



استراتيجية 2012-2008

بذل المغرب، منذ بداية الاستقلال، جهودا كبيرة في سبيل تحسين صحة السكان من خلال برامج مكثفة للوقاية من الأمراض وبرامج التخطيط العائلي. وقد حققت الدولة الكثير من ذلك بفضل التوجيهات السامية لصاحب الجلالة المرحوم الملك الحسن الثاني وحرصه الكبير على تمكين المغرب من بنىات استشفائية وموارد بشرية كافية وكفاءة. وهكذا حقق المغرب تقدما ملحوظا في هذا الميدان، خصوصا في موضوع ضبط نسبة النمو الديمغرافي، الذي تطور خلال الأربعين سنة الأخيرة من 2.7 في المائة إلى 1.4 في المائة، وعرف مؤشر الخصوبة انخفاضا قويا بلغ 2.5 سنة 2004. وتجدر الإشارة إلى أن عددا من الأمراض المتنقلة انخفض حجمها أو انقرضت، في حين أصبح المغرب يتوفر على تغطية كاملة في مجال تحاقن الدم والوقاية الإشعاعية. وفي مجال الأدوية، ينتج المغرب، حاليا، أزيد من 70 في المائة من حاجياته.

ومنذ أن تولى صاحب الجلالة الملك محمد السادس عرش أسلافه المنعمين، وبفضل العناية السامية التي يوليها للمسألة الاجتماعية وإعلان جلالته سنة 2005 عن المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، انبثقت ديناميكية جديدة في الميدان الاجتماعي عموما، وفي مجال الصحة بصفة خاصة.

ويكمن الباعث على تلك الديناميكية في المقاربة الجديدة المتبعة تجاه المسألة الاجتماعية والتي تركز على مساهمة وإشراك المتدخلين، بمن فيهم المجتمع المدني مع اعتماد الشراكة، والحكمة الجيدة. وبالرغم من التطور والمسار الذي تم قطعه، فإن مجال الصحة في المغرب مازال يسجل مؤشرات مقلقة، حيث إن نسبة وفيات الأمهات بلغت 227 في كل 100 000 ولادة حية، وبلغت نسبة وفيات الأطفال 40 في كل ألف، كما أن هناك غيابا للتوازن في الخدمات الصحية في ما بين الجهات من ناحية، وفي ما بين العالم القروي والعالم الحضري من ناحية أخرى. هذا بالإضافة إلى أن التغطية الصحية لا تتعدى 30 في المائة من السكان.

1- المكتسبات الأساسية للمنظومة الصحية بالمغرب :

إن تقييم الحالة الصحية للسكان يمكن، ومن خلال عدد من المؤشرات، من إبراز مجموعة من المكتسبات الإيجابية تهم تطور الحالة الصحية للسكان، وتقديم العلاجات، والتمويل، والأدوية، والسلامة الصحية.

الحالة الصحية للسكان

لقد سجل النمو الديمغرافي تغييرا ملحوظا بفضل المجهودات التي بذلها برنامج التخطيط العائلي. وبالفعل فقد عرفت نسبة الولادات انخفاضا، حيث بلغت 1.4 في المائة سنة 2004 بعد أن كانت تصل إلى 2.7 في المائة سنة 1964. كما أن المؤشر التركيبي للخصوبة عرف انخفاضا قويا حيث انتقل من 7 أطفال للمرأة الواحدة سنة 1962 إلى 2.5 سنة 2004. وبفضل مختلف الاستراتيجيات المهيأة للسياق الوبائي الخاص بكل مرض تم تسجيل مكتسبات لا تقبل الجدل تهم بالخصوص :

- انقراض أو القضاء على بعض الأمراض (كشلل الأطفال، الدفتيريا، الكزاز المولدي، الحصبة، الرمد الحبيبي، حمى المستنقعات، والبلهارسيا) ؛
- تعميم التلقيح بنسبة 95 في المائة سنة 2006 (92 في المائة بالنسبة للقاح BCG ضد داء السل و 94 في المائة بالنسبة للقاح DTCP3 ضد الدفتيريا، الكزاز، السعال الديكي، وشلل الأطفال) و (92 في المائة بالنسبة للقاح VAR

- ضد داء الحصبة) و(92 في المائة بالنسبة للقاح HB3 ضد التهاب الكبد الفيروسي "باء") و(89 في المائة بالنسبة للولادات المحمية من الكزاز المولدي TNN) و(88 في المائة للقاح RR ضد حصبة الحميراء في الوسط المدرسي) ؛
- تطور استعمال موانع الحمل بالنسبة للنساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن ما بين 15 و49 سنة (انتشار استعمال وسائل منع الحمل انتقل من 59 في المائة سنة 1997 إلى 63 في المائة سنة 2004، وفي الوسط القروي انتقلت هذه النسبة من 51 في المائة سنة 1997 لتبلغ 60 في المائة سنة 2004) ؛
- مراقبة استيطانية داء السل مع عدم تمركز التكفل بهذا الداء في جهة واحدة وإدماجه ضمن شبكة العلاجات الصحية الأساسية ؛
- تراجع أمراض العيون المعدية خصوصا المتعلقة بالرمد الحبيبي ؛
- تعميم الولوج والمجانية والعلاج الثلاثي بالنسبة للمرضى المصابين بداء فقدان المناعة المكتسبة (السيدا) ؛
- تعويض الأنسولين البشري 40 وحدة بالأنسولين البشري 100 وحدة من أجل رفع السلامة وجودة العلاجات لفائدة مرضى داء السكري.

1- تقديم العلاجات :

عرفت التغطية الصحية بواسطة المؤسسات العلاجية للصحة الأساسية تحسنا ملموسا وانتقل عدد المؤسسات من 394 سنة 1960 إلى 2 578 سنة 2006. أما تغطية الساكنة التي كانت تقدر ب 29 500 نسمة سنة 1960 لكل مؤسسة، فقد انتقلت إلى 11 890 نسمة لكل مؤسسة سنة 2006.

وساعدت هذه الزيادة على التكفل بفئة من السكان خاصة سكان العالم القروي، حيث انتقلت نسبة عدد السكان لكل مؤسسة من 27 300 سنة 1960 إلى 7 164 سنة 2006. أما بالوسط الحضري فقد انتقلت هذه النسبة من 37 000 نسمة سنة 1960 إلى 25 319 نسمة سنة 2006.

وفيما يخص المستشفيات، فقد زاد عددها من 52 مستشفى سنة 1960 إلى 130 مستشفى سنة 2006، من ضمنها 35 مستشفى متخصصا و95 مستشفى عاما، أي بزيادة تناهز 75 مؤسسة استشفائية خلال الأربعة عقود الأخيرة.

وبذلك تكون الطاقة الإيوائية قد انتقلت، خلال نفس الفترة، من 15 500 سرير إلى 26 452 سرير.

وستتقوى شبكة المستشفيات بفضل تشييد ثلاثة مراكز استشفائية جامعية جديدة مع أقطاب متميزة (مراكز أمراض العيون للأطفال، مراكز الحروق ومراكز داء السرطان). ونسجل أيضا أنه تم تأهيل مستوى التجهيزات التقنية لعدد مهم من المستشفيات وتجهيز المؤسسات الصحية الأساسية.

2- الموارد البشرية :

فيما يتعلق بالموارد البشرية، نسجل بالخصوص التطور الإيجابي الذي عرفه عدد الأطباء الذي انتقل من 979 طبيب سنة 1960 إلى 17 188 طبيب سنة 2006. بحيث أصبحت الكثافة الطبية، خلال سنة 2006، طبيب واحد لكل 1 775 مواطن.

ونشير أيضا إلى التطور والاستقلالية المهمة في مجال تكوين مهنيي الصحة، حيث مكنت القدرات التكوينية الوطنية من تكوين الأطباء منذ 1962، حيث غدت المنظومة الصحية بأطباء عامين وأخصائيين وصيادلة وجراحي الأسنان.

كما تقوى التكوين الطبي بعد إنشاء كليتين إضافيتين بكل من فاس ومراكش.

وعرف تكوين الأطر شبه الطبية تطورا مهما، حيث بلغت البنيات التحتية للتكوين حاليا 21 مؤسسة بقدرة استقبال تناهز 2000 طالب.

3- التمويل :

من أجل الوفاء بالطلب على التمويل في إطار مقاربة التضامن والتعاقد لمواجهة المخاطر والزيادة في التمويل العام للمنظومة الصحية الذي لا يمثل اليوم سوى 5 في المائة من الناتج الوطني الخام، نسجل اعتماد نظام جديد للتغطية الصحية الأساسية يتكون من : التأمين الإجباري الأساسي على المرض (AMO) المرتكز على مبادئ التأمين لفائدة الأشخاص النشيطين والمنخرطين في أنظمة التقاعد للقطاعين العام والخاص، والمتكون أيضا من نظام المساعدة الطبية الخاص بالمعوزين (RAMED) المرتكز على مبدأ المساعدة الاجتماعية للأشخاص غير المشمولين بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

وقد مكن نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (AMO) الذي بدأ تطبيقه منذ 18 غشت 2005 من تمديد التغطية الصحية لتشمل 30 في المائة من السكان برزنامة علاجية تغطي المخاطر الكبرى بما فيها زراعة الأعضاء. أما فيما يخص نظام المساعدة الطبية فسيكون موضوع تجربة في منطقة نموذجية.

4- الدواء ومنتجات الصحة :

منذ الاستقلال، تم تحقيق تقدم مهم في مجال الصيدلة. حيث تمكن المغرب من تأمين تغطية 70 في المائة من الاستهلاك الوطني بواسطة الإنتاج المحلي.

كما أن القطاع الصيدلي الخاص يرتب، بفضل تنظيمه الجيد، في الدرجة الثانية الأكثر أهمية على صعيد إفريقيا. حيث ينتج العديد من الأدوية التي تحترم المعايير الدولية للجودة. ويتميز قطاع توزيع المنتجات الصيدلانية بفعاليتها حيث يمكن من تغطية مجموع التراب الوطني. كما أن شبكة الصيدليات قد تكتفت وهي لا تغطي الحواضر فحسب، بل تمتد أيضا إلى العالم القروي.

5- السلامة الصحية :

في أفق ضمان جودة الأدوية والمنتجات الصيدلانية، تعتمد وزارة الصحة على المختبر الوطني لمراقبة الأدوية (LNCM) الذي أصبح معتمدا بعد انضمامه إلى شبكة المختبرات الأوروبية.

ومن أجل تقوية وضمان سلامة تموين الدم ومشتقاته مع احترام المقاييس والقواعد التقنية التي توطر استعماله، فإن وزارة الصحة شيدت عددا مهما من المراكز الجهوية لتحاقن الدم وبنوك الدم، ونظمت عمليات للتدقيق والافتحاص المستمرة على مستوى كل مراكز تحاقن الدم وإقرار اليقظة وتأمين الجودة على المستوى الوطني.

وفي إطار المراقبة الفردية للعاملين المعرضين مهنيًا للأشعة الأيونية ومراقبة البيئة والمواد الغذائية وتدبير مشاكل التسمم على المستوى الفردي والجماعي، فإن وزارة الصحة تتوفر على مجموعة من المراكز الوطنية المتخصصة نذكر منها : المركز الوطني للوقاية الإشعاعية (CNRP) والمركز الوطني لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية (CAPM) والمعهد الوطني للصحة (INH).

II- اختلالات المنظومة الصحية بالمغرب :

رغم التطورات البارزة للمنظومة الصحية، لا بد أن نلاحظ اليوم أن هاته المنظومة تعاني من اختلالات كبرى نذكر منها :

1- صعوبة الولوج إلى العلاجات الصحية بالنسبة للفئات الأكثر هشاشة، ولسكان الوسط القروي، مع توزيع غير عادل للخدمات العلاجية على امتداد التراب الوطني، وغياب التكافؤ بين العرض والطلب لطلبات العلاج بالنسبة لبعض الأمراض خصوصا : السكري، السرطان، القصور الكلوي، أمراض القلب والشرابيين والصحة العقلية.

2- يعاني تدبير المستشفيات العمومية من مجموعة من النقائص خصوصا : التدبير الإداري الممركز مع غياب الاستقلالية، وغياب التنظيم، وغياب الهيكلية والقانون الداخلي، وعدم التنسيق فيما بين مراكز العلاجات الصحية الأساسية والمستشفيات على المستوى الترابي، وعدم استعمال وسائل حديثة للتدبير والمراقبة، وقلة الكفاءات التدبيرية لمدراء المستشفيات، وسيادة التدبير التقليدي للأدوية الشيء الذي يؤدي إلى تبديدها، مع سوء استقبال المرضى والتكفل بهم وعدم التكافؤ بين التجهيزات التقنية والموارد البشرية الضرورية لتشغيل هذه التجهيزات.

3- الصعوبات المرتبطة بالموارد البشرية، وفي هذا المستوى يمكن أن نسجل الملاحظات التالية :

- قلة في العدد لمواجهة تزايد طلبات العلاج، إثرا لإحالات على التقاعد، وتوسيع البنيات الاستشفائية خصوصا بعد إحداث مراكز استشفائية جامعية.

- غياب برامج التكوين المستمر.

- غياب التحفيز المادية للعمل ببعض الجهات.

- استعمال القطاع الخاص للموارد البشرية التابعة للقطاع العمومي والاستعمال اللامعقول للوقت الكامل المعدل.

- وجود ظاهرة الغياب والرشوة وغياب روح المسؤولية لدى بعض مهنيي الصحة.

- نقص أساليب تحفيز أخرى للموظفين خصوصا ما يتعلق بالبرامج والأعمال الاجتماعية.

4- غياب سياسة دوائية حقيقية : توصيف واستعمال الأدوية الجنيسة ليسا ذوا طبيعة تشجع على استعمالها بكميات كافية وعدم وجود دليل مرجعي للعلاجات وغياب الوضوح والمرونة فيما يتعلق بمساطر تحديد الأسعار والنسب المسترجعة عن بعض الأدوية. كما أنه ليس لدى الصيدالة أي إمكانية لاستبدال الأدوية.

5- غياب سياسة للشراكة مع المجتمع المدني (الذي أصبح فاعلا حقيقيا في التنمية البشرية) ومع القطاع الخاص الذي يشتغل على هامش منظومة الصحة بدون أية مشاركة متفق عليها في مجهود التكوين والاستثمار.

6- تدخل مباشر للدولة عبر وزارة الصحة في مسلسل المنظومة الصحية بأكملها، بدءا من تقديم الخدمات إلى تخصيص الاعتمادات المالية وكذلك الضبط والتخطيط. الشيء الذي يعمق الصعوبات المشار إليها سابقا.

III- أهداف للتحقيق :

من أجل تمكين المنظومة الوطنية للصحة من لعب دورها الكامل في ضمان الصحة للجميع بعدالة والتكفل الطبي الجيد ليكون في مستوى التطور المنشود لبلادنا. ووضع المواطن في صلب التنمية كما نصت عليه المبادرة الوطنية للتنمية البشرية لابد من تحقيق الأهداف التالية :

- 1- تخليق قطاع الصحة.
- 2- تقليص نسب وفيات الأمهات إلى 50 وفاة في كل 100 000 ولادة حية في أفق 2012، وتقليص نسب وفيات الأطفال إلى 15 وفاة عن كل 1 000 في أفق 2012.
- 3- ضمان العدالة في العرض الصحي مابين الجهات ومابين الوسط القروي والوسط الحضري.
- 4- تيسير الولوج للعلاجات بالنسبة للفئات الأكثر هشاشة وخصوصا بالنسبة لسكان العالم القروي.
- 5- التمكن من خدمة عمومية صحية ذات تنافسية وأداء عال (تحقيق نسبة استشفاء تصل إلى 5 في المئة من الساكنة في أفق 2012).
- 6- استرجاع ثقة المواطن في المنظومة الصحية بواسطة تحسين ظروف الاستقبال، وتقديم المعلومات، وتحسين المستعجلات، وضمان النظافة والعدالة، وتوفير الأدوية.
- 7- تخفيض أثمان العلاجات الصحية والأدوية.
- 8- تقوية الحرص والسلامة الصحية.
- 9- تخفيض الجزء المتحمل من طرف الأسر فيما يخص تمويل الصحة إلى أقل من 25 في المئة في أفق 2015.
- 10- التكفل بصفة كاملة بالأمراض طويلة الأمد.

IV- الاستراتيجية :

توجد، في عمق الاستراتيجية المرصودة من أجل تحقيق الأهداف المشار إليها أعلاه، ضرورة إعادة تموقع استراتيجي لدور الدولة من خلال التمييز بين أنشطة تقديم الخدمات (على غرار القطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية) وبين التمويل والتأمين (كالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي). ومن هنا فإن هذه الاستراتيجية تركز على المحاور التالية :

المحور الأول : إعادة التموقع الاستراتيجي لمختلف المتدخلين في المنظومة الصحية بالمغرب خصوصا بواسطة :

- إنشاء عدة مؤسسات عمومية ذات استقلالية في تدبير البنيات الاستشفائية مع إدخال منظومة تعادلية عمودية (على المستوى الوطني ما بين الجهات الغنية والجهات الفقيرة) أو أفقية (على المستوى الجهوي ما بين السكان ذوي الدخل المحدود والسكان ذوي القدرة الشرائية العالية) تمكنها من توازن مالي مع الوفاء

بمهمة الخدمة العمومية وضرورات التضامن الوطني. هذا يعني، في المقابل، إعادة مركزة دور وزارة الصحة على أنشطة الضبط والتخطيط والمراقبة والسلامة الصحية. وكأولوية لهذا الإصلاح لابد من اعتماد هيكلية جديدة لوزارة الصحة تخصص مكانا مهما للجهة.

- إقرار شراكة استراتيجية مع القطاع الخاص تعتمد على مقاربة المساهمة وانخراط القطاع الخاص في إعداد وتطبيق التوجهات التي تهم القطاع وتطويره، خصوصا في مجال تكوين الموارد البشرية والاستثمار واليقظة.
- إقرار شراكة استراتيجية مع المنظمات غير الحكومية تأخذ بعين الاعتبار ديناميكيتها وقوتها الاقتراحية، وقدرتها على التعبئة، الشيء الذي سيمكن من خلق محيط ملائم من أجل مساهمتها في المجهود الوطني لتنمية قطاع الصحة. خصوصا عبر خلق إطار قانوني خاص للقطاع الخاص غير الربحي.

المحور الثاني : وضع عروض علاجية رهن إشارة المواطن تكون في المتناول وكافية في حجمها وذات جودة مع توزيع عادل على مجموع التراب الوطني، وذلك من خلال :

- تأهيل المستشفيات بإدخال آليات تدبيرية جديدة، مع الاستقلالية المالية والتدبيرية وتحمل المسؤولية، ومشاركة الهيئات المحلية والمواطنين، مع تدبير مرتكز على التعاقد من أجل تطوير جودة الخدمة.
- اعتماد سياسة محكمة للأدوية تمكن من إنجاز دليل مرجعي للعلاجات، من أجل استعمال معقلن للأدوية، مع اعتبار الأدوية الجنيسة واستعمالها بكيفية أكبر، واستعمال مساطر واضحة وملائمة لتحديد الأسعار، ونسب الاسترجاع عن بعض الأدوية، وإمكانية تقديم أدوية بديلة من طرف الصيدالة.
- التنسيق الفعال والمنهجي ما بين مجموع المؤسسات الصحية على الصعيد الترابي وخصوصا ما بين المستشفيات والمراكز الصحية.
- اعتماد خريطة صحية لضبط عروض العلاجات من أجل ملاءمة الطلب على المستويين الكمي والكيفي (بطريقة عادلة على مجموع التراب الوطني).
- تطبيق سياسة للموارد البشرية تركز على تقوية وتطوير الكفاءات خصوصا عن طريق التكوين والتكوين المستمر مع الأخذ بعين الاعتبار الأداء والتحفيز والمراقبة واعتماد برامج اجتماعية لفائدة موظفي قطاع الصحة.
- تفعيل نظام المساعدة الطبية الخاص بالمعوزين وتعميمه خصوصا بتحديد روزنامة الخدمات الأساسية، وبروتوكول المعالجة الموحدة، والتوجيه، وإخبار المستفيدين ومقاييس الاستحقاق ومساهمة المريض وتوزيع بطاقة الاحتياج وتحديد المساهمة السنوية.

المحور الثالث : إدخال التخطيط الاستراتيجي المتوسط المدى والطويل المدى عن طريق اعتماد مخططات وطنية خاصة وهادفة من أجل :

- التكفل ومكافحة الأمراض الطويلة الأمد (السرطان ، والقصور الكلوي ، والسكري، والسيدا).
- الولادة بدون مخاطر.
- طب حديثي الولادة.
- الصحة العقلية.
- أمراض القلب والشرابين.
- الصحة في العالم القروي.

المحور الرابع : الوقاية، الأمن والسلامة الصحية : وذلك لمواجهة التحديات التي يفرضها تغيير البنية الديمغرافية للسكان المغربية (شيخوخة الساكنة) وضخامة وأهمية الأمراض غير المعدية في مجموع الوفيات (تقريبا 56 في المائة). وجعل مستعجلات الصحة العمومية ذات طابع عالمي والتصدي لتفشي السلوكات المسببة لمخاطر صحية لدى السكان (التدخين، والإدمان على المخدرات...).