الشأن بالنسبة لعدم مساءلتها عن مخاطر التطور العلمي.

فضلا عن ذلك، فإن ما يشجع على تبني هذا الموقف، هو ما يعرفه قطاع الصحة ببلادنا في الوقت الحالي من إصلاحات، والتي تتغيا تعزيز تنمية الصناعة الدوائية المحلية، وتشجيع تطوير الأدوية الجنيسة، وكذا تشجيع وتطوير البحث العلمي في مجال الدواء والعلوم الطبية والصحية[506]؛ ولا يجب أن يقف نظام المسؤولية المدنية عائقا أمام تحقيق كل ذلك.

كما أن توجه الدولة حاليا نحو تعميم نظام التغطية الصحية، قد يكون مدخلا يكفل الحماية مستقبلا لمن يتضرر من مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية.

لكن رغم كل هذه الدوافع، فالتسليم بكون القانون المغربي لا يرتب المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية يبقى محل لبس، وذلك في ظل وجود المادة 11 من مدونة الأدوية والصيدلة، وتأويل الفقه والباحثين المغاربة لها؛ وسنحاول فك خيوط هذا اللبس وإبداء رأينا فيه من خلال النقطة التالية.

4- موقف التشريع المغربي من المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية

سنحاول بيان الموقف الحقيقي للقانون المغربي من تطبيق مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية في نقطة أولى، ثم نبحث السبل القانونية الكفيلة بحماية المتضررين من مخاطر التطور العلمي في نقطة ثانية.

أ- تقدير موقف قانون الالتزامات والعقود في ضوء قوانين الأدوية والصيدلة

تقضي القاعدة الفقهية المعتبرة بأن "الخاص مقدم على العام"، وباعتبار قانون الالتزامات والعقود قانونا عاما لا يطبق إلا في حالة انعدام وجود النص الخاص، فإن

[506] وذلك حسب المادة 7 من القانون رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية، منشور بـ ج.ر.ع. 7151، سنة 2022.

تنصيصه على انعدام المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي، لن يعمل به في الأدوية إلا في الحالة التي لا يوجد فيها نص في مدونة الأدوية والصيدلة، يقضي بإعمال أو استبعاد مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية.

وبالرجوع إلى المادة 11 من المدونة الأخيرة، والتي تعد سند الفقه والباحثين المغاربة في القول باستبعاد المشرع تطبيق مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية[507]، نجدها تنص على ما يلي: "لا يعفي القيام بالإجراءات المنصوص عليها في المادة 8 أعلاه الصانع أو/والحاصل على الإذن بالعرض في السوق، من تحمل المسؤولية التي قد تقع على عاتق أحدهما أو كليهما حسب الحالة بموجب أي تشريع آخر جاري به العمل وذلك بسبب عيب في صنع الدواء أو عندما تظهر على المدى القصير أو المتوسط أو البعيد تأثيرات ضارة وغير متوقعة للدواء بعد عرضه للاستهلاك."

وقبل التعليق على مضمون هذه المادة، نود تسجيل ملاحظتين على القول بأن المشرع عندنا، ومن خلال هذه المادة، استبعد تطبيق دفع مخاطر التطور العلمي في الأدوية، بمعنى أن المسؤولية تقوم عن هذه المخاطر في مجال الأدوية، وهي كالتالي:

- إن صدور المادة 11 من مدونة الأدوية والصيدلة ودخولها حيز التطبيق سابق على صدور ودخول الفصل 106-9 (هـ) حيز التطبيق[508]؛ لذلك فالقول بأن هذه المادة تستثني ما جاء في مضمون هذا الأخير اللاحق عليها، هو قول مجانب للمنطق السليم، ولا يجب الالتفات إليه، وذلك لسبب بسيط هو أن تاريخ صدور المادة 11 من مدونة الأدوية والصيدلة، لم يكن التشريع المغربي يعرف دفعا بمسمى مخاطر التطور العلمي.

---

[507] ينظر: عبد القادر العرعاري، مصادر الالتزامات الكتاب الثاني المسؤولية المدنية، (الرباط، مكتبة دار الأمان، 2021)، ص 422؛ عبد الحق صافي، الوجيز في القانون المدني، الجزء الثاني، المصادر غير الإرادية للالتزام (المسؤولية المدنية والإثراء بدون سبب)، (الدار البيضاء، مطبعة النجاح الجديدة، 2021)، ص 323؛ الصافي، ص 207.

[508] نشرت مدونة الأدوية والصيدلة في الجريدة الرسمية عدد 5480 بتاريخ 2006/11/07، ودخلت حيز التطبيق في التاريخ نفسه، في حين نشرت مقتضيات المسؤولية المدنية الناجمة عن المنتوجات المعيبة في الجريدة الرسمية عدد 5980 بتاريخ 2011/09/22، ودخلت حيز التطبيق في التاريخ نفسه.

- إن القاعدة المعمول بها، هو أن يرد الاستثناء من التطبيق في القانون نفسه، لا أن يرد في قانون آخر، خاصة إذا كان هذا الأخير سابق في الصدور على الأول.

هذا، وبالتمعن في المادة 11 أعلاه، يتضح أنها لا تشير بأي وجه إلى مخاطر التطور العلمي، وإشارتها إلى تحميل الصانع المسؤولية عن عيوب الصنع والتأثيرات الضارة غير المتوقعة للدواء بعد عرضه في السوق، لا يعد من قبيل اعتبار صانع الدواء مسؤول عن مخاطر التطور العلمي، وذلك لكون هذه المادة حددت العيوب التي لا يمكن في حالة وجودها في الدواء، الاستناد إلى أن هذا الأخير خضع مسبقا لتجربة خاصة، ترمي إلى بيان فعاليته وضمان عدم ضرره حين استعماله في ظروف عادية، وكذا توضيح منفعته العلاجية وتحديد تكافؤه الحيوي مع الدواء المرجعي في حالة الدواء الجنيس، وأنه خضع لإجراءات التحليل النوعي والكمي، وأن الصانع يتوفر فعلا على طريقة الصنع وإجراءات المراقبة التي تضمن جودة الدواء أثناء صناعته[509].

وفي مقابل ذلك، يمكن للصانع الاستناد إلى أسباب أخرى لدفع المسؤولية عن نفس العيوب التي جاءت في نص المادة 11، شريطة أن تكون لا تتعارض مع ما ورد في هذه الأخيرة، بدليل أن هذه المادة لا تنص على نظام خاص للمسؤولية عن أضرار الأدوية، ولا تجعل المسؤولية عن هذه الأخيرة مطلقة، وإنما عددت الحالات التي لا يعفى فيها الصانع من المسؤولية مهما كان نظام المسؤولية المطبق استنادا إلى التزامه بما تقضي به المادة 8 من مدونة الأدوية والصيدلة، أما بالنسبة لشروط المسؤولية وأسباب دفعها، فتبقى خاضعة لما جاء في قانون الالتزامات والعقود، باعتباره القانون الواجب التطبيق في هذه الحالة؛ ولما كانت مخاطر التطور العلمي، من ضمن أسباب دفع المسؤولية وفقا لهذا القانون الأخير، ولم يتم استثناء الأدوية من نطاق تطبيقه، فإنه يعمل بها في مجال الأدوية.

وفي الحقيقة فإن ما نصت عليه المادة 11 أعلاه، هو عينه ما ينص عليه الفصل 106-8 من قانون الالتزامات والعقود، والذي يعطي الإمكانية لمساءلة الصانع عن

[509] ينظر المادة 8 من مدونة الأدوية والصيدلة.

عيوب الدواء، وإن تم صنعه في احترام تام لكل القواعد والمقاييس التي تحددها الإدارة للصناعة الدوائية، أو رغم حصول الدواء على الإذن بالعرض في السوق.

وعموما فإن المادة 11 من مدونة الأدوية والصيدلة، لا تشير إلى كافة العيوب التي تستدعي تطبيق المسؤولية، حيث اقتصرت على عيوب التصنيع والتأثيرات الضارة غير المتوقعة، فيما أهملت عيوب التصميم وعيوب الإعلام[510]؛ وهذه العيوب الأخيرة، هي التي تكون محل الدفع بمخاطر التطور العلمي في الأصل[511]، وليس العيوب المذكورة.

وفي الأخير نقول، إن الإجراءات المنصوص عليها في المادة 8 من مدونة الأدوية والصيدلة، والتي يجب القيام بها من أجل تَسلمِ الإذن بالعرض في السوق، لا تعدو أن تكون عبارة عن التجارب قبل السريرية والتجارب السريرية[512]، وذلك حسب ما ورد في المادة 2 من المرسوم رقم 2.14.841 المتعلق بالإذن بعرض الأدوية المعدة للاستعمال البشري في السوق[513]؛ وهي بذلك لا تتصل بمفهوم وخصائص مخاطر التطور العلمي كما أشرنا إليها في طليعة هذه الورقة، وبعيدة كل البعد عنه.

وتأسيسا على كل ما سبق، فإنه من غير الصواب عدم القول بأن الأدوية في التشريع المغربي غير مستثنية من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي، ومن الخطأ القول بأن إتاحة إمكانية قيام المسؤولية عن التأثيرات الضارة وغير المتوقعة للأدوية، هو بمثابة حرمان للصانع من إثارة دفع مخاطر التطور العلمي.

---

[510] أشارت محكمة الاستئناف بكاليفورنيا في أحد قراراتها الصادر في 1971/09/16 قضية Cronin v. Olson Corporation إلى أن العيب يشمل عيوب الإعلام وعيوب التصميم وعيوب التصنيع؛ القرار متاح على موقع شركة FindLaw للمعلومات القانونية عبر الأنترنيت، شوهد في 2023/04/15، في: bit.ly/3g3xRZD.

[511] ينظر: يوري لوبيز كاسال، ص 9-10.

[512] للمزيد حول مضمون التجارب السريرية ينظر: نور الدين الكامل، "المسؤولية المدنية عن التجارب السريرية" مجلة القضاء المدني، العدد 22/21، 2020، ص 110.

[513] منشور بالجريدة الرسمية عدد 6388، سنة 2015.

ب- تعويض ضحايا مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية

إن النص على عدم قيام المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي في قانون الالتزامات والعقود، وعدم إيراد أي استثناء على تطبيقها، وعدم إمكانية الحد منها انطلاقا من قوانين الأدوية كما تبين أعلاه، يؤدي بشكل حتمي إلى وجود متضررين من هذه المخاطر لا يستحقون أي تعويض بقوة القانون؛ ولما كانت قواعد العدالة والإنصاف تأبى أن يبقى هؤلاء بدون تعويض يجبر ما لحقهم من ضرر ويسعفهم في تحمل آثاره، فإنه يجب تعويضهم عن طريق التضامن الوطني، باعتباره من جهة، طريق احتياطي للتعويض، لا يتم اللجوء إليه إلا في حالة استحالة التعويض عن طريق مقتضيات المسؤولية المدنية، وهو ما يتحقق في الأضرار الناجمة عن مخاطر التطور العلمي؛ ومن جهة أخرى، باعتباره مساعدة تقدمها الدولة لمن هو في حاجة ماسة إلى مساعدتها؛ فهل تسعف مبادئ التضامن الوطني الحالية لتعويض المتضررين من مخاطر التطور العلمي في مجال الأدوية؟

بداية نشير إلى أن التضامن الوطني يعد فكرة تقوم على قيم التضامن والتكافل والتعاون والتآزر بين أفراد المجتمع في تحمل المخاطر والأعباء الاجتماعية، وقد أسس لها دستور المملكة لعام 2011[514]، في الفصل 40، والذي ينص على أنه يجب على الجميع أن يتحمل بصفة تضامنية التكاليف التي تتطلبها تنمية البلاد، وتلك الناتجة عن آثار الآفات والكوارث الطبيعية؛ وقد قامت الحكومة بتفعيل نص هذا الفصل في عام 2021، حيث أحدثت عن طريق قانون المالية 2021، نوعا جديدا من الضرائب أطلقت عليه اسم "المساهمة الاجتماعية للتضامن على الأرباح والدخول"[515]، وقد تم الاحتفاظ بهذا النوع من الضرائب في قانون المالية لعام 2022 كذلك[516]، وأيضا في

[514] منشور بالجريدة الرسمية، عدد 5964 مكرر، سنة 2011.

[515] ينظر: مساهمات التضامن الاجتماعي، الإلكتروني للمديرية العامة للضرائب، شوهد في 2023/04/16، في: bit.ly/3wKVrzY.

[516] وذلك بالمادة 6 (البند III) من قانون المالية رقم 76.21 للسنة المالية 2022، ج.ر.ع. 7049 مكرر، صادرة بتاريخ 2021/12/20.

قانون المالية لعام 2023، حيث لم يطل المادة 267 من المدونة العامة للضرائب أي تغيير بقانون المالية لسنة 2023[517].

لكن رغم كل ذلك، فإنه لا توجد هناك مقتضيات قانونية تقضي بشكل صريح بتعويض المتضررين من مخاطر التطور العلمي عن طريق التضامن الوطني، وكل ما هنالك هو أن القضاء الوطني سبق له وأن قضى بالتعويض عن طريق التضامن الوطني لمتضرر من التلقيح الاجباري، حيث جاء في قرار لمحكمة النقض[518]، إن "الضرر الذي تعرض له الضحية كان بمناسبة خضوعه لعملية التلقيح الإجباري... يجعل أساس تعويض من تضرر هو التضامن بين أفراد المجتمع في تحمل الأخطار الاجتماعية بصرف النظر عن قيام الخطأ من عدمه، ...".

أما بخصوص مبادئ التعويض عن طريق التضامن الوطني يمكن إجمالها فيما يلي:

- استحالة التعويض عن طريق التعويض المنصوص عليها قانونا كالمسؤولية المدنية: ويعني ذلك أنه لا يلجأ إلى التضامن الوطني إلا في حالة عدم وجود مسؤول عن العيب المسبب للضرر، وهو ما يتحقق في مخاطر التطور العلمي، إذ بعدم ترتيب المسؤولية عنها في قانون الالتزامات والعقود، فلا أحد يسأل عنها قانونا، مما يتعين إدراجها ضمن دائرة الأضرار التي يجب تعويضها عن طريق التضامن الوطني.

- أن يكون الضرر جسمانيا يتسم بخطورة شديدة وطابع استثنائي[519]، لا يقوى مستعمل الدواء على تحمله وحده، وهو ما قد يتحقق في مخاطر التطور العلمي، والشواهد كثيرة في هذا الباب، سبق ذكر بعضها في المتقدم من هذه الورقة، والتي

---

[517] تنص هذه المادة على: "تحدث مساهمة اجتماعية للتضامن على الأرباح والدخول تتحملها: - الشركات ... – الأشخاص الذاتيون ...".

[518] محكمة النقض القرار رقم 2/236، الملف الإداري ع 2012/2/4/742، صادر بتاريخ 2013/04/11، منشور بالمجلة المغربية في الفقه والقضاء، سلسلة الدراسات القضائية والقانونية المعمقة 1، المسؤولية القانونية للأطباء (المدنية–الإدارية–الجنائية) على ضوء الاتجاهات الحديثة في قضاء محكمة النقض، ط1 د.ت، ص 240.

[519] الصافي، ص 302.

كانت السبب وراء استثناء الأدوية من نطاق تطبيق مخاطر التطور العلمي في بعض التشريعات.

وهذه المبادئ يبدو أنها لا تحول بين من يتضرر من مخاطر التطور العلمي والتعويض عن طريق التضامن الوطني، لذلك ينبغي استغلال هذا الأمر في توفير الحماية لمستعملي الأدوية، والتخفيف من الآثار السلبية لمخاطر التطور العلمي، وخلق التوازن الواجب بين الحاجة إلى تحفيز الصناعة الدوائية الوطنية وحماية السلامة الجسدية للمواطنين المغاربة.

خاتمة

إن الحاجة إلى تشجيع الصناعة الدوائية المغربية والارتقاء بها إلى مستوى متقدم ينافس الصناعات الدوائية العالمية، وإن كان يدعمه عدم ترتيب المسؤولية عن مخاطر التطور العلمي، كما هو منصوص عليه في قانون الالتزامات والعقود، وكما ذهبنا إلى ذلك في هذه الورقة، فإنه لا يجب أن يكون على حساب السلامة الجسدية لمستعملي الأدوية، حيث يجب، على الأقل، تفعيل مؤسسة التضامن الوطني بشكل أكبر، يساير هذه الرغبة في تقوية الصناعة الدوائية التي تسعى إليها الدولة المغربية، ويضمن التعويض والحماية لمن يتضرر من مخاطر التطور العلمي في الأدوية.

لكل ذلك نقول إن الوضع الحالي يستدعي ضرورة خلق صندوق وطني في إطار التضامن الوطني، تكون الغاية منه منح التعويض عن مخاطر التطور العلمي، يستفيد منه كل من تضرر من هذه الأخيرة، وفق شروط وإجراءات خاصة بذلك، ليس فقط في مجال الأدوية وإنما في مجال باقي المنتوجات الطبية والمنتوجات الصناعية التي تعرف صناعتها تطبيقا للعلوم والتقنيات الحديثة.

لائحة المراجع

أولا: الكتب

- الحبابي، محمد صاحب كاظم. المسؤولية المدنية الناشئة عن المنتجات الطبية المعيبة "دراسة مقارنة"، القاهرة: المركز القومي للإصدارات القانونية، 2022.
- الزقرد، أحمد السعيد. تعويض ضحايا مرض الإيدز والتهاب الكبد الوبائي بسبب نقل دم ملوث، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة، 2007.
- العرعاري، عبد القادر. مصادر الالتزامات الكتاب الثاني المسؤولية المدنية، الرباط، مكتبة دار الأمان، 2021.
- المشهداني، عبد الجليل ذياب حمد. المسؤولية المدنية لمنتجي الدواء عن عيوب المنتجات الدوائية، الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة، 2020.
- جميعي، حسن عبد الباسط. مسؤولية المنتج عن الأضرار التي تسببها منتجاته المعيبة "دراسة مقارنة في ضوء تطور القضاء الفرنسي وصدور القانون الفرنسي بشأن مسؤولية المنتج عن عيوب المبيع في 19 مايو 1998"، القاهرة: دار النهضة العربية، 2000.
- صافي، عبد الحق. الوجيز في القانون المدني، الجزء الثاني، المصادر غير الإرادية للالتزام (المسؤولية المدنية والإثراء بدون سبب)، الدار البيضاء، مطبعة النجاح الجديدة، 2021.
- فتاك، علي. حماية المستهلك وتأثير المنافسة على ضمان سلامة المنتج، الإسكندرية: دار الفكر الجامعي، 2014.
- فيني، جينيفيف. جوردين، باتريس. المطول في القانون المدني بإشراف جاك غستين: شروط المسؤولية، باريس: دلتا، 1998.

ثانيا: المجلات

- الكامل، نور الدين. "المسؤولية المدنية عن التجارب السريرية" مجلة القضاء المدني، العدد 22/21، 2020، ص 110.
- بروسر، وليام ل. "الاعتداء على القلعة (المسؤولية المشددة تجاه المستهلك)"، مجلة القانون ييل، العدد 7، يونيو 1960، ص 1120.
- تراينور، روجر ج. "سبل ومعاني المنتوجات المعيبة والمسؤولية المشددة"، مجلة القانون تينيسي، العدد 3، ربيع 1965، ص 366.
- درع، حماد. "المسؤولية المدنية عن مخاطر التطور التقني"، مجلة كلية الحقوق، جامعة النهرين، العدد B1، المجلد 8، 2006، ص 205.
- دونو، ميشيل. "الدواء و «مخاطر التطور» بعد قانون 19 ماي 1998"، مجلة الطب والقانون، العدد 34، يناير – فبراير 1999، ص 23.
- كاسال، يوري لوبيز. "مخاطر التنمية في سياق المسؤولية المدنية عن المنتوجات المعيبة"، مجلة العلوم القانونية، العدد 158، ماي – غشت 2022، ص 4.
- كودرش، بابلو سلفادور. وآخرون، "الأضرار المتأخرة، أفيت [(Avite)جمعية ضحايا الثاليدومايد في إسبانيا] ضد غروننتال، تعليق على قرار محكمة مدريد الابتدائية رقم 90، مؤرخ في 2013/11/19، بشأن الأضرار التي سببها الثاليدومايد"، مجلة إندريت لتحليل القانون، العدد 1، 2014، ص 1.
- كيم، جيمس هـ سيالي، أنتوني ر. "الثاليدومايد: مأساة العيب الخلقي والعلاج الفعال للمرض"، مجلة علوم السموم، العدد 1، يوليوز 2011، ص 1.
- مانتيلا، فابريسيو اسبينوزا. باريوس، فرانسيسكو تيرنيرا. "مخاطر التطور في المسؤولية عن المنتوجات بموجب القانون الكولومبي"، مجلة القانون والممارسة، السنة 20، العدد 1، 2014، ص 60.

- مهم، أبو بكر. "المسؤولية المدنية الناجمة عن المنتوجات المعيبة، دراسة في الفصول 106-1 إلى 106-14 من ظ ل ع المضافة بمقتضى القانون 06-24"، المجلة المغربية للقانون والاقتصاد والتدبير، العدد 54، 2016، ص 172.
- ميلدريد، مارك. هاولز، جيرينت. "تعليق على 'مخاطر التنمية: أسئلة لم تتم الإجابة عنها'" مجلة القانون الحديث، المجلد 61، العدد 4، يوليوز 1998، ص 570.
- هودجز، كريستوفر. "مخاطر التنمية: أسئلة لم تتم الإجابة عنها"، مجلة القانون الحديث، المجلد 61، العدد 4، يوليوز 1998، 562.

ثالثا: الأطاريح الجامعية

- الصافي، عبد الرحمان. إصلاح مؤسسة المسؤولية المدنية في ضوء التحولات القانونية والاقتصادية والاجتماعية المعاصرة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، فاس، سنة 2021.

رابعا: تقارير

- المفوضية الاوروبية، الورقة البيضاء، النمو والقدرة، التنافسية والعمل - التحديات وسبل المضي قدما في القرن الحادي والعشرين، لوكسمبورغ: مكتب المنشورات الرسمية للجماعات الأوروبية، 1994.
- لجنة الجماعات الأوروبية، الورقة الخضراء حول الابتكار، COM (95) 688 نهائي، 1995/12/20.

خامسا: القرارات القضائية

- محكمة العدل الأوروبية، (الغرفة الخامسة)، القضية رقم C-300/95، مؤرخ في 1997/05/29، متاح على بوابة قانون الاتحاد الأوروبي، bit.ly/3LVMvwd.
- محكمة النقض، القرار رقم 2/236، الملف الإداري ع 2012/2/4/742، صادر بتاريخ 2013/04/11، منشور بالمجلة المغربية في الفقه والقضاء، سلسلة

الدراسات القضائية والقانونية المعمقة 1، المسؤولية القانونية للأطباء (المدنية–الإدارية–الجنائية) على ضوء الاتجاهات الحديثة في قضاء محكمة النقض، ط1 د.ت، ص 240.

- محكمة الاستئناف بتولوز، القرار رقم 01293/1999، مؤرخ في 2000/02/22، متاح على البوابة الرسمية للقانون الفرنسي، bit.ly/3z6P4IX.

La souveraineté sanitaire au sud de la Méditerranée et l'enjeu de la réalisation de la sécurité stratégique

Ouvrage collectif
Coordination
Driss BENABDELMALEK

Présentation
Professeur Houcine El OUARDI
Ancien ministre de la Santé

DAR ELIRFAN العرفان
دار العرفان للطباعة والنشر

2025

La souveraineté sanitaire au sud de la Méditerranée et l'enjeu de la réalisation de la sécurité stratégique

Ouvrage collectif

Coordination

Driss BENABDELMALEK

Université Ibn Zohr Agadir

Présentation

Professeur Houcine EI OUARDI

Ancien ministre de la Santé

2025

SOMMAIRE

CHAPITRE I

Le marché du médicament au Maroc: l'enjeu socio-économique et les impératifs de la pandémie Covid-19 **7**

TALHAOUI Abdeladim*

CHAPITRE II

Aspects liés à la pénurie des ressources humaines de santé influençant la qualité de l'offre de soins **35**

El Mehdi Miftahi/Hafid Saadi

CHAPITRE I

Le marché du médicament au Maroc: l'enjeu socio-économique et les impératifs de la pandémie Covid-19

The Medecine Market in Morocco: the Socio-economic Challenge and the Imperatives of the Covid-19 Pandemic

TALHAOUI Abdeladim*

Docteur en droit public-
FSJES-OUJDA-.

Résumé:

L'industrie pharmaceutique marocaine occupe, par sa taille, la 2ème place à l'échelle africaine avec une couverture de la majeure partie de la demande intérieure, soit près de 70 % ,et le Maroc exporte 7 à 8 % de sa production vers l'Afrique subsaharienne et la zone MENA, mais aussi vers l'Europe. Le développement de l'industrie pharmaceutique ambitionne de renforcer l'activité pharmaceutique, le Maroc présente des avantages certains pour améliorer l'industrie pharmaceutique, aussi bien à l'échelle nationale que continentale. Le marché marocain se caractérise par des infrastructures solides et un fort niveau d'investissements. La fabrication locale a porté l'activité du secteur en 2020.

La faible consommation des médicaments, le système de remboursement des médicaments peu transparent et affecté par une couverture médicale non généralisée, les absences d'objectifs ciblés de la commande publique et d'une véritable politique publique du médicament générique, le modèle de vente en gros et au détail en crise sont également des aspects négatifs remarquables qui font défaut au marché national du médicament.

Ce comportement des divers intervenants dans le marché pharmaceutique traduit donc l'impact de la Covid-19 sur le marché du

médicament, et présente un enjeu de développement des efforts pour sécuriser l'approvisionnement du marché, et aussi bien pour les traitements de Covid-19, que pour les autres pathologies. Et garder la possibilité de répercuter la hausse des prix des médicaments, et pour assurer l'amélioration de l'accessibilité des citoyens aux médicaments.

Mots clés : L'industrie pharmaceutique- l'enjeu socio-économique -la pandémie Covid-19-

Abstract:

Due to its size, The Moroccan pharmaceutical industry occupies, the 2nd place on the African scale. It covers the major part of the domestic demand, which is approximate to 70%. Morocco exports 7 to 8% of its production towards the sub-Saharan Africa, the MENA zone and Europe as well**.**

The development of the pharmaceutical industry aims at strengthening the pharmaceutical activity. Morocco has certain advantages for the development of the pharmaceutical industry both at national and continental levels. The Moroccan market is characterized by solid infrastructure and a high level of investment. Local manufacturing has backed up business sector in 2020 **.**The low consumption of medecines, the system of refunds of medecines, which is not very transparent and affected by non-generalized medical coverage, the absence of targeted objectives of public order and of a real public policy for generic medecines, the wholesale and retail model in crisis are equally remarkable negative aspects that are lacking in the national medecine market **.**

This practice of various stakeholders in the pharmaceutical market therefore reflects the impact of Covid-19 on medecine market. It also presents a challenge for the development of efforts to secure market supply, Covid-19 treatments, apart from other pathologies. It additionally keeps the possibility of passing on the increase in medecine prices, and hence ensuring the improvement of citizens' accessibility to medecines**.**

Keywords: The pharmaceutical industry- the socio-economic challenge -the Covid-19 pandemic.

Introduction

Au plus fort de la pandémie, le secteur pharmaceutique marocain a su se montrer résilient malgré les nombreux défis qui le guettaient. En 2022, il a enregistré une nette progression de 7,9% de son CA par rapport à 2021[520].

Selon les données de l'année 2022 s'est terminée avec un chiffre d'affaires TTC de 14 milliards et 570 millions de dirhams, avec une évolution de +7,9% par rapport à 2021. Il est vrai que l'évolution de 2021 par rapport à 2020 a été exceptionnelle (+15,3%), surtout lorsque l'on sait que le contexte 2020-2021 a aussi été exceptionnel en raison de la pandémie du Covid-19. En ce qui concerne le volume, le marché pharmaceutique privé a atteint 451,4 millions de boîtes, avec une évolution de +5% par rapport à 2021. S'agissant des échanges commerciaux pharmaceutiques du Maroc, une projection des données à fin septembre 2022 sur une année montre une correction après la très forte augmentation de nos importations pharmaceutiques en 2021[521].

Et ce, du fait de l'achat des vaccins pour près de 6 milliards de dirhams supplémentaires, d'où un fort effondrement de notre balance commerciale pharmaceutique qui avait alors atteint un déficit de 11.225,6 millions de dirhams. La projection de l'année 2022 montre cette correction,

[520] Les chiffres du marché pharmaceutique privé du Maroc de 2022 ont été publiés par IQVIA (Ex-IMS health) qui reste le seul fournisseur au Maroc de données statistiques concernant le marché pharmaceutique.

[521]Le marché du médicament au Maroc a enregistré, en 2020 un chiffre d'affaires de 11,46 milliards de dirhams et 371 millions d'unités, une croissance de 2,9% en unité et de 3,9% en valeur. Sur ce marché, le segment des principes a connu, selon les statistiques de la FMIP, une légère augmentation de 1% en unité et de 2,8% en valeur. Pour leur part, les médicaments génériques ont progressé de 5,7% en unité et de 5,4 % en valeur. Ils détiennent ainsi une part de marché de 42,2% en unité et de 42,6% en valeur.

avec un retour des importations à 7.774,8 millions de dirhams et un retour du déficit de la balance commerciale à -6.533,7 millions de dirhams, avec toutefois une aggravation par rapport à 2020. Malheureusement, nos exportations pharmaceutiques auront atteint 1.241,0 millions de dirhams en 2022.

Une analyse très profonde montre la domination par l'Europe, l'Amérique du Nord et le Japon sur le marché pharmaceutique mondial, et laisse peu à peu place aux pays émergents, caractérisés par une classe moyenne, susceptible de consommer des médicaments en dépit de l'absence d'un système de protection.

Sous la pression croissante des creusements des déficits des organismes payeurs, cette nouvelle configuration, influence les stratégies nationales et opérateurs qui sont désormais davantage orientés vers la biotechnologie, la concentration sur des classes thérapeutiques et des niches bien précises ou carrément vers l'acquisition ou la fusion avec d'autres entités

L'industrie pharmaceutique marocaine occupe, par sa taille, la 2ème place à l'échelle africaine avec une couverture de la majeure partie de la demande intérieure, soit près de 70% ,et le Maroc exporte 7 à 8% de sa production vers l'Afrique subsaharienne et la zone MENA, mais aussi vers l'Europe.

La faible consommation des médicaments, et le système de remboursement des médicaments peu transparent affecté par une couverture médicale non généralisée, les absences d'objectifs ciblés de la commande publique et d'une véritable politique publique du médicament générique, le modèle de vente en gros et au détail en crise sont également des aspects

négatifs remarquables qui font défaut au marché national du médicament, et implique une véritable défi socio-économique de l'industrie pharmaceutique après un passage très difficile de la pandémie covi19.

Le développement de l'industrie pharmaceutique ambitionne de renforcer l'activité pharmaceutique le Maroc présente des avantages certains pour le développement de l'industrie pharmaceutique, aussi bien à l'échelle nationale que continentale. Le marché marocain se caractérise par ces infrastructures solides et un fort niveau d'investissements. La fabrication locale a porté l'activité du secteur en 2020.

