

الصحة العمومية والتنمية الترابية لا ينفصلان

الإرادة الملكية
جعلت من
الصحة أولوية
بجهة الشرق

اقتصاد الصحة بجمهورية أفريقيا الوسطى،
بين الأزمات والإصلاحات

56

السيدة فرناندا نجينكيوت
وزيرة الصحة العمومية والسكان
بجمهورية أفريقيا الوسطى



الجهة الصحية للشرق :
السياق، والحالة الراهنة والآفاق

05

البروفسور الحسين الوري
وزير الصحة للمملكة المغربية



مؤسسة ذات وقع قوي
على التنمية الجهوية

41

البروفسور عبد الكريم الداودي
مدير المركز الاستشفائي
الجامعي محمد السادس لوجدة



محااربة السرطان بالمغرب :
مساهمة مؤسسة تلا سلمى

09

الدكتور رشيد البقالي
المدير العام لمؤسسة تلا سلمى





صاحب الجلالة الملك محمد السادس يدشن مستشفى الأمراض العقلية والنفسية، أحد المستشفيات الأربعة للمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس لوجدة، يوم الأربعاء 29 يونيو 2013

« إن هذه الإنجازات على أهميتها، تبقى دون مستوى طموحنا في هذا المجال. ونختتم مناسبة انعقاد هذه المناظرة، لنؤكد حرصنا الموصول على جعل النهوض بقطاع الصحة من الأوراش الحيوية الكبرى، إيماننا بأن حق الولوج للخدمات الصحية، الذي كرسه الدستور الجديد للمملكة، يعد دعامة أساسية لترسيخ المواطنة الكريمة، وتحقيق ما نتوخاه لبلدنا من تنمية بشرية شاملة ومستدامة. (...) وذلك ضمن مقاربة شمولية وخلاقة، غايتها الأسمى توفير خدمات ذات جودة عالية لكافة المواطنين والمواطنات، وذلك بصفة ناجعة، عادلة ومنصفة. »

جلالة الملك يوجه رسالة الى المشاركين
في المناظرة الوطنية الثانية للصحة
مراكش من 1 إلى 3 يوليوز 2013

الوضع

التأمين الإجباري
عن المرض
12 سنة غنية
بالإنجازات،
ومنها ما تم
بجهة الشرق
مع سعيد أحميدوش



13

بجهة الشرق

جهة الشرق
تقدم حصيلتها
في ميدان الصحة
مع الدكتور محمد اعمار



49

دولي

المساعدة العمومية - مستشفيات
باريس في إطار السياق الصعب
لمصاريف الصحة بفرنسا
مع الدكتورة فلورانس فيبير



62

افتتاحية

من وجدة إلى أبيدجان
الصحة بلا حدود
محمد أمباركي
المدير العام لوكالة جهة الشرق

4

علامات

فرصة تاريخية لتحويل
المنظومة الصحية بالمغرب
هشام بلقاسم تسماني
مؤسس ومسير مجموعة HBT Africa
استشاري الطب عن بعد والصحة الالكترونية
/ خبير معتمد لدى البنك
الأوروبي لإعادة الإعمار والتنمية

25

تكوين المساعدين الطبيين
استثمار من أجل التطور
فاطمة الزهراء مباركي
مديرة المعهد العالي لمهن التمريض
وتقنيات الصحة لوجدة

44

تركيز

الجهة الصحية للشرق :
السياق، والحالة الراهنة والآفاق
البروفسور الحسين الوردى
وزير الصحة للمملكة المغربية

5

حوار

الدكتور لوبيك إتيان، الرئيس المدير العام
Medical Intelligence Service

27

الحوار
الدكتور كريم بورا
الجراح التجميلي

48

نفقات علاج المرضى المستفيدين
من نظام المساعدة الطبية بالمركز
الاستشفائي الجهوي لوجدة
فاطمة الزهراء مباركي
مديرة المعهد العالي لمهن التمريض
وتقنيات الصحة لوجدة

52

محاربة السرطان بالمغرب :
مساهمة مؤسسة للاسلمي
الدكتور رشيد البقالي
المدير العام لمؤسسة للاسلمي

9

المجتمع المدني

الجمعيات والتنمية
شبكة الكفاءات الطبية
للمغاربة المقيمين بالخارج
البروفسور عبد الرحمان المشراوي
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين،
أستاذ بكلية الطب بكل بالمانيا

29

دولي

مستشفى المستقبل بإفريقيا
ألان أشار
نائب رئيس قطاع الصحة
إديس - فرنسا

55

الوضع

الخارطة الصحية : رهانات التفعيل
البروفسور جعفر هيكل
أستاذ الطب وخبير في التدبير الصحي

16

اقتصاد الصحة
بجمهورية إفريقيا الوسطى،
بين الأزمات والإصلاحات
السيدة فرناند نجينكوت
وزيرة الصحة العمومية والسكان
بجمهورية إفريقيا الوسطى

56

طبيب الطب العام وطبيب الأسرة، فاعل
أساسي في مجال الرعاية الطبية
الدكتور رشيد شكري
رئيس النقابة الوطنية للطب العام
رئيس الجمعية المغربية للطب العام وطب الأسرة

18

تمويل الصحة بغانا :
اقتصاد مدعوم بالتأمين
الدكتور سامويل أبوكو كيامفي
المنظمة غير الحكومية ياندا

66

مؤسسة ذات وقع قوي
على التنمية الجهوية
البروفسور عبد الكريم الداودي
مدير المركز الاستشفائي
الجامعي محمد السادس لوجدة

41

21

صناعة الأدوية تساهم في التنمية
الاقتصادية والاجتماعية للبلاد
السيد علي السدراتي
نائب رئيس الجمعية المغربية لصناعة الأدوية

Oriental.ma

مدير النشر : محمد أمباركي

سكرتيرة التحرير : سعيدة ماهر وسناء زروالي • التصميم : TOPIC

• الترجمة إلى العربية : أيدر المريني • الإشراف على الترجمة : الكبير حنو

• رقم الإيداع القانوني : 07/24/ISSN • في تحضير • وكالة جهة الشرق : 13، زنقة محمد عبده، 60 000 - وجدة

الهاتف : 5 36 70 58 68 (+212) • الفاكس : 5 36 70 58 52 (+212) • الموقع : www.oriental.ma

لا تلزم الآراء المنشورة إلا أصحابها



إفتتاحية

البشرية تشكو من صحتها... وجهة الشرق تحسن وضعها

ينبغي أن نذكر أنه قبل «المبادرة الملكية لتنمية الجهة الشرقية»، كانت المؤشرات الجهوية للتنمية البشرية المتعلقة بالصحة من بين الأضعف وطنيا، أي أن موقع الجهة كان متدنيا بالمقارنة مع باقي الجهات. إلا أن هذه المؤشرات ما فتئت ترتفع منذ ذلك الحين، بمنهجية وإصرار.

فمنجزات كبرى مثل المركز الاستشفائي الجامعي ومستشفى الأمراض العقلية وكذا المركز الجهوي للأكنولوجيا الذي سيتم إنجازه بمبادرة كريمة من مؤسسة للاسلمي للوقاية وعلاج السرطان ومراكز القرب وتحسين نظام المستعجلات تركت صدى طيبا لدى الساكنة وهو ما يكرس تحسنا ملحوظا في مستوى خدمات الصحة العمومية. في الواقع، يجب الارتقاء بمجموع المستشفيات والمراكز الصحية للجهة للمعايير الدولية للجودة. فمن «حلقة ضعيفة» قبل عقد من الزمن، اكتسبت جهة الشرق تدرجيا مكانة مرجعية، وأصبحت تتوفر على سلسلة شبه كاملة، تستند على تكوين متين للأطباء، والأطر وتقنيي الصحة بمختلف المستويات : كلية الطب والصيدلة، والمعهد الجهوي لتكوين الممرضين والتقنيين اللذان كانت الجهة في أمس الحاجة إليهما...

طبعاً، هناك «خصائص» في بعض الميادين، ومجالات ترابية عديدة لا زالت تنتظر. وفي المقابل، مستوى متطلبات السكان في ازدياد مرتفع، مما يجعل اعتماد بعض «المعايير» المعمول بها أمر متجاوز، لأنه يضر أكثر بالمجالات الترابية التي تعاني من العزلة والتي هي أكثر احتياجا لهذه التجهيزات لأنها أكثر هشاشة. يضاف لهذا، التجديد الضروري للتجهيزات القديمة، وصيانة الجديدة... والتي تستدعي نظام حكامه ملائم، وفعال وذو مردود عالي. هذا التطور المزدوج المتوازي صعب التدبير والتخطيط والبناء.

إن إصدار هذا العدد من مجلتنا لم يكن أمرا هينا، فهو ملتقى مستجدات متنوعة وثقل المتطلبات الأخلاقية وصدام الطموحات والواقع بأنواعه والإكراهات المالية والجدوى... كل هذه الرهانات لها وقع كبير على قطاع الصحة العمومية. فهو يقدم إضاءات جهوية ووطنية وإنارات قادمة من أماكن أخرى، حيث غالبا ما تظهر نفس صعوبات تصور النماذج الملائمة. بعض المهنيين والفاعلين وأصحاب القرار من الأجانب يذكروننا بذلك في هذا العدد بكل تواضع. رغم كل هذه الجهود، يبقى التساؤل مطروحا حول إمكانية قدرة الجهاز الوطني للصحة العمومية على الفعالية والتمكن من الاستجابة لمختلف المتطلبات.

إن تحقيق إنجازات كثيرة وبسرعة أصبح أمرا ضروريا، فحلول تقليدية، ثقيلة، مكلفة وبطيئة يعني صعوبة تعبئة الموارد. فالوقت اليوم للإبداع والاستفادة من التكنولوجيات الجديدة والتمثين الأقصى للعلاجات المتنقلة، وللإستثمار العقلاني في العلاقة بين الكلفة/الربح وتكوين أكبر عدد ممكن بأبجع طريقة! وعند ملتقى الضرورات الثقافية والدينية والأخلاقية، وأيضا الاقتصادية والتكنولوجية، نعمل جميعا على إبراز حلول مستقبلية من أجل تحسين الصحة العمومية في بلداننا وفي مجالاتنا الترابية.

بتضامنه الراسخ مع إفريقيا، يعمل المغرب بقارته بالمنطق والقيم التي جاءت في خطابات صاحب الجلالة، الملك محمد السادس، حفظه الله، خلال مختلف تنقلاته بها. وتستقبل المملكة، أرض الحوار، تظاهرات قارية عديدة، تتطرق لإشكالية الصحة من زوايا مختلفة. فمن حوار ونقاش الخبراء وأصحاب القرار تتولد التجارب والتعاونات ويتم تصورها بكل دقة على المجالات الترابية في الأماكن ذاتها التي تتبلور فيها الحقائق والاستعجلات. إن هذا العدد يولي المكانة اللازمة للتفكير أمام القرارات الضرورية في مجال الصحة العمومية. فلعله يسهم في جعلها أكثر نجاعة ودوما أكثر إنصافا.



محمد امباركي

المدير العام لوكالة جهة الشرق

الجهة الصحية للشرق : السياق، والحالة الراهنة والآفاق

البروفسور الحسين الوردي
وزير الصحة للمملكة المغربية



الكاتب وزير منذ أكثر من خمس سنوات. وهو اختصاصي في التخدير والإنعاش وفي طب المستعجلات، ويعرف جيدا دواليب الحقل الطبي وحتى التدريس، فقد كان عميدا لكلية الطب بالدار البيضاء. وصيته يوازي مسؤوليته التي تمثل انشغالا كبيرا لكل المغاربة. وهو يقوم هنا بعرض عمله وبرسم آفاق مستقبله.

ويتعلق الأمر، بالنسبة للتغطية الصحية للجميع، بتأمين الولوج العادل لخدمات صحية جيدة مع تأمين الحماية المالية للمستعملين. ولهذه الغاية، أصبح ضروريا وضع أنظمة للتمويل، بواسطة موارد كافية للصحة، وإزالة المخاطر المالية، والحواجز أمام الولوج لخدمات الصحة، والارتقاء بالنجاعة، وتقليص الفوارق في التغطية. ومن أجل ذلك، فإن أهم المقاربات التي تدعو إليها منظمة الصحة العالمية تهدف إلى إدماج الصحة في كل السياسات. وهذا الأمر يعتبر أحد أشكال الاستجابة لضرورة القيام بعمليات منسقة متعددة القطاعات، خاصة للعمل على المحددات الاجتماعية والبيئية للصحة والتنمية المستدامة، ومكافحة سوء التغذية، ورداءة المياه، ومشاكل التطهير والنظافة، والعنف والسلوكات الضارة والتمييزية.

ومن جانب آخر، تم اعتماد استراتيجيات دولية في برنامج التنمية المستدامة في أفق 2030 : «الإستراتيجية الدولية من أجل صحة الأم، والطفل والمراهق 2016-2030»، «الإستراتيجية الدولية

تدريجيا في تحسين حكامه النظام الصحي بفضل تنظيم جديد للمصالح اللامتركة للقطاع وللأدوار الجديدة المخولة للجهة.

السياق الصحي العالمي

إضافة إلى أهداف التنمية المستدامة المذكورة أعلاه، تجدر الإشارة إلى المبادرات والاستراتيجيات كعناصر للسياق الحالي. وبالفعل، فإن منظمة الصحة العالمية، قد أعطت مؤخرا الأولوية لعدة ميادين للعمل للفترة 2014-2019. وقد حثت بالخصوص الدول الأعضاء على :

- الارتقاء بالتغطية الصحية للجميع ؛
- رفع تحدي الأمراض غير المعدية، وخاصة الصحة العقلية ؛
- تطبيق مقتضيات النظام الصحي العالمي ؛
- تحسين الولوج إلى منتجات طبية ذات جودة وفعالية، ودون مخاطر وبأسعار معقولة ؛
- العمل على المحددات الاجتماعية، والاقتصادية، والبيئية للصحة.

في الوقت الحاضر، تتأثر التوجهات الكبرى للصحة عبر العالم بشكل قوي بانخراط المجتمع الدولي في أهداف التنمية المستدامة في أفق 2030، وخاصة الهدف الثالث الذي ينص على : «السماح للجميع بالعيش بصحة جيدة وتعزيز الرفاه للجميع في جميع الأعمار». وبالنسبة للمغرب، فقد تم تشكيل النظام الصحي منذ الاستقلال عبر مجموعة من الإصلاحات التدريجية، تتمحور حول برامج ذات أولوية بالنسبة للصحة العمومية. وقد ظل هذا النظام دوما في قلب السياسات العمومية للبلاد ومحل اهتمام خاص، مستفيدا من التوجيهات الملكية السامية، وخاصة منها تلك الصادرة بمناسبة المؤتمر الوطني الثاني حول الصحة لسنة 2003 وتلك التي تُسأل قطاع الصحة - على غرار القطاعات العمومية الأخرى - من أجل اعتماد مقاربة في «خدمة المواطن» على نحو واسع. وبرنامج الحد من الفوارق المجالية والاجتماعية بالعالم القروي، الذي أعطى انطلاقة صاحب الجلالة الملك محمد السادس، نصره الله، يدعم تفعيل الورش الهيكلي للجوهية المتقدمة، ليسهم

2016 (ثاني دولة من منطقة المكتب الجهوي لشرق المتوسط التي استطاعت إنجاز ذلك)، وتم عكس أثر الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة (السيدا).

ومن جانب آخر، يستفيد أزيد من 60% من الساكنة المغربية من التغطية الطبية، في الوقت الذي عرفت فيه أثمان أكثر من 3 600 دواء انخفاضا، مع تشجيع الإنتاج المحلي لبعض الأدوية المكلفة (مضادات الفيروسات، ومضاد التهاب الكبد ج ، وأدوية السرطان...)، بفضل سياسة طموحة للأدوية. ويندرج هذا الأمر في الإطار الأشمل لتوجه المغرب التدريجي للتغطية الصحية للجميع، حيث يمثل تعميم نظام المساعدة الطبية (راميد) تطورا رئيسيا للاندماج التدريجي للساكنة الفقيرة والهشة منذ 13 مارس 2013. فأكثر من 8,5 مليون من المواطنين هم مؤهلون للاستفادة من هذا النظام ونتوجه نحو التأمين الصحي للمستقلين والذي سيستهدف الثلث الباقي من الساكنة المغربية (أكثر من 11 مليون من المواطنين بقليل). وفي نفس الوقت، فقد غطينا أصناف أخرى، كالطلبة (288 000 مستفيد)، وأصول المنخرطين في التأمين الإجباري للمرض (أمو) والمهاجرين (20 000 مستفيد).

ومن جهة أخرى، فإن الولاية الأخيرة تميزت بإصدار العديد من النصوص التشريعية والتنظيمية الجديدة المتعلقة بالقطاع (أزيد من 90 نصا)، وكذا بإعطاء الانطلاقة لمشاريع 4 مراكز استشفائية جامعية واقتناء خدمات النقل بواسطة المروحيات بالنسبة لـ 6 جهات،

في القطاع العمومي، تم تسجيل تحسن في الولوج إلى العلاجات، وخاصة بالنسبة للتكفل بالإصابات الطويلة الأمد بالمؤسسات الصحية العمومية :

- ارتفاع بنسبة 40% في التكفل بمرضى السكري (650 000 حالة سنة 2016 مقابل 460 000 حالة سنة 2011) ؛
- مضاعفة بـ 3 مرات لأعداد مرضى الضغط المرتفع المتابعين صحيا (750 000 سنة مقابل 264 800 سنة 2011)؛
- زيادة بنسبة 50% لأعداد المرضى الذين يتابعون حصص غسيل الكلي (9 300 سنة 2016 مقابل 6 000 سنة 2011).

أما بالنسبة للإصابات الثقيلة والمكلفة، فقد تم تحقيق تقدم كبير في مجال زراعة ونقل الأعضاء : أول زراعة وطنية لدى الطفل، و13 زراعة للكبد بالمغرب، و63 زراعة لفوققة الأذن، و250 زراعة لنخاع العظم والخلايا الجذعية، و1 425 زراعة للقرنية، و165 زراعة للكلى و950 نقل للأعضاء، انطلاقا من متبرعين في حالة موت دماغي... وبالنسبة للتكفل بالسرطان، تم تحقيق إنجازات كبيرة بفضل شراكة مع «مؤسسة للا سلمى للوقاية وعلاج السرطان».

وترفع البلاد من تحكمتها في الأمراض المنقولة والأمراض في الفترة المحيطة بالولادة، حيث انتقلت نسبتها من 33% إلى 18%.

وقد تم القضاء على التراخوما منذ نونبر

للقضاء على داء السل في حدود 2035»، «الإستراتيجية الدولية لقطاع الصحة ضد التهاب الكبد الفيروسي 2016-2021»، ومخطط العمل الدولي للصحة العقلية 2013-2020»، «الإستراتيجية الدولية حول الموارد البشرية للصحة في أفق 2030»، وغيرها.

وقد اعترفت دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية في تقرير نشر في بداية 2017 تحت عنوان «الجيل الجديد من الإصلاحات في ميدان الصحة»، بأن على أنظمة الصحة أن تمنح حاليا الأسبقية للمحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة ولعوامل المخاطر البيئية، وأن تضع المواطن في صلب انشغالاتها، وتدرس الاستعمالات الأكثر نجاعة للتكنولوجيات الجديدة للصحة. كما ركزت هذه الدول على الطابع الاستعجالي لمحاربة مقاومة مضادات الميكروبات والتعرف على الرهانات الجديدة الصاعدة، وخاصة ارتفاع انتشار الأمراض المزمنة وتعدد الأمراض في الجسم الواحد عند ساكنة تتقدم في السن.

السياق الصحي الوطني

لقد تمكن القطاع الصحي الوطني خلال السنوات الأخيرة أن يحقق تقدما لا يمكن إنكاره وقفزة نوعية في كل مكونات نظامه الوطني، كما يدل على ذلك التحسن الملموس لأهم مؤشرات المرض والوفاة :

- أمد الحياة عند الولادة، الذي انتقل إلى 74,8 سنة، مقابل 71,1 سنة سنة 2004 ؛
- نسبة وفاة الأمهات التي انخفضت بـ 35%، وانتقلت من 112 وفاة لكل 100 000 ولادة حية سنة 2010 إلى 72,6 وفاة لكل 100 000 ولادة سنة 2016 حسب التحقيق الوطني الأخير حول صحة السكان والأسر ؛
- وفيات الرضع والأطفال (الأطفال الذين لا يتجاوز عمرهم 5 سنوات) واصلت انخفاضها لتستقر في 30,5 وفاة لكل 1 000 ولادة حية سنة 2011، مقابل 47 وفاة لكل 1 000 ولادة حية سنة 2004 (يجري تحيين هذا المؤشر ويعد بتحسن جيد).



معهد البحث حول السرطان، الذي أنجز بفضل «مؤسسة للا سلمى للوقاية وعلاج السرطان»

ومنجزات أخرى. لكن ارتفاع تطلعات المواطنين توازي تحديات الإصلاحات وحاجيات النظام الصحي. ومن أجل المزيد من المصداقية للسياسة الصحية، تلتزم الوزارة بتعزيز مكتسبات الإصلاحات الهيكلية والسير قدما لتحسين الخدمة للمواطنين وحكامه القطاع. وحرصا منها على جودة العلاجات والخدمات، ستقوم الوزارة بإعادة تنظيم إدارتها، بالعمل على تخليقها أكثر وتوجيهها لخدمة المواطن. وفي هذا الاتجاه، فإن الوزارة تخترط في عصر الإعلاميات والرقمنة من أجل تقليص المدد وتسهيل الولوج للخدمات. وستستند إستراتيجيتنا الجديدة أيضا على الجهوية المتقدمة لإبراز علاقة مهنيي الصحة مع المواطنين وإعطاء الأسبقية للديمقراطية الصحية.

الجهة الصحية للشرق ؟

عرفت جهة الشرق، وهي الجهة الصحية النموذجية على صعيد المملكة، دينامية كبيرة في إطار الجهوية المتقدمة التي يقودها صاحب الجلالة الملك محمد السادس. وقد أثر التغيير كثيرا في الشق التنظيمي، خاصة منذ الظهير رقم 2.14.562 لـ 7 شوال 1436 (24 يوليوز 2015) بتطبيق القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالنظام الصحي ولعرض العلاجات، الذي يهم تنظيم عرض العلاجات، وال خارطة الصحية والمخططات الإقليمية ل عرض العلاجات.

لقد أحدثت الجهات الصحية بالمغرب في فترة الحماية الفرنسية، على شكل «مصالح صحية لا مركزية». وبعد الاستقلال، تم إنشاء «عمالات وأقاليم صحية» على شاكله التقسيم الإداري من طرف «وزارة الصحة العمومية». ولم تأخذ المصالح اللامركزية للوزارة إسم «المندوبيات الإقليمية»، الذي ما زال معمولا به حاليا، إلا في سنة 1994.

وفي سنة 1998، أصبح مندوبو العمالات والأقاليم قاعدة الجهات، «منسقون جهويون»، مع إحداث اللجن المتساوية الأعضاء، ووضع مشروع التدبير الجهوي لمصالح الصحة، ومشروع دعم تسيير مصالح الصحة. وقد أحدثت المديرية الجهوية للصحة لجهة الشرق

بقرار من وزير الصحة رقم 1 لـ 25 يناير 2005، كأول جهة صحية للمملكة.

وفي 2015، تم خلق المديرية الجهوية للصحة في الجهات 16 للمملكة. وتم بعد ذلك تجديد تحديد تنظيم وصلاحيات المصالح اللامركزية لوزارة الصحة، بقرار من وزير الصحة رقم 16.003 نشر في 4 يناير 2016 وخاصة إحداث 12 مديرية جهوية للصحة جديدة. وعلى غرار المديرية الجهوية للصحة الأخرى، فإن مديرية جهة الشرق تؤمن التنسيق بين مؤسسات الصحة العمومية والخاصة المقامة في مجالها الترابي، سيما في إطار الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص.

ومن حيث التغطية الصحية، سُجل أخيرا تحسن ملموس لعرض العلاجات بالجهة. وبالفعل، فإن عدد مؤسسات العلاجات الصحية الأولية انتقل من 161 سنة 2010 إلى 199 سنة 2015، أي بتغطية انتقلت من 093 12 نسمة لكل مؤسسة سنة 2010 إلى 630 11 نسمة لكل مؤسسة سنة 2015. وقد انتقلت الطاقة حسب الأسرة من 040 2 سرير سنة 2010 إلى 984 2 سرير، أي بتغطية حسب الأسرة تبلغ 962 نسمة لكل سرير سنة 2010 و776 نسمة لكل سرير سنة 2015. لكن صعوبات الولوج إلى العلاجات تظل قائمة، علما بأن جهة الشرق، كما غيرها، تتميز بتفاوتات في التغطية الصحية ونقص واضح في عرض العلاج. وتتكون الشبكة الاستشفائية العمومية لجهة الشرق من 8 مراكز استشفائية، منها 6 مراكز استشفائية إقليمية :

• بركان (مستشفى الدراك لبركان ومستشفى القرب للسعيدية) ؛

• الناظور (مستشفى الحساني بالناظور ومستشفى محمد السادس بالعروي) ؛

• تاويرت، جرسيف، فجيح (مستشفى الحسن الثاني لبوعرفة) وجرادة.

وتضم أيضا :

• مركزا استشفائيا جهويا مكونا من المستشفى الجهوي الفارابي والمصحة الخارجية لوجدة ؛

• مركز استشفائي جامعي - المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بوجدة - المكون من 4 مستشفيات (مستشفى التخصصات، مستشفى الأم والطفل، مستشفى الحسن الثاني لأمراض السرطان ومستشفى الصحة العقلية والأمراض النفسانية).

وهذا المركز الاستشفائي الجامعي الذي أشرف صاحب الجلالة الملك محمد السادس، نصره الله، على تدشينه في 23 يوليوز 2014، هو الخامس من نوعه بالمغرب. وهو ينتمي للجيل الحديث من المستشفيات الجامعية. وبفضل وسائله التقنية المتطورة جدا وخدماته من المستوى الثالث والتي تغطي كل التخصصات الطبية والجراحية والبيولوجيا الطبية، فهو يعتبر مفخرة وطنية. وقد استفاد مؤخرا من تأهيل هام بفضل إعطاء الانطلاقة من طرف سمو الأميرة للا سلمى، لأشغال المركز الجهوي للتكنولوجيا الذي سيرتبط بالمركز الجامعي. وتتوفر الجهة أيضا على 11 مركزا لغسيل الكلي (2 بوجدة، و2 بالناظور، و2 ببركان ومركز واحد لكل واحد من الأقاليم المتبقية) ومركز جهوي لتحاقن الدم بوجدة، وبنكين للدم (بالناظور وبوعرفة) و3 فروع للدم (ببركان، وتاوريرت وجرسيف).

يشهد العرض الاستشفائي العمومي توسعا قويا بفضل الأوراش المتعددة الجارية والتي ترفع الطاقة من الأسرة بالجهة عبر استثمارات مهمة. وأذكر في هذا الصدد :

• مركز الأمراض الصدرية والسيليكوز، الوحيد بالمغرب، والذي بدأ في الاشتغال يوم 3 يوليوز 2017 ؛

• مستشفى القرب للعيون سيدي ملوك الذي يوجد قيد الافتتاح، والذي سيليه التشغيل التدريجي للمركز الاستشفائي الإقليمي لدريوش ولستشفى القرب لزايو ؛

• أشغال 4 مستشفيات جديدة أخرى للقرب التي انطلقت بداية 2017، بتالسينت، وفجيح، وميضار وأحفير؛

• فتح الأضرحة بالنسبة لمباراة الهندسة المعمارية للمركز الاستشفائي الإقليمي الجديد للناظور، المقرر في 12 يوليوز 2017 ؛

• ومستقبلا، مشروع بناء المركز الاستشفائي الجديد لجرسيف.

وستتم تقوية الوسائل التقنية العمومية باقتناء جهاز جديد للتصوير بالرنين المغناطيسي سيقام بالمركز الاستشفائي الجهوي لوجدة في نهاية 2017 أو بداية 2018. ويشمل العرض الخاص 468 عيادة للاستشارة الطبية، و37 مختبرا للتحليلات الطبية، و14 عيادة للأشعة، و7 مراكز لغسيل الكلى، و237 عيادة لجراحة الأسنان، و52 مركزا للعلاج البدني، و849 صيدلية، و19 مصحة خاصة ذات غاية ربحية ومصحتين بدون غاية ربحية.

يرتاد أزيد من 300 000 مريضا سنويا مصالح المستعجلات، أي 69% من الاستشارات المتنقلة. ومن بين الـ 20 654 تدخل جراحي أنجزته الشبكة الاستشفائية لجهة الشرق، 53% لها طابع استعجالي، منها 83% تعتبر تدخلات جراحية كبيرة. ويمثل ضحايا حوادث

وسائل تحرك تتكون من 48 سيارة إسعاف ومروحية.

أما الشق الآخر المرتبط خاصة بجهة الشرق فهو شق الصحة العقلية. وبالفعل، في 26 يونيو 2013 بوجدة، كان لي عظيم الشرف أن أقدم أمام صاحب الجلالة الملك محمد السادس، نصره الله، المخطط الوطني للتكفل بالصحة العقلية، والذي رصدت له ميزانية تبلغ 747 مليون درهم على امتداد 6 سنوات. ونعزم خلال هذه الولاية أن نجسد أهداف هذا المخطط بشكل كبير.

إذا كانت جهة الشرق حقا جهة نموذجية في مجال جهوية الصحة، وتتوفر على مركزها الاستشفائي الجامعي وعلى تشكيلة عريضة من مستشفيات القرب ومعاهد التكوين الأساسية في التمريض (المعهد العالي لمهن التمريض وتقنيات الصحة / معهد تكوين تقنيين في النقل والإسعاف الصحي)، فإنها تشكو مع ذلك من فوارق بين الأقاليم وداخل الإقليم



المركز الاستشفائي الجامعي لوجدة

الواحد ومن عدم الإنصاف في لوج الساكنة القروية للعلاجات الصحية الأساسية. وعلى غرار الجهات الأخرى للمملكة، يسجل نقص في الموارد البشرية، وخاصة في أطباء الطب العام وفي ممرضين صحة عامة، وهذا النقص يتفاقم مع ارتفاع سن المستخدمين والأعداد الكبيرة المغادرة بعد بلوغ سن التقاعد.

لكن الفرص ليست منعدمة بهذه الجهة، وخاصة المبادرة الملكية من أجل تنمية جهة الشرق، باتفاقية هامة موقعة أمام صاحب الجلالة في

الطريق العام 3% (6 454 حالة) من مجموع المرضى الذين تم استقبالهم في مصالح المستعجلات بالجهة : 78% جروحهم خفيفة و23% جروحهم خطيرة. وقد تم التكفل بـ 8% من الحوادث المسجلة بالطريق العام من طرف المستعجلات الطبية للقرب. وتتوفر الشبكة المندمجة للعلاجات الاستعجالية الطبية على 62 سريرا للإنعاش (40 بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس لوجدة)، و53 سريرا للملاحظة و15 سريرا لرفع الصدمات، مع

هذا الاتجاه، ودعم وكالة جهة الشرق والمبادرة الوطنية للتنمية البشرية، وتعاون متطور بين القطاعات وشراكة دولية، ووطنية وجهوية ذات وزن.

وعلينا أن لا ننسى الطابع الحدودي للجهة والذي يعرضها لتهددات المخدرات، مع دفعات قوية للهجرة. كما أن هناك تهديدات أخرى تتجسد في نسبة البطالة ومؤشر فقر مرتفعين، تفاقمه عزلة بعض البلديات ومشاكل بيئية جدية، كآفة الجراد، والتسمم بالرصاص، وتلوث طبقة المياه الجوفية... ناهيك عن المخاطر الصحية الناجمة عن الكوارث.

لمواجهة ذلك، فإن تصريف الإستراتيجية القطاعية الجديدة بجهة الشرق، مع توصيات المخطط الجهوي لعرض العلاجات، سيستهدف في الأول السكان ذوي الحاجيات الخاصة، والمستعجلات الطبية، وإعادة تنظيم سلسلة العلاجات، والنساء الحوامل وتقليص وفيات الأمهات والرضع، واليقظة الصحية على الحدود ومحاربة الأمراض، كل هذا على خلفية تدعيم الإصلاحات والبرامج الأساسية، وتحسين الخدمة المقدمة للمواطن والارتقاء بالمهنيين.

خاتمة

إن تعقيد النظام الصحي وما يفرضه من تنسيق جراء ذلك، تدفع إلى منح اهتمام كبير للحكومة، التي تعتبر رهانا أساسيا للتنمية المنسجمة للنظام، من أجل ضمان قيادة فعالة للعمليات الصحية، التي تشرك مختلف

الفعاليات.

بالانخراط في التوجهات الإستراتيجية القطاعية 2017-2021 ولتحسين حكومتها، على المديرية الجهوية للصحة لجهة الشرق أن تنمي دورها التدييري والقيادي في إطار الجهوية المتقدمة، وتعزز شراكاتها، وتبحث عن آفاق جديدة، وتساهم في تخليق القطاع، بالسهر على تنمية وتحسين الخدمة للمواطن، دون إغفال الرفع من مستوى ظروف عمل مهنيي الصحة.

مكافحة السرطان بالمغرب : مساهمة مؤسسة للا سلمى

الدكتور رشيد البقالي
المدير العام لمؤسسة للا سلمى



تعتبر تنمية المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان : إستراتيجية في مستوى التحديات. تحت رعاية صاحبة السمو الملكي الأميرة للا سلمى، انخرط المغرب في الجهود الدولية وجعل داء السرطان أولوية وطنية، وتعباً لإعداد وتنفيذ مخطط للسرطان، تم إعداده وتنسيقه من طرف مؤسسة للا سلمى لمحاربة السرطان بتعاون وثيق مع وزارة الصحة.

الصحة العالمية للارتقاء بالوقاية من السرطان وعلاجه. ومنذ انطلاق المخطط الوطني، تغيرت الوضعية جذريا بالمغرب. وفي بضع سنوات تحققت انجازات كبيرة في كل ميادين مراقبة السرطان.

والسرطان، وكذا تحسين جودة حياة المرضى وