



معيقات المنظومة الصحية بالمغرب

الباحث المفضل العيادي

البلد: المملكة المغربية

مقدمة

يعتبر قطاع الصحة بالمغرب من القطاعات الاستراتيجية والحيوية وعلى الرغم من المكتسبات الهامة التي حققها، فلا زالت المنظومة الصحية بالمغرب تعاني من العديد من الاختلالات الكبرى ذات طابع بنيوي تدييري، ومالي حكماي وغيرها، وهو ما جعل جلالة الملك في خطاب العرش لسنة 2018 يؤكد على ضرورة إصلاح المنظومة الصحية حيث قال "...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"¹

وعند الوقوف على مختلف التشخيصات المنجزة في القطاع الصحي، سواء كانت تقارير المجلس الأعلى للحسابات أو المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، المفتشية العامة لوزارة الصحة، المجلس الوطني لحقوق الإنسان أو غيرها من التقارير والتقييمات، سواء الوطنية أو الدولية تكاد تجمع كلها على أنه على الرغم من المنجزات المهمة والتراكمات التي حققها قطاع الصحة ببلادنا ، ولا سيما في مجال تعزيز بنيات الاستقبال، توسيع عرض العلاجات، توسيع نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ونظام المساعدة الطبية، فضلا عن تحسن جملة من مؤشرات الصحة العامة، فإن الخدمات الصحية لا تزال دون مستوى انتظارات وتطلعات المواطنين التواقفة إلى خدمات صحية متاحة فعالة ذات جودة². وبالنظر إلى أن مشاكل الصحة في البلاد هي بنيوية هيكلية، وتحتاج إلى إصلاح عميق للمنظومة الصحية، وهو ما تأكد في اللقاء الذي ترأسه جلالة الملك، حضره رئيس الحكومة إلى جانب القطاعات الوزارية المعنية التي عهد إليها العمل على الإصلاح هيكلية، العميق، والاستراتيجي للنظام الصحي الوطني³. فما هي المعوقات التي تعاني منها المنظومة الصحية بالمغرب؟



المبحث الأول: العوائق ذات البعد التدييري والبنوي

تواجه المنظومة الصحية تحديات راهنة ومستقبلية، منها إشكالية الولوج إلى الخدمات الصحية والمؤسسات الصحية في ظل ضعف البنيات والمعدات الاستشفائية.

المطلب الأول: إشكالية الولوج إلى الخدمات الصحية

ستتطرق إلى الحق في الصحة (الفقرة الأولى) ثم صعوبات الولوج إلى المؤسسات الصحية (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: الحق في الصحة في دستور 2011

لقد عمل المشرع الدستوري المغربي على دسترة الحق في الصحة في دستور سنة 2011، ليؤكد على التوجه العالمي الذي ينص على أنه لكي يصبح الحق في الصحة حقيقة وواقعا، ينبغي خلق الظروف لتمكين كل إنسان في التمتع بأفضل وضع صحي ممكن، والحق في الصحة ليس التمتع بصحة جيدة، بل يفترض القدرة على الوصول في الوقت المناسب لعلاجات ذات جودة مقبولة، معقولة وملائمة⁴.

وتجدر الإشارة إلى أن دسترة الحق في الصحة من قبل المشرع الدستوري بالمغرب سنة 2011، لا يعني بالضرورة أن الحق في الصحة لم يكن موضوع ضمانات معيارية في الدساتير السابقة، بل يكفي الإشارة إلى بعض النصوص التشريعية والتنظيمية التي يعود بعض منها إلى مرحلة الحماية، ثم التشريع الحالي الذي نظم مجالات واسعة الارتباط بضمان الحق في الصحة من قبيل حماية الصحة، التغطية الصحية الأساسية، نظام المساعدة الطبية وكذا ممارسة المهن الصحية⁵. وهو ما يجعلنا الوقوف عند مضامين الفصل 31 من دستور المملكة لسنة 2011⁶، فإذا كان مضمون هذا الفصل هو الضمان الفعلي للحق في ولوج كافة المواطنين إلى كل الخدمات الصحية، وهذا يتطلب إعداد برامج موجهة لفئات الهشة والمهمشة والتي تعيش ظروفًا صعبة.

أيضا مضمون هذا الفصل يخص انخراط جميع السلطات العمومية، وتقسيم الأدوار على مستوى السياسات العمومية ذات الصلة بالصحة في أفق الجهوية المتقدمة.

تقع مسؤولية ضمان الحق في الصحة وتوفير شروط الرعاية الصحية مبدئيا على عاتق الدولة عامة أو الحكومات على وجه التحديد، وقد تبنت المنظمة العالمية للصحة هذا الطرح في دستورها حيث أكدت على أن "الحكومات مسؤولة عن صحة شعوبها ولا يمكن الوفاء بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير صحية واجتماعية كافية"⁷.



أما فيما يتعلق بطريقة ضمان هذا الحق، فلا يكفي الانخراط أو التصديق على العهود والمواثيق الدولية التي ترعى الحق في الصحة والحقوق المرتبطة به، بل إن ضمان هذا الحق يبدأ بالتنصيص الدستوري والقانوني والتنظيمي عليه، وكذا التطبيق الفعلي لتلك الالتزامات على أرض الواقع، برصد الاعتمادات المالية وإعمال مبادئ الحكامة الجيدة، ثم ضرورة الالتزام بما كرسه دستور المملكة المغربية حول أولوية الاتفاقات الدولية، وضمن الخدمات الاجتماعية الأساسية⁸ ثم ضمان الرعاية الصحية الأولية⁹، حيث يتحقق الحق في الصحة (القواعد الأخلاقية) والجودة¹⁰. فالاعتراف الأسمى بالحق في الصحة في الوثيقة الدستورية لسنة 2011 منح آفاقا واعدة حول مسؤولية الدولة في مجال الصحة، حيث أكدت على مجموعة من الحقوق ومعالجة المشاشة والوقاية منها (الفصل 34)¹¹.

إن ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية الصادر في سنة 1946 عرف الصحة على نطاق واسع بأنها "حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي التام، ولا تعبر فقط عن غياب الوهن أو المرض" وهو من التدابير الاجتماعية التي تقدمها الحكومة لضمان الحالة الصحية المناسبة¹² كأحد أهم الأهداف، فما هي الضمانات والآليات التي أقرتها المواثيق الدولية والإقليمية لحماية الحق في الصحة؟

الفقرة الثانية: الضمانات الدولية والإقليمية لحماية الحق في الصحة

تعتبر الضمانات الدولية والإقليمية لحماية الحق في الصحة قطب الرحي لحماية الحق في الصحة، وعليه لا بد من الإشارة إلى هذه الضمانات، من خلال مختلف العهود والاتفاقيات الدولية والقارية والوطنية.

أولاً: الضمانات الدولية لحماية الحق في الصحة.

- 1- الحماية الصحية في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948: لقد جاء في المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان " لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته، وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الصحية وتأمين معيشته في حالات المرض والعجز..."¹³.
- 2- الحماية الصحية في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966: تتجلى مظاهر الحماية الصحية في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، من خلال تأكيده على أن تعمل كل دولة على أن يتمتع كل إنسان بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية، بالإضافة إلى حق كل فرد في مستوى معيشي مناسب لنفسه ولعائلته¹⁴.



3- العهد الدولي بشأن الحقوق المدنية والسياسية الصادر عن الأمم المتحدة لسنة 1966: ورد في المادة 6 في الفقرة الأولى من هذا العهد " لكل إنسان الحق الطبيعي في الحياة ويحمي القانون هذا الحق ولا يجوز حرمان أي فرد من حياته بشكل تعسفي " وفي المادة 7 منه " لا يجوز إخضاع أي فرد للتعذيب أو العقوبة أو معاملة قاسية أو غير إنسانية أو مهينة، وعلى وجه الخصوص، فإنه لا يجوز إخضاع أي فرد دون رضائه الحر للتجارب الطبية أو العلمية"، حيث يعتبر أول تقنين عالمي يؤكد على حماية الجسم البشري من الأضرار التي قد تلحق به أثناء التجارب الطبية والعلمية¹⁵.

ثانيا: الضمانات الإقليمية لحماية الحق في الصحة

لقد تم إدراج الحق في الصحة في العديد من معاهدات حقوق الإنسان الدولية، وكذلك في عدد من دساتير بعض الدول¹⁶، حيث اعتنقت العديد من المنظمات الدولية والإقليمية فكرة حماية حقوق الإنسان في شموليتها.

1- الميثاق العربي لحقوق الإنسان

أكد الميثاق العربي لحقوق الإنسان على حق الإنسان في الحياة والحرية وسلامة شخصه، وعدم جواز إجراء تجارب طبية أو علمية على أي إنسان دون رضائه الحر¹⁷، وقد نص هذا الميثاق سنة 1997 أيضا، على حق كل إنسان في الحرية وفي سلامة شخصه على أن يحمي القانون هذه الحقوق وذلك في المادة 5 منه¹⁸.

2- الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان والحريات الأساسية

وقعت دول مجلس أوروبا على الاتفاقية الأوروبية لحماية حقوق الإنسان وحرياته الأساسية في 4 نونبر 1950، وتم تكملتها بالعديد من الاتفاقيات الأوروبية المنعقدة في ظل مجلس أوروبا ومنها: الميثاق الاجتماعي الأوروبي، ميثاق الحقوق الأساسية للاتحاد الأوروبي سنة 2000، حيث أكد في المادة الثالثة منه على حق الشخص في سلامته البدنية والعقلية¹⁹، إضافة إلى ما نصت عليه المادتين 34 و35 منه²⁰، الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لسنة 1979²¹ ثم الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان سنة 1948، حيث يعتبر ميثاق بوغوتا 1948 أن لكل شخص " حق المحافظة على صحته عن طريق الإجراءات الصحية والاجتماعية"²²، كما ضمن لكل الأطفال الحق في الحماية الخاصة والرعاية والمساعدة²³.



المطلب الثاني: صعوبات الولوج إلى المؤسسات الصحية

ستتطرق إلى إشكالية الولوج الجغرافي (الفقرة الأولى)، ثم الخصائص على المستوى الاقتصادي والاجتماعي (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: إشكالية الولوج الجغرافية

يتعلق الأمر بإشكالية من إشكاليات العالم القروي على الخصوص، وتهم المناطق المعزولة الجبلية والصحراوية، المرهنة بمحددات أخرى من قبيل البنيات التحتية الطرقية والظروف المناخية... حيث تعاني ساكنة المناطق المعزولة في العالم القروي، صعوبة في الولوج إلى الخدمات الصحية الأساسية وخاصة في المناطق شديدة الصعوبة، كما تعتبر الاجراءات والتدابير المعتمدة في القطاع العمومي للاستفادة من الخدمات الصحية الضرورية لضمان صحة وسلامة المواطنين عائقا يجد من الولوجية للاستفادة من هذه الخدمات الصحية، ونذكر على سبيل المثال فرض الرسوم المالية بالمستشفيات الجامعية (تقرير المجلس الاعلى للحسابات لسنة 2012)²⁴، فإشكالية الولوجية الصحية ناتجة بالأساس عن تباين في توزيع بنيات ومالية القطاع العمومي للصحة ما بين المواطنين، وما بين ساكنة الوسط القروي والوسط الحضري وما بين مختلف الجهات، وحتى داخل الإقليم الواحد، فلا بد من الإشارة إلى أن الولوج إلى العلاجات الصحية يختلف فيما بين الوسطين الحضري والقروي.

أما تغطية وإنتاجية الاستراتيجية الاستراتيجية المتنقلة عبر تنقل الممرضين والوحدات المتنقلة، التي تم تبنيها كوسيلة لتعويض العجز الناتج عن صعوبة الولوج الجغرافي إلى المؤسسات العلاجية، فإنها تتآكل مع مرور الزمن، وهو ما تضمنه تقرير الخمسينية من تحفظات إزاء فعالية هذه الاستراتيجية²⁵. ثم هناك مشاكل النقل والتنقل²⁶. إضافة إلى معاناة الأشخاص ذوي الحركة المحدودة، والمكفوفين، والأشخاص الذين يعانون من عجز عقلي، وقد بقيت القوانين المتعلقة بالولوجية حبرا على ورق، مما يتعين معه إصلاحها وتطبيقها²⁷.

شكل العالم القروي انشغالا سياسيا بالنظر إلى أهميته الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، وهو يغطي 90% من المساحة الاجمالية للمغرب²⁸، ويمثل حوالي 13.5 مليون نسمة أي (40 % من ساكنة البلاد)، كما يضم 85% من الجماعات (1503 جماعة قروية) وعلى صعيد آخر، فإن 13% من الجماعات القروية تتوفر على مركز صحي حضري²⁹، و 33000 دوار و 168 مركزا قرويا³⁰، ثم إن العالم القروي يضم 43%



من ثروات البلاد، ويغطي 65% من حاجيات الحبوب، و 96% من حاجيات الحليب، و98% من حاجيات اللحوم الحمراء، و100% من حاجيات الدواجن، و50% من حاجيات السكر، و9% من حاجيات الزيت³¹. مع ذلك، وعلى الرغم من التقدم الذي تحقق في هذا المجال، فإن أثر برامج ومشاريع التنمية القروية يظل دون مستوى تطلعات المواطنين. حتى وإن تم اللجوء إلى العلاجات فذلك لا يكفي أن تكون العلاجات الصحية الأساسية متوفرة وسهلة الولوج، بل يجب أيضا أن تكون مقبولة من فئات الساكنة التي تكون تلك العلاجات موجهة إليها³².

الفقرة الثانية: خصائص على المستوى الاقتصادي والبشري

أولا: المستوى الاقتصادي

العلاجات الصحية الأساسية تبقى محدودة جدا بالنسبة إلى الساكنة الفقيرة، فإذا كانت الخدمات الوقائية (من مراقبة الحمل وفترة بعد الولادة، وتلقيح وغير ذلك) مجانية بالنسبة لكل مرتادي مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية، فإن العلاجات الطبية الأساسية يقع عبئها في غالب الأحيان على كاهل الأسر. والخطير في الأمر أن حالات الأمراض المزمنة (السكري، السرطان، القصور الكلوي، أمراض القلب والشرايين والصحة العقلية..)، ونسب تفشي الأمراض المعدية (داء السل القاتل المقاوم للأدوية، الإسهال، التهاب السحايا، الأمراض المنقولة جنسيا والسيدا...) في تزايد متسارع وتعاني من إشكالية عدم التكافؤ بين العرض والطلب، مما يمكن الجزم بأن النظام الصحي المغربي نظام ثابت لم يتفاعل ولم يتغير موازاة مع تحول الخريطة الديمغرافية والوبائية بالمغرب. فشبكات مؤسسات الخدمات الصحية الأساسية تغطي مجموع التراب الوطني، وهي تشكل القاعدة الإجرائية لكل تدخل صحي، بل تعاني من نقص في التنسيق والتواصل مع القطاع الاستشفائي، ومن غياب الخريطة الصحية، وقلة مواردها البشرية والمالية، وتدبير غير ناجع وجد مركز، إن من بين المحاور الأساسية المسطرة في جميع الاستراتيجيات القطاعية للصحة المعتمدة خاصة (2008-2012) و (2012-2016) أو (2017-2021) نجد تموقع الموارد البشرية الصحية يعد من أهم المحاور المراد النهوض بها وتحسينها من أجل النهوض بالقضية الصحية بالمغرب.

غير أن القطاع الصحي بالمغرب لازال يعاني من نقص حاد جدا في عدد مهنيي الصحة. بمختلف فئاتهم (الطبية، التمريضية والإدارية التقنية)، ومن أوجه تفاوت كبيرة في توزيعهم بين الجهات وداخل الجهة الواحدة، وبين الوسطين الحضري والقروي، لذلك شددت الرسالة الملكية السامية الموجهة إلى المشاركين في المناظرة



الوطنية الثانية للصحة بمراكش 2013 على الدور المحوري والمركزي للموارد البشرية في قطاع الصحة "... من منطلق إيماننا بالدور المحوري للعنصر البشري في إنجاح الأوراش الإصلاحية، فإننا ندعوكم لإيلاء مسألة الموارد البشرية بهذا القطاع الحيوي ما تستحقه من عناية على أساس ضمان جودة تكوينها...." ³³.

وهنا بدأ التفكير في تقصير مدة الدراسة في الطب، على غرار ما يجري في دول أمريكا الشمالية، وقد تقدم التفكير فيما يخص إصلاح تكوين أطباء الطب العام ³⁴. كما أصبح أيضا للطبيب العام مهمة جديدة وضرورة ملحة تكمن في ضمان الرعاية الصحية الأولية (طب الأسرة، والطب المجتمعاتي) ³⁵. وتعود أهم أسباب النقص في الموارد البشرية إلى غياب رؤية استراتيجية منسجمة لتطوير وتدبير الموارد البشرية، إغلاق عدد كبير من مدارس المرضين في نهاية الثمانينات من القرن المنصرم، ثم المغادرة الطوعية للموظفين، التي لجأت إليها الحكومة ما بين 2005 و 2006 وهجرة الأطباء والمرضى إلى الخارج، وخصوصا صوب أوروبا، وهي هجرة لا يمكنها إلا أن تكون مرشحة للتزايد، نظرا للنقص الكبير في مهنيي الصحة في بلدان ذات قدرة وجاذبية كبيرة ³⁶. لذلك فمعالجة إشكالية الولوجية مرتبط أيضا بتوفر بإرادة سياسية حقيقية وحكومية لمعالجة نواقص المنظومة الصحية ³⁷.

ثالثا: ضعف وقلة البنيات الاستشفائية

تعتبر البنية التحتية الصحية، جزءا من العرض الصحي الوطني، وهي قاعدة منظومة العلاج التي عرفها قانون الإطار رقم 22.06 بتشكلها من قطاع عام وقطاع خاص، العرض الصحي العمومي، ثم القطاع الخاص، فهو يساهم بشكل مهم في العرض الصحي الوطني، فالمستشفيات كذلك غير قادرة على مواكبة التغيرات الديمغرافية والوبائية والتكنولوجية، رغم نهجها لاستراتيجية إصلاح المستشفيات عبر تكريس مبدأ الاستقلالية من خلال تطبيق نظام مصالح الدولة المسيرة بكيفية مستقلة، وعبر إنجاز مشروع المؤسسات الاستشفائية، الاختيار الأول أثبت فشله لأنه لن يستطيع ولم يستطع تحقيق الاستقلالية المالية التامة. أما الاختيار الثاني فهو رهين بتوفير الاعتمادات اللازمة لتحديث المستشفيات ومواكبة التطور التكنولوجي السريع عبر اقتناء أجهزة متطورة وباهظة الثمن، لتقديم العلاج اللازم للمواطن في حين هناك إرادة خفية تريد ضرب مجانية الصحة، وهذه الجهات تأخذ من التنافسية مدخل للدفع بالقطاع العمومي لتبني آليات الليبرالية حتى تكون مهياة للخصوصية مستقبلا ³⁸. إضافة إلى المستشفيات الجامعية التي أصبح فيها العلاج يفقد لكل الإجراءات الانسانية لاستقبال وعلاج المرضى.

رابعا: على مستوى المعدات



تعاني المراكز الاستشفائية لوزارة الصحة لافتقار مركباتها الجراحية للمعدات ولمخططات التعقيم وغياب الإشارة لتواريخ الفحوصات قبل العمليات الجراحية افتقار بعض المركبات الجراحية لقاعة العناية المركزة³⁹. ثم عدم قيام بعض المختبرات بإجراء بعض التحاليل المطلوبة والمتعلقة بالأمراض الجرثومية والطفيلية، وضعف البنية⁴⁰. ويتجسد ضعف جاذبية مؤسسات العلاجات الصحية الأولية أيضاً في المؤشرات ذات الصلة بمردوديتها، كما ورد في دراسة مشتركة أنجزها في 2018 المرصد الوطني للتنمية البشرية والبنك الدولي بعنوان «تقييم خدمات الرعاية الصحية الأساسية» وقطع مسافات طويلة، والانتظار لمدة طويلة للحصول على نتائج التشخيص⁴¹.

المبحث الثاني: ضعف التمويل العمومي للقطاع الصحي بالمغرب

لابد من التطرق إلى التمويل العمومي للقطاع الصحي (المطلب الأول) ثم السياسة الدوائية (المطلب الثاني).

المطلب الأول: التمويل العمومي للقطاع الصحي

يعاني التمويل العمومي للقطاع الصحي من ضعف الحكامة المالية في التدبير (الفقرة الأولى) وضعف في التغطية الصحية التي تعتبر رهان الرعاية الاجتماعية (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: ضعف الحكامة المالية في تدبير القطاع الصحي

يتجلى ضعف التمويل والحكامة المالية في نقص الميزانية بصفة عامة، ثم نقص على المستوى التدبيري.

أولاً: نقص في الميزانية والتمويل لقطاع الصحة

عند تشخيص إشكالية تمويل القطاع الصحي بالمغرب، يتبين أنه مازال يحتل مرتبة متدنية مقارنة مع دول ذات وضعية اقتصادية مماثلة للمغرب، مما يحول دون تحقيق العناية بصحة المواطنين، وخاصة الفئات المستضعفة وصحة الأم والطفل والأمراض المزمنة والفئات المعوزة والهشة⁴². وعند تعمقنا في دراسة وتحليل المؤشرات العامة والخاصة التي تفسر إشكالية تمويل القطاع الصحي ببلادنا، نجد أن المواطن المغربي يتحمل وحده أكثر من نصف الغلاف الاجمالي الموجه لتمويل القطاع الصحي برمته، أما إذا أضفنا مساهماته في أنظمة الحماية والتعاقد الاجتماعي، نجده يمول أكثر من 68 في المائة من الغلاف الاجمالي الموجه لتمويل القطاع الصحي، وعلى سبيل



المثال نأخذ القانون المالي لسنة 2007 نموذجاً وبالاعتصار على الغلاف الإجمالي⁴³ للاعتمادات المخصصة للقطاع الصحي ببلادنا، وهو ما جعل من المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة المنعقدة بمراكش سنة 2013 تبحث عن سبل وكيفية ضمان التمويل الكافي للصحة؟ وعن الحوافز المساعدة على تشجيع الاستثمار في قطاع الصحة؟ ورغم ذلك، ظلت الحصة التي تتحملها الأسر كبيرة (54%)⁴⁴، حيث بلغت 63.6% سنة 2010⁴⁵. علماً أن هناك أنماطاً مختلفة ومتباينة لتمويل المنظومة الصحية، تختلف وتباين من حيث طرق جمع الأموال وتجميعها ومن ثم استعمالها⁴⁶.

وتختلف موارد المنظومة الصحية باختلاف النماذج المتعددة في مجال التأمين الصحي. هناك مساهمة الأسرة وتصل مساهمتها إلى 59% من الجهود العام لتمويل المنظومة الصحية⁴⁷، وأن أي أسرة تنفق (فيما عدا الإنفاق على الغذاء) أكثر من 50%، من دخلها على الصحة، ستواجه بالنتيجة وضعية صعبة وهذه مسالة حتمية⁴⁸، ولا بد من الإشارة إلى أن مساهمة الأسر تكون سواء بالأداء المباشر⁴⁹. أو بالأداء غير المباشر، فيما يمثل الأداء المباشر للأسر 65.5% من مجموع موارد المنظومة الصحية⁵⁰، ثم مساهمة المشغلين موزعة بين مساهمة الدولة ب 2.5%، ومساهمة المقاولات العمومية والمؤسسات العمومية بواسطة أنظمة داخلية متنوعة للتأمين 5% من مجموع موارد المنظومة الصحية الوطنية، ثم مساهمة المقاولات الخاصة عبر شركات التأمين الخاصة وبعض التعااضديات 5% من مجموع موارد المنظومة الصحية الوطنية⁵¹ ثم مساهمة الدولة في تمويل المنظومة بواسطة الضرائب بنسبة 23.5% من موارد المنظومة. كما تساهم الدولة في التأمين الاجتماعي بصفقتها مشغلاً بنسبة 2.5%، وبالتالي تعتبر المساهمة العامة للدولة في موارد المنظومة الصحية الوطنية تعادل نسبة 26%⁵² ثم مساهمة قطاعات حكومية أخرى. وهناك الموارد الدولية في شكل القروض أو الهبات، وتكون ثنائية أو متعددة الأطراف، ولا تتجاوز المساهمة الدولية 1%⁵³. إضافة إلى الجماعات الترابية حيث تصل مساهمتها 1% من موارد المنظومة⁵⁴.

ثانياً: على المستوى التدييري

من المعلوم أن المراكز الاستشفائية تركز على مقتضيات القانون الإطار والمرسوم المتعلق بالتنظيم الاستشفائي، وقرار وزير الصحة رقم 11-456 صادر في 23 من رجب 1431 (6 يوليوز 2010) بشأن النظام الداخلي للمستشفيات⁵⁵.



أعطت هذه النصوص القانونية المتعلقة بتنظيم العرض الصحي أهمية بالغة للحكومة في طريقة تدبير العلاقات داخل المراكز الاستشفائية، حيث تعرف العديد من المشاريع المتعلقة بإحداث أقطاب صحية متخصصة تعثرا في إنجازها، وتعتبر من أهم الدعامات الأساسية للتنظيم داخل المؤسسات الاستشفائية نذكر على سبيل المثال (الأقطاب المتعلقة بحديثي الولادة أو الأقطاب المتعلقة بجراحة العظام...) حيث تشتغل أغلب المراكز الاستشفائية وخاصة منها الإقليمية دون التوفر على وثيقة "مشروع المؤسسة الاستشفائية"⁵⁶ وهو نفس الأمر بالنسبة للأقطاب الثلاثة التي نظمها المراسيم⁵⁷ وهي أقطاب، الشؤون الطبية، العلاجات التمريضية والشؤون الإدارية. حيث تعرف تداخلا في الاختصاصات، وهو ما أكدته التقرير الذي أنجزه المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2016 و 2018⁵⁸.

كما يجب التركيز على التدبير القائم على النتائج والأداء العملي، الذي يمكن من تحمل المسؤولية وتحرير الطاقات وتحفيز الابتكار وتشجيع المبادرات، ووضع انشغالات المواطنين في صلب مسلسل تدبير الإدارات، وأن يجعل الاستجابة لها المعيار الرئيسي لقياس تأثيره⁵⁹.

كل هذه الاختلالات التي تجسدها هذه الوضعية للمنظومة الصحية الوطنية، تستلزم حتما إصلاح جذري للمستشفيات بصفة خاصة وللمنظومة الصحية الوطنية بصفة عامة، لأن مجرد نية التغيير لا تمكننا من تدارك هذه المشاكل والمعوقات.

الفقرة الثانية: التغطية الصحية ورهان الرعاية الاجتماعية

أولاً: التغطية الصحية

تستند التغطية الشاملة بقوة إلى دستور منظمة الصحة العالمية لعام 1948 الذي يقر بأن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، وإلى برنامج عمل "الصحة للجميع" الذي حدده إعلان ألما-آتا في عام 1978، لذا تكتسي المساواة أهمية حاسمة، ما يعني أن على البلدان أن تتبع التقدم المحرز لا عبر فئات السكان المحلية فحسب، وإنما ضمن مختلف الشرائح (بوسائل مثل مستوى الدخل والجنس والعمر ومحل الإقامة والوضع القانوني للمهاجر والأصل العرقي⁶⁰).

ووعيا من المنتظم الدولي بالأهمية القصوى للتغطية الصحية الشاملة، فقد تم إدراجها ضمن الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة، بالقمة الأممية التاريخية لسنة 2015 المتعلق بالصحة، وهو ما أكد عليه المغرب⁶¹.



من خلال تنفيذ التزاماته الصحية، حيث أصدر منذ 2002 مدونة التغطية الصحية الأساسية والتي جاءت في ظرفية سياسية خاصة، عرفت ما اصطلح عليه بحكومة التناوب تحت قيادة المجاهد والراحل عبد الرحمان اليوسفي (14 مارس 1998)، حيث كان المغرب مهددا بالسكتة القلبية⁶²، أي منذ صدور القانون 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، والتي تم العمل بها ابتداء من سنة 2005، ويعتبر المغرب التغطية الصحية الشاملة خيارا استراتيجيا لإقرار العدالة الاجتماعية وضمان الولوج المتكافئ إلى الخدمات الصحية لكافة المواطنين والمواطنات، مرتكزا لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية⁶³. وتعتبر إشكالية تمويل الصحة في المغرب من أكبر العوائق للنهوض بصحة المواطن، فالالتزام المغرب بانضمامه إلى إعلان الألفية للأمم المتحدة وتبني استراتيجيات تمكنه من بلوغ الأهداف الثمانية من أهداف الألفية، تم الإقرار في دستور 2011 بالحق في الصحة⁶⁴، حيث سن

1- نظام التأمين الإجباري على المرض (AMO): أقدم المغرب سنة 2005 على وضع نظام إجباري على المرض كتغطية صحية أساسية لفائدة، موظفي وأعاون الدولة والجماعات المحلية - جماعات ترابية - والمؤسسات العمومية، الأشخاص الخاضعين لنظام الضمان الاجتماعي، أصحاب المعاشات بالقطاع العام والخاص، العمال المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنة حرة، وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير وطلبة التعليم العالي العام والخاص في حالة عدم استفادتهم منه طبقا للمادة 5 من نفس القانون⁶⁵، ويتم تسيير هذا النظام من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS)، لفائدة موظفي ومتقاعدي القطاع العام وذوي حقوقهم، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS) لفائدة مستخدمي ومتقاعدي القطاع الخاص وذوي حقوقهم. أما التمويل فيتم من خلال المساهمات التي يؤديها الأجراء والمشغلين،⁶⁶.

2- نظام المساعدة الطبية (RAMED): يمثل نظام المساعدة الطبية أحد أنظمة التغطية الصحية الأساسية، وهو يستند إلى مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة ذوي الدخل المحدود والفقراء والذين لا يستفيدون من نظام التأمين الإجباري على المرض ويتم تمويله من طرف الدولة.

3- منظومة العلاج: تتكون منظومة العلاج بالأساس في المغرب من ثلاثة قطاعات: قطاع عمومي وقطاع خاص ذو هدف ربحي وقطاع خاص ذو هدف غير ربحي⁶⁷.

ثانيا: المستوى الحكاماتي



تقوم الحكامة الجيدة على أربعة دعائم أساسية منها النزاهة، الشفافية، اعتماد المقاربة التشاركية ثم ربط المسؤولية بالمحاسبة، وتجدر الإشارة إلى أنه تم رصد عدة اختلالات تهم الحكامة بالمغرب سواء فيما يخص المنظومة الصحية أو على جميع المستويات، وتتجلى في، عدم اعتماد المقاربة التشاركية وغياب المساءلة أو تقديم الحسابات من طرف المسؤولين على تدبير الشؤون العمومية، وتفشي ظاهرة الفساد كإحدى تجليات سوء الحكامة⁶⁸.

لذلك دعت المناظرة الوطنية الثانية للصحة بمراكش إلى ضرورة تحديث الحكامة، فلماذا هذا التحديث؟ إن تجديد وتحديث الحكامة ضروري لقيادة جيدة للتغيير وتدبير جيد للوقت وكذا بناء القدرات، فضلا عن استمرار الحوار، ووضع أهداف واضحة ومحددة، فالحلول الملائمة التي يمكن تكييفها لحكامة جديدة هي:

الدعوة للامركزية المنظمة والمساهمة مع تعزيز قيادة بكاملها، التعاقد والتفاوض وتعني جميع المهام التي اضطلعت بها السلطات العمومية لتحقيق الأهداف الصحية الوطنية⁶⁹. وهناك أربع مجالات للتدخل محددة لحكامة المنظومة الصحية، قد تم التطرق إليها خلال انعقاد المناظرة الثانية للصحة بمراكش وتتجلى في "لا مركزية الخدمات الصحية"، "المسؤولية المالية في مجال الصحة"، "دور القطاع الخاص في تطوير الأنظمة الصحية" و"الإعلام الصحي واتخاذ القرار"⁷⁰ مع ضمان جودة الخدمات المقدمة⁷¹. وتقديم ما يلزم من الحجج والبراهين بأسلوب واضح وشفاف، وثقة المواطنين في المؤسسات العمومية⁷². واعتبار المفاتيح الأساسية لنجاح الحكامة الرشيدة يمر عبر تقاسم حقيقي للمهارات والوسائل التي ترقى إلى مستوى المسؤولية⁷³.

سوء التسيير والتدبير وضعف الحكامة في المراكز الاستشفائية، هي خلاصات مسجلة في تقارير قضاة المجلس الأعلى للحسابات خلال العشر سنوات الأخيرة اختلالات مالية كبرى في التدبير المالي للمراكز الاستشفائية⁷⁴.

المطلب الثاني: السياسة الدوائية بالمغرب

ستتطرق إلى الأدوية في نظام الصحة المغربي (الفقرة الأولى) ثم القوانين المنظمة لأسعار الأدوية بالمغرب (الفقرة الثانية)

الفقرة الأولى: الأدوية في نظام الصحة المغربي

تجدر الإشارة إلى أن الدواء ليس إلا عنصرا من بين عناصر أخرى تكون النظام الصحي في المغرب وباقي بلدان العالم، كما تجمع العديد من تقارير ومنشورات منظمة الصحة العالمية من جهتها على ضرورة التعامل



مع إشكالية أئمة الأدوية في سياقها العام، وأهم عنصر من عناصر الحصول على الأدوية، في السياق المغربي، يبقى هو ثمنها، فغلاء الأدوية في المغرب يعتبر إحدى أهم العوائق التي تمس جوهر المنظومة الصحية بالمغرب، وهو ما حدا بإحدى لجن المهمة الاستطلاعية العمل على ضرورة فحصها بناء على مجموعة من المقاربات منها، مقارنة الثمن مع القدرة الشرائية للفئات ذات الدخل المحدود، المقارنة بين أئمة الأدوية في المغرب وفي دول أخرى، المقارنة بين أئمة نفس الدواء بعلامات تجارية مختلفة داخل المغرب، المقارنة بين ثمن نفس الدواء في المغرب حسب قنوات التوزيع المختلفة ثم مقارنة الثمن في المغرب مع ما قد يكون عليه في حال سن سياسة عمومية مختلفة. وحسب التجارب التي مرت بها العديد من الدول، تبين أنها بادرت إلى ترشيد أنظمتها الصحية عبر التفكير في مستوى ثمن الدواء⁷⁵. أما التكلفة الإجمالية للأدوية في المغرب فلا توجد مصادر معلومات عمومية موثوقة، أما بالنسبة للمنتوجات الصيدلانية فأصبحت تحتل مكانة هامة في النظام الصحي المغربي، لهذا فالمستلزمات الطبية تمثل 31.7 في المائة من الإنفاق الإجمالي على الصحة (CNSS 2010)، وهذا ما يفسر كون الأدوية أصبحت إشكالية كبيرة في السنوات الأخيرة، الشيء الذي يثير نقاشات حادة حول ثمن الدواء، ونسبة انتشار الدواء الجنيس، ثم توافر الأدوية بالقطاع الخاص و ترشيد استعمالها⁷⁶.

فالسياسة الدوائية المغربية لم تحد من إشكالية ولوج العلاج، وذلك عبر العمل على رفع مؤشر استهلاك الدواء بالنسبة للفرد، حيث أن أئمة الأدوية بالمغرب تعرف ارتفاعا كبيرا مقارنة مع دول مماثلة من ناحية الدخل، وتتميز الصناعة الدوائية بالمغرب بهيمنة الشركات الأجنبية المنتجة للأدوية الأصلية، وضعف إنتاجية القطاع الدوائي الوطني، مما يحول دون تشجيع استهلاك الأدوية الجنسية، وتحتل الأدوية مكانة مركزية في اقتصاد المنظومات الصحية وفي عمليات التفكير حول تنظيم المنظومات الصحية، وهي تمثل ما بين 20 و30% من مصاريف الصحة⁷⁷ في العالم، وللولوج إلى الأدوية في مؤسسات العلاجات الصحية الأساسية في المغرب، حيث تمثل الأدوية والمعدات الطبية ما نسبة 31.7 في المائة من مجموع مصاريف الصحة، إلا أن مستوى استهلاك الأدوية لازال ضعيفا جدا (524 درهم لكل ساكن في السنة) بالمقارنة مع بلدان أخرى⁷⁸، حيث نشرت لجنة المالية والتنمية الاقتصادية بمجلس النواب، في سنة 2009 تقريرا حول وضعية أسعار الأدوية بالمغرب، منددة بأسعارها المرتفعة بطريقة غير معقولة.

الفقرة الثانية: القوانين المنظمة لأسعار الأدوية بالمغرب



لم يتم تحيين ولا مراجعة القرار رقم 465 - 69، الصادر بتاريخ 18 شتنبر 1969، الذي يحدد طرق تحديد أسعار الأدوية المصنعة محليا، وهو قرار أصبح اليوم متجاوزا تماما، حتى (برأي وزير الصحة والحماية الاجتماعية نفسه جلسة الاستماع مع وزير الصحة)، وقد تمثل أهم تجديد في سنة 1998 بتبني مسطرة خاصة لتحديد أسعار الأدوية الجنيسة، مما أتاح تحقيق تخفيض تجاوز 80 %، فحسب هذه المسطرة، يتم تخفيض الدواء الجنيس الذي ينزل إلى السوق بما مقداره 30 بالمائة بالنسبة إلى سعر الدواء الأصلي، ثم بنسبة 5 % للأدوية الجنيسة التي تليه فيما بعد، وتشكو هذه المسطرة من عدة نواقص.

والشيء نفسه يقال عن القرار رقم 2365 - 93، المتعلق بتحديد أسعار الأدوية المستوردة، والذي أصبح بدوره غير ملائم، وأفضى إلى أن صارت بعض الأدوية المستوردة تباع في المغرب بأسعار أعلى من أسعارها في البلدان الأوروبية، وأفضى كذلك إلى جعل حصة الأدوية المستوردة لا تفتأ ترتفع قياسا إلى حصة الأدوية المصنعة بالمغرب⁷⁹.

يشكو قطاع الأدوية في المغرب من ضعف أداء وزارة الصحة في إعداد نصوص تشريعية وتنظيمية وفي تطبيقها، ففي فرنسا على سبيل المثال، فإن قانون الصحة العمومية يتطور باطراد، هوامش التوزيع تستقر عند حدود 30 % من السعر العمومي بالمغرب للصيدلي و7 في المائة لموزع الجملة. وبالتالي فإن هامش التوزيع يمثل 37% من السعر العمومي بالمغرب، أي 58.7 % من سعر الدواء عند خروجه من المختبر. وبين ما يعتبر هذا الهامش في المغرب ثابتا، فإننا نجد أن بلدانا مثل فرنسا وتونس تبنت نظاما تراجعيا للهوامش، حيث يتراجع الهامش كلما ازداد ثمن الدواء ارتفاعا، حتى قد يبلغ الهامش 5 % فقط بالنسبة إلى أكثر الأدوية غلاء، فالهوامش الثابتة تحفز على بيع الأدوية الغالية، ولا تشجع الصيدلي على بيع الأدوية الأدنى سعرا، ثم إن هناك قسما كبيرا من الأدوية غالية السعر، والتي يتم وصفها في العلاجات غير الاستشفائية، لا تحمل إشارة إلى السعر العمومي بالمغرب، لكي لا ينتقص منه سعر التوزيع.

إن تخزين وتوزيع الأدوية يطرحان مشاكل كبرى، كما تشهد بذلك الكميات المهولة من الأدوية منتبهة الصلاحية، وحالات التأخر في التسليم، وحالات نفاذ المخزون، فالأماكن المعدة للتخزين مكتظة وغير ملائمة لهذه الوظيفة⁸⁰، والوسائل اللوجستية غير كافية، سواء على المستوى المركزي أم على المستوى المحلي، وتوزيع الدواء يشكو من نقص في التنسيق والتدبير في شبكة التوزيع، ومن غياب نظام إعلامي مندمج يتيح قيادة عملية التموين بالمواد الصيدلانية، في الوقت الذي تعتبر فيه جودة الأدوية وفعاليتها أحد أهم العناصر لتكريس الحق في الصحة، وأحد أعمدته للولوج إلى الدواء، وهو ما حدا بالمناظرة الوطنية الثانية للدواء والمواد الصحية بتبني شعارا



لها" مكافحة الأدوية المزيفة بإفريقيا" وبخصوص الإجراءات الاحترازية التي يتخذها المغرب لحماية أمنه الصحي من الأدوية المزورة ، أضاف أن هناك إطار قانوني ورقبائي يحمي المغرب من ظاهرة الأدوية المزيفة، لافتا إلى أن المغرب يسعى لتقوية هذا الإطار وتحسين الحكامة على مستوى القطاع الصحي، وتدير السياسة الدوائية⁸¹.

خاتمة

وفي الختام نؤكد على أن الصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، وواجب نصت عليه تعاليم الدين الإسلامي كما نصت عليه المواثيق الدولية، ولا يمكن جعله سلعة للبيع والشراء والمتاجرة، وبالتالي من مسؤولية الدولة التكفل وضمان هذا الحق كخدمة عمومية اجتماعية وإنسانية، وعلى أسس العدالة والإنصاف والاستفادة الجماعية للمواطنين، رغم رفع العديد من شعارات الإصلاح والتخليق وميثاق حسن التدبير، ظلت معايير المحسوبية والزبونية والعلاقات الحزبية هي القاعدة الأساسية في التعيين في مناصب المسؤولية سواء على المستوى المركزي أو المحلي، أما فيما يخص تحديد الأدوار المنوطة بكل فاعل من الفاعلين الأساسيين في قطاع الصحة (الدولة، القطاع العام، القطاع الخاص، المجتمع المدني، المنظمات والهيئات المهنية..)، فهناك تخبط مستهدف ومقصود، ما يؤدي إلى فقدان هوية الدولة خاصة عندما تتخلى عن دورها الاجتماعي الذي هو المحدد الأساسي لوجودها، وترك القطاع الخاص ينهش المواطن والمواطن المريض.

من هذا المنطلق، فالسياسات الصحية ظلت تتبع مناهج واستراتيجيات متضاربة طابعها وسماها الارتجال والتذبذب بين أولوية الوقاية أو العلاج اعتمادا على توصيات المؤسسات الممولة لبرامجها، وتساءل جميعا حول مدى قدرة إدارتنا الصحية ومنظومتنا الصحية من تحقيق الأهداف التنموية للألفية الثالثة، والتي التزمت بها خاصة فيما يتعلق بترسيخ نظام عادل للحماية الاجتماعية، وتوفير خدمات الرعاية الصحية وجودة عالية، وربطها بالتنمية الشاملة والمستدامة، بشكل كاف لجميع المواطنين والتي التزم المغرب بها بتحقيقها سنة 2015، ونحن على مشارف بداية سنة 2023، ولازالت هناك صعوبات كبيرة في الوصول إلى ذلك.



لتجاوز كل هذه الاختلالات والعوائق لا بد من الزيادة في الإنفاق الحكومي على الصحة، وتحسين تقديم الخدمات، وتوسيع نطاق نظام التأمين، والاستثمار في التوظيف المستهدف وخاصة بالنسبة إلى الشباب، والاستثمار في تصنيع المعدات الطبية، وتعزيز الشراكات مع الشركاء المحليين والعالميين، وربط المسؤولية بالمحاسبة، وتجديد وتحسين الترسانة القانونية لتساير التطور الحاصل على المستوى التكنولوجي في مجال الصحة بصفة عامة.



الهوامش

- 1- الخطاب السامي للملك محمد السادس، نصره الله، بمناسبة الذكرى الـ19 لتربع جلالته على عرش أسلافه المنعمين لسنة 2018، الموقع الرسمي لرئاسة الحكومة، www..cg.gov.ma
- 2- جواب السيد رئيس الحكومة في الجلسة العمومية المخصصة للأسئلة الشفاهية الشهرية حول السياسة العامة بتاريخ 27 ماي 2019، ص:3.
- 3- جواب السيد رئيس الحكومة في الجلسة العمومية المخصصة للأسئلة الشفاهية الشهرية حول السياسة العامة، نفس المرجع، ص:4.
- 4 - المناظرة الوطنية الثانية للصحة بمراكش، 1،2 و 3 يوليوز 2013 "التقرير العام" ص:54.
- 5 - مداخلة رئيس المجلس الوطني لحقوق الإنسان في المناظرة الوطنية الثانية للصحة بمراكش، 1،2 و 3 يوليوز 2013 "التقرير العام" ص:56.
- 6- ظهير شريف رقم 1.11.91 صادر في 27 من شعبان 1432 (29 يوليوز 2011) الفصل 31 من دستور المملكة 2011.
- 7 - www.who.int
- 8- المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 10 دجنبر 1948.
- 9- المواد من 10 إلى 13 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ن جامعة مينيسوتا، مكتبة حقوق الانسان.
- 10- مداخلة الأستاذ إدريس اليزمي، رئيس المجلس الوطني لحقوق الإنسان "الحق في الصحة من خلال الوثيقة الدستورية" بالمناظرة الوطنية الثانية للصحة بمراكش، 1،2 و 3 يوليوز 2013، التقرير العام، ص: 55.
- 11- ظهير شريف رقم 1.11.91 صادر في 27 من شعبان 1432 (29 يوليوز 2011) بتنفيذ نص دستور المملكة المغربية، ج.ر عدد 5964 مكرر - 28 شعبان 1432 (30 يوليوز 2011).
- 12 - دستور منظمة الصحة العالمية www.who.int
- 13 - المادة الرابعة من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948.
- 14 - المادة السابعة من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- 15 - المادتين 6 و 7 من العهد الدولي بشأن الحقوق المدنية والسياسية لسنة 1966.
- 16- ورد الحق في الصحة في دياحة الدستور الفرنسي لسنة 1946 الذي نص على أن "تضمن الأمة للفرد وأسرته الشروط الضرورية لنموه، وتضمن للمجتمع وبخاصة الطفل والأم والعمال المسنين حماية صحتهم وأمنهم المادي وراحتهم وتمتعهم بالفعل".
- 17- أعد في إطار جامعة الدول العربية سنة 1945.
- 18- اعتمد ونشر بموجب قرار مجلس جامعة الدول العربية رقم 5427 بتاريخ 15 شتنبر 1997.
- 19- الفقرة الثانية من المادة الثالثة من ميثاق الحقوق الاساسية للاتحاد الأوروبي سنة 200.
- 20- المادتين 34 و 35 من نفس الميثاق السابق.
- 21- أعد الميثاق في ظل منظمة الوحدة الإفريقية سنة 1981، ودخل حيز التنفيذ في أكتوبر 1986.



- 22- المادة 11 من الإعلان الأمريكي لحقوق وواجبات الإنسان لسنة 1948.
- 23- المادة 7 من نفس المرجع السابق.
- 24- منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية المغرب، تعزيز النزاهة في قطاعات الطاقة والصحة والنقل، يونيو 2018 لسنة 2018، ص:43.
- 25- Observatoire National du Développement Humain, op, cit, p :7.
- 26- تقرير المجلس الأعلى للحسابات لسنة 2016، مرجع السابق، ص: 48.
- 27- Observatoire National du Développement Humain « Etudes sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc : Etude de cas, p :6.
- 28- الاستراتيجية الوطنية للتنمية القروية، وزارة التعمير وإعداد التراب الوطني، تمت مراجعتها في يونيو 2016.
- 29- مديرية الإحصاء، المندوبية السامية للتخطيط، الإحصاء العام للسكان والسكنى - 2014.
- 30- الاستراتيجية الوطنية للتنمية القروية، وزارة التعمير وإعداد التراب الوطني (يونيو 2016).
- 31- القطاع الفلاحي، وزارة الفلاحة والصيد البحري مشروع قانون المالية 2016.
- 32- Droits de l'Homme et santé, Organisation mondiale de la santé, 2008 .
- 33- الرسالة الملكية السامية الموجهة للمشاركين في المناظرة الوطنية الثانية للصحة بمراكش ايام 1 ن 2 و 3 يوليوز 2013 ، مرجع سابق.
- 34- المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة بمراكش، 1، 2 و 3 يوليوز 2013 أشغال اللجنة الموضوعاتية "المغرب في مواجهة النقص الحاد في الموارد البشرية" مداخلة الأستاذ رضوان المرابط بعنوان "إصلاح الدراسات الطبية ورهان الديمغرافية الطبية" التقرير العام، ص: 88.
- 35- المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة بمراكش، نفس المرجع، ص: 89.
- 36- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول "الخدمات الصحية الأساسية نحو ولوج منصف ومعمم" إحالة 4/ 2013 ص: 32 .
- www.cese.ma
- 37- Etudes sur les disparités dans l'accès aux soins de santé au Maroc Etudes de cas, op, cit, p : 8.
- 38- التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات لسنة 2013 منشور بالموقع الرسمي للمجلس.
- 39- www.courdescomptes.ma 2018 , page :359.
- 40- www.courdescomptes.ma 2018, p :360.
- 41- التقرير السنوي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي سنة 2018، ص: 80 .
- 42- التقرير الإحصائي لمؤشرات الصحة لإقليم شرق البحر الأبيض المتوسط أبريل 2018 (EMRO).
- 43- والمقدر ب 7374195000 درهم، انظر مذكرة تقديم مشروع قانون المالية لسنة 2007، صادر عن وزارة المالية والخصوصية، ص: 78.
- 44- المناظرة الوطنية الثانية للصحة بمراكش، 1، 2 و 3 يوليوز 2013 "التقرير العام"، ص: 70.



- 45- Livres blancs Pour une nouvelle gouvernance du secteur de la santé, P ;70.
- 46- Joseph Kutzin, OMS, « Politique de financement de la santé ,un guide à l'intention des décideurs .
- 47- منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، سلسلة "مؤلفات وأعمال جامعية" عدد 112، 2016، ص: 110.
- 48- موقع أطباء سوريا (فرع حلب) <https://www.pediatrics-alep.com/index.php>
- 49- منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، سلسلة "مؤلفات وأعمال جامعية" عدد 112، 2016، مرجع سابق. ص: 111.
- 50- Comptes Nationaux 1997-1998.
- 51- Comptes Nationaux 1997-1998.
- 52- Comptes Nationaux, OP.Cit
- 53- Comptes Nationaux, OP.Cit
- 54- Comptes Nationaux, OP.Cit
- 55- Règlement Intérieur des Hôpitaux 2010, B O N° 5926 du rabii II 1432 (17 Mars 2011), www.sante.gov.ma
- 56- www.courdescomptes.ma/upload/_ftp/documents/18_RA_2018.pdf p :385.
- 57- Règlement Intérieur des Hôpitaux 2010, B O N° 5926 du rabii II 1432 (17 Mars 2011), l'article :4-23. www.sante.gov.ma
- 58- التقرير السنوي للمجلس الاعلى للحسابات 2018، مرجع سابق.
- 59- Conseil Economique, Social et Environnemental, Projet sur " L'Approche Parlementaire du Nouveau Modèle de Développement du Royaume du Maroc", Op .Cit.P :41.
- 60- <https://www.who.in>
- 61- ورقة تقنية حول الدورة التدريبية "التغطية الصحية الشاملة" المنظمة بشراكة بين وزارة الصحة والحماية الاجتماعية وجامعة الدول العربية، ومنظمة الصحة العالمية ثم صندوق الأمم المتحدة للسكان يومي 12 و 13 نونبر 2019، ص:1.
- 62- منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، سلسلة "مؤلفات وأعمال جامعية" عدد 112 سنة 2016 ص: 218
- 63- ورقة تقنية حول الدورة التدريبية "التغطية الصحية الشاملة" ، مرجع سابق، ص: 2
- 64- الفصل 31 من دستور المملكة المغربية 2011 الباب الثاني.
- 65- المادة الثانية من ظهير شريف رقم 1.02.296 صادر في 25 من رجب 1423 (3 أكتوبر 2002) بتنفيذ القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.
- 66- ديباجة قانون رقم رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.



- 67- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي "الخدمات الصحية الأساسية - نحو ولوج منصف ومعمم -إحالة رقم 2013/4
www.cese.ma
- 68- عبد العزيز غوردو "الحكامه الجيدة بين الوضع الراهن ومقتضيات الدستور الجديد 2011، يونيو 2011، ص:4 الطبعة الأولى، لندن -نونبر 2015 ، الناشر شركة بريطانية مسجلة في إنجلترا برقم 7513024 E-KKutub Ltd,
www.icpc.ma
- 69 - المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة بمراكش أيام 1، 2 و 3 يوليوز 2013 ، مرجع سابق، ص: 78.
- 70- المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة بمراكش أيام 1، 2 و 3 يوليوز 2013 نفس المرجع اعلاه، ص: 80.
- 71-- المناظرة الوطنية الثانية حول الصحة بمراكش أيام 1، 2 و 3 يوليوز 2013 ، ص: 83.
- 72- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي ، مشروع دراسة حول" المقاربة النيابية للنموذج التنموي الجديد للمملكة المغربية" صيغة 28 يناير 2018، ص: 40.
- 73- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي ، مشروع دراسة حول" المقاربة النيابية للنموذج التنموي الجديد للمملكة المغربية" مرجع سابق، ص: 79.
- 74- منذ القرن 19 لم يتوقف دور السلطات العمومية عن التزايد في مجال الصحة خاصة على صعيد التمويل وكذا التنظيم- وفي المكان الذي انسحبت فيه السلطات العمومية من قطاع الصحة - كما كان الشأن مع عدد من البلدان خلال الربع الأخير من القرن الماضي، بشكل افتراضي في معظم الأحيان لأن الدول كانت جد ضعيفة كمي تتحمل مسؤولياتها، وفي بعض الأحيان انطلاقا من اختيار إيديولوجي- عدم الاكتراث إذا كانت هي بركود بل حتى بتراجع في المؤشرات الصحية وتفاقم في عدم المساواة في الصحة وقصور كبير ناتج عن التركيز الاستشفائي وتجزئ وكذا المتاجرة في العلاجات الصحية - أنظر التقرير العالمي حول الصحة لسنة 2008.
- 75- المملكة المغربية ، مجلس النواب، لجنة المالية والتنمية الاقتصادية، تقرير المهمة الاستطلاعية حول ثمن الدواء، يوم 3 نونبر 2009، ص: 16.
- 76- La Stratégie Sectorielle « santé » pour la période 2012-2016, p : 77
- 77- Comptes Nationaux de la Santé 2010, Ministère de la Santé/OMS, Edition 2013.
- 78- Agence Nationale de l'Assurance Maladie.
- 79- Aspects concernant les prix des médicaments au Maroc. A Mahly, DMP, ministère de la Santé, 2004.
- 80- Rapport de la commission consultative du médicament et des produits de santé 2012.
- 81- كلمة السيد وزير الصحة السيد أنس الدكالي. بمناسبة افتتاح المناظرة الوطنية الثانية للدواء والمواد الصحية حول موضوع " مكافحة الأدوية المزيفة بإفريقيا" أيام 23، 24 و 25 فبراير 2018. بمركز محمد السادس الدولي للمؤتمرات بالصخيرات.