La pandémie du Covid-19, d'une ampleur inédite a provoquée de lourdes conséquences sur la croissance du Maroc, ainsi que sur plusieurs domaine de l'économie du Royaume, Caractérisée par le confinement des citoyens, des lieux de travail et des usines fermées, des chaînes logistiques rompues, des canaux d'approvisionnement et de distribution stoppés dans plusieurs filières de l'économie nationale pendant de longues semaines, la pandémie a constitué un « stress test » inédit pour le pays.

Dans ce contexte, le médicament n'est pas un produit anodin, cristallisant la conversation nationale autour de sujets aussi essentiels que la souveraineté sanitaire, à la capacité de production, et la nécessité de construire une industrie pharmaceutique marocaine résiliente, fiable, et conquérante, les effets et les perspectives de l'industrie pharmaceutique marocaine est devenue en face ce choc systémique sans précédent.

Ce comportement des divers intervenants dans le marché pharmaceutique traduit donc l'impact de la Covid-19 sur le marché du médicament, et présente un enjeu de développement des efforts pour sécuriser l'approvisionnement du marché, et aussi bien pour les traitements

de Covid-19, que pour les autres pathologies. Et garder la possibilité de possibilité de répercuter la hausse des prix des médicaments, et pour assurer l'amélioration de l'accessibilité des citoyens aux médicaments.

Les médicaments sont-ils devenus un enjeu socio-économique déterminant pour l'avenir de notre pays? Certes, le secteur pharmaceutique au Maroc a enregistré une croissance sous l'effet de covid-19, et ce qu'il est toujours sous cette croissance exceptionnelle ? Quels sont les stratégies d'adaptation?

Pour traiter le sujet et répondre à la *problématique posée en dessus,* nous proposons les deux axes fondamentaux suivants :

1- le challenge socio-économique de de l'industrie pharmaceutique au Maroc et les impacts de la pandémie de covid 19

2- les modèles, les scénarios d'adaptation d'assurer la disponibilité des médicaments pour répondre aux besoins des citoyens et de sauver donc des vies en cette période de crise sanitaire.

I) Le challenge socio-économique de de l'industrie pharmaceutique au Maroc et les impacts de la pandémie de covid 19

1) L'enjeu socio-économique de médicament au Maroc

L'importance sociale et économique du secteur pharmaceutique au Maroc, fait de celui-ci le champ d'intervention de plusieurs acteurs.

- Les laboratoires pharmaceutiques : Au Maroc, on dénombre 35 laboratoires pharmaceutiques, dans lesquels, les nationaux sont légèrement mieux représentés avec 23 laboratoires. La majorité se situe dans l'axe Casablanca-Rabat11. La ville d'El Jadida vient en seconde position avec 6 laboratoires.

L'industrie pharmaceutique Marocaine jouit d'une expérience de près de 60 ans et d'un savoir-faire pointu. Une vingtaine de multinationales est présente soit à travers l'implantation d'unités de production (Pfizer, Bayer…) ou avec des contrats de sous-traitance (Sanofi et Laprophan, Novartis et Sothema…) ou encore avec des cessions de licences.

Ces multinationales, sont à l'origine d'innovations thérapeutiques majeures et contribuent aux transferts technologiques dans tous les domaines pharmaceutiques. Les laboratoires nationaux sont surtout présents au niveau de la production des médicaments génériques.

Ces laboratoires nationaux ont largement contribué d'une part à rendre plus accessible les médicaments pour les citoyens et d'autre part ont permis de diminuer la pression des coûts sur l'Etat et les assurances maladie. Et ce en générant des économies substantielles pour toutes ces entités.

Il est à noter que l'industrie pharmaceutique marocaine est classée en zone Europe par l'OMS du fait de la qualité de production, elle constitue un pôle de croissance en raison des technologies acquises, de son savoir-faire reconnu par les instances internationales, des performances qu'elle réalise tant au niveau des quantités produites que de la qualité des médicaments. Malgré tout, la balance commerciale pharmaceutique a terminé l'année 2020 à -3,9 Milliards de Dirhams.

Le secteur pharmaceutique au Maroc a enregistré une croissance exponentielle sous l'effet covid-19, encore d'actualité en raison de la propagation du variant Omicron, sachant qu'à l'échelle internationale, selon les données financières des Big pharma (Pfizer, BioNTech et Moderna), People's Vaccine Alliance avance que ces laboratoires producteurs de

vaccins anti-covid-19 engrangeront en 2021 des bénéfices avant impôts de 34 milliards de dollars.

La profitabilité et la croissance de l'industrie pharmaceutique nationale, regroupée autour de la Fédération marocaine de l'industrie et de l'innovation pharmaceutiques (FMIIP), apporte des précisions de nature à lever toute équivoque. le secteur pharmaceutique au Maroc a enregistré une croissance sous l'effet covid-19. Toujours est-il que cette croissance n'a pas été exceptionnelle à l'instar de celle de 2019. Sachant que le marché était plat depuis la baisse des prix des médicaments intervenue au cours de l'année 2014.

La baisse des prix des médicaments de l'époque n'a pas eu l'effet escompté. C'est-à-dire l'amélioration de l'accessibilité, et donc l'accroissement de la consommation des médicaments, conditionné par un paramètre-clef, celui de la couverture médicale.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes Il ressort de l'analyse de l'évolution des volumes de consommation en unités boîtes que l'année 2019 a enregistré une évolution exceptionnelle de 6,8% contre une moyenne de 1,2% entre 2015 et 2018. Sachant que la croissance affichée en la matière a été de 3,6% en 2020 et 0,2% en 2021. Pour ce qui est du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique privée au Maroc, il y a eu une évolution de 9,4% en 2019 à 10,54 Mds de DH et une croissance de 4,8% en 2020 à 11,05 Mds de DH.

Sachant que l'évolution a été de 2,4% à 11,31 Mds de DH en 2021. A préciser que ces chiffres excluent les appels d'offres hospitaliers et

l'alimentation infantile (laits pour bébés). Abdelmajid Belaïche[522] apporte d'autres précisions de taille en lien avec le contexte pandémique. «Il faut savoir que pendant la période covid-19, nous avons assisté à l'amélioration substantielle des ventes de certains médicaments (paracétamol, vitamine c, zinc, etc.), couplée à la baisse de la consommation d'autres produits pharmaceutiques, notamment les antibiotiques utilisés dans la sphère respiratoire. Pour cause, certaines mesures adoptées par les Marocains pour se prémunir contre le coronavirus, pour ne citer que le port des bavettes, la distanciation et l'utilisation des gels hydro-alcooliques ont réduit les bronchites saisonnières et la fréquence de la grippe, et donc la consommation des antibiotiques précités».

Dans le même temps, notons que la consommation des antibiotiques utilisés dans le traitement de la covid-19 a augmenté. Selon Belaïche, contrairement à d'autres secteurs, l'industrie pharmaceutique nationale, qui gagnerait à combler son retard dans le domaine de la production de médicaments biotechnologiques et biosimilaires, a été résiliente face à la crise liée à la covid-19, laquelle a fait émerger plusieurs contraintes de taille sur le tissu industriel. Dans ce cadre, le projet de fabrication locale du vaccin contre la Covid-19, auquel le Souverain accorde un grand intérêt, est perçu comme un bon début par plusieurs professionnels. Ces derniers considèrent le secteur pharmaceutique comme une force motrice de la coopération Sud-Sud.

[522] Abdelmajid Belaïche Ex-cadre dans l'industrie pharmaceutique et chercheur en économie de la santé (Ph. A.B.)

2) Quels impacts de la pandémie de covid 19 sur le secteur pharmaceutique?

La pandémie Covid-19 qui dure depuis mars 2020 a impacté tout le secteur pharmaceutique dans le monde, elle a bien montré que le secteur de la santé est la priorité nationale avec celle de l'éducation et de la recherche scientifique et que le choix pour la médecine préventive doit être un choix politique qui s'impose aux décideurs politiques pour un autre modèle de développement économique. Cette crise sanitaire à fait de l'hôpital public et du Partenariat public Privé une priorité dans le cadre de la mise en œuvre d'une nouvelle politique de santé.

Dans le but de contribuer à changer les conditions de la concurrence sur le marché national du médicament, le Conseil de la Concurrence a émis, sur la base de son analyse, une série de mesures qui s'articulent autour de quatre axes principaux, à savoir l'élaboration d'un écosystème national du médicament efficace, porté par une industrie pharmaceutique solide et un système national d'innovation et de formation approprié, la redéfinition des modalités de régulation du marché du médicament, une réforme en profondeur du cadre juridique organisant le marché du médicament et le développement de nouveaux leviers pour améliorer la situation de la concurrence dans le marché des médicaments.

Le Marché du médicament au Maroc suite au bilan inquiétant du Conseil de la Concurrence, l'avis en question a été émis suite à une demande intervenue dans un contexte où la santé et, plus particulièrement, les médicaments sont devenus un enjeu socio-économique déterminant pour l'avenir de notre pays. Constat confirmé par les impacts et les impératifs de la pandémie Covid-19.

L'objet de la demande d'avis porte particulièrement sur la cherté des prix des médicaments « qui seraient plus élevés par rapport à ceux ayant cours dans certains pays voisins », peut-on lire dans le document dudit Conseil avec une analyse de la concurrence sur le marché national du médicament[523].

Cependant, le Conseil de la Concurrence relève plusieurs défaillances dans l'état de la concurrence dans ce secteur au Maroc. Il s'agit, entre autres, du cadre légal inadéquat et parfois dépassé qui régit le secteur, d'une politique pharmaceutique fragmentée et incohérente et d'une gouvernance inefficace du marché du médicament: «un régulateur mis sous tutelle et amputé de ses prérogatives initiales qui lui garantissaient une réelle indépendance».

Aussi, le Conseil met en exergue l'inefficacité du processus de détermination des prix des médicaments qui donne des résultats sans incidences positives en termes d'accès des citoyens aux médicaments.

Pendant des années, nous avons connu ce phénomène de substitution au Maroc comme au niveau International, dans le cadre de la mondialisation et des échanges commerciaux dominés par les grands laboratoires pharmaceutiques et de certains pays producteurs de matières premières pour la fabrication des médicaments surtout en Asie, Chine et Inde.

Pour notre production pharmaceutique locale, toutes ces matières premières et excipients ou conservateurs sont entièrement importées de l'étranger. Malheureusement, en cette période de pandémie et ses impacts

[523] Le Conseil de la concurrence précise dans son avis : « Le secteur du médicament n'est pas un marché normal soumis totalement aux règles de l'offre et de la demande et à la libre concurrence. Il est caractérisé par l'intervention de l'État, à travers une réglementation très stricte, et ce dans le but de protéger la santé des citoyens, en tant que service public, et de garantir l'accessibilité aux médicaments au prix juste et à la qualité meilleure ».

négatifs sur les importations de ces matières et aussi des produits finis, ces ruptures constituent un problème pour nos patients et aussi pour les prescripteurs et pharmaciens. la raison réside aussi dans une forte demande sur certains médicaments importés ou même fabriqués localement.

En 2019, la Direction du Médicament et de la Pharmacie (DMP) du ministère de la Santé avait enregistré plus de 400 médicaments en rupture dans les officines, dont 30% en antibiotiques et 20% en anticancéreux, sans oublier le Levothyrox pour les maladies du goitre et qui a été réquisitionné par le ministère de La santé.

En Mars 2020, ce problème s'est posé pour plusieurs médicaments essentiels qui n'ont pas de génériques pour les remplacer dans certaines pathologies cancéreuses, infectieuses et hormonales. Purement financier, le pharmacien officine est perdant en décidant cette substitution d'un princeps par un générique moins cher, du fait que l'économie de son officine est tributaire de son chiffre d'affaires et de sa marge très réglementée par la loi sur les prix des médicaments.

En France, des mesures d'accompagnement ont porté sur le mode de rémunération des pharmaciens pour assurer l'équilibre économique de l'officine. Ces mécanismes doivent être définis et réglementés dans un accord tenant compte des intérêts de tous les intervenants ; médecins, pharmaciens, Agence nationale de l'assurance maladie et ministère de la Santé.

La prescription médicale en Dénomination Commune Internationale(DCI) , au lieu du nom commercial détenu par le laboratoire fabricant, serait une façon d'encourager la prescription des génériques tout en sensibilisant

les patients du bon choix de ces génériques au lieu des princeps plus coûteux pour eux et leurs assurances.

L'information des patients plus que les médecins pour leur adhésion, a favorisé la consommation des génériques. Ceci corrigera aussi l'image négative du générique véhiculée malheureusement par certains médecins opposés aux génériques et au droit de substitution par les pharmaciens, prétendant que seul le médecin est responsable du diagnostic et du traitement, allant même jusqu'à parler d'exercice illégal de la médecine indiquait en mars 2019, le Président du syndicat national des médecins du secteur libéral au Maroc. D'autres médecins exigent que seul le pharmacien d'officine en personne, peut exercer ce droit de substitution et non par ses employés, en insistant aussi sur la présence effective et permanente du pharmacien dans son officine. Tout en partageant ce genre de réserves avancées, sans généraliser l'absentéisme de certains pharmaciens que seule l'inspection de la Pharmacie est chargée de notifier au ministère de la Santé.

Ce secteur, dont l'activité fait appel à de nombreux moyens de transport (camions, voitures utilitaires et motocyclettes) pour livrer les médicaments dans des délais très courts aux pharmacies, a également été impacté par les augmentations des prix des carburants dans un contexte de baisses continues des prix des médicaments, et donc de leurs marges absolues. Quant au secteur pharmaceutique industriel, il est confronté à des retards dans la délivrance de diverses autorisations, et notamment des autorisations de mise sur le marché (A.M.M.) des médicaments et des dispositifs médicaux.

2- les modèles, les scénarios d'adaptation d'assurer la disponibilité des médicaments

1) les politiques adoptées de développement de l'industrie pharmaceutique

Le Maroc présente des avantages certains pour le développement de l'industrie pharmaceutique, aussi bien à l'échelle nationale que continentale, et le marché marocain des médicaments se caractérise par des infrastructures solides et son fort niveau d'investissements. Le secteur pharmaceutique marocain est bien développé en comparaison aux autres territoires africains. Le Pacte National pour l'Emergence Industrielle par exemple a contribué fortement à la création d'emplois et à la dynamisation de l'industrie marocaine.

Le développement de l'industrie pharmaceutique ambitionne de renforcer l'activité pharmaceutique aussi bien à l'export qu'au niveau national. Dans ce sens un contrat programme a été signé avec l'ensemble des acteurs du secteur (publics et privés) dans le cadre du Pacte National pour l'Emergence Industrielle. Ce programme vise à renforcer la compétitivité du secteur et à améliorer la disponibilité du médicament, ce contrat programme est le fruit de la conjugaison de deux stratégies :

- La stratégie de l'exportation :

Le développement d'activités de Recherche et de Développement, dans le but de devenir un prestataire de référence en matière d'essais cliniques et de développement pharmaceutique et intégrer ainsi des activités à plus forte valeur ajoutée et l'implantation de producteurs étrangers favorisant l'implantation d'usines de production destinées à l'export, et aussi par l'amélioration de la compétitivité des producteurs locaux.

- La stratégie de développement du marché intérieur :

L'amélioration de l'accessibilité aux médicaments, afin de garantir l'accès aux médicaments pour tous les citoyens tout en contribuant à optimiser l'équilibre entre le taux de remboursement et les comptes de l'Etat, et d'améliorer l'accessibilité aux soins pour assurer à tous les citoyens marocains.

Sachant bien que Toute politique Pharmaceutique a pour objectif de faciliter l'accès aux soins et aux médicaments essentiels pour l'ensemble de la population. Ces politiques doivent se baser sur les volets suivants :

1- L'encouragement par l'État de la production et de la consommation des médicaments génériques, mais aussi leur prescription par les médecins.

2-la possibilité de maintenir le mode de remboursement des médicaments par les organismes gestionnaires de l'AMO, CNOPS et CNSS sur la base du prix du générique quand il existe, sachant que ces génériques sont moins chers que les médicaments princeps.

3- La généralisation de la couverture médicale par rapport à la faiblesse du pouvoir d'achat des couches défavorisées, constituent un handicap pour l'accès aux médicaments sans parler des médicaments coûteux des maladies chroniques.

4- Résoudre systématiquement la problématique des ruptures de stocks de certains médicaments au niveau des officines pour des raisons multiples pour justifier la nécessité de recourir aux génériques à la place des médicaments princeps ou de référence avec sa molécule d'origine.

2) Les scénarios possibles pour garantir la disponibilité des médicaments

En période de pandémie du Coronavirus, les recherches de vaccin et des médicaments spécifiques à ce virus responsable de plusieurs milliers de décès et de centaines de milliers infectés dans le monde, sans compter les impacts sur l'économie mondiale, montrent bien le grand défi de sauver les vies humaines et la nécessite d'assurer un stock de médicaments indispensables et de chercher les scénarios possibles de sauver les vies des citoyens.

Les difficultés rencontrées par le secteur pharmaceutique sont devenues chroniques, les mêmes depuis une décennie, voire plus et sans que rien ne soit fait par l'administration de tutelle, à savoir la direction du médicament et de la pharmacie. Néanmoins, ces difficultés ne sont pas les mêmes pour les trois composantes du secteur pharmaceutique, à savoir le secteur officinal, celui de la distribution et le secteur industriel. Pour le secteur officinal représenté par l'ensemble des pharmacies privées, les difficultés sont essentiellement de nature économique, mais aussi organisationnelle.

Selon les données actuelles, la pénétration des génériques au Maroc est de 36 % dans le secteur médical libéral, du fait des réserves émises par certains prescripteurs, alors qu'elle avoisine les 95 % dans le secteur hospitalier parce que les achats de médicaments par le ministère se font selon une nomenclature avantageant les génériques et suivant la réglementation des appels d'offres publics.

Au Maroc la consommation du médicament représente plus de 32 % des dépenses de santé et 34 % des dépenses par les remboursements

effectués par la CNOPS pour les traitements coûteux des maladies chroniques et de longue durée que sont les cancers, les maladies cardiovasculaires et le diabète par exemple.

Toute stratégie pharmaceutique ou scenario possible a pour objectifs :

– D'assurer la disponibilité du médicament d'une manière régulière pour garantir la sécurité médicamenteuse, comme celle alimentaire.

– De veiller à l'accessibilité de la population urbaine comme rurale, des soins et médicaments essentiels définis par l'OMS.

Parmi les scénarios adoptés on trouvera :

1- La pénétration des génériques

Avec un volume d'environ 88 millions de boites et un chiffre d'affaires de 2.5 Milliards DHS, les médicaments génériques représentaient en 2011 30% du marché pharmaceutique Marocain, avec une croissance des ventes de 7% en volume et 8.1% en valeur.

Dans d'autres pays occidentaux USA et UE, cette pénétration des génériques peut atteindre des taux entre 70 et 90 % y compris le secteur libéral pour des raisons économiques et financières du moment, que ce sont les caisses d'assurances maladie qui fixent les prix des médicaments et du taux de leurs remboursements.

La part des génériques en volume, au niveau des appels d'offre hospitaliers reste beaucoup plus importante (80 à 90%), du fait d'acquisition des médicaments à un prix moindre.

Les génériques ne sont pas présents de manière homogène dans l'ensemble du marché pharmaceutique mais restent très concentrés au niveau des antibiotiques, des médicaments de l'appareil digestif et du

métabolisme, du système cardio-vasculaire, de l'appareil locomoteur, du système nerveux, et de l'appareil respiratoire.

L'arrivée des génériques au niveau des traitements des maladies lourdes (cancers etc.) est très récente, à l'image de ce qui se passe dans le monde. Malheureusement ces génériques se heurtent encore à des résistances au niveau de la prescription.

Au Maroc, c'est le ministère de la Santé qui fixe ces prix ainsi que les marges pour les pharmaciens en plus des Autorisations de Mise sur le Marché, (AMM) des médicaments importés et fabriqués localement. Pour la bio équivalence qui est un élément indispensable à cette AMM, le fabricant doit démontrer scientifiquement la bio équivalence de son générique par rapport au princeps. Pour cela, le ministère de la Santé avait décidé le 9 Octobre 2019, les modalités d'agrément des centres d'études et essais cliniques in vitro du générique.

En France, les textes de loi en 1999 sur le droit de substitution prévoient une possibilité de substitution et non pas un devoir. Si le Médecin s'oppose à cette substitution, il doit le mentionner par écrit sur l'ordonnance. Le pharmacien d'officine peut délivrer par cette substitution sur la base du répertoire officiel des groupes de génériques et pas de substitution possible en dehors de cette liste officielle, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

Le patient, du moment qu'il reste propriétaire de son ordonnance, peut légitimement s'opposer à la substitution, même en supportant la différence du prix entre le princeps et son générique moins cher. Et si la santé n'a pas de prix elle a un coût, comme ne cessent de répéter nos économistes de santé soucieux des équilibres financiers des budgets sociaux.

2- L'implantation des Laboratoires

Au début de la période post-indépendance, le Maroc importait la quasi-totalité des médicaments. Toutefois, le fait que ces importations ne parvenaient plus à satisfaire la demande locale a incité le gouvernement à prendre la situation en main. Conscient de l'enjeu social et économique de l'industrie pharmaceutique, le Maroc a mis en place un certain nombre de mesures facilitant la création de laboratoires pharmaceutiques.

L'attractivité du secteur pharmaceutique au Maroc séduit des multinationales de poids. En effet, ce dernier est classé « Zone Euro » et est réputé être aux normes internationales de par son organisation, son efficience et l'étendu des produits qu'il propose. Les produits pharmaceutiques nationaux s'exportent vers un grand nombre de pays européens, notamment, la France, l'Allemagne mais aussi aux pays d'Amérique du Nord sans oublier l'Afrique, l'Asie et le monde Arabe.

Ce positionnement à l'international, fait que le secteur pharmaceutique Marocain occupe aujourd'hui la seconde place en Afrique après la République Sud-Africaine. Alors que le Maroc ne comptait que 8 unités industrielles en 1965, il en est à plus de 25 dans les années 80.

3- L'Exportation marocaine des médicaments

L'industrie pharmaceutique marocaine cherche de nouveau marché notamment en Afrique lusophone et anglophone mais aussi au Viêtnam qui pourrait être la tête de pont pour conquérir un marché de 10 pays regroupé au sein de l'ASEAN. Pharma compte a créé une usine de production de médicaments en Côte d'Ivoire, Cooper Pharma fera de même dans ce pays et réalisera une autre usine au Rwanda.

Les exportations en médicaments concernent aussi bien les médicaments génériques Marocains que des séries industrielles européennes délocalisées par certains groupes étrangers, qu'ils soient princeps ou génériques. 8 à 10 % de la production est par ailleurs orientée vers des pays européens, arabes, asiatiques et africains.

Les exportations du secteur pharmaceutique Marocain sont passées de 18 Millions $ en 2002 à 35.5 Millions $ en 2011 avec un pic de 62.1 Millions $ enregistré en 2010. Ainsi, l'on note une croissance annuelle moyenne de 7%. L'on remarquera tout de même au long de la période 2008-2011 une certaine instabilité justifiée par le contexte de crise que connaissait (et que connait) le monde.

Ainsi en 2011, les exportations ont chuté de 43%. De ce fait, les marchés de l'Afrique et du Golf ont constitué l'incontestable alternative. Si en 2010, la France était la première destination des produits pharmaceutiques Marocains avec 66% des exportations, en 2011, la structure des clients à l'export s'est reconfigurée, montrant une réorientation vers les pays de l'Afrique subsaharienne, du Maghreb Arabe et du Golf. La France (17%) a cédé sa position à la côte d'ivoire qui importe 20% de nos produits, le Sénégal (15%), Le Burkina Faso (11%), l'Algérie et la Tunisie (17%), se sont imposées face à des clients traditionnels à l'instar de l'Egypte, la Belgique et l'Allemagne.

4- L'Innovation et l'intensité concurrentielle

Le moins que l'on puisse dire pour le secteur pharmaceutique au Maroc, c'est qu'il s'agit d'un secteur très concentré. En effet, les cinq premiers laboratoires détiennent 45% des parts de marché. Toutes choses égales par ailleurs, les laboratoires nationaux sont très bien représentés. Ils

tirent leur avantage de leur présence historique, un avantage qui s'avère être une barrière difficilement franchissable.

Sanofi leader avec 11% de part de marché capitalise à la fois sur sa présence historique, sa renommée internationale et surtout sur sa création de filiales de distribution et de production, et d'alliances avec les laboratoires marocains.

Laprophan compte déjà 5 brevets d'invention. Parmi ces 5 brevets, se trouve l'Ixor, l'unique médicament anti-reflux effervescent. Les chercheurs du laboratoire Laprophan sont les seuls à avoir réussi à mettre au point un antiacide effervescent tout en améliorant ses vertus thérapeutiques. En 2008, le laboratoire obtient le premier prix d'innovation décerné par l'Association R&D pour Ixor. Le produit a ensuite été proposé lors d'un concours international, organisé par l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (OMPI) à Genève. Le traitement anti-reflux œsophagiens s'est vu attribuer le premier prix de l'innovation, devant Sanofi.

Comme tous les produits et biens industriels, les médicaments sont protégés pendant une durée limitée par un brevet. La durée d'un brevet pour un médicament est de 20 ans29 à partir du moment où il est enregistré, c'est-à-dire dès le début des phases de développement de la molécule, soit bien avant sa commercialisation effective. A l'expiration de ce brevet, la molécule tombe dans le domaine public et peut être génériques.

Un médicament générique est un médicament identique ou équivalent à celui d'un médicament princeps. Il est commercialisé soit sous sa dénomination commune internationale (DCI) (c'est-à-dire le nom chimique de la molécule) suivi du nom du laboratoire soit sous un nom de marque.

La posologie, les indications et contre-indications, les effets secondaires et les garanties de sécurité du générique sont les mêmes que ceux du médicament princeps. Cependant, le médicament générique est moins cher que le princeps, car les coûts de recherche et développement n'entrent pas dans son prix, puisqu'ils ont été supportés par le médicament princeps.

Conclusion

Le grand enseignement de la pandémie du Covid-19, a été le caractère impératif de sauvegarder la souveraineté nationale, notamment celle sanitaire, et souveraineté pharmaceutique est au cœur de la souveraineté sanitaire.

Aujourd'hui, le monde connaît d'importantes pénuries et les produits de santé les plus essentiels n'y échappent pas. En Europe, des produits aussi basiques que le paracétamol ou l'amoxicilline manquent dans les pharmacies, et l'on parle de faire revenir les industries pharmaceutiques délocalisées en Asie vers leurs pays d'origine, même à des coûts plus élevés, au nom des souverainetés sanitaires de ces pays. L'industrie pharmaceutique marocaine a été résiliente, y compris pendant les moments les plus forts de la pandémie.

Les laboratoires ont continué de tourner et de livrer aux grossistes-répartiteurs qui, à leur tour, ont régulièrement alimenté des pharmacies où les pharmaciens étaient tout le temps présent malgré les risques. Mais il ne faut pas rester dans l'autosatisfaction, car le monde actuel et le prochain sont porteurs de menaces.

En revanche, le plus gros reste à faire, à commencer par dessiner les contours d'une future souveraineté sanitaire, et par conséquent

pharmaceutique. Nous devons au contraire renforcer, voire sanctuariser notre souveraineté sanitaire. Cela passe d'abord par le renforcement de la fabrication locale pour garantir les approvisionnements de notre pays en produits de santé et la diversification des sources d'approvisionnement à l'importation pour les produits non fabricables au Maroc.

Et ce, tout en visant la maîtrise rapide des biotechnologies de fabrication de produits aussi indispensables que coûteux. Le chantier actuel de la généralisation de la couverture sanitaire universelle (CSU) va générer une très forte demande sur les médicaments, y compris pour les affections chroniques ou onéreuses.

La solution consistera à prioriser l'utilisation des médicaments génériques et des biosimilaires. Les génériques représentent déjà l'essentiel de la fabrication locale, mais ce n'est pas encore le cas des biosimilaires dont la présence reste très timide.

Il y a aussi le problème des prix des médicaments qui continuent de baisser, alors que les prix des matières premières et les coûts logistiques au niveau mondial connaissent une flambée. Sans oublier le recours abusif aux importations pour des médicaments parfaitement fabricables au Maroc, alors que le potentiel de production de l'industrie pharmaceutique locale est pratiquement égal au double de la consommation de notre pays en médicaments.

L'ensemble du secteur pharmaceutique attend avec impatience la mise en place de l'Agence marocaine des médicaments et des produits de santé. Les professionnels dudit secteur s'attendent à ce que celle-ci fasse preuve de transparence et respecte les traitements avec célérité des différentes

demandes d'autorisations, en sus de la simplification des procédures administratives.

Références

- «Association marocaine de l'industrie pharmaceutique», sur amip.ma (consulté le 7 décembre 2019)
- Aziza Belouas, « Les exportations de médicaments ont augmenté de 6% en 2015» [archive], sur lavieeco.com, 23 janvier 2016
- Fahd Iraqi, «Hépatite C : Pharma 5, le labo marocain par qui le miracle est arrivé » [archive], sur jeuneafrique.com, 8 juin 2016
- « http://www.leseco.ma/business/25491-maroc-innovation-sante-a-un-nouveau-president.html »(Archive.org • Wikiwix • Archive.is • Google • Que faire ?)
- « http://www.h24info.ma/maroc/lassociation-maroc-innovation-et-sante-change-dappellation/38562 »(Archive.org • Wikiwix • Archive.is • Google • Que faire ?)
- « LEMM – Innovation et Santé - Les Industries du Médicament au Maroc» [archive], Les Industries du Médicaments au Maroc, sur www.lemm.ma (consulté le 23 juin 2017)
- «Laprophan met au point un nouvel antidouleur», sur leconomiste.com, 27 septembre 2012'accès à des soins de qualité et de proximité.
- « Les laboratoires pharmaceutiques marocains lorgnent le marché du Moyen-Orient», La Vie éco, 22 janvier 2015 (lire en ligne [archive], consulté le 16 août 2020).
- «Maroc-Rwanda: Cooper Pharma va réaliser une unité pharmaceutique à Kigali» [archive], sur le360.ma, 21 octobre 2016

▪ «Pharmacie: Pharma 5 investit 100 millions de dirhams dans une usine à Abidjan » [archive], sur le360.ma, 24 septembre 2016

▪ « Sovaldi: pourquoi le remède à l'hépatite C peut coûter 705 euros en Inde et 41.000 euros en France» [archive], sur huffingtonpost.fr, 20 novembre 2014

CHAPITRE II

Aspects liés à la pénurie des ressources humaines de santé influençant la qualité de l'offre de soins

Aspects of the human health resource shortages influencing the quality of health care

El Mehdi Miftahi

Hafid Saadi

PhD Student in Political Sciences, Ibn Zohr University;

Permanent teacher, High Institute of Nursing and Health Techniques, Agadir.

Résumé:

Le personnel de santé constitue la pierre angulaire du développement de toute offre de soins de qualité. L'objectif de cette étude est d'identifier les aspects liés à la pénurie du personnel de santé influençant la qualité des soins dans la région de la méditerranée orientale.

Les données de cette étude ont été itérativement recueillies dans des documents de l'OMS, des articles des bases de données, des documents de références ainsi que dans des rapports des institutions nationales. Deux approches chronologique et comparative ont été adoptées pour extraire et comparer les données portant sur les aspects liés à la pénurie des ressources humaines de santé entre les pays de la région.

Plusieurs de documents répondant aux critères d'inclusion ont été analysés. Les résultats ont démontré les aspects suivants: manque de données et de suivi; répartition insuffisante et inéquitable ; charge du travail accrue ; inadéquation des conditions du travail ; faible motivation morale et matérielle ; difficulté de rétention et de rotation du personnel expérimenté ; faiblesse stratégique et réglementaire ; faiblesse de formation, d'innovation

et du leadership; obstacles structurels et contextuels ; et supervision inappropriée.

Les résultats de l'étude constitueraient une base d'informations pour éclairer des stratégies visant le développement des ressources humaines de santé pour une offre de soins de qualité. Ainsi, ils pourraient être une base pour mener d'autres recherches.

Mots clés: pénurie; ressource humaines, offre de soins; système de santé.

Abstract: The health workforce is the cornerstone for developing any quality healthcare system. This study aims to identify aspects of the health workforce shortages that influence the quality of care in the Eastern Mediterranean region.

Data for this study were iteratively collected from WHO documents, database articles, reference documents, and reports from national institutions. Two approaches, chronological and comparative, were adopted to extract and compare data on aspects related to the health workforce shortages between countries in the region.

Several documents that responded to the inclusion criteria were analyzed. The results showed the following aspects: lack of data and monitoring; insufficient and inequitable distribution; increased workload; inadequate working conditions; low moral and material motivation; difficulty in retaining and rotating experienced workers; strategic and regulatory weaknesses; inadequate training, innovation, and leadership; structural and contextual barriers; and inadequate supervision.

The study's results provide an information base to inform strategies for developing human health resources for quality health care. Thus, they could be a basis for further research.

Keywords: shortage; human resources, health care, health system.

Introduction

L'un des problèmes majeurs qui affecte de nombreux secteurs, est la pénurie des ressources humaines. Les systèmes de l'offre de soins sont également confrontés à cette lacune critique qui affecte la qualité de toute offre de soins[524]. Les ressources humaines de santé (RHS ci-après) constituent un pilier des systèmes de santé permettant d'atteindre leurs objectifs[525], notamment l'amélioration de leurs capacités à garantir à la population une offre de soins de qualité.

Les RHS ont un rôle déterminant pour progresser vers le troisième Objectif du Développement Durable (ODD_3 ci-après), qui consiste à permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ainsi que mettre en place des systèmes de soins de santé primaires équitables[526]. En fait, l'ODD_3 vise à renforcer le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste des RHS dans les pays en voie du développement[527].

[524] Nancy Bolan & al, Human Resources for Health-Related Challenges to Ensuring Quality Newborn Care in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review, Global Health: Science and Practice, Volume 9, Number 1, 2021.
[525] L'OMS a regroupé les objectifs des systèmes de santé en trois buts généraux, à savoir: l'amélioration de la santé (de la qualité et de l'équité), la capacité de répondre aux attentes de la population, l'équité de la contribution financière assortie d'une protection contre le risque financier.
[526] OMS, Ressources humaines pour la santé Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030, Rapport du Directeur général, 25 mars 2019.
[527] https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/, consulté le 15 avril 2023.

Les RHS sont essentielles à la mise en place de la couverture sanitaire universelle (CSU ci-après), qui signifie que « *chaque personne a accès à tout l'éventail des services de santé de qualité dont elle a besoin, au moment et à l'endroit où elle en a besoin, sans que cela génère pour elle de difficultés financières* »[528]. L'apport des RHS consiste à fournir de services de soins pour les individus et les communautés en termes de diagnostic, de prévention, de traitement de maladies et de promotion de la santé[529].

Malgré l'importance des RHS, on constate que leur densité dans le monde, particulièrement dans les pays de la méditerranée orientale, reste faible et insuffisante. En dépit des évolutions constatées dans les dernières années, les effectifs et la répartition des RHS sont loin de répondre aux normes de l'OMS. Il convient alors, de s'interroger sur cette pénurie des RHS influençant la qualité de l'offre de soins, en posant la question suivante : dans quelle mesure la pénurie des ressources humaines de santé influence-t-elle la qualité de l'offre de soins ?

La réponse à cette problématique consiste à relever les aspects de la pénurie des RHS influençant la qualité de l'offre de soins via une analyse répartie sur deux axes. Tout d'abord, décrire l'état des lieux de la pénurie des RHS (1) et identifier les aspects de ladite pénurie, par la suite (2). Ceci passe par une revue de littérature basée sur une méthodologie de cadrage, combinée à deux approches (chronologique et comparative) visant l'extraction des données probantes ainsi que la comparaison de ces dernières entre les pays de la méditerranée orientale.

[528] Site web de l'OMS, https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc), publier le 12 /12/2022, consulté le 15 avril 2023.
[529] Ibid.

Méthodologie

Une méthodologie de cadrage a été choisie pour cette étude. Elle permet d'accumuler la littérature et de catégoriser les arguments que contient et d'identifier les lacunes nécessitant d'autres recherches complémentaires[530]. L'approche adoptée se base sur un processus de cinq étapes : [1] cerner la question de recherche ; [2] identifier des études pertinentes ; [3] sélectionner des études ; [4] rapporter des données ; [5] collecter, synthétiser et présenter les résultats[531].

Les données ont été recueillies itérativement, tout d'abord dans les documents de l'OMS et les articles publiés sur la thématique. Ainsi, cette collète des données s'est entendue à des recherches relevant des bases de données, aux références manuelles et aux rapports des Etats et des organisations œuvrant dans le domaine.

En se référant à la question problématique, la recherche dans les bases de données vise à relever des articles, des documents et des rapports qui s'intéressent au sujet de recherche et qui ont été publiés depuis les années 2000, et qui correspondent au lancement des ODD, particulièrement dans la région de la méditerranée orientale.

Ainsi, Une approche chronologique a été adoptée pour l'extraction des données des sources nationales, et une autre comparative a été utilisée pour comparer les aspects de la pénurie des RHS influençant la qualité de l'offre de soins dans les pays de la région.

[530] D. Levac, H. Colquhoun, KK. O'Brien, scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 5(1) 2010, p: 69.
[531] H. Arksey, L. O'Malley, Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol; 8(1), 2005, p: 19-32.

∗Critères de sélection de la revue de littérature

Dans cette revue, la documentation sélectionnée répondait aux critères d'inclusion conformes aux aspects de la pénurie des RHS influençant la qualité de l'offre de soins et qui se présentent comme suit:

∗Thématique: relève l'aspect lié à la pénurie des RHS;

∗Prestataires: le personnel médical, infirmier et sage-femme;

∗Population cible pour l'offre de soins : les pays de la méditerranée orientale;

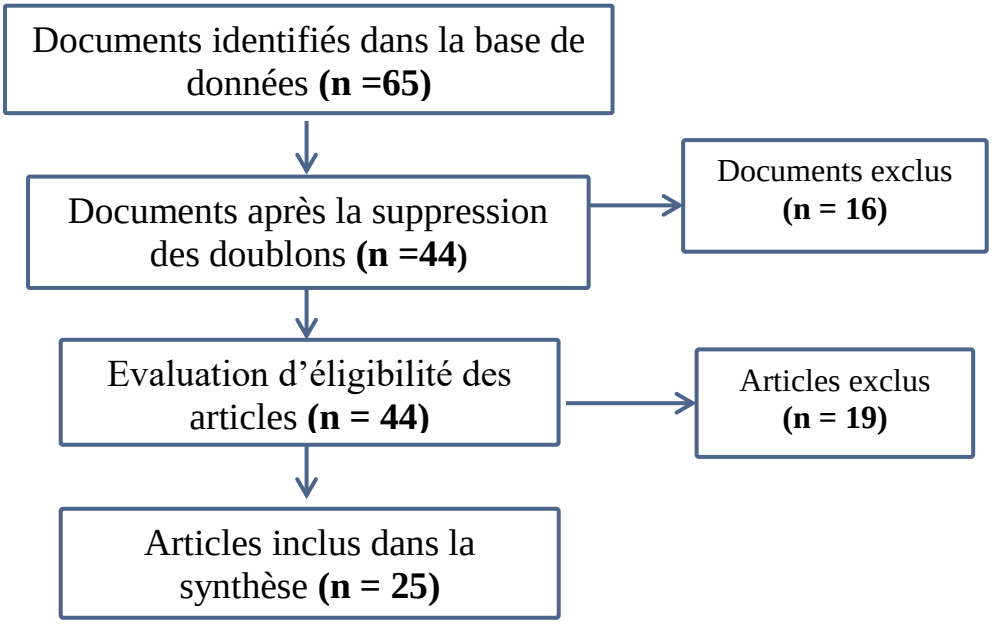
∗Cadre: les différentes structures sanitaires des pays de la méditerrané orientale visés par les stratégies de l'OMS et des institutions internationales œuvrant dans le domaine de santé;

∗Approche nationale: Données nationales, régionales et locales concernant les systèmes de l'offre de soins ;

∗Période: depuis les années 2000 jusqu'à nos jours.

Cette revue a été examinée par deux membres de l'équipe de recherche, d'une manière indépendante. Chaque membre a procédé à l'examen de l'intégrité de chaque document et sa conformité avec les critères d'inclusion. Les désaccords ont été résolus via la discussion. Les résultats se présentent comme suit :

Figure 1 : Les aspects liés à la pénurie des RHS influençant la qualité de l'offre de soins



∗Extraction des données

Les données de cette revue ont été extraites en utilisant l'analyse thématique de Braun et Clarke[532]. Ladite méthode permet de catégoriser et de regrouper les thèmes similaires d'une manière permettant de préciser des aspects liés à la pénurie des RHS. Ces thèmes ont été regroupés en fonction de la quantité des données probantes de chaque catégorie, en se basant sur un processus itératif pour arriver à un consensus sur dix aspects liés à la pénurie des RHS.

[532] V. Braun, V. Clarke, Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol; 3(2), 2006, p: 77-101.

Résultats

L'analyse des données a permis de décrire l'état des lieux des RHS dans la région d'une part, et d'établir dix catégories d'aspects liés à leur pénurie influençant la qualité de l'offre de soins d'autre part.

1. Etat des lieux de la pénurie des RHS dans la méditerranée orientale

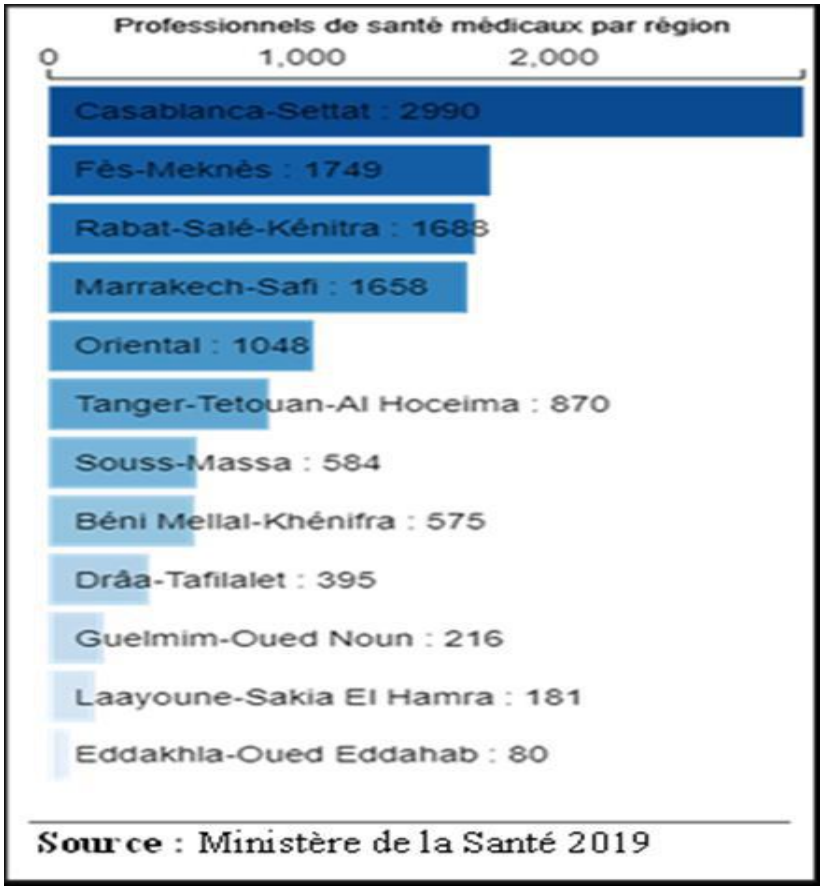
La méditerranée orientale est une région dynamique qui présente des conditions économiques et sociodémographiques complexes[533]. Malgré la richesse de certains pays, leurs systèmes de l'offre de soins restent confrontés à d'énormes défis dont les RHS apparues mal gérées[534].

A titre d'exemple, l'OMS place le Maroc parmi les 57 pays du monde qui présentent une pénurie des RHS. Les effectifs du personnel médical et infirmier restent encore sous le seuil minimal requis afin de garantir à la population une offre de soins adéquate et de qualité[535]. Les données de l'OMS montrent que les RHS représentent un ratio de 1.86 par 1000 habitants. Ainsi, le Maroc est classé parmi les pays ayant une densité des RHS inférieure au seuil critique fixé par l'OMS qui est de 2,31 professionnels par 1000 habitants[536]. La répartition des RHS varie entre les zones urbaines et rurales. 22% du personnel de santé du secteur public sont concentré dans les régions du Grand Casablanca et de Rabat-Salé qui regroupent 20% de la population du pays (Figure 2). En effet, la densité du

[533] Stratégie de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, 2020-2023 Transformer la Vision 2023 dans la pratique. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. P : 9.
[534] Ibid. P : 9.
[535] Farid Chaoui et al, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés, l'Institut de prospective économique du monde méditerranéen, N ° 1 3 AV R I L 2 0 1 2, P : 36.
[536] Ibid. p: 36 et 37.

personnel médical (qui est de 6 médecins par 10000 habitants) reste insuffisante par rapport aux pays voisins comme l'Algérie (12 médecins par 10 000 habitants en 2009) et la Tunisie (13 médecins par 10 000 habitants en 2009)[537]. En 2019, le Maroc dispose d'un effectif des infirmiers estimé à 31657[538]. Néanmoins, le besoin en personnel en 2020 a été estimé à 15000 postes, alors que l'octroi de postes budgétaires a été seulement de 4000 postes pour toutes catégories confondues[539]. Ainsi, le taux d'occupation des postes pour les infirmiers est presque 30%. Cependant, plus de 600 médecins formés au Royaume quittent le pays vers l'étranger qui offre des conditions attractives à l'ère de la CSU[540]. En fait, la pénurie des RHS est l'un des défaillances majeures du système de santé marocain[541].

[537] Ibid. p: 37.
[538] Ministère de la santé, COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE – 2018.
[539] Jaafer Heikel. Évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc. Economies et finances. Université Paris-Nord - Paris XIII, 2020. P: 139 et 140.
[540] Salma EL MAHDAOUI. LE NOUVEAU MODÈLE DE DÉVELOPPEMENT FACE AUX DÉFIS DE LA RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ MAROCAIN : UNE ANALYSE SUR LA PLACE DE LA SANTÉ DANS LE NMD. 2022. P : 4.
[541] Ibid.



2. Les aspects liés à la pénurie des RHS influençant la qualité de l'offre de soins

L'analyse thématique des données de cette étude a permis de dégager dix aspects liés à la pénurie des RHS. Ces aspects influenceraient la qualité de l'offre de soins dans les pays de la région. Ils sont présentés comme suit :

1) Manque des données de suivi des RHS

Les sources étudiées ont révélé un manque d'informations et de données sur la répartition, la disponibilité et l'estimation des besoins en

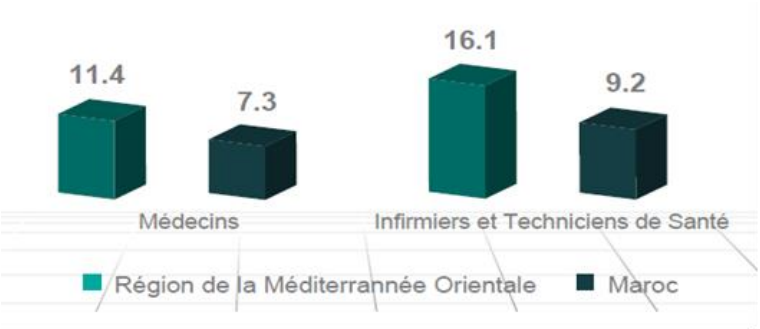
RHS[542] [543]. En Algérie, les RHS sont suffisantes, mais l'analyse de leur répartition par rapport à la densité de la population présente des manquements de données dans les communes du Sud-Ouest et de l'Est[544]. En effet, l'une des plaintes du système de santé marocain est l'imprévisibilité de son coût total dont la planification des RHS fait partie[545]. Une insuffisance quantitative et qualitative des RHS et une inadéquation persistante entre la formation et les besoins en prestations de soins ont été souvent constatées[546]. Les ratios professionnels par habitant n'ont pas évolué pour d'être adaptés à la nouvelle demande[547].

2) Répartition insuffisante et inéquitable des RHS

La recherche dans les sources a donné des exemples de répartition insuffisante et inéquitable des RHS, en particulier le corps médical et infirmier[548] [549] [550] [551] [552]. Leur densité globale dans la région est au-dessous de la moyenne mondiale fixée à quatre agents de santé/1000 habitants. Plusieurs pays comme (Afghanistan, Djibouti, l'Iraq, le Maroc, le Pakistan,

[542] Helvira KABALA, *Contribution des ressources humaines de la santé sur la couverture vaccinale contre la rougeole et les résultats de santé.* Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2020.
[543] Tarek MEDJADJ et Guy BAUDELLE, la répartition spatiale des établissements de santé et leur incidence sur les inégalités d'accès aux soins à Alger, BSGLg, 79, 2022, 193-207.
[544] Ibid.
[545] Jaafer Heikel, Op.cit.
[546] Ibid.
[547] Ibid.
[548] Farid Chaoui et al, Op.cit.
[549] Hicham Najim, L'EFFICACITÉ DE LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES DES PAYS EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT : UNE ÉTUDE EMPIRIQUE, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès science (M. Sc.) en relations industrielles, Mars 2019.
[550] Hanaa Imichoui et Abdelkader El Khider, Op.cit.
[551] Ministère de la santé, Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé, Marrakech 1, 2 et 3 Juillet 2013.
[552] Bureau régional de la Méditerranée orientale, Activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale : rapport annuel du Directeur régional 2012.

le Soudan et le Yémen…) connaissent encore des crises de gestion du personnel en matière de répartition et de planification[553]. Selon une étude en Tunisie, la répartition des médecins généralistes et spécialistes est très inégalitaire sur le territoire du pays. La densité des médecins généralistes est de 124,2 /100000 habitants dans la ville de Tunis à 29,7/100000 habitants à Sidi Bouzid. Pour les spécialistes, la densité va de 228,6/100000 habitants dans le gouvernorat du Tunis à 12,7/100 000 habitants à Tataouine[554]. En effet, la densité du personnel médical et infirmier au Maroc, par rapport à la région, varié successivement entre 7,3 médecins/10 000 habitants et 9,2 infirmiers et techniciens de santé/10 000 (voir figure 3).



Densité des RHS au Maroc par rapport la région méditerranée[555]

3) Charge de travail accrue

Au cours de ces dernières années, les RHS au Maroc ont souffert d'une charge du travail, particulièrement dans le secteur public[556]. Selon une

[553] Ibid. P : 13.
[554] Issam BRIKI, Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions, Revue Recherches et études en Développement, Volume (09) / N (2), Décembre 2022, pp 322-343.
[555] Ministère de la santé, RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ EN CHIFFRES 2016, Edition Décembre 2017.

étude réalisée sur 2174 des RHS exerçant dans la région Draa-Tafilalet dont 1215 ayant participé à ladite étude, 57,7% étaient en situation de syndrome de burnout, 30,9% en situation de burnout intermédiaire tandis que 11,4% ont été déclarés en situation de non-épuisement professionnel[557]. Selon le ministère de la santé, la répartition des habitants sur les médecins généralistes du secteur public dans les différentes régions du pays montre des ratios très élevés (voir figure 4).

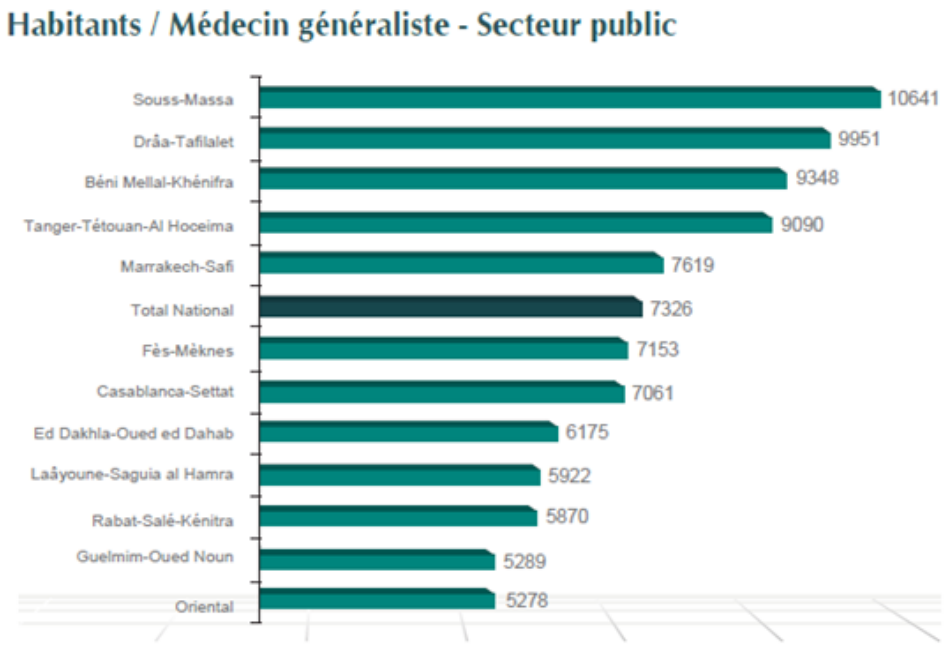


Figure 4 : Les ratios de répartition des habitants sur les médecins généralistes du secteur public[558]

[556] R. Fattahi et al, Le burnout parmi le personnel des structures de santé publique de la région de Drâa-Tafilalet au Maroc, Volume 84, Issue 4, August 2023, 101809, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1775878523001030, consulté le 05/04/2023.

[557] R. Fattahi et al, Op.cit.

[558] Ministère de la santé, RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ EN CHIFFRES 2016, Edition Décembre 2017.

Ainsi, les études menées par (Cherkaoui et al .2012) et (Maghni & Amine, 2016) sur l'épuisement professionnel chez les RHS du secteur privé montrent l'existence d'une multitude de facteurs dont la charge excessive du travail[559]. En outres, l'enquête réalisée par l'Observatoire Marocain de Bonheur (2017) évoque le sentiment de surcharge du travail parmi les principales causes du stress professionnel[560].

4) Inadéquation des conditions du travail

On évoque souvent les rémunérations médiocres, manque d'équipement, de logement, d'infrastructures ainsi que l'inégalité de leur répartition[561] [562] [563] [564]. Selon des études menées dans les pays à revenu intermédiaire, le maintien des infirmiers en poste est difficile[565]. L'insatisfaction professionnelle, l'environnement de travail, les relations de travail, le salaire et le style de gestion sont des facteurs impactant l'intention de l'infirmier de quitter son poste[566]. Dans des pays comme l'Egypte, la Jordanie et l'Iran, les styles de direction des responsables et la culture organisationnelle ont une influence sur l'épanouissement professionnel des

[559] A. MAGHNI, A. AMINE, K. MOUBTAHIJ, « Le stress chez le personnel de la santé : cas du CHU de Fès », Revue Internationale du Chercheur « Volume 2 : Numéro 2 », 2021, pp : 892 – 909.
[560] A. MAGHNI, A. AMINE, K. MOUBTAHIJ, Op.cit.
[561] Issam BRIKI, Op.cit.
[562] Wajih MAAZOUZI, Noureddine FIKRI BENBRAHIM, Radia ATIF, Asmaa TOUIL, Système de Santé et Qualité de Vie, rapport thématique, Cinquantenaire de l'Indépendance du Royaume du Maroc, SBN : 9954-405-32-1 N° Dépôt Légal 2005/2607.
[563] Organisation Mondiale de la Santé & Organisation Internationale du Travail, Prendre soin des soignants Programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé, NOTE D'ORIENTATION, ISBN (OMS) 978-92-4-002292-8, ISBN (OIT) 978-92-2-034508-5, 2021.
[564] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde 2020: investir dans la formation, l'emploi et le leadership. Genève; 2020.
[565] Ibid.
[566] Ibid. P : 30.

infirmiers[567]. En Tunisie, la répartition des équipements sur le territoire du pays montre des disparités régionales manifestées par la répartition des équipements lourdes (scanner, IRM...). Toutefois, la répartition géographique des RHS est en inadéquation dans l'ensemble du pays[568]. Dans les pays de la région, les conditions de travail inadéquates sont l'une des principales causes de la grève du personnel de santé[569]. Le manque de bien-être, l'épuisement professionnel, le stress et le manque de sécurité perçu poussent les soignants à quitter leur profession[570]. En Afrique du Nord, 44% à 83% des infirmiers en milieu clinique se plaint de lombalgies chroniques. Au niveau mondial, 63% des professionnels de santé avaient subi une forme de violence dans leur milieu d'exercice[571].

5) Faible motivation morale et matérielle

La motivation morale et matérielle ont été souvent mentionnées dans la littérature[572] [573] [574] [575] [576] [577] [578] [579]. La faible motivation des RHS est liée

[567] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde 2020, Op.cit.
[568] Issam BRIKI, Op.cit.
[569] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde 2020, Op.cit.
[570] Organisation Mondiale de la Santé & Organisation Internationale du Travail, Prendre soin des soignants Programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé, Op.cit.
[571] Ibid. P : 5.
[572] Jana Blštáková & Jana Palenčárová, Human Resource Management in Healthcare, SHS Web of Conferences 115, 03003, 2021.
[573] Ministère de la santé, Enquête nationale sur la population et la santé familiale : principaux indicateurs régionaux, 2011.
[574] Hicham Najim, Op.cit.
[575] Gemma A. Williams et al, LE RÔLE DES RESSOURCES HUMAINES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ PENDANT L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 : SOUTENIR ET PROTÉGER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, Eurohealth — Vol.28 | N° 1 | 2022.
[576] Organisation Mondiale de la Santé & Organisation Internationale du Travail, Prendre soin des soignants Programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé, Op.cit.
[577] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde 2020: investir dans la formation, l'emploi et le leadership, Genève; 2020.

à une panoplie de facteurs. Comme exemple, les raisons de migration des infirmiers sont souvent l'absence de possibilité d'emploi, les mauvaises conditions de travail et le sentiment d'insécurité dans les pays d'origine[580]. En effet, le personnel soignant choisit de travailler dans le secteur privé en raison d'une augmentation de rémunération par rapport au public. Les infirmiers reçoivent souvent un salaire fixe et un autre revenu provenant d'un double activités, moins important que les autres catégories des RHS[581]. Dans une enquête au Maroc, le salaire est perçu comme non convenable pour 39,4% du personnel[582]. Cependant, d'autres études ont montré que non seulement les conditions matérielles qui démotivent les RHS, mais aussi l'absence d'autonomie, les contraintes psycho-organisationnelles et l'absence du soutien social[583].

6) Difficulté de rétention et de rotation du professionnel expérimenté

De nombreux documents mentionnent la difficulté de la rétention et de la rotation des RHS[584] [585] [586] [587] [588] [589] [590] [591]. L'un des problèmes dont

[578] A. MAGHNI, A. AMINE, K. MOUBTAHIJ, Op.cit.
[579] Omar Laraqui et al, Perception du travail et bien-être chez le personnel de santé au Maroc, Dans Santé Publique 2017/6 (Vol. 29), pages 887 à 895, ISSN 0995-3914.
[580] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde 2020, Op.cit.
[581] Ibid.
[582] Omar Laraqui et al, Op.cit.
[583] Ibid.
[584] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde, Op.cit.
[585] Omar Laraqui et al, Op.cit.
[586] Issam BRIKI, Op.cit.
[587] Organisation Mondiale de la Santé & Organisation Internationale du Travail, Prendre soin des soignants Programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé, Op.cit.
[588] Bureau régional de la Méditerranée orientale, Activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale : rapport annuel du Directeur régional 2012.

souffrent les systèmes de l'offre de soins de la région est le maintien des RHS en poste[592]. Le flux entrant est déterminé par la capacité économique des pays à créer des postes[593]. Ainsi, certaines études ont révélé que le désengagement organisationnel et l'absence de soutien des infirmiers étaient des principales causes de la difficulté de leur maintien en poste en milieu rural[594]. Au Maroc, le système de l'offre de soins a connu, dernièrement, des dysfonctionnements au niveau du contrôle de la gestion des RHS. Ces derniers sont liés à l'absentéisme et la rotation du personnel[595]. Ainsi, dans certains pays de la région, les systèmes de l'offre de soins souffrent des difficultés de recrutement et de fidélisation des professionnels expérimentés[596]. En effet, selon le rapport du Conseil National des Droits de l'Homme marocain, 30% des RHS quittent le pays[597]. Selon une étude, 70% des étudiants en médecine ont déclaré l'intention de quitter le pays après la fin des études[598].

---

[589] Comité régional de la Méditerranée orientale, Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future, Point 3 de l'ordre du jour provisoire, Cinquante-neuvième session, bureau régional de la méditerranée orientale, OMS, EM/RC59/Tech.Disc.1 Février 2013.

[590] La Cour des comptes, Synthèse, Rapport annuel 2019 et 2020.

[591] Organisation Mondiale de la Santé, Ressources humaines : rapport annuel, Point 23.1 de l'ordre du jour provisoire, SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ, A66/36, 14 mai 2013.

[592] Ibid.

[593] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde, Op.cit.

[594] Ibid.

[595] S. Dehbi et K. Angade, Contrôle Et Analyse Des Coûts-Performances Cachés Liés Aux Dysfonctionnements Au Sein des hôpitaux. Cas : Hôpital régional marocain. École Nationale de Commerce et de Gestion Université Ibn Zohr Agadir, (2019).

[596] Bureau régional de la Méditerranée orientale, Organisation mondiale de la Santé, Feuille de route pour l'action de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale 2017–2021 , WHO-EM/RDO/011/F, Septembre 2017.

[597] Z. BENABDALLAH & D. CHEKROUNI, THE EMIGRATION OF MOROCCAN DOCTORS TO EUROPE, International Journal of Humanities and Social Sciences ISSN: 2717-8293, Volume 5, Issue 1, January 2023.

[598] Ibid.

7) Dysfonctionnements stratégiques et réglementaires des RHS

La recherche dans les bases de données montre des dysfonctionnements de nature variée au niveau stratégique et réglementaire[599] [600] [601] [602] [603] [604]. Au Maroc, des études récentes permettent de constater les attentes et les inquiétudes des RHS à l'égard du système de l'offre de soins[605]. Des lacunes stratégiques et réglementaires ont été déclarées. En effet, la majorité des médecins spécialistes du secteur public travaillent massivement dans les cabinets privés (double pratiques) qui est un principe interdit par la loi, mais réellement continue à exister[606]. Ainsi, le ministère de la santé ne dispose pas d'informations suffisantes au sujet des normes suivies ou du nombre de diplômes délivrés par les écoles privées des infirmiers[607]. Stratégiquement, la formation des RHS n'était pas adaptée aux besoins de la population tels qu'ils se posaient il y a 20 ans[608]. Dans les pays maghrébins (Maroc, Algérie et Tunisie), le rôle de l'Etat n'est pas mieux défini et oscille entre la planification, le pilotage et même parfois l'intervention directe au niveau opérationnel[609]. Malgré l'arsenal juridique plus développé, les systèmes de santé se caractérisent par le centralisme en

[599] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde, Op.cit.
[600] Comité régional de la Méditerranée orientale, Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future, Op.cit.
[601] Le ministère de la santé, la Démographie Médicale et Paramédicale à l'Horizon 2025, Décembre 2009.
[602] Hicham Najim, Op.cit.
[603] S. Ahizoune, A. Mdaghri Alaoui, Z. Belrhitic, La résilience des hôpitaux pendant Covid-19 : une seule étude de cas à méthodes mixtes au Maroc, Kinesither Rev (2022).
[604] Ministère de la santé, Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé, Op.cit.
[605] Ibid.
[606] Ibid.
[607] Ibid.
[608] Ibid.
[609] Farid Chaoui et al, Op.cit.

matière d'investissement, de prise de décisions stratégiques et de la mobilisation des RHS[610].

8) Des insuffisances liées à la formation, l'innovation et le leadership

Selon plusieurs sources consultées, une insuffisance des mesures de préparation des RHS par le biais des investissements stratégiques dans l'enseignement et de pratiques du recrutement efficaces et conformes aux principes d'éthique a été identifiée[611] [612] [613] [614] [615]. Selon une étude récente au Maroc, les médecins généralistes des deux secteurs (public et privé) s'accordent à déclarer que leur formation n'est pas adaptée à la pratique professionnelle et ne répond pas aux attentes de la population[616]. Ils partagent le diagnostic d'échec des réformes antérieures ainsi que la persistance d'un modèle de formation inadéquat en médecine générale[617]. La formation est actuellement moins que la rapidité de changement du contexte et l'augmentation des besoins de la population[618]. Une étude réalisée dans la région rapporte l'existence de quatre grandes insuffisances de gestion des RHS: le leadership, les compétences, les informations de la gestion et la

[610] Ibid.
[611] Comité régional de la Méditerranée orientale, Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future, Op.cit.
[612] Ministère de la santé, RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ EN CHIFFRES 2016, Op.cit.
[613] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde, Op.cit.
[614] S. Dehbi et K. Angade, Op.cit.
[615] Organisation mondiale de la Santé, Feuille de route pour l'action de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, Op.cit.
[616] Ministère de la santé, Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé, Op.cit.
[617] Ibid.
[618] Ibid.

performance managériale[619]. Dans la plupart des pays, la formation des infirmiers se fait dans des établissements qui se concentrent sur les compétences cliniques axées sur les tâches[620]. La pénurie en professeurs du niveau de maîtrise et du doctorat, reste encore un obstacle à la mise en place des programmes d'enseignement universitaire (en termes de leadership, d'innovation, de recherche scientifique, de communication et de développement personnel) en soins infirmiers[621].

9) Obstacles structurels et contextuels

Un certain nombre de barrières structurelles ou contextuelles viennent conditionner le développement des RHS dans la région[622] [623] [624]. En effet, le système de l'offre de soins marocain souffre de l'émergence accrue de l'idéologie libérale qui se manifeste par la contestation du régime d'accumulation économique, du mode de régulation, de planification centralisée, d'inefficacité du système et d'absence de transparence et de coordination des acteurs[625]. Ainsi, parmi les défis qui influencent le développement des RHS dans la région, on trouve l'évolution de la charge de la maladie, la privatisation accélérée des soins de santé, l'instabilité politique, les conflits d'intérêt, la persistance des approches traditionnelles,

[619] Hicham Najim, Op.cit.
[620] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde, Op.cit.
[621] Ibid.
[622] Organisation Mondiale de la Santé & Organisation Internationale du Travail, Prendre soin des soignants Programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé, Op.cit.
[623] Wajih MAAZOUZI, Noureddine FIKRI BENBRAHIM, Radia ATIF, Asmaa TOUIL, Système de Santé et Qualité de Vie, Op.cit.
[624] Comité régional de la Méditerranée orientale, bureau régional de la méditerranée orientale, OMS, Examen de l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et cadre d'action, Point 4 a) de l'ordre du jour provisoire, Soixante-deuxième session, EM/RC62/3, Septembre 2015.
[625] Wajih MAAZOUZI, Noureddine FIKRI BENBRAHIM, Radia ATIF, Asmaa TOUIL, Système de Santé et Qualité de Vie, Op.cit.

l'absence de programmes d'accréditation dans certains pays et la faiblesse du système d'assurance[626]. Selon une étude (Shaban et al. (2012) réalisée en Jordanie, le manque de reconnaissance professionnelle et du statut de certaines catégories du personnel, la mauvaise image au sein de la société, la prédominance du modèle médical, le manque d'opportunités d'accès à la formation continue et l'environnement défavorable du travail sont les différentes barrières relatives à la pénurie des RHS[627]. Ainsi, l'insuffisance de délimitation de certains champs de pratique, le conflit de rôles, l'insécurité et l'indécision dans l'accomplissement des tâches et le manque des ressources matérielles figurent également dans les obstacles structurels de l'exercice professionnel aux pays du Nord Afrique[628].

10) Supervision inappropriée

Une supervision inadéquate a été mentionnée dans plusieurs documents comme un problème du maintien des RHS, de démotivation et de basse qualité des soins[629] [630] [631] [632]. En effet, les pays de la région ont exprimé leurs préoccupations concernant le nombre insuffisant des responsables ainsi que l'inefficacité des mesures, des récompenses et des

[626] Comité régional de la Méditerranée orientale, bureau régional de la méditerranée orientale, OMS, Examen de l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et cadre d'action, Op.cit.
[627] Sabina Abou-Malham, Analyse de l'implantation d'un plan d'action pour le renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le Royaume du Maroc, Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D) en Santé Publique, Option Organisation des soins de santé, École de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Mars 2014.
[628] Ibid.
[629] Omar Laraqui et al, Op.cit.
[630] S. Dehbi et K. Angade, Op.cit.
[631] Farid Chaoui et al, Op.cit.
[632] Sabina Abou-Malham, Op.cit.

sanctions associées[633]. Ainsi, des disparités entre les sexes au sein des RHS posent un problème pour les pays de la région en termes d'inégalité, de discrimination et de ségrégation professionnelle[634]. En outres, certains pays ont déclaré que le suivi et l'évaluation des RHS ne sont pas suffisamment institutionnalisés[635]. Aussi, le système d'éducation et de régulation constituent des facteurs contribuant au maintien de la subordination stricte et de l'invisibilité des RHS dans le système de soins[636]. En Palestine (Hassan-Bitar & Narrainen, 2011), les RHS souffrent d'une charge du travail excessive, des humiliations dans le milieu clinique, d'un manque de supervision et d'une absence du support professionnel[637].

Discussion

Cette étude, à notre connaissance, constitue la première à étudier d'une manière globale les aspects liés à la pénurie des RHS influençant la qualité de l'offre de soins dans la région de la méditerranée orientale. Durant cette étude, nous avons essayé à mieux d'aborder et comprendre les aspects liés à la pénurie des RHS en relevant des thématiques précises sur le plan international, régional et national. Nous avons procédé à synthétiser les données provenant des sources consultées et cherché à fournir les informations utiles pour éclairer davantage les stratégies de la gestion et du renforcement des RHS pour une offre de soins de qualité, particulièrement dans la région. Le but est de participer à l'accompagnant des pays à renforcer leurs capacités à répondre aux recommandations de l'OMS et à

[633] Secrétariat de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), PLAN STRATÉGIQUE 2020–2030 EN MATIÈRE DE PERSONNEL DE SANTE : Investir dans les compétences et la création d'emplois dans le secteur de la santé, Gaborone, Botswana, 2021.
[634] Ibid.
[635] Ibid.
[636] Sabina Abou-Malham, Op.cit.
[637] Ibid.

atteindre les ODD. L'objectif de l'étude de ces aspects est l'amélioration de la qualité de l'offre de soins des systèmes de l'offre de soins à court, moyen et à long terme.

L'état des lieux des RHS dans la région est encore loin d'atteindre les normes de l'OMS. En effectif, cette dernière recommande 4,45 personnels soignants/ 1000 habitants[638]. Au Maroc, selon une étude, l'objectif à atteindre en 2020 est de trois professionnels/1000 habitants au lieu de 1,64/1000 habitants obtenu[639]. Ainsi, les pays de la région sont appelés à réduire de moitié les disparités du personnel entre les zones urbaines et rurales d'ici 2030[640]. Par conséquent, les Etats continuent à s'affronter à une panoplie des défis concernant la qualité de l'offre de soins à savoir : la mortalité liée aux maladies non transmissibles qui est 50%, la morbidité qui est de 60% ; le surpoids chez les femmes qui atteint 70% dans certains pays ; la prévalence du tabagisme qui est de 50% et le taux de dépistage de la tuberculose qui reste encore à 63%[641]. En outres, le taux de mortalité maternelle est de 166 décès/100 000 naissances vivantes dues à des facteurs évitables comme les hémorragies (25%), les avortements (13%) et les infections (12%)[642]. Aussi, la région est la seule au monde où le poliovirus circule encore[643].

[638] World Health Organization, Global strategy on human resources for health: workforce 2030, ISBN 978 92 4 151113 1, 2016.
[639] Ministère de la Santé, Etude de la démographie médicale et paramédicale à l'horizon de 2025, 2010.
[640] Organisation mondiale de la santé, Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 : PROJET pour consultation, 2015.
[641] Bureau régional de la Méditerranée orientale, Organisation mondiale de la Santé, L'avenir de la santé dans la Région OMS de la Méditerranée orientale : renforcer le rôle de l'OMS, WHO-EM/RDO/002/F, 2012-2016, 2012.
[642] Stratégie de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, 2020-2023 Transformer la Vision 2023 dans la pratique, Op.cit.
[643] Ibid.

Le manque des données et de suivi du personnel influence négativement la prise de décision[644] [645]. La disponibilité des meilleures informations permettrait d'examiner la voie à suivre pour renforcer les systèmes de l'offre de soins dans la région. En se focalisant sur l'analyse systématique des défis, l'identification des priorités et la proposition des stratégies adéquates pour la gestion des RHS seraient faciles[646].

La pénurie des RHS et l'inégalité dans leur répartition entrave la capacité de prodiguer des soins de qualité[647] . En effet, l'effectif insuffisant combiné au désir de ne pas vivre et travailler dans des zones rurales enclavées, et le manque du personnel spécialiste contribuent à une répartition inégale[648]. Pour l'accès aux prestations de soins, le rapport sur Nouveau Modèle de Développement au Maroc, rapporte que malgré l'extension de l'offre de soins, la qualité des services reste encore faible[649].

[644] Comité régional de la Méditerranée orientale, Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future, Op.cit.

[645] Bader Dehbi, La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie, Afrique et développement, Volume XLII, No. 1, 2017, pp. 121-145, ISSN : 0850 3907.

[646] Comité régional de la Méditerranée orientale, Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future, Op.cit.

[647] SB. Neogi, S. Malhotra, S. Zodpey, P. Mohan, Challenges in scaling up of special care newborn units-lessons from India. Indian Pediatr. 2011;48(12):931-935.

[648] N. Gupta, B. Maliqi, A. França, et al. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. Hum Resour Health. 2011;9(1):16.

[649] Mohammed Nabil EL MOUSSALI & Bouchra OUARRAOUI, Les apports du Nouveau Modèle de Développement pour la réforme du système de santé au Maroc : une analyse sur la base du cadre conceptuel des systèmes de santé, Dossiers de Recherches en Economie et Gestion : Dossier 10, N° 1 : Mars 2022.

Les résultats d'une étude ont montré que la disponibilité des médecins et des infirmiers était positivement corrélée à la couverture des soins de qualité[650].

Le manque des RHS augmente la charge du travail de ceux en exercice, ce qui aggrave le ratio personnel/patient et engendre des situations de stress qui retombent négativement sur la qualité de soins fournis aux patients[651]. Selon une étude sur la qualité du travail, les interviewés évoquent la perte du contrôle et la dissonance éthique suite à la charge excessive du travail[652]. Sous cette dernière, le domaine des soins infirmiers est l'un des contextes où la conciliation de la vie professionnelle et privé est parmi les plus faibles[653].

Le faible taux de rétention, la rotation du personnel expérimenté, les mauvaises conditions du travail et la démotivation (thématiques 4, 5 et 6) peuvent créer des situations d'instabilité et de continuité de l'offre de soins ou contribuer à l'aggravation du statu quo[654]. La littérature montre une augmentation de la charge mentale au dépend de la charge du travail physique et des autres sources de risques au milieu hospitalier[655]. Du fait, il est impératif pour les pays d'introduire des mesures pour améliorer la fidélisation, la motivation et la performance des professionnels par le biais des programmes axés sur les résultats, des indemnités partielles, meilleur environnement du travail, des possibilités d'évolution de carrière, réduction

[650] Helvira KABALA, Contribution des ressources humaines de la santé sur la couverture vaccinale contre la rougeole et les résultats de santé. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2020.
[651] SB. Neogi, S. Malhotra, S. Zodpey, P. Mohan, Op.cit.
[652] W. Cherkaoui, N. Montargot, & Z. Yanat, « Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc », Revue Question(s) de management 2012/1.
[653] Ibid.
[654] Ibid.
[655] Omar Laraqui et al, Op.cit.

des déséquilibres entre les zones urbaines et rurales et de la migration des compétences[656].

L'absence de stratégies et l'insuffisance de la réglementation ont un impact sur la qualité de l'offre de soins[657]. Les pays de la région avaient des plans stratégiques et opérationnels, mais la faiblesse des résultats porte sur la question de suivi et d'évaluation[658]. En effet, la disponibilité des documents stratégiques doit faire preuve d'optimisation de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité, de la qualité et de la performance des RHS en se basant sur une compréhension du marché du travail[659]. Ainsi, la mise en œuvre de réformes n'est pas toujours facile car elle implique un nombre d'étapes et d'acteurs. La capacité de l'Etat à assurer le respect des lois et des règlements sera donc essentielle pour mener ce chantier[660].

La formation de base des RHS est souvent faible dans certains pays et la prolifération des écoles privées avec ou sans accréditation pose la question de la qualité de la formation[661]. Malgré l'existence des programmes de qualité conformes aux priorités nationales, l'insuffisance des facultés, des instituts, des infrastructures, des équipements et des sites de pratique

[656] Comité régional de la Méditerranée, Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future, Op.cit.
[657] Ministère de la santé, Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé, Op.cit.
[658] Organisation mondiale de la Santé, Capacité de gouvernance et de direction du personnel de santé dans la Région africaine : examen des unités des ressources humaines pour la santé dans les ministères de la santé, ISBN 978 92 4 250352 4, Septembre 2012.
[659] Stratégie de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, 2020-2023 Transformer la Vision 2023 dans la pratique, Op.cit.
[660] Thomas Bossert, et al, Planification Stratégique des Ressources Humaines pour la Santé : Évaluation des Facteurs Financiers, Éducationnels, Administratifs et Politiques, Organisation mondiale de la Santé 2010.
[661] Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde, Op.cit.

entravent leur traduction en compétences requises[662]. Il est donc urgent pour les gouvernements et les responsables d'accorder la priorité au maintien du personnel bien formé, car les compétences et l'expertise sont très précieuses pour la qualité des soins[663]. Les possibilités de concrétiser des stratégies de formation sont disponibles grâce à l'apprentissage par compétence et par expérience basés sur la simulation et e-learning[664]. Ainsi, la faiblesse du leadership et de la gouvernance en matière des RHS pour la santé reste une menace pour la CSU[665]. Une volonté politique et un renforcement des capacités des services des ministères de la santé sont nécessaires pour coordonner la mise en œuvre des plans d'actions sur les RHS[666].

D'après la littérature, les obstacles structurels et contextuels liés aux RHS concernaient en particulier le statut, la discrimination, la reconnaissance et la prédominance d'une catégorie par rapport aux autres[667]. En plus, Le stress, l'épuisement professionnel, la désautonomisation, la diminution de confiance en soi et la diminution de l'estime de soi conduisaient à l'adoption de comportements négatifs et par la suite à la nuisance à la qualité de soins[668]. Il convient, pour les pays de la région d'étudier toutes les possibilités de mener des actions stratégiques permettant

[662] Secrétariat de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), PLAN STRATÉGIQUE 2020–2030 EN MATIÈRE DE PERSONNEL DE SANTE, Op.cit.
[663] CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES, La pénurie mondiale du personnel infirmier et la fidélisation des infirmières, 11 Mars 2021.
[664] NE. Bolan, SD. Newman, LS. Nemeth, Technology-based newborn health learning initiatives for facility-based nurses and midwives in low-and middle-income countries: a scoping review. Int J Childbirth. 2018; 8(4):252-268.
[665] Bureau régional de l'Afrique, Organisation mondiale de la Santé, CADRE RÉGIONAL DE MISE EN OEUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE SUR LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ À L'HORIZON 2030. Brazzaville, 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[666] Ibid.
[667] Sabina Abou-Malham, Analyse de l'implantation d'un plan d'action pour le renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le Royaume du Maroc, Op.cit.
[668] W. Cherkaoui, N. Montargot, & Z. Yanat (2012), Op.cit.

d'attirer et de fidéliser les RHS, notamment le renforcement de l'approche genre et l'institutionnalisation des mécanismes factuelles via l'égalité entre les sexes, l'avancement au mérite, l'équité, la sécurité sanitaire des RHS…etc.[669].

Dans la région, la supervision formative est la plus adoptée pour soutenir les RHS et développer leurs compétences[670] [671]. La supervision appuie toute approche systématique visant à garantir que les RHS sont responsables de la qualité de l'offre de soins. Utilisée souvent dans le domaine de santé publique, la supervision n'avait pas une définition consensuelle. Sa mise en pratique se limite à la surveillance, l'analyse des données, les enquêtes, les explications des lignes directives et les suggestions[672]. La supervision si elle est menée correctement, elle pourrait assurer le développement professionnel, améliorer la satisfaction et renforcer la motivation[673]. En effet, l'intégration des mécanismes de dialogue, de coordination et de participation au niveau national dans les processus de prise de décisions peut monter que les RHS sont essentielles pour la CSU[674].

[669] Bureau régional de l'Afrique, Organisation mondiale de la Santé, CADRE RÉGIONAL DE MISE EN OEUVRE DE LA STRATÉGIE MONDIALE SUR LES RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTÉ À L'HORIZON 2030, Op.cit.
[670] Omar Laraqui et al, Op.cit.
[671] MOHAMMED HAMZA MAHBOUBI, Le secteur de la santé au Maroc : Etats des lieux et perspectives, Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Numéro 11 : Décembre 2019/Volume 4 : numéro 3 », pp : 881 – 894.
[672] Jeff Kabinda M, Patrick Mitashi, Faustin Chenge, QUEL EST L'APPORT DE LA SUPERVISION DANS L'AMELIORATION DE LA QUALITE DES SOINS DE SANTE ? Note de Politique n°04 Juin 2019.
[673] Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet. 2005; 366 (9490): 1026 -1035.
[674] Organisation mondiale de la santé, Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030, Op.cit.

Conclusions

Plus de 20 ans du lancement des ODD, il est primordial d'assurer l'accès à des soins de qualité à toute la population. Cependant, le manque des RHS ayant des compétences nécessaires constitue un défi à surmonter. Cette revue a examiné la documentation publiée sur les systèmes de l'offre de soins afin d'identifier les aspects liés à la pénurie des RHS influençant la qualité de soins dans les pays de la méditerranée orientale. Malgré les résultats obtenus, certaines limites comme restriction du sujet, des chevauchements conceptuels des thématiques, la représentativité pour tous les pays de la région ont été constatées. Ainsi, les résultats de l'étude fournissent les informations nécessaires pour décortiquer les stratégies de l'OMS et renforcer les réformes de gestion des RHS, dans le but de garantir une offre de soins de qualité à toute la population.

Références

Articles

- Ahizoune. S, Mdaghri Alaoui. A, Belrhitic. Z, La résilience des hôpitaux pendant Covid-19 : une seule étude de cas à méthodes mixtes au Maroc, Kinesither Rev (2022).

  https://doi.org/10.1016%2Fj.kine.2022.09.007

- Benabdallah. Z & Chekrouni. D, the emigration of moroccan doctors to europe, International Journal of Humanities and Social Sciences, Volume 5, Issue 1, January 2023. http://dx.doi.org/10.47832/2717-8293.21.10

- Blštáková Jana & Palenčárová Jana, Human Resource Management in Healthcare, SHS Web of Conferences 115, 03003 (2021). https://doi.org/10.1051/shsconf/202111503003

▪ Bolan N, Cowgill KD, Walker K, Kak L, Shaver T, Moxon S, et al. Human Resources for Health-Related Challenges to Ensuring Quality Newborn Care in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. Glob Health Sci Pract. 2021. https://doi.org/10.9745/GHSP-D-20-00362

▪ Bolan NE, Newman SD, Nemeth LS. Technology-based newborn health learning initiatives for facility-based nurses and midwives in low-and middle-income countries: a scoping review. Int J Childbirth. 2018;8(4):252-268. DOI:10.1891/2156-5287.8.4.252.

▪ Briki Issam, Le système de santé en Tunisie : indicateurs, inégalités et perceptions, Revue Recherches et études en Développement, Volume (09) / N (2), Décembre 2022. https://shorturl.at/lpPZ1

▪ Cherkaoui W. Montargot N. & Yanat Z. (2012), « Changement organisationnel et déterminants du stress : Etude exploratoire du stress perçu par les infirmiers de l'hôpital DS au Maroc », Revue Question(s) de management 2012/1. https://doi.org/10.3917/qdm.121.0041.

▪ D. Levac, H. Colquhoun, KK. O'Brien, scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 5(1) 2010. https://shorturl.at/BQVX3

▪ Dehbi Badr, La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique: cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie, Afrique et développement, Volume XLII, No. 1, 2017.

https://www.jstor.org/stable/90013903

▪ Dehbi S. et Angade K. Contrôle et Analyse des coûts-performances Cachés liés aux dysfonctionnements au sein des hôpitaux. Cas : Hôpital régional marocain. École Nationale de Commerce et de Gestion, (2019). https://shorturl.at/rwTY2

▪ El Mahdaoui salma. Le nouveau modèle de développement face aux défis de la réforme du système de santé marocain : une analyse sur la place de la santé dans le NMD. 2022. https://hal.science/hal-03848727

▪ El Moussali Mohammed Nabil & Ouarraoui Bouchra, Les apports du Nouveau Modèle de Développement pour la réforme du système de santé au Maroc : une analyse sur la base du cadre conceptuel des systèmes de santé, Dossiers de Recherches en Economie et Gestion : Dossier 10, N° 1 : Mars 2022.
https://revues.imist.ma/index.php/DOREG/article/download/31619/16356.

▪ Fattahi. R et al, Le burnout parmi le personnel des structures de santé publique de la région de Drâa-Tafilalet au Maroc, Volume 84, Issue 4, August 2023, 101809. https://doi.org/10.1016/j.admp.2023.101809

▪ Gemma A. Williams et al, Le rôle des ressources humaines dans le secteur de la santé pendant l'épidémie de covid-19 : soutenir et protéger les professionnels de santé, Eurohealth. Vol.28 | N° 1, 2022. https://apps.who.int/iris/handle/10665/351097

▪ Gupta N, Maliqi B, França A, et al. Human resources for maternal, newborn and child health: from measurement and planning to performance for improved health outcomes. Hum Resour Health. 2011;9(1):16. https://doi.org/10.1186/1478-4491-9-16.

▪ H. Arksey, L. O'Malley, Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol; 8(1), 2005. https://doi.org/10.1080/1364557032000119616

▪ Imichoui Hanaa et Abdelkader El Khider, la régionalisation, nouveau mode de gouvernance du système de santé : état des lieux pour le cas du Maroc, European Scientific Journal June 2020 edition Vol.16, No.16. https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/13035

- Kabala, Helvira. Contribution des ressources humaines de la santé sur la couverture vaccinale contre la rougeole et les résultats de santé. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2020. http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:24214.

- Kirmi B. & Chahouati W. (2019) « Les établissements hospitaliers publics : Vers une nouvelle gouvernance inspirée du management de la qualité », Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit« Numéro 10 : Septembre 2019 / Volume 4 : numéro 2 ». https://shorturl.at/cjxHI

- Laraqui Omar et al, Perception du travail et bien-être chez le personnel de santé au Maroc, Dans Santé Publique 2017/6 (Vol. 29), https://doi.org/10.3917/spub.176.0887

- MAGHNI. A, AMINE. A, MOUBTAHIJ, K (2021) « Le stress chez le personnel de la santé : cas du CHU de Fès », Revue Internationale du Chercheur « Volume 2 : Numéro 2». https://shorturl.at/xOQ29

- Mahboubi Mohammed Hamza, Le secteur de la santé au Maroc : Etats des lieux et perspectives, Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit « Numéro 11 : Décembre 2019/Volume 4 : numéro 3 ». https://doi.org/10.5281/zenodo.3605674.

- Neogi SB, Malhotra S, Zodpey S, Mohan P. Challenges in scaling up of special care newborn units-lessons from India. Indian Pediatr. 2011; 48(12):931-935. https://doi.org/10.1007/s13312-011-0149-z

- Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? Lancet. 2005 Sep 17-23;366(9490):1026-35. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)67028-6.

▪ V. Braun, V. Clarke, Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol ,2008. https://shorturl.at/hlrU9

Thèses et mémoires

▪ Abou-Malham Sabina, Analyse de l'implantation d'un plan d'action pour le renforcement du rôle professionnel de la sage-femme dans le Royaume du Maroc, Thèse présentée à la Faculté des Études Supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph. D) en Santé Publique, Option Organisation des soins de santé, École de santé publique, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Mars 2014.

▪ Heikel Jaafer. Évaluation des effets de la couverture sanitaire universelle (CSU) sur l'utilisation effective des services de santé au Maroc. Economies et finances. Université Paris-Nord - Paris XIII, 2020.

▪ Najim Hicham, L'efficacité de la gestion des ressources humaines des pays en voie de développement : une étude empirique, Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître es science (M. Sc.) En relations industrielles, Mars 2019.

Rapports

- Bossert, Thomas … [et al.], Planification Stratégique des Ressources Humaines pour la Santé : Évaluation des Facteurs Financiers, Éducationnels, Administratifs et Politiques, Organisation mondiale de la Santé. 2010.
- Bureau régional de l'Afrique, Organisation Mondiale de la Santé. Cadre régional de mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030. Brazzaville, 2020.
- Bureau régional de la Méditerranée orientale, Activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale : rapport annuel du Directeur régional 2012.
- Bureau régional de la Méditerranée orientale, Organisation mondiale de la Santé, Feuille de route pour l'action de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale 2017–2021 , WHO-EM/RDO/011/F, Septembre 2017.
- Bureau régional de la Méditerranée orientale, Organisation mondiale de la Santé, L'avenir de la santé dans la Région OMS de la Méditerranée orientale : renforcer le rôle de l'OMS, WHO-EM/RDO/002/F, 2012-2016, 2012.
- Chaoui Farid et al, Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie : Défis nationaux et enjeux partagés, l'Institut de prospective économique du monde méditerranéen, N ° 13 avril 2012
- Comité régional de la Méditerranée orientale, bureau régional de la méditerranée orientale, OMS, Examen de l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et cadre d'action, Point 4 a) de l'ordre du jour provisoire, Soixante-deuxième session, EM/RC62/3, Septembre 2015.

▪ Comité régional de la Méditerranée orientale, Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future, Point 3 de l'ordre du jour provisoire, Cinquante-neuvième session, bureau régional de la méditerranée orientale, OMS, EM/RC59/Tech.Disc.1 Février 2013.

▪ Conseil international des infirmières, La pénurie mondiale du personnel infirmier et la fidélisation des infirmières, 11 Mars 2021.

▪ Jeff Kabinda M, Patrick Mitashi, Faustin Chenge, Quel est l'apport de la supervision dans l'amélioration de la qualité des soins de santé ? Note de Politique n°04 Juin 2019.

▪ Maazouzi Wajih, Fikri Benbrahim Noureddine, ATIF Radia, Asmaa TOUIL, Système de Santé et Qualité de Vie, rapport thématique, Cinquantenaire de l'Indépendance du Royaume du Maroc,

▪ Ministère de a santé. Enquête nationale population et santé – 2011: Principaux indicateur régionaux, Edition 2011.

▪ Ministère de la Santé, Etude de la démographie médicale et paramédicale à l'horizon de 2025, 2010.

▪ Ministère de la santé, Livre blanc pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé, Marrakech 1, 2 et 3 Juillet 2013.

▪ Ministère de la santé, Ressources humaines de la santé en chiffres 2016, Edition Décembre 2017.

▪ Ministère de la Santé. Comptes nationaux de la Santé – 2018. https://shorturl.at/ehBDG

▪ Organisation Mondiale de la Santé & Organisation Internationale du Travail, Prendre soin des soignants Programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé, Note d'orientation, 2021.

▪ Organisation mondiale de la Santé, Capacité de gouvernance et de direction du personnel de santé dans la Région africaine : examen des unités des ressources humaines pour la santé dans les ministères de la santé, Septembre 2012.

▪ Organisation mondiale de la Santé, Feuille de route pour l'action de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale 2017–2021, WHO-EM/RDO/011/F, Septembre 2017.

▪ Organisation mondiale de la Santé, La situation du personnel infirmier dans le monde 2020: investir dans la formation, l'emploi et le leadership [State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership]. Genève; 2020.

▪ Organisation Mondiale de la Santé, Ressources humaines : rapport annuel, Point 23.1 de l'ordre du jour provisoire, Soixante-sixième assemblée mondiale de la santé, A66/36, 14 mai 2013.

▪ Organisation mondiale de la santé, Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030 : projet pour consultation, 2015.

▪ Secrétariat de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC), plan stratégique 2020–2030 en matière de personnel de sante : Investir dans les compétences et la création d'emplois dans le secteur de la santé, Gaborone, Botswana, 2021.

▪ Stratégie de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, 2020-2023 Transformer la Vision 2023 dans la pratique. Le Caire : Bureau

régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. P : 9.

- World Health Organization, Global strategy on human resources for health: workforce 2030, 2016.

Site Web

- Les objectifs du développement durable, site web de l'ONU, consulté le 15 avril 2023, URL :

https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/,

- La couverture sanitaire universelle, Site web de l'OMS, publier le 12 /12/2022, consulté le 15 avril 2023 URL : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)