

annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

الحق في الصحة في المغرب

2023

أبرز المشكلات والتحديات



سعد الزبيري

جامعة محمد السادس لعلوم الصحة

يُنشر هذا التقرير كجزءٍ من سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (AWR) لشبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية (ANND). يُعدُّ تقرير الراصد العربي منشورًا دوريًا تصدره الشبكة ويركّز كلَّ إصدار على حقٍّ معيّن وعلى السياسات والعوامل الوطنية والإقليمية والدولية التي تساهم في انتهاكه. يتمُّ تطوير تقرير الراصد العربي من خلال عملية تشاركية تجمع ما بين أصحاب المصلحة المعنيين، بما في ذلك المجتمع المدني، والخبراء في المجال، والأكاديميين، وممثلي الحكومة في كلِّ من البلدان الواردة في التقرير، وذلك كوسيلةٍ لزيادة ملكية التقرير في ما بينهم وضمان توطينه وتعزيز صلته بالسياق.

يُركّز التقرير السادس للراصد العربي على موضوع الحقِّ في الصحة. ويمثّل تقرير الراصد العربي للحقِّ في الصحة للعام 2023 جهدًا مشتركًا بين شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، وكلية العلوم الصحية في الجامعة الأميركية في بيروت. وقد أعدَّ بهدف تقديم تحليل شامل ونقديّ لوضع الحقِّ في الصحة في المنطقة والتوقعات لما بعد مرحلة كوفيد-19. ويُؤمل أن تُشكّل المعلومات والتحليلات المقدّمة منصّة للدعوة إلى أعمال هذا الحقِّ للجميع.

تُعبر الآراء الواردة في هذه الوثيقة عن رأي المؤلف حصرا، ولا تعكس بالضرورة وجهات نظر شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، والجامعة الأميركية في بيروت، Brot für die Welt، دياكونيا، أو المساعدات الشعبية النرويجية.

بيروت، حقوق النشر © 2023. جميع الحقوق محفوظة.

التقرير صادر عن **شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية**. يمكن الحصول عليه من الشبكة أو يمكن تحميله عن الموقع: <http://www.annd.org>

يُحظر إعادة إنتاج هذا التقرير أو أي جزء منه أو استخدامه بأي طريقة كانت من دون إذن خطّي صريح من الناشر باستثناء استخدام الاقتباسات الموجزة.

بدعم من

Brot
für die Welt



Norwegian People's Aid

People
Change
the World
Diakonia

الحق في الصحة في المغرب

أبرز المشكلات والتحديات

د. سعد الزبيري

جامعة محمد السادس لعلوم الصحة

دكتور في الاقتصاد والصحة العامة

محلل للأنظمة الصحية والسياسات

أستاذ باحث

سعد الزبيري حاصل على درجة الدكتوراه في الاقتصاد والصحة العامة من جامعة باريس. خبير اقتصادي ومحلل للأنظمة الصحية. وهو أستاذ في المدرسة الدولية للصحة العامة بجامعة محمد السادس للعلوم والصحة في الدار البيضاء، المغرب.



ملاحظة



يرتكز هذا التقرير على مراجعة للوثائق الوطنية المرتبطة بالحق في الصحة في المغرب ويتضمن مناقشات وتعليقات من جهات فاعلة في المجتمع المدني. ومن خلال تحليل الوضع الصحي في المغرب من منظوري الاقتصاد والصحة العامة، يسلط الضوء على أبرز مشكلات وتحديات الحق في الصحة في البلاد، ويرتكز على تحليل العناصر الصحية المتنوعة ليختتم بتوصيات لتحسين الحق في الصحة لكافة سكان المغرب.



الخلفية التاريخية للمغرب وأبرز العوامل الاجتماعية والسياسية المرتبطة بالحق في الصحة

08

08

08

09

09

09

10

- نظرة عامة عن البلد
- الدستور الجديد
- التشريعات والأنظمة الوطنية
- الخصائص الديموغرافية
- الوضع الاقتصادي
- الخصائص الاجتماعية والثقافية

أبرز المشكلات والتحديات ذات الصلة والتي ينبغي مناقشتها من خلال تحليل نقدي لإطار الحق في الصحة

11

11

11

12

12

13

- التفاوتات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية
- التمويل الصحي والتغطية الصحية الشاملة
- التوزيع الديموغرافي للأخصائيين العاملين في القطاع الصحي
- القطاع الخاص والشراكة بين القطاعين العام والخاص
- مسارات الرعاية المنسقة والوقاية

14

الاعتراف بالحق في الصحة في المغرب

14

14

14

14

15

15

15

15

16

16

16

17

- المؤتمر الصحي الوطني الأول في أبريل 1959
- تطوير الرعاية الصحية الأولية بين عامي 1981 و1994
- بداية المرحلة الثالثة عام 1994
- التغطية الصحية الأساسية عام 2002 كوسيلة لتطبيق الحق في الصحة
- القانون-الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات
- الحق في الصحة في الدستور الجديد لعام 2011
- استراتيجية القطاع الصحي للفترة الممتدة بين عامي 2012 و2016
- نحو ميثاق صحي وطني جديد عام 2013
- مخطط الصحة للفترة الممتدة بين عامي 2018 و2025
- تعميم الحماية الاجتماعية عام 2021
- القانون-الإطار الجديد رقم 22-06 لعام 2022 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية
- إنشاء الهيئة العليا للصحة عام 2023

18 ملخص وصفي للمنظومة الصحية في المغرب؛ الإنجازات وأوجه القصور

- 18 • الوضع الصحي العام للسكان
- 18 • تنظيم المنظومة الصحية الوطنية

20 القطاع الصحي في المغرب والتحديات الرئيسية أمام الحق في الصحة

- 20 • الوضع الصحي التفصيلي للسكان
- 22 • عدم التمييز
- 23 • تمويل الصحة
- 24 • الخدمات الصحيّة والأدوية
- 25 • الوصول إلى البيانات والمعلومات الصحيّة
- 26 • العاملون في مجال الصحة
- 27 • العوامل العالميّة وفيرس كوفيد-19

29 خارطة طريق وتوصيات لإعمال الحقّ في الصحة في المغرب

- 29 • تعزيز الحكم الرشيد وتقليص الفوارق الجغرافيّة والاجتماعيّة
- 30 • زيادة الموارد الماليّة المخصّصة للصحة نحو تحقيق التغطية الصحيّة الشاملة
- 31 • تنظيم القطاع الخاص وتعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص

32 الخاتمة

33 المراجع



الخلفية التاريخية للمغرب وأبرز العوامل الاجتماعية والسياسة المرتبطة بالحق في الصحة

في الأعوام الأخيرة، شهد المغرب الذي ينتمي إلى الشريحة الدنيا من البلدان متوسطة الدخل، تغييرات كبيرة ديمقراطية واقتصادية واجتماعية.

نظرة عامة عن البلد

تقع المملكة المغربية في منطقة المغرب العربي بشمال إفريقيا، وتطل على المحيط الأطلسي والبحر الأبيض المتوسط، وتحدها كل من الجزائر وموريتانيا.

يسود في المغرب نظام ملكي دستوري ديمقراطي برلماني اجتماعي يقوده الملك محمد السادس منذ يوليو 1999، وهو يُعتبر إحدى أقدم الملكيات في العالم التي يتربع فيها الملك، المتمتع بصلاحيات تنفيذية، على رأس الدولة، كما أنه القائد الأعلى ورئيس أركان الحرب العامة للقوات المسلحة الملكية وأمير المؤمنين. يعين الملك رئيس الحكومة المسؤول عن (1) القيام بالمشاورات لتشكيل الحكومة و(2) ترؤس المجلس الوزاري و(3) تنفيذ التشريعات.

أرسى إصلاح عام 1997 اللامركزية الإدارية في المغرب (Official Bulletin of Morocco, 1997). وتنقسم البلاد إداريًا في الوقت الرهان إلى 12 جهة (تتضمن 75 عمالة وإقليمًا)، يرأس كلًا منها والي (أو حاكم) ومجلس جهوي يضم القوى الأساسية في الجهة. تنتخب هذه المجالس هيئات مسؤولة عن الإدارة الديمقراطية لشؤونها وفقًا للشروط التي يحددها القانون.

هدفت هذه اللامركزية إلى تلبية الاحتياجات الاجتماعية والاقتصادية للبلاد من جهة، وإلى ضمان تحسين تكييف الإطار الترابي للجهات وتناسقه مع وضعها الجديد كسلطات محلية من جهة أخرى. وتجد الحاجة إلى مراجعة التقسيم أيضًا تفسيرها في استمرار انعدام التوازن بين المناطق المختلفة والمرتبطة، إلى حد كبير، بالتمايز المكاني الموروث من الحقبة الاستعمارية، والذي يُضاف إلى العوامل الطبيعية. وتعكس هذه المراجعة التقدم نحو التقسيم الجهوي عملاً بالنصوص الدستورية، لما يعود به ذلك من تحسين لوضع الجهات في ضوء اعتماد القانون المرتبط بتنظيمها. وبالتالي، تشكل الجهات التي تم إنشاؤها تحسنًا كبيرًا مقارنةً بالمناطق الاقتصادية السابقة التي استنسخت التجربة الفرنسية في الثلاثينيات.

الدستور الجديد

يتبع المغرب منذ يوليو 2011، دستورًا جديدًا كرس للمرة الأولى الوصول إلى الرعاية الصحية والتغطية الطبية كحقٍّ جوهري تمامًا كالوصول إلى التعليم والتوظيف (General Secretariat of the Government of Morocco 2011). يتميز هذا الدستور الجديد أيضًا بخصوصية تمتين الحكومة من خلال إنشاء عدة أجهزة للحكومة أو الربط بين المسؤولية والمسائلة.

ينص **الفصل 31** من الدستور الجديد على ما يلي:

”تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في:

العلاج والعناية الصحية؛ والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة؛ والحصول على تعليم عصري ميسر الولوج وذي جودة؛ والتنشئة على التشبث بالهوية المغربية، والثوابت الوطنية الراسخة؛ والتكوين المهني والاستفادة من التريبة البدنية والفنية؛ والسكن اللائق؛ والشغل والدعم من طرف السلطات العمومية في البحث عن منصب شغل، أو في التشغيل الذاتي؛ وولوج الوظائف العمومية حسب الاستحقاق؛ والحصول على الماء والعيش في بيئة سليمة؛ والتنمية المستدامة...”

في الواقع، يتيح دستور عام 2011 تعزيز الحقوق، وهو وحد من إسهاماته الرئيسية، كما أنه الدستور الأول التي يشتمل صراحةً على الحق بالصحة (الفصل 31)، وقد أتى على ذكر كلمة حق (حقوق) 88 مرة، [دستور (دساتير): 158 مرة وقانون (قوانين): 152 مرة].

التشريعات والأنظمة الوطنية

يتكوّن البرلمان المغربي من مجلسين هما:

1. مجلس النواب الذي يضم 395 عضوًا يُنتخبون مباشرةً لولاية مدتها خمس سنوات، و
2. مجلس المستشارين، ويضم 120 عضوًا، يُنتخبون بطريقة غير مباشرة من ممثلي الجماعات المحلية والمنتخبين في الغرف المهنية وممثلي المأجورين؛ يُنتخب ثلثا أعضاؤه لمدة ست سنوات، فيما يُنتخب الآخرون لمدة ثلاث سنوات. يتمتع البرلمان بصلاحيّة النظر في مسائل الميزانية واعتماد مسودات القوانين ومحاسبة الوزراء وتشكيل لجان تقصي الحقائق المخصصة لمراقبة العمل الحكومي.

الخصائص الديموغرافية

يُناهز العدد الإجمالي لسكان المغرب حاليًا 37 مليون نسمة (The World Bank 2021). يُقدَّر معدل النمو السنوي للسكان بنسبة 1.1% ويبلغ العمر الوسيط حوالي 29 سنة. تبلغ نسبة السكان الذين هم دون الخامسة عشرة من العمر 26% (The World Bank 2021). يُناهز متوسط العمر المتوقع عند الولادة 74 سنة (وهو أعلى لدى النساء منه لدى الرجال)، ويتوازن توزيع السكان بحسب نوع الجنس، حيث تشكّل النساء حوالي 50% من إجمالي السكان. يعيش ما يزيد قليلًا عن نصف السكان (60% تقريبًا) في المناطق الحضرية (The World Bank 2021).

الوضع الاقتصادي

تشير أحدث الإحصائيات إلى أن الناتج المحلي الإجمالي للمغرب ناهز 143 مليار دولار أمريكي عام 2021. مرّت البلاد بفترة ركود اقتصادي، إلا أنها عادت فشهدت فترة

أكثر ازدهارًا منذ التسعينيات، واستعادت تدريجيًا معدل نمو متوسط بلغ 5% في السنوات الأخيرة. لا يزال الاقتصاد المغربي يعتمد على القطاع الزراعي، ولا يزال معدل الفقر (4% من السكان، المؤشر العددي للفقر عند خط الفقر الوطني) والبطالة (11% من السكان) تحت السيطرة (The World Bank 2021).

الخصائص الاجتماعية والثقافية

احتل المغرب المرتبة 121 في تقرير التنمية البشرية 2019، حيث بلغ مؤشر التنمية البشرية 0.686 (UNDP 2019). كان معدل معرفة القراءة والكتابة منخفضًا (50% من إجمالي السكان و30% فقط للنساء)، إلا أن الحكومة استثمرت بشكل كبير في التعليم منذ التسعينيات. ومنذ ذلك الحين، ارتفع معدل معرفة القراءة والكتابة لدى البالغين بشكل كبير، وهو يتخطى اليوم 90% (ولكنه لا يزال أعلى لدى الرجال منه لدى النساء) (The World Bank 2021).

يُشكّل العرب والبربر، الذين يُعرفون بالأمازيغ، 99% من السكان. وتُعتبر العربية والأمازيغية اللغتين الرسميتين في البلاد، على الرغم من استخدام الفرنسية أيضًا على نطاق واسع في المؤسسات الحكومية.

أبرز المشكلات والتحديات ذات الصلة التي ينبغي مناقشتها من خلال تحليل نقدي لإطار الحق في الصحة

تشير بعض التقارير الوطنية إلى أن أثر التطورات النوعية والكمية المسجلة في النظام التشريعي والهيكلية المؤسسية، قد يبقى محدودًا من حيث الضمانات بتوفير الحماية الفعالة للحقوق والحريات (Economic, Social and Environmental Council 2018; National Council for Human Rights of Morocco 2022).

يُعتبر تعزيز فعالية الحق في الصحة محورًا رئيسيًا في تنفيذ الاستراتيجية الوطنية. ويُفهم الحق في الصحة عمومًا في ضوء تعريف منظمة الصحة العالمية التي تعرّف الصحة على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز". يفترض تحقيق هذا الهدف وضع سياسات عامة متعددة الأبعاد تعمل بانسجام مع بعضها لبلوغ المستوى "الأقصى" من الصحة البدنية والنفسية.

تعتبر عدّة عوائق هيكلية تطبق الحق في الصحة في المغرب وإتاحة الوصول الفعال إلى الحق في الصحة. سيركز هذا التقرير على التوسع في خمس مشكلات رئيسية تواجه الحق في الصحة في المغرب اليوم، وهي التفاوت بين الجهات، والصعوبات المالية من حيث التغطية الصحية الشاملة، ونقص الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي، وعدم إدماج القطاع الخاص، وغياب مسارات الرعاية المنسقة، وضعف نهج الوقاية. وناقش هذه المشكلات بمزيد من التعمق في ما يلي.

التفاوتات الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية

تفاوتت الجهات الاثنتا عشرة التي يتألف منها المغرب في ما بينها بشكل كبير، وذلك من حيث النمو الديموغرافي، والقطاعات الاجتماعية، والديناميكيات الاقتصادية. ففي الواقع، يزداد التركيز السكاني والاقتصادي على طول ساحل المحيط الأطلسي وترافقه انقسامات بين الجهات المركزية والجهات الطرفية من جهة، والجهات شديدة التحضر والجهات الزراعية من جهة أخرى. يسبب هذا الوضع تفاوتات في الإمداد بالرعاية الصحية، حيث تتركز البنى الاستشفائية والأخصائيون العاملون في القطاع الصحي في المدن الكبيرة وعلى الساحل، وبخاصة في محور الرباط-الدار البيضاء.

التمويل الصحي والتغطية الصحية الشاملة

على الرغم من أن التمويل الصحي يُعتبر عاملاً رئيسيًا للوصول الفعال إلى الحق في الصحة، إلا أن ميزانية وزارة الصحة المغربية لا تتخطى 6 إلى 7% من الميزانية العامة للدولة، وبالتالي، فهي لا تزال دون المعايير الدولية (15% من الميزانية العامة للدولة بحسب إعلان أبوجا و12% بحسب منظمة الصحة العالمية) أو دون ميزانيات دول أخرى ذات اقتصاد مشابه.

بالإضافة إلى ذلك، تمثل النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة 50% تقريبًا من الإنفاق الصحي، ويشكل أكثر من 60% منها مساهمات في التغطية الطبية، ما يشكل عائقًا حقيقيًا أمام الوصول إلى الرعاية ويُسهم في الواقع القائل إن نسبة كبيرة من السكان تجد نفسها في حالة من الضعف والخطر بسبب المشكلات الصحية.

تحول هذه العوائق المالية دون تعميم الرعاية الصحية الشاملة في المغرب، حيث إن توفير هذه الرعاية لكافة السكان يتطلب آليات تمويل مناسبة تضمن تغطية جزئية للنفقات الصحية للأفراد. سيشيخ ذلك للأشخاص الذين يعيشون في ظروف خطيرة وغير مستقرة، ومن بينهم المصابون بالأمراض المزمنة، الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأولية. تعاني أنظمة التغطية الصحية المغربية اليوم من ثلاثة اختلالات كبيرة هي: تحدي التوازن المالي، وتحدي الكفاءة، وعدم توفر نظام للدفع من قبل جهات خارجية.

التوزع الديموغرافي للأخصائيين العاملين في القطاع الصحي

يعاني المغرب من عدم كفاية الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي، حيث يُقدّر عدد الأطباء العاملين في البلاد بـ 2,300 طبيب يتركز نصفهم تقريبًا في الرباط والدار البيضاء (Ministry of Health of Morocco, 2022)، فيما يحتاج المغرب إلى 32,000 طبيب و65,000 ممرض لتلبية احتياجات المواطنين ووفقًا لمعايير منظمة الصحة العالمية. ونلاحظ أيضًا ضعفًا واستخدامًا غير كافٍ للموارد البشرية نتيجة الصعوبات الإدارية.

تعاني البلاد أيضًا من "فرار" الأطباء والمدراء التنفيذيين الصحيين؛ حيث يتراوح عدد الأطباء الذين يتلقون التدريب في المغرب ويعملون في الخارج بين 10,000 و14,000 طبيب (Ministry of Health of Morocco 2022).

القطاع الخاص والشراكة بين القطاعين العام والخاص

شهد القطاع الخاص تطورًا مضطربًا في السنوات الأخيرة، وأصبح جزءًا مهمًا من المنظومة الصحية الوطنية المتمتعة بقدرة كبيرة على توفير الرعاية والتي توفر الرعاية لقسم كبير من السكان. غير أن القطاع الخاص يفتقر إلى التنظيم والمراقبة الكافية، كما أنه ليس مندمجًا بشكل جيد في المنظومة الصحية الوطنية، وبالتالي فإن الشراكات بين القطاعين العام والخاص محدودة جدًا. يقيد هذا الوضع بشكل كبير إمكانية الوصول إلى الحق في الصحة ويبقى من المشكلات الأساسية التي تستوجب إصلاح المنظومة الصحية الوطنية.

مسارات الرعاية المنسقة والوقاية

لا تتوفر في المغرب مسارات منسقة للرعاية وتتم إدارة الموارد البشرية بشكل غير مناسب. ويُعتبر غياب مسارات الرعاية هذه أحد الأسباب الرئيسية للإدارة غير المناسبة للموارد البشرية (الأطباء وغيرهم من الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي). كذلك، فإن انعدام شفافية عملية الرعاية قد يتسبب في مشكلات في التشخيص ومعالجة المرضى، وهو ما يعرّضهم للخطر.

لا يتم تنفيذ النهج الوقائي بشكل فعال وهو لا يعالج كافة المحاور التي تستهدف المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للحق في الصحة. كذلك، لا تُعتمد استراتيجية الرعاية الصحية الأولية على الدوام، وغالباً ما لا تُوضع مسارات منسقة للرعاية ولا يتم تعزيز الصحة الجنسية والإنجابية بشكل كبير.

الاعتراف بالحق في الصحة في المغرب

يعود تنظيم الصحة كخدمة عامة في المغرب إلى الإصلاحات التي أدخلها الحُكم الاستعماري الفرنسي. بعد الاستقلال، صدر النص التنظيمي الأول لخدمات وزارة الصحة في أغسطس 1956. وكان المغرب قد انضم إلى منظمة الصحة العالمية في ذلك العام نفسه، وتحديداً في 14 مايو 1956. تلت ذلك عدة مراحل رئيسية في تطوير المنظومة الصحية الوطنية.

المؤتمر الصحي الوطني الأول في أبريل 1959

تم وضع المبدأين التوجيهيين للسياسة الصحية للمغرب في المؤتمر الوطني الأول حول الصحة الذي تلا استقلال البلاد عام 1956، وهما: «المنظومة الصحية للأمة هي من مسؤولية الدولة»، و«وزارة الصحة العامة مسؤولة عن تصميمها وتنفيذها» (Ministry of Health of Morocco, 2013). تم تفعيل هذين المبدأين الرئيسيين اللذين يشكلان أساس المنظومة الصحية الوطنية في مختلف خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية التي اعتمدت منذ الاستقلال وحتى عام 1980.

تطوير الرعاية الصحية الأولية بين عامي 1981 و1994

شكّل انضمام المغرب عام 1978 إلى إعلان ألما-آتا حول الرعاية الصحية الأولية نقطة الانطلاق لهذه المرحلة الثانية؛ فأصبحت سياسة الرعاية الصحية الأولية أولوية وطنية. طُبق الإعلان مع اعتماد خطة التنمية 1981-1985 التي شجعت على إنشاء وتطوير هيكلية الرعاية الصحية الأولية في كافة أنحاء البلاد.

بداية المرحلة الثالثة عام 1994

تتميز هذه المرحلة الثالثة بإعادة هيكلة وزارة الصحة وبدء إصلاح المستشفيات. تم إنشاء مديريات مركزية جديدة للمستشفيات والأدوية والتنظيم. كذلك، فقد أدت العملية الإصلاحية التي أطلقت في هذه الفترة إلى بدء مشروع التغطية الطبية الأساسية. استُهلّت هذه المرحلة بالندوة الوطنية للصحة في المغرب: «التنمية الصحية في المغرب، حقائق وآفاق»، ورزازات، 16-13 يوليو 1992. حضر هذه الندوة حوالي 1,200 شخص، وتناولت خلالها 16 لجنة مواضيع متنوعة (High Commission for Planning of Morocco 1992).

التغطية الصحية الأساسية عام 2002 كوسيلة لتطبيق الحق في الصحة

من حيث المبدأ، تهدف التغطية الصحية الأساسية إلى ضمان الوصول الشامل إلى الرعاية الصحية، وتشكّل بالتالي وسيلة لتطبيق الحق في الصحة؛ أما تقنياً، فهي استجابة لمشكلة تمويل خدمات الرعاية الصحية والتي شكّلت موضوع تفكير خاص في سياق الندوة الوطنية للصحة في المغرب التي عُقدت عام 1992 (High Commission for Planning of Morocco 1992). أدى إصلاح التغطية الصحية

الأساسية إلى إصدار القانون 65.00 في 3 أكتوبر 2002. أُطلق تعميم خطة المساعدة الطبية الأساسية (RAMED) رسميًا في مارس 2012 وهي تهدف إلى ضمان الحق في الرعاية الصحية للفقراء الذين لا يستفيدون من التأمين الصحي الإلزامي.

القانون-الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات

القانون-الإطار رقم 34.09 هو الأول من نوعه في تاريخ التشريعات الصحية في المغرب (Official Bulletin of Morocco 2011). يحدد هذا القانون المبادئ والأهداف الأساسية لعمل الدولة في المجال الصحي وفي تنظيم المنظومة الصحية، وتنص مادته الأولى على أن الحق في الحفاظ على الصحة هو من مسؤوليات الدولة والمجتمع. ويعرّف القانون أيضًا المنظومة الصحية كمجموعة من العناصر المترابطة والمتكاملة، بما ينسجم إلى حد بعيد مع مفهوم منظمة الصحة العالمية.

الحق في الصحة في الدستور الجديد لعام 2011

يكرّس دستور يوليو 2011 صراحةً وللمرة الأولى الحق في «الرعاية الصحية» و«التغطية الطبية». ففي الواقع، يعتبر الفصل 31 الحق في الرعاية الصحية حقًا شاملاً ويربطه بمحددات الصحة (General Secretariat of the Government of Morocco 2011). وبالتالي، يضع هذا الفصل نفسه أيضًا على عاتق السلطات العامة مسؤولية تسهيل التمتع بالحقوق الأخرى، كالحق في التعليم، والسكن اللائق، والعمل، والحصول على الماء، والبيئة الصحية.

استراتيجية القطاع الصحي للفترة الممتدة بين عامي 2012 و2016

تنبثق استراتيجية القطاع الصحي للفترة الممتدة بين عامي 2012 و2016 عن البرنامج الحكومي الذي أعدته الجهة الحكومية المعنية في إطار دستور 2011 (General Secretariat of the Government of Morocco 2011). تعلن وثيقة «الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016» في مقدمتها، أنها جزء من التحولات السياسية والاجتماعية التي شهدتها المغرب، والتي تستوجب اعتماد نهج جديد قائم على حقوق الإنسان والديمقراطية الصحية، وتعطي صدى قطاعيًا لأحكام الدستور الجديد، وبخاصة تلك المرتبطة بحق الوصول إلى الرعاية والتغطية الصحية (Ministry of Health of Morocco 2012).

نحو ميثاق صحي وطني جديد عام 2013

نظمت وزارة الصحة مؤتمرًا ثانيًا حول الصحة في يوليو 2013، أي بعد أربع وخمسين عامًا على المؤتمر الصحي الوطني الأول المنعقد عام 1959. وتمثل الهدف العام المُعلن للمؤتمر في الإصلاح لمعالجة أوجه القصور الحالية وتلبية الاحتياجات الناشئة في مجال الصحة.

هدف هذا المؤتمر إلى تحديد أبرز الأولويات الرئيسية للعمل في مجال الصحة للأعوام الثلاثين التالية، وبلوغ الإجماع الوطني حول أبرز التحديات والأولويات الأساسية للعمل في المجال الصحي، وإطلاق نهج جماعي لدمج الاهتمام بالصحة

في كافة السياسات العامة، وتعزيز الوضوح في مجال التمويل الصحي بهدف تعميم التغطية الطبية.

جمع هذا المؤتمر الصحي الثاني في المغرب أكثر من 500 شخص، منهم جهات فاعلة في القطاع الصحي، وشركاء للقطاع الصحي، لمناقشة الموارد ذات الأولوية لإصلاح المنظومة الصحية، والمبنية عن توقعات المواطنين، وطموحات الأخصائيين العاملين في القطاع الصحي، ومرئيات تطوير المنظومة الصحية الوطنية. حضر هذه الفعالية ممثلون عن القطاعات الحكومية، ومنظمات المجتمع المدني، وشركاء اجتماعيون، وهيئات مُنخبة، ومنظمات دولية، وخبراء محليون ودوليون.

مخطط الصحة للفترة الممتدة بين عامي 2018 و2025

يتمثل الهدف من مخطط الصحة 2025 في التكيف مع التحديات الجديدة للقرن الحادي والعشرين، والتي تشمل التحديات الديموغرافية، والشيخوخة، والتقنيات الجديدة، وتلبية احتياجات السكان بشكل أفضل (Ministry of Health of Morocco 2018). يولي المخطط الأولوية للرعاية الصحية الأولية ولتعزيز الصحة، ويدعو إلى تطوير مراكز استشفائية ممتازة وإلى تعزيز المهارات والابتكار، ويقترح طريقة مبتكرة للحكومة، والتمويل، وتعبئة وتثمين الموارد البشرية، وذلك بمشاركة المواطنين وبالتزام من السلطات المحلية.

تعميم الحماية الاجتماعية عام 2021

شهد عام 2021 إطلاق الإصلاح المتمثل في تعميم التأمين الصحي الإلزامي لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، وهي أحد الركائز الأساسية لمشروع تعميم الحماية الاجتماعية. يهدف هذا الإصلاح إلى تمكين 22 مليون مستفيد إضافي من الوصول إلى التأمين الصحي الإلزامي، والذي يغطي تكاليف الرعاية والأدوية والاستشفاء.

سيحشد هذا المشروع البارز ميزانية سنوية بقيمة 51 مليار درهم (يساوي كل دولار أمريكي 10 دراهم تقريبًا) اعتبارًا من عام 2025، ويتم توزيعها بين تعميم التأمين الصحي الإلزامي، وتعميم الإعانات الأسرية، وتوسيع قاعدة المستفيدين من نظام التقاعد، وتعميم الوصول إلى التعويض عن فقدان الوظائف (Ministry of Economy and Finance of Morocco 2022).

القانون-الإطار الجديد رقم 06-22 لعام 2022 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية

يلغي القانون-الإطار رقم 06-22 الذي تم اعتماده مؤخرًا والمتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، القانون-الإطار رقم 09-34 المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، ويحل محله (Official Bulletin of Morocco 2022).

يهدف هذا القانون إلى إصلاح القطاع باستخدام نهج متعدد الأبعاد، وهو قائم على أربع ركائز هي الحوكمة الجيدة، وتطوير الموارد البشرية، وتحسين عرض العلاجات، والرقمنة. يضع هذا القانون مخططًا شاملاً لإصلاح معقد ينبغي أن يتيح بشكل خاص، إنجاز مشروع تعميم الحماية الاجتماعية.

ويتمثل الهدف في «تيسير وصول المواطنين إلى الخدمات الصحية وتحسين

جودتها، وضمان التوزيع المتوازن والعاقل للرعاية الصحية على مجموع التراب الوطني». يهدف هذا الإصلاح أيضًا إلى «توفير خدمات الصحة العامة على مجموع التراب الوطني وتحسين حوكمتها من خلال إنشاء مجموعات صحية ترابية، وإلى ضمان السيادة الطبية وتوفير الأدوية ومنتجات الرعاية الصحية بالإضافة إلى سلامتها وجودتها».

إنشاء الهيئة العليا للصحة عام 2023

تستعد الحكومة للمصادقة على قانون إنشاء الهيئة العليا للصحة والذي يحدد أدوار وصلاحيات هذه المؤسسة التي تعتمد عليها الحكومة بشكل كبير في مشروع إصلاح المنظومة الصحية. ستحل هذه الهيئة العليا المستقلة محل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي التي سيتم حلها فور نفاذ هذا القانون.

ستتولى المؤسسة الجديدة الإشراف الفني على التأمين الإلزامي الأساسي للمرضى، وتقويم خدمات المؤسسات الصحية في القطاعين العام والخاص، وظروف الرعاية الطبية للمرضى، واعتماد المؤسسات الصحية، والتقويم الدوري للأدوية، ومنتجات الرعاية الصحية، والأعمال المهنية على أساس فعاليتها وجدواها.

سيُعهد إلى المؤسسة أيضًا متابعة وتحليل وتقويم البيانات الوبائية، وتقويم البرامج المرتبطة بمكافحة الأمراض، وإجراء الدراسات والأبحاث، والتعبير عن آرائها بشأن السياسات العامة في مجال الصحة، وتقديم المقترحات للهيئات العامة حول التدابير الضرورية الواجب اتخاذها لمنع أي تهديد لصحة السكان.

نّفذ المغرب منذ الاستقلال، عدة إصلاحات متتالية لضمان الحق في الصحة لجميع السكان. وكما هو موضح أعلاه، تنعكس هذه الإرادة الوطنية في عدة نصوص تشريعية، وبشكل خاص، في الدستور الجديد لعام 2011 الذي يشير إلى الحق في الوصول إلى الرعاية كحق جوهري تقع مسؤولية ضمانه على عاتق الدولة. بالإضافة إلى ذلك، فقد تم مؤخرًا إطلاق الإصلاح لتعميم التغطية الصحية الشاملة لصالح كافة المواطنين بهدف ضمان الوصول المنصف إلى الرعاية للجميع. كذلك، يتم حاليًا إصلاح المنظومة الصحية لضمان تحسين جودة وفعالية الخدمات الصحية. ولكن، ما هو واقع الحق في الصحة؟ نحاول من خلال البيانات والأدلة إجراء جرد وتحليل للواقع الحالي، وللصعوبات والتحديات المرتبطة بالحق في الصحة في المغرب.

ملخص وصفي للمنظومة الصحية في المغرب؛ الإنجازات وأوجه القصور

كما هو موضح في ما يلي، يشهد المغرب نقلة ديموغرافية ووبائية يرافقها تحسن شامل في مؤشرات الصحة، ما يؤدي إلى نشوء احتياجات جديدة في المجال الصحي. تنتمي المنظومة الصحية إلى النوع البسماركي وهي لا تزال مركزية نسبيًا وتفتقر إلى حُسن التكامل بين القطاعين العام والخاص.

الوضع الصحي العام للسكان

يشهد المغرب تغييرًا كبيرًا في الملف الوبائي، يتميز بزيادة عبء الأمراض غير المعدية التي تمثل حاليًا 75% من الأمراض التي تصيب مجموع السكان (حيث إن الأسباب الرئيسية الثلاثة للوفيات هي: الأمراض القلبية الوعائية (34%)، والسكري (12%)، والسرطانات (11%). تُعزى نسبة 7% من الوفيات للإصابات، أما النسبة المتبقية والبالغة 18% فسببها الأمراض المعدية، وحالات الأمومة، والفترة المحيطة بالولادة، وظروف التغذية (Ministry of Health of Morocco 2016).

في العقود الأخيرة، أظهر المغرب مستوى متقدمًا من الانتقال الوبائي. وتتميز النقلة في قطاع الرعاية الصحية في المغرب بنمو اقتصادي شامل، وزيادة متوسط العمر المتوقع (74 سنة عام 2021)، وتراجع معدل الخصوبة، وانحسار الأمراض المعدية (مع استمرار بعض الأمراض المعدية المعينة كالسل وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز)، إلا أنها ترافقت بنشوء أمراض غير معدية كالأمراض القلبية الوعائية، والسكري، والسرطانات، بالإضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من التراجع الكبير لمعدلات وفيات الأم والطفل في العقد الماضي، فلا يزال هناك مجال للتحسين.

تنظيم المنظومة الصحية الوطنية

تضم منظومة الصحة الوطنية للمغرب القطاعين العام والخاص (بما في ذلك القطاعات الربحية وغير الربحية). تتولى وزارة الصحة بشكل أساسي إدارة منظومة الصحة الوطنية. تخضع الإدارة المركزية لوزارة الصحة لإشراف الوزير، وهي مقسمة إلى ثماني مديريات مركزية (السكان، وعلم الأوبئة ومكافحة الأمراض، والمستشفيات والعيادات الخارجية، والموارد البشرية، والتجهيزات والصيانة، والتنظيم والمنازعات، والتخطيط والموارد المالية، والأدوية والصيدلة) تخضع للإشراف المباشر للكاتب العام. تتولى مديرية علم الأوبئة ومكافحة الأمراض مسؤولية ترصد الأمراض ومعالجة مشكلات الصحة العامة بالتنسيق مع المديريات الفنية الأخرى، أما مديرية السكان، فهي مسؤولة عن تعزيز الصحة ومراقبة صحة السكان، بمن فيهم ذوو الاحتياجات الخاصة.

وتمثل مديريات الصحة الجهوية التي يُشرف عليها أيضًا الكاتب العام وزارة الصحة في كل من الجهات الست عشرة. ويتوفر في كل إقليم أو عمالة وفد إقليمي. تتبع إدارة الخدمات الصحية سياسة اللامركزية التي تنقل إدارة هذه الخدمات من المستوى المركزي إلى مديريات الصحة الجهوية. ولكن، يبدو أن وزارة الصحة لا تزال تضطلع بعدة مهام كتوظيف العاملين الصحيين، ومعالجة مشكلات الميزانية،

وتطوير الخطط الصحية الجهوية. يبلغ عدد مرافق الرعاية الصحية الأولية التابعة للقطاع العام 2,157، يُضاف إليها 155 مستشفى (من مختلف المستويات: المحلي، والإقليمي، والجهوي، والثالثي) تضم 25,199 سريرًا، وعشر مستشفيات للأمراض النفسية تضم 1,512 سريرًا. أما القطاع الخاص، فيتألف من حوالي 11,928 عيادة خاصة و384 عيادة تضم 12,534 سريرًا، وتقع بشكل أساسي في المناطق الحضرية وعلى الساحل الأطلسي الشمالي (Ministry of Health of Morocco 2022).

تختلف هذه الأعداد قليلًا عن تلك الواردة في تقارير عام 2018 عندما كان القطاع العام يضم 2,860 مرفقًا للرعاية الصحية الأولية، و148 مستشفى، من بينها خمسة مستشفيات جامعية، و21,692 سريرًا، وعشرة مستشفيات للأمراض النفسية تضم 1,146 سريرًا، و106 مراكز لغسيل الكلى، وعشر مراكز جهوية لعلم الأورام. وكان القطاع الخاص يضم حينها 356 عيادة مع 9,719 سريرًا، و9,475 عيادة طبية، و8,914 صيدلية، و3,121 عيادة لطب الأسنان (Ministry of Health of Morocco 2021).

لا يزال قطاع المستشفيات العمومية يشكّل أساس منظومة الصحة الوطنية للمغرب. يتمتع القطاع الخاص أيضًا بمكانة مهمة على الرغم من افتقاره إلى التنظيم الكامل ومن عدم شمله في الاستراتيجية الصحية الوطنية، ما أدى إلى ضعف الشراكة بينه وبين القطاع العام. ولا يزال التوزيع الجغرافي للمستشفيات العمومية والخاصة غير متكافئ بين الجهات والمناطق الحضرية والريفية.

القطاع الصحي في المغرب والتحديات الرئيسية أمام الحق في الصحة

نقدم في هذا القسم تحليلاً معمقاً لأسس الحق في الصحة في مختلف عناصر منظومة الرعاية الصحية المغربية.

الوضع الصحي التفصيلي للسكان

شهد الوضع الصحي لسكان المغرب تغييرًا كبيرًا في السنوات الأخيرة. ساهم تحسن الظروف المعيشية والوصول إلى الرعاية في تحسين العديد من المؤشرات الديموغرافية والوبائية كالسيطرة على النمو السكاني، وزيادة متوسط العمر المتوقع، وتقليل عبء الأمراض المعدية، إلا أن ذلك ترافق مع زيادة عبء الأمراض المزمنة واضطرابات الصدمة. في الواقع، تحسنت الحالة الصحية العامة لجميع السكان في السنوات الأخيرة، إلا أن التفاوتات الصحية لا تزال موجودة بين المجموعات الاجتماعية والجغرافية، كما أن النهج الوقائي لا يزال محدودًا.

صحة الأم والطفل

وُضعت صحة الأم والطفل منذ التسعينيات على رأس أولويات قطاع الصحة. فمعدّل وفيات الأمهات حُفّض إلى 73 حالة وفاة مقابل كلّ 100.000 ولادة حيّة، لكنّ الأسباب التي يمكن تفاديها بقيت سائدة. نذكر منها، النزيف ما بعد الولادة واضطرابات ارتفاع ضغط الدم بما في ذلك مقدمات الارتعاج/الارتعاج والعدوى ومضاعفات الإجهاض. علاوة على ذلك، لوحظ هذا التغيّر الإيجابي في المناطق الحضرية أكثر من المناطق الريفية: إذ بلغ الانخفاض السنوي في وفيات الأمهات 8% في المناطق الحضرية مقابل 5% في المناطق الريفية ومعدل الولادة الخاضعة للإشراف 97% في المناطق الحضرية مقابل 74% في المناطق الريفية. أما الرعاية ما بعد الولادة، فهي متاحة لأقل من 30% من النساء (Ministry of Health of Morocco 2018).

وتجدر الإشارة إلى أن معدّل وفيات الأطفال حديثي الولادة انخفض بنسبة 38% بين عامي 2011 و2018، أيّ من 21 إلى 14 حالة وفاة لكلّ 1000 ولادة حيّة. وتكمن الأسباب الرئيسية التي حُدّدت في الضائقة التنفسية والدلتهابات والجداج (Ministry of Health of Morocco 2018). كما انخفض معدّل وفيات الرضع والأطفال بسبب كزاز المواليد (دحر الكزاز حسب منظمة الصحة العالمية في العام 2002) والحصبة والسعال الديكي عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين شهر إلى 12 شهرًا انخفاضًا حادًا. بالإضافة إلى ذلك، لم يُبلغ عن أيّ حالات شلل الأطفال والخنق منذ عامي 1987 و1998 على التوالي. منذ طرح اللقاح في العام 2007، لوحظ انخفاض بنسبة 85% في حالات التهاب السحايا جراء المستديمة النزلية من النمط ب. وفي ما يتعلّق بداء الحصبة، تصنف منظمة الصحة العالمية المغرب على أنه في مرحلة ما قبل دحر الحصبة (Ministry of Health of Morocco 2018).

وفي ما يتعلّق بتنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا أظهر تقدّمًا ملحوظًا، بلغ 71% في العام 2018. كما بلغ استخدام الأسلوب

الحديث 58% والاحتياجات التي لم يتم تلبيتها 11% في العام 2018 مقارنة بـ 20% في العام 1992 (Ministry of Health of Morocco 2018). وتشمل الأولويات المحددة للمستقبل تغيير هيكل وسائل منع الحمل (أي 48% في العام 2018 مقارنة بـ 4% في العام 2011 للولب)، بالإضافة إلى العمل على تلبية الاحتياجات التي لم تلب بعد، وتحسين جودة الخدمات. بالإضافة إلى ذلك، يُعتبر كلٌّ من العقم والصحة ما قبل الزواج والصحة ما قبل الحمل مصدر اهتمام جديدًا (Ministry of Health of Morocco 2018).

يُعد سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم من أكثر أنواع السرطان شيوعًا بين النساء في المغرب، إذ يبلغ معدّل الإصابة المعياري 45 و14 حالة جديدة لكلّ 100,000 امرأة، على التوالي. ومنذ العام 2012، عُمم الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي على المستوى الوطني، بينما أصبح الاكتشاف المبكر لسرطان عنق الرحم فعالاً في بعض المناطق. والجدير ذكره أن الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي كان ناجحًا جدًّا. ولكن، الكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم أخذ في التوسّع (Ministry of Health of Morocco 2018).

وبهدف مكافحة العنف ضد النساء والأطفال، وضعت وزارة الصحة برنامجًا وطنيًا لرعاية النساء والأطفال ضحايا العنف. ولكن، يجب التصدي لتحديات عدّة، ولا سيّما تعزيز التنسيق بين مختلف القطاعات وتطوير الموارد اللازمة، خصوصًا الموارد البشرية، بما في ذلك الأطباء الشرعيين والأطباء النفسيين وعلماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين (Ministry of Health of Morocco 2018).

■ الأمراض غير السارية

في المغرب، ينعكس التحول الوبائي والديموغرافي في زيادة عبء الاعتلال والوفيات من الأمراض غير السارية مثل السرطان وداء السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية والفشل الكلوي المزمن. إذ يُظهر البالغون الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا معدل انتشار لداء السكري يبلغ 11٪، وارتفاع ضغط الدم يبلغ 30٪ والسمنة 20٪ وفرط كوليسترول الدم 11٪ (Ministry of Health of Morocco 2016). أما معدّل انتشار تعاطي التبغ فيبلغ ما يقارب 13% (الرجال 30% والنساء 1%) مقابل 18% (الرجال 31% والنساء 3%) سجّل في العام 2006.

وتجدر الإشارة إلى أن معدّل الإصابة بالسرطان يقدر بما يقارب 40 ألف حالة جديدة سنويًا (Ministry of Health of Morocco 2012). أما الفشل الكلوي، فيظهر انتشار مرض الكلى المزمن بما يقارب 3% أو مليون شخص مصاب تقريبًا (Ministry of Health of Morocco 2011). كما تُعدّ أمراض الجهاز التنفسي المزمنة، ولا سيّما الربو (4% تقريبًا) ومرض الانسداد الرئوي المزمن (كذلك 4% تقريبًا)، من مشكلات الصحة العامة الفعليّة في المغرب (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ الأمراض السارية

ينخفض عبء الأمراض السارية في المغرب منذ الثمانينيات، وباتت هذه الأمراض مسؤولة حاليًا عن 18% فقط من الوفيات. كما أنّ بعض الأمراض قد دحر. وتُصنّف الأمراض السارية في ثلاث مجموعات، وهي تشمل الأمراض التي تمّ دحورها فعلاً أو تلك التي هي في طور الدحر، كالملاريا والتراخوما المسببة لفقدان البصر وداء البلهارسيا والجذام وشلل الأطفال. كما أنها تتضمن الأمراض التي لا تزال تسبب مشكلات صحيّة عامة، كالسل وعدوى فيروس نقص المناعة البشريّة والتهاب الكبد الفيروسي والتهاب السحايا وبعض الأمراض المختلفة، بما في ذلك داء الكلب

وداء الليشمانيات والجمرة الخبيثة. وأخيرًا، تشمل الأمراض الناشئة و/أو تلك التي تهدد حالات طوارئ الصحة العامة، كالحمى النزفية والتهابات الجهاز التنفسي بعوامل معدية جديدة والأمراض المحمولة بالنواقل، وغيرها. وتجدر الإشارة إلى أن داء الليشمانيات والتسمم الغذائي الجماعي وآفة التسمم بلسعة النعبان ولسعة العقرب من مشكلات الصحة العامة الرئيسية (Ministry of Health of Morocco 2016).

والجدير ذكره أن المغرب عزز بعض قدراته (كخطط المراقبة والاستجابة) لتعزيز الأمن الصحي الوطني، بما في ذلك للتصدي لبعض الأزمات الصحية العالمية مثل جائحة إنفلونزا AH1N1 ووباء مرض فيروس الإيبولا. غير أنه يجب تعزيز هذا النظام وتحديثه عن طريق إنشاء مراكز عمليات الطوارئ الخاصة بالصحة العامة واستخدام تقنيات تواصل جديدة (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ الصحة النفسية

تعتبر الاضطرابات النفسية عبئًا كبيرًا في ما يتعلّق بالاعتلال في المغرب. فشخص واحد من بين كل شخصين تقريبًا يعاني اضطرابًا نفسيًا واحدًا على الأقل، يمكن أن يتراوح من الأرق البسيط أو التشنج العصبي إلى الاضطرابات الأكثر خطورة مثل الاكتئاب والقلق / الاضطرابات الذهانية أو الاضطرابات المرتبطة باستهلاك و / أو تعاطي الكحول أو المخدرات (Ministry of Health of Morocco 2016).

وفي ما يتعلق بالبنية التحتية الصحية، ينتشر 34 مرفقًا للرعاية النفسية والإدمان عبر شبكات مختلفة من المرافق الصحية (كالرعاية في المستشفيات والرعاية الصحية الأولية والرعاية الاجتماعية والطبية). وتبلغ السعة الإجمالية للأسرة 2,209 سريرًا، أي 0.65 سريرًا لكل 10000 نسمة (أي أقل من متوسط المنطقة بسرير واحد لكل 10000 نسمة حسب المكتب الإقليمي لشرق المتوسط). كما يلاحظ عدم مساواة في التوزيع الإقليمي لهذه المرافق. بالفعل، لا تتوافر في منطقتين أي مرافق للطب النفسي أو علاج الإدمان (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ عدم التمييز

في السنوات الأخيرة، حظيت الفئات السكانية ذات الاحتياجات الخاصة باهتمام كبير من السلطات العامة والسياسات الصحية (Ministry of Health of Morocco 2020). وتنقسم الفئات السكانية هذه إلى أربع مجموعات:

- يُمثّل أصحاب الهمم ما يقرب من 7% من سكان المغرب، وتبلغ أعمار 34% منهم 60 عامًا أو أكثر. كما يُعتبر انتشار الإعاقة، الذي يتزايد عالميًا، تحدّيًا حقيقيًا للمغرب اليوم، مع الأخذ في الاعتبار شيخوخة السكان والأمراض المرتبطة بهذه الفئة (Ministry of Health of Morocco 2018).
- كبار السن ومعظمهم يعانون مرضًا مزمنًا واحدًا على الأقل. وبلغ معدّل انتشار داء السكري وارتفاع ضغط الدم 20% في العام 2018 (23% في المناطق الحضرية و15% في المناطق الريفية) مقابل 15% في العام 2011 و34% في العام 2018 (36% في المناطق الحضرية و30% في المناطق الريفية) مقابل 28% في العام 2011 على التوالي (Ministry of Health of Morocco 2018).
- قُدّر عدد السكان المصابين بالسرطان بما يقرب 83203 في العام 2018، غالبيتهم من الذكور ما دون 40 عامًا (Ministry of Health of Morocco 2018).

وهؤلاء السكان هم أكثر عرضة للخطر بسبب عوامل خطر عدّة متراكمة، بما في ذلك الهشاشة الاجتماعيّة والاقتصاديّة والصحيّة وسوء الوصول إلى الرعاية وما إلى ذلك وأحياناً ظروف الاحتجاز غير الملائمة (كالاحتفاظ والاختلاط).

- يستفيد السكان المهاجرون من استراتيجيّة المغرب الجديدة (2014)، التي تستجيب لإحدى المشكلات الرئيسيّة التي تواجه إفريقيا والمنطقة الأوروبيّة المتوسّطيّة. وتستند الإجراءات المتخذة لصالحها إلى قيم التضامن والاندماج إذ إنه، من الناحية القانونيّة، يتمنّع المهاجرون بحقوق الوصول إلى الرعاية في قطاع الصّحة العامّة كالمواطنين.

فحق السكان المستضعفين في الصّحة مضمون من الناحية النظريّة، كما هو حال جميع السكان في المغرب. ولكن، من الناحية العمليّة، يمكن أن يواجه هؤلاء السكان صعوبة في الوصول إلى الرعاية الصحيّة.

تمويل الصّحة

تشير التقديرات الأخيرة إلى أنّ إجمالي الإنفاق الصحي في المغرب بلغ ما يناهز 61 مليار درهم في العام 2018 مقابل 52 مليار درهم في العام 2013، أيّ زيادة إجماليّة تقارب 17% ومتوسّط زيادة سنويّة تقارب 3% (Ministry of Health of Morocco 2013; 2018). علاوة على ذلك، يمثل الإنفاق الصحي الجاري 97% من إجمالي الإنفاق الصحي. ويخصّص الباقي للنفقات المتعلّقة بالاستثمار. وتجدر الإشارة إلى أنه بين عامي 2013 و2018، تقدّم إجمالي الإنفاق الصحي بوتيرة أبطأ من وتيرة تقدّم إجمالي الناتج المحلي. في الواقع، في العام 2018، كان إجمالي الإنفاق الصحي 5.5% من الناتج المحلي الإجمالي مقابل 5.8% في العام 2013، أيّ بانخفاض قدره 0.3 نقطة في خلال الفترة ما بين العامين 2013-2018 (Ministry of Health of Morocco 2013; 2018).

والجدير ذكره أنّ نصيب الفرد من الإنفاق على الرعاية الصحيّة يبلغ 1730 درهماً (أيّ 180 دولاراً أميركياً تقريباً)، أيّ زيادة نسبيّة تناهز 10% في 5 سنوات. ولا تزال الأسر المعيشيّة المموّل الأوّل للصّحة في المغرب، وحصتها تبلغ 46%، وهي تفوق المعايير الموصى بها دولياً (أيّ أقلّ من 25%). أما المموّل الثاني، فهو التأمين الصحي. إذ في العام 2018، استفاد منه 41% من سكان المغرب ووُفّر التمويل لـ 30% من إجمالي الإنفاق الصحي، بزيادة قدرها 7 نقاط مقارنة بالعام 2013 (Ministry of Health of Morocco 2013; 2018). كما ظلّت حصّة الدولة من التمويل الصحي من خلال الموارد الضريبيّة الوطنيّة والمحليّة ثابتة تقريباً بين عامي 2013 و2018، مسجّلة معدل 24% تقريباً في عام 2018. ومثلت مساهمة التعاون الدولي في التمويل الصحي 0.2% فقط في العام 2018 (Ministry of Health of Morocco 2018). في الواقع، يُعتبر دعم الشركاء دعماً نوعياً وليس كمياً وهو يصب اهتمامه على تعبئة الخبرات اللازمة وبناء القدرات (Ministry of Health of Morocco 2020).

وتجدر الإشارة إلى أنّ الصيدليّات ومورديّ السلع الطبيّة هم المستفيدون الرئيسيون، بحصة 23%. وتليهم مؤسسات الصّحة العامّة، التي تشمل بشكل أساس المستشفيات التابعة لوزارة الصّحة ومؤسسات الرعاية الصحيّة الأوليّة، بحصة 22%. أما العيادات الخاصة والعيادات المشتركة، فتمثّل ما يناهز 19% من الإنفاق الصحي الحالي في حين أن مقدّمي رعاية المرضى في العيادات الخارجيّة الخاصة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الممارسات الطبيّة وممارسات طب الأسنان ومراكز غسيل الكلى والمراكز الأخرى التي تقدّم الخدمات لمرضى

العيادات الخارجية، تمثل 15% فقط. وتخصّص الحصّة المتبقية من الإنفاق الصحي الحالي للمختبرات ومراكز الأشعة، بما في ذلك المعاهد والمختبرات العامة الوطنية، بحصة تبلغ 12%، ولمقدمي الرعاية الآخرين (على سبيل المثال، المنظّمات غير الحكوميّة ومقدمو الرعاية التقليديّة، وما إلى ذلك)، بحصة 8% (Ministry of Health of Morocco 2018).

وخصّصت الموارد التي جمعها النظام الصحي الوطني في خلال العام 2018 في المقام الأوّل للإنفاق على الرعاية في المستشفيات، وهي تشكّل ما يقرب من 30% من الإنفاق الصحي الحالي. ويشمل ذلك النفقات المتعلقة بالاستشفاء الكامل والنهاري (بما في ذلك الأدوية والسلع الطبيّة والتحليلات والتصوير الإشعاعي وما إلى ذلك المطلوبة في أثناء الاستشفاء). كما أن الإنفاق على الرعاية الإسعافيّة (العلاجية والوقائيّة) وشراء الأدوية والسلع الطبيّة يمثل 29% (منها 5% للرعاية الوقائيّة) و23% من الإنفاق الصحي الحالي على التوالي، في حين أن حصّة التحاليل البيولوجيّة وتصوير الإشعاعي لم تتعدّ الـ 12% من هذا الإنفاق (Ministry of Health of Morocco, 2018).

ويعتمد تحديد أسعار الإجراءات الطبيّة في المغرب إلى حدّ كبير على المفاوضات بين ممثلي وزارة الصحة وجمعيات الأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين. كما أنّ طرق تمويل المستشفيات والمهنيين الصحيين الذين يعملون لحسابهم الخاص لا تشمل مفهوم التمويل على أساس الأداء أو التمويل التحفيزي المتعلّق بجودة الرعاية. فالدفع غير الرسمي، أي مباشرة على نفقة المريض، لا يزال يُمارس في القطاع العام ويستخدم بكثافة في القطاع الخاص.

وعلى الرغم من الزيادة التي تحققت في السنوات الأخيرة، لا تزال الميزانيّة المخصّصة للصحة في المغرب محدودة. كذلك، تشكّل النفقات المسدّدة من الجيوب الخاصة المصدر الرئيس للتمويل على حساب آليات التأمين الاجتماعي. فنظام تحديد الأسعار الخاص بالمتخصّصين في الرعاية الصحيّة لا يشمل بشكل كامل منطوق تحليل التكلفة والتمويل على أساس الأداء وجودة الرعاية. أخيرًا، لا يزال الدفع غير الرسمي قائمًا.

الخدمات الصحيّة والأدوية

سُجّل تقدّمًا ملحوظًا في ما يتعلّق بإمدادات الرعاية الصحيّة في المغرب منذ الاستقلال. ويتعلّق هذا التقدّم تحديدًا بتوسيع شبكة مرافق الرعاية الصحيّة الأوليّة والممارسات الطبيّة والصيدليّات وعيادات طب الأسنان والمستشفيات والعيادات الخاصة وتطوير المستشفيات الجامعيّة.

في ما يتعلّق بالتغطية السكانية، بلغ إجمالي توفير الخدمات العامة، بعد أن كان مرفق رعاية صحيّة أوليّة واحدًا لكلّ 14600 نسمة في العام 1990، مرفق رعاية صحيّة أوليّة واحدًا لكلّ 12.238 نسمة في العام 2018 (Ministry of Health of Morocco 2018). وعلى الرغم من التطوّر الإيجابي، لا بدّ من الإشارة إلى الكثير من القيود والاختلالات، ولا سيّما التوزيع غير العادل لمختلف المرافق الصحيّة بين المناطق الحضرية والريفية وبين المناطق؛ كما الخدمة التي لا تزال غير كافية لتلبية احتياجات السكان؛ والتأخير في تنفيذ خارطة الصحيّة؛ بالإضافة إلى تقادم العقارات والمعدّات الطبيّة والفنيّة وعدم صيانتها والتكامل غير المتين بين الخدمة العامة والقطاع الخاص.

أمّا في ما يتعلّق بقطاع الأدوية، فيعمل المغرب منذ الستينيّات على تنفيذ سياسة

صيدلانية وطنية لتحسين الوصول إلى الأدوية والمنتجات الصحية وتنظيم قطاع الأدوية. ومكنت هذه الاستراتيجية تدريجياً التأسيس لصناعة الأدوية الوطنية ودائرة منظمة ومصنفة ومتطلبية لتوزيع الأدوية وتركيبها، ما يسمح بإمكانية الوصول إلى الأدوية وتوافرها على مستوى الهياكل الصحية والصيدليات. كما شجعت على الاستخدام الرشيد للأدوية من خلال تنظيم الطرق المهنية للوصفات الطبية وتسليم الأدوية.

بالإضافة إلى ذلك، طوّر القطاع تماشياً مع التطور الاجتماعي والاقتصادي في المغرب فضلاً عن التقدم التكنولوجي والعلاجي. وبناءً عليه، نُشر قانون الصيدلة الجديد في العام 2005، تلت ترسانة قانونية تضم مختلف النصوص التشريعية والتنظيمية الخاصة بالأدوية والصيدلة (Ministry of Health of Morocco 2018). رغم كلّ هذه الجهود، تميّز قيود عدّة قطاع الدواء ولها تأثير على الحق في الصحة، بما في ذلك أسعار الأدوية التي لا تزال مرتفعة مقارنة بالقدرة الشرائية للمغاربة ومقارنة بالدول المماثلة، والبروتوكولات العلاجية غير المعقّمة، ونظام توريد الأدوية وإدارتها في القطاع العام الذي تشوبه القصور والانتشار المنخفض للأدوية الجينية.

الوصول إلى البيانات والمعلومات الصحية

سُرّع الحق في الوصول إلى المعلومات مع نشر دستور 2011 (General Secretariat of the Government of Morocco 2011). فالمادة 27 من الدستور تنص على هذا المبدأ وتشير إلى القانون في ما يتعلّق بشروط وأحكام التنفيذ. ويُضفى على تنظيم الوصول إلى المعلومات ضمن النظام الصحي الوطني ثلاثة أشكال متاحة لصانعي القرار والمديرين على مستويات النظام الصحي كافة. وهذا مفيد للتخطيط ووضع الموازنات وتحسين الجودة والاستجابة بفعالية لاحتياجات المستهلك.

معلومات خاصة بالجهات الفاعلة في مجال الصحة

لم تحدّد وزارة الصحة بوضوح مهمة المعلومات والتعليم والتواصل في ما يتعلّق بالبرامج الصحية المختلفة حتى العام 1994. وفي وقت لاحق، كلف مدير المستشفى بموجب النظام الداخلي للمستشفيات لعام 2010 (Ministry of Health of Morocco 2010) بوضع استراتيجية تواصل داخلية وخارجية خاصة بالمستشفى ودعم الأقسام المختلفة في وضع خطط التواصل الخاصة بها. وينسب القانون الإطار لعام 2011 (Official Bulletin of Morocco 2011) مهمة "تطوير المعلومات والتعليم وإجراءات التواصل" إلى الدولة وهي إحدى أدوات الوقاية في المسائل الصحية (article 4).

وتستخدم وزارة الصحة موقع الوزارة والمواقع الفرعية التي ترتبط بها لنشر المعلومات. كما يرتبط موقع الوزارة على الإنترنت بمواقع إلكترونية حكومية عامة تجمع المعلومات عبر القطاعات المختلفة. وتستخدم أدوات أخرى مثل حملات الإعلام والتواصل والتوعية للهدف عينه.

معلومات للمرضى والمستخدمين

لا يحدّد القانون المغربي بشكل مفصّل حقّ المريض أو المريضة في أن يكون أو تكون على اطلاع، قبل أيّ إجراء أو تدخّل، بوضعه أو وضعها الصحي أو العلاج أو الإجراءات الوقائية أو فائدته أو إلحاحه المحتمل أو عواقبه أو تواتره أو حتّى المخاطر الجسيمة التي تكون عادةً متوقّعة والعلاجات البديلة الممكنة والعواقب المحتملة

في حال رفض المريض الخضوع للعلاج.

في الوضع الحالي للقانون، تُدرس هذه المسألة ضمناً عن طريق الأحكام المتعلقة بالموافقة المسبقة للمريض على الرعاية، وهو موضوع نصين رئيسيين: أي مدونة أخلاقيات الأطباء لعام 1953 والنظام الداخلي للمستشفيات لعام 2010 (Ministry of Health of Morocco 2011). وتُنظّم الموافقة المسبقة على الرعاية بشكل أفضل بواسطة النظام الداخلي للمستشفيات لعام 2010 (وزارة الصحة المغربية 2011)، الذي يتعلّق بالقطاع العام. غير أنّ يخصص النظام الداخلي مادة واحدة فقط لمعلومات المريض.

وتجدر الإشارة إلى أن الحق في الوصول إلى المعلومات الصحيّة مضمون قانوناً في المغرب ولكنه قد يكون صعباً. إذ إنه رغم أن نظام وطني للمعلومات الصحيّة قائم، يتمتّع الباحثون وصانعو السياسات بوصول محدود إلى بعض البيانات الصحيّة.

العاملون في مجال الصحة

يُعتبر رأس المال البشري أهم الأصول والموارد الأساس الذي يجب أن يطرّره النظام الصحي لتهيئة الظروف اللازمة بهدف تحسين صحّة السكان بشكل مستمر. على الرغم من الجهود المبذولة، يشوب وضع الموارد البشريّة في المغرب جزءاً كمياً ونوعياً، يتزايد بشكل كبير، بل بشكلٍ مقلق.

وتصنّف منظمة الصحة العالميّة المغرب من بين البلدان التي تعاني نقصاً حاداً في العاملين في مجال الرعاية الصحيّة. إذ لا يزال العدد الحالي للموظفين الطبيين والممرّضين أدنى من الحد الأدنى من المتطلبات لضمان وصول الرعاية الصحيّة الجيدة للسكان كافة. كما تشير بيانات القطاع العام إلى أن القوى العاملة الصحيّة الوطنيّة تمثّل نسبة ما يناهز سبعة أطباء لكلّ 10000 نسمة وما يناهز 9 ممرضات لكلّ 10000 نسمة (Ministry of Health of Morocco 2018).

بيّن التوزيع الإقليمي للمهنيين الصحيين إلى حدّ كبير أنّ الأفضليّة تُعطى للمناطق الحضرية ومناطق العاصمة. إذ يتركز ما يقارب 60% من المهنيين الصحيين في كلّ من القطاعين العام والخاص في منطقتي الدار البيضاء والرباط، حيث يعيش 34% فقط من السكان. وعكس التوزيع بين الممارسين العاميين والمتخصصين في القطاع العام بشكل غير طبيعي. كما يُظهر الهرم العمري للموارد البشريّة في القطاع العام عدداً أكبر من الموظفين في الفئة العمريّة 40-60، أي توافر خطر أكبر للتقاعد في السنوات القادمة (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ قدرة التوظيف أقل من الحد الأدنى من المتطلبات

لم يتمكّن معدّل التوظيف ولا سيّما في القطاع العام في السنوات الأخيرة من تحسين التغطية أو التوظيف بدلاً عن حالات التقاعد المتراكمة. والأمر سيّان بالنسبة إلى القطاع الخاص، الذي يتطلّب بشكل متزايد مهنيين صحيين مؤهلين لتنميته.

في الواقع، مقارنة بالاحتياجات التي أظهرتها وزارة الصحة، أيّ أكثر من 51 ألف وظيفة الميزانية بين عامي 2008 و2018، ابتكرت 23600 وظيفة الميزانية، وفي الفترة نفسها، لم يُوظف بدلاً عن 10450 حالة تقاعد (Ministry of Health of Morocco 2018).

وسيزداد عدد المتقاعدين في خلال الخمسة عشر عامًا القادمة ليلغ متوسط سنوي يفوق 1400. علاوة على ذلك، يؤدي عدم استقرار الموظفين والتغيّب المستشري عن العمل في بعض الأحيان إلى تفاقم النقص في الموارد البشرية (Ministry of Health of Morocco 2016).

■ نظام متطور لتدريب المهنيين الصحيين

على مدى العقود الماضية وحتى وقتنا الراهن، تستثمر السلطات العامة بكثافة في التدريب الطبي وشبه الطبي لتوفير عدد كافٍ من العاملين الصحيين المؤهلين للسكان.

وفي ما يتعلّق بالتدريب الطبي، وعلى الرغم من كل الجهود المبذولة من خلال المبادرة الوطنية لتدريب 3300 طبيب سنويًا بحلول العام 2020، لا يزال المغرب يعاني نقصًا حادًا في الكوادر الطبيّة، كمًا ونوعًا (Ministry of Health of Morocco, 2018).

وحاليًا، تتوافر في المغرب سبع كليّات طب عامة يهدف موقعها الجغرافي إلى تحسين الوصول إلى الدراسات الطبيّة والبنى التحتيّة للمستشفيات الجامعيّة في جميع المناطق. كما أسست ثلاث جامعات خاصة في مجال العلوم الصحيّة وزادت من القدرة الوطنية على تدريب الأطباء، وتجدر الإشارة إلى أن اثنتين منها غير هادفة للربح.

وفي ما يتعلّق بالتعليم المستمر، لم تُخصّص أي خطة استراتيجية واضحة لتنمية المهارات. ففي سياق يتميّز بالتطوّرات السريعة في العلوم الصحيّة والتقنيّات الطبيّة الحيويّة والعلاجيّة الجديدة، بات من الضروري تطوير سياسة منسّقة للتعليم المستمر الإلزامي ووضع نظام مستمر لتقييم المعرفة والمهارات. ويمكن تسهيل هذه السياسة من خلال أدوات التعلّم عن بعد الجديدة.

والجدير ذكره أن القوى العاملة الصحيّة تعاني عجزًا كبيرًا في المغرب. فهذا النقص الكمي والنوعي في الموارد البشرية هيكلية ويتفاقم بسبب التوزيع الإقليمي غير المتوازن.

■ العوامل العالميّة وفيرس كوفيد-19

عُرف العام 2020 بجائحة كوفيد-19، وهي أزمة صحيّة كبيرة، أجبرت الحكومات كافة على إعطاء الأولويّة للتدابير التي من المحتمل أن تحدّ من تفشي الفيروس وتخفيف عواقبه.

وأدّت هذه الأزمة الصحيّة إلى تغييرات كبيرة نتجت عنها أزمات اجتماعيّة واقتصاديّة وسياسيّة، تتطلّب استجابات جماعيّة وواسعة النطاق وموحّدة. لذلك، أعطى المغرب الأولويّة للأمن الصحي للسكان من خلال العمل على منع تفشي جائحة كوفيد-19 (أي احتوائها) واتّخاذ مبادرات وتدابير استباقية للحد من العواقب (الوقاية والترشيد والتلقيح وما إلى ذلك).

في الواقع، منذ بداية هذه الأزمة الصحيّة، تمكّن المغرب من تأمين المعدات الطبيّة الحيويّة والمخبريّة والاختبارات والكواشف اللازمة للكشف عن فيروس كوفيد-19 والتحصين والعلاج وضمان إيصالها إلى السكان. كذلك، ركزت هذه الجهود على المستوى الوطني على حشد الشركاء لدعم إدارة الأزمات وتبادل الخبرات لتطوير

لحلول مبتكرة وتقنيات جديدة لتأمين مرونة النظام الصحي الوطني.

بالإضافة إلى ذلك، كُشِدت طرق عدّة لدعم الميزانيّة (كالمنج والقروض وما إلى ذلك) من مختلف الشركاء متعدّدي الأطراف بهدف دعم تمويل الأنشطة الصحيّة في سياق أزمة فيروس كوفيد-19، ما يساعد على زيادة مرونة قطاع الصحة لمواجهة حالات الطوارئ الصحيّة العامّة.

في الواقع، تمّت إدارة الأزمة الصحيّة المرتبطة بفيروس كوفيد-19 بشكل جيد نسبياً في المغرب. ومن اللازم تحويل التهديدات التي يفرضاها الوباء إلى فرص لتعزيز قدرة النظام الصحي على الصمود في مواجهة الأزمات المحتملة في المستقبل. كما يجب في مرحلة لاحقة وضع استراتيجيّات لضمان الاكتفاء الذاتي في مجال الصحة.



خارطة طريق وتوصيات لإعمال الحق في الصحة في المغرب

يمكن اقتراح توصيات عدّة لتعزيز الوصول الفعّال إلى الحق في الصحة في المغرب. في الواقع، من المهم مواصلة الإصلاح الهيكلي لقطاع الصحة في المغرب وتعزيزه، لحلّ مسائل الرعاية الصحيّة الهيكلية واغتنام الفرص البارزة التي توفرها الأزمة الصحيّة جراء فيروس كوفيد-19 بهدف إحداث تغييرات نوعيّة في ما يتعلق باعتبار الصحة على أنها خدمة عامة تقع في صميم حماية الأمن القومي والسيادة.

وتجدر الإشارة إلى أنّ مهمة الدولة في ضمان التمتع بالحقوق لا تعتمد على وظائفها السياديّة المتمثلة في حكم المجتمع وحمايته فحسب، بل كذلك على مسؤوليّتها القانونيّة، بناءً على التزاماتها الدولية والوطنية، لتعزيز حقوق مواطنيها وحمايتهم ومنع انتهاكات هذه الحقوق. لذلك، يجب النظر إلى الحق في الصحة باعتباره إحدى الاستجابات الرئيسة لتحديات التنمية بشكل عام والحق في التنمية بشكل خاص. ويعود سبب ذلك إلى العلاقة الوثيقة بين محدّدات الصحة من جهة وشروط التنمية المستدامة والأمن البشري من جهة أخرى.

واستنادًا إلى العوائق والاختلالات المحدّدة أعلاه وبالنظر إلى موقف الإدارات المرجعيّة الوطنيّة (Economic, Social and Environmental Council, 2018)، (National Council for Human Rights of Morocco, 2022)، يمكن أن تشمل الجهود المبذولة لتحسين وصول جميع السكان إلى الحق في الصحة الإجراءات الأساسيّة التالية.

تعزيز مسارات الرعاية المنسّقة ونهج الوقاية

- تعزيز برامج الوقاية والتشخيص المبكر والرعاية الأوليّة.
- إنشاء الآليات الخاصّة بالترصد والمعانيات الوبائية ومراكز الإنذار المبكر وتفعيلها وتطويرها.
- تكييف المرافق الصحيّة لتكون آمنة وملائمة في الحالات العاديّة وفي الأزمات.
- مراعاة النهج القائم على حقوق الإنسان والحاجة إلى التحسين التدريجي للتمتع بالحق في الصحة للجميع و/أو لمجموعات الأشخاص في سياق تطوير السياسات والاستراتيجيات الصحيّة، وليس في ما يتعلّق الفعاليّة فحسب.
- الأخذ في الاعتبار جميع المحدّدات الاجتماعيّة للصحة، مثل توفير مياه الشرب المأمونة والتغذية والسكن اللائق والبيئة وغيرها من المحدّدات التي تؤثر على التمتع بالحق في الصحة.
- إصلاح النظام الصحي الوطني من خلال وضع الرعاية الصحيّة الأوليّة في صميم النظام، وبوصفها أفضل الوسائل المؤهلة والأكثر فعاليّة لتحقيق التغطية الصحيّة الشاملة بشكل عام، وخطة عمل الحماية الاجتماعيّة بشكل خاص.
- الاعتماد على مسار رعاية مُكَيَّف يتيح لكلّ مواطن الحق في اختيار طبيبه أو

طبيها، الذي سيتابعه/سيتابعها ويستقبله/يستقبلها ويوجهه/ويوجهها ويرافقه/ويرافقها وينسق مساره/مسارها عبر النظام الصحي من أجل توفير الوقت في التشخيص والعلاج، وترشيد استغلال جهود المهنيين الصحيين، والنفقات الصحيّة، واستخدام البنى التحتيّة الأساسية وتحسين جودة الرعاية.

- تكيف تدريب الأطباء لتلبية احتياجات السكان الأساسيّة، وتلبية خصوصيّات الطب المجتمعي.
- اعتبار الصحة النفسيّة بمعناها الواسع "كقدرة كلّ شخص على الشعور والتفكير والتصرّف بطريقة تمكّنه من الاستمتاع بالحياة ومواجهة تحدياتها". وسيتحقّق ذلك في إطار مبادئ الإنصاف وكرامة الأشخاص في كل أبعادها.
- تعزيز الصّحة العقليّة والنفسيّة من خلال إعادة هيكلة المستشفيات على المستويين الوطني والإقليمي بغية متابعة التغيّرات والديناميكيات التي تحدثها التحوّلات المجتمعيّة والديموغرافيّة والوبائيّة.
- تطوير النهج المجتمعي وإبلاء الجمعيّات والمجتمع المدني مكانة مهمّة في تعزيز الثقيف الصحي والصّحة الحضريّة وصّحة الشباب.

تعزيز الحكم الرشيد وتقليص الفوارق الجغرافيّة والاجتماعيّة

- تطوير اللامركزيّة الإقليميّة المتقدّمة في قطاع الصّحة لتلبية توقّعات المواطنين وإشراكهم في دراسة السياسات الصحيّة المكيفة وإدارتها وتنفيذها لتلائم خصوصيّاتهم الإقليميّة والثقافيّة والصّحية والاقتصاديّة.
- تكييف النظام القانوني المتعلّق بقطاع الصّحة بما يتلاءم ومتطلّبات النهج القائم على حقوق الإنسان. ويبدأ ذلك بالاعتراف بأهميّة الحصول على الرعاية الصحيّة بصفاتها حقًا من حقوق الإنسان، عن طريق إزالة العقبات القانونيّة التي قد تمنع المواطنين أو مجموعات معيّنة من المواطنين من الاستفادة من هذا الحق.
- مراعاة النهج المتعدّد القطاعات في وضع مشاريع القوانين والمقترحات المتعلّقة بقطاع الصّحة بغية التغلّب على بعض الصعوبات التي لا تتعلّق مباشرة بقطاع الصّحة ولكنها تعيق الحصول على الحق في الصّحة. وسيساعد ذلك في تخطي بعض الصعوبات الإداريّة المعقّدة التي لا تقع بالضرورة ضمن نطاق السلطات الحكوميّة المسؤولة عن قطاع الصّحة.
- إعادة تنظيم الهياكل الصحيّة المؤسّسيّة بمنطق قائم على الحقوق وليس بمنطق قائم على الاحتياجات، بالإضافة إلى تكييفها ومسارات الرعاية المنسّقة في النظام الصّحي الوطني.
- تحديد الوسائل القانونيّة والآليات المؤسّسيّة اللازمة لإدماج المحدّدات الضمنيّة وغير المباشرة للحق في الصّحة (أي الأبعاد الاقتصاديّة والاجتماعيّة والثقافيّة والبيئيّة والثقافيّة) في وضع سياسات الصّحة العامة وتنفيذها وتقييمها.
- استباق الأزمات الصحيّة لضمان إدارة إقليميّة أفضل للمخاطر الصحيّة من خلال تطوير استراتيجيّات وبرامج صحيّة استباقيّة ومناسبة لمواجهة المخاطر

الصحة.

زيادة الموارد المالية المخصصة للصحة نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة

- زيادة الميزانية المخصصة لوزارة الصحة في إطار الموازنة العامة للدولة لتلبية معايير منظمة الصحة العالمية التي توصي بنسبة 12%.
- زيادة نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة إلى 419 دولارًا أمريكيًا في العام 2030 مع خفض إنفاق الأسرة بأكثر من النصف: من 50% حاليًا إلى أقل من 30% كهدف أساس، لينخفض إلى ما دون عتبة 25% في نهاية المطاف.
- تحرير التمويل الصحي من قيود التوازنات الاقتصادية الكلية والتعامل مع قطاع الصحة بصفته قطاعًا استثماريًا من شأنه توطيد سيادة الوطنية.

تنظيم القطاع الخاص وتعزيز الشراكة بين القطاعين العام والخاص

- وضع سياسة خاصة بالصحة العامة بصفتها قطاعًا استراتيجيًا يتخطى الانقسامات السياسية والسلطات التشريعية.
- تحسين جاذبية المستشفيات العمومية للتشجيع على منافسة تعود بالفائدة على المريض.
- تنظيم القطاع الخاص بشكل أفضل من خلال مراقبة أنشطته وتحديد الأسعار في داخل المرافق الخاصة عن طريق الحد من المدفوعات غير الرسمية وتحسين جودة الرعاية التي تقدمها للمرضى.
- تحديد واضح لمفاهيم الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية، بغض النظر عن وضعها القانوني. في هذا الصدد، من المهم معاملة القطاعين العام والخاص على قدم المساواة، من ناحية مسؤولياتهما كجهات مُقدّمة للخدمات، سواء للوقاية أو التشخيص أو العلاج أو إعادة التأهيل.
- تطوير القطاع الخاص غير الهادف للربح، وهو قطاع صحي يمكنه التعاون بشكل وثيق مع القطاع العام بغية تعزيز إمكانيّة حصول الجميع على الرعاية، بالإضافة إلى الحد من تكاليف الرعاية للمرضى باتّباع تحديد الأسعار المرجعي المحلي.
- تطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص لتعبئة الموارد المالية والتقنية والبشرية المتاحة للقطاع الخاص ووضع خبرات هذا القطاع في خدمة سياسة الدولة المتعلقة بالصحة العامة.
- الإسراع في تفعيل دور لجنة التنسيق الوطنية بين القطاعين العام والخاص، لتحويلها إلى هيئة لصنع القرارات وليس هيئة استشارية. ويتمثل الهدف النهائي لمثل هذه المبادرة في تمكين القطاعين من المشاركة في تحديد التوجّهات الاستراتيجية للنظام الصحي الوطني.

الخاتمة

يتمتع المغرب بترسانة قانونية واسعة تسمح بالتمتع بالحقوق، وقد أطلق مؤخرًا مشاريع عدّة لإصلاح النظام الصحي الوطني، وهذه المشاريع ستؤتي ثمارها في السنوات القادمة.

ولكن، ونظرًا إلى الوضع الراهن، واستنادًا إلى البيانات المتاحة، ما زال يواجه الحق في الصحة على أرض الواقع عوائق مختلفة، ولا سيّما الفوارق الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وانخفاض التمويل الصحي والتغطية الصحية الشاملة غير المكتملة، والنقص في عدد المهنيين الصحيين وانعدام المساواة الجغرافية بينهم، والقطاع الخاص غير المتكامل وضعف الشراكة بين القطاعين العام والخاص، بالإضافة إلى هشاشة مسارات الرعاية المنسقة ونهج الوقاية.

بناءً عليه، ينبغي اعتبار إصلاح قطاع الصحة كجزء لا يتجزأ من آلية الحد من الفوارق الاجتماعية والإقليمية. وتزامنًا مع توطيد اللامركزية كوسيلة لإدارة الشؤون العامة، أصبحت السياسة الصحية أحد مكونات استراتيجية تعزيز العدالة المكاثية. وبالتالي، يمكن أن تكون اللامركزية الإقليمية المتقدمة، بمثابة رافعة لتعزيز العدالة المكاثية في مجال الوصول إلى الحق في الصحة وخفض الفوارق الإقليمية. ومن نافل القول إن التغطية الصحية واسعة النطاق يجب أن تضمن آلية تمويل مناسبة، مما يسمح للأفراد بالاستفادة من التغطية الكافية لتكاليف الرعاية الصحية الخاصة بهم. ويجب أن يتولى النظام الصحي الوطني تنظيم القطاع الخاص بشكل كامل، وتسهيل التعاون مع القطاع العام لإنشاء مسار رعاية منسّق. كما ينبغي أن يكون النظام الصحي الوطني قادرًا على جذب المزيد من المهنيين الصحيين وتوزيعهم بشكل أفضل في جميع أنحاء البلاد. ولا بدّ أن يكون النهج الوقائي قادرًا على استهداف المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبيئية للحق في الصحة، واعتماد استراتيجية الرعاية الصحية الأولية، وتعزيز الصحة الجنسية والإنجابية.

وأخيرًا، سيكون من المجدي تقييم الآلية التي ستعمل بها إصلاحات قطاع الصحة الحالية على تحسين الحقوق الصحية في المغرب عند تنفيذها. لهذا الغرض، يُوصى بحزم بإجراء دراسات عالية الجودة لتحليل آثار هذه الإصلاحات واستخلاص أفضل الفوائد لجميع السكان.

المراجع

- Economic, Social, and Environmental Council. 2018. "Social protection in Morocco - Review, assessment and strengthening of social security and assistance systems." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Espace Associatif. 2015. "The right to information, a lever for access to health. 2015. Morocco." [Link](#).
- General Secretariat of the Government - Directorate of the Official Printing Office. 2011. The Constitution Edition 2011. Kingdom of Morocco. [Link](#).
- High Commission for Planning. 1992. "Archives." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Economy and Finance. 2021. "The generalization of social protection. Kingdom of Morocco." [Link](#).
- Ministry of Health. 2022. "Health in Figures 2020." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2021. "Health in Figures 2019." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2021. "National health financing strategy." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "Analysis of health inequities in Morocco. Kingdom of Morocco." [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "International cooperation in health." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "National strategic plan for health and immigration 2021-2025." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "Report of the national survey on common risk factors for non-communicable diseases, STEPS, 2017-2018." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2020. "Target populations for health programmes for the period 2020-2026." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "Health plan 2025. Kingdom of Morocco." [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "National health accounts." Kingdom of Morocco. [Link](#).

- Ministry of Health. 2018. "National population and family health survey 2018." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "National population and family health survey 2018 - Child health component." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "National population and family health survey 2018 - Elderly component." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "National population and family health survey 2018 - Reproductive health component." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2018. "Sectoral strategy 2012-2016." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2016. "Evaluation of the Essential Public Health Functions technical report." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2016. "Target populations for health programmes for the period 2014-2019. Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2015. "International symposium on 'Health coverage of vulnerable populations.'" Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2015. "National health accounts." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2013. "2nd National Conference on Health - General Report." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Ministry of Health. 2011. "Internal hospital regulations." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- National Council for Human Rights. 2022. "Right to health." Morocco. Kingdom of Morocco. [Link](#).
- National Council for Human Rights. 2022. "The effectiveness of the right to health - Challenges, issues and ways of strengthening." Kingdom of Morocco. [Link](#).
- Official Bulletin of the Kingdom of Morocco. 1997. "N°: 4470 of 03/04/1997 - Page: 292. Dahir n° 1-97-84 of 23 kaada 1417 (2 April 1997) promulgating law n° 47-96 relating to the organization of the region." [Link](#).
- Official Bulletin of the Kingdom of Morocco. 2022. "Framework law n°06-22 on the national health system." [Link](#).
- Official Bulletin of the Kingdom of Morocco. 2011. "Framework law n°34-09 relating to the health system and healthcare supply." [Link](#).
- The World Bank. 2021. "Morocco indicators." 2021. [Link](#).

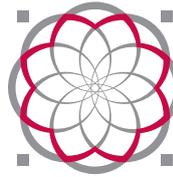
- The World Bank. 2015. "Programme for primary health improvement results in rural areas - Evaluation of environmental and social management systems." [Link](#).
- United Nations Development Programme (UNDP). 2019. "Human development report 2019: Beyond income, beyond averages, beyond today: Inequalities in human development in the 21st century." [Link](#).



AMERICAN
UNIVERSITY OF BEIRUT
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

تهدف كلية العلوم الصحيّة في الجامعة الأميركيّة في بيروت منذ إنشائها إلى وضع مسار للصحة العامة من خلال إعداد المهنيين ليُكونوا صانعي التغيير ويعملوا على البحوث التي تُؤثر على الممارسات والسياسات وبالتالي على صحة السكان.

الجامعة الأميركيّة في بيروت
ص.ب 11-0236 / كلية العلوم الصحيّة
رياض الصلح / بيروت 1107 2020
لبنان



annd

Arab NGO Network for Development
شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية

تعمل شبكة المنظمات غير الحكوميّة العربيّة للتنمية في 12 دولة عربيّة، مع 9 شبكة وطنيّة (وعضويّة ممتدة لـ 250 منظمة مجتمع مدني من خلفيات مختلفة) و 25 عضو من منظمات غير حكوميّة.
ص.ب المزرعة 14/5792 بيروت، لبنان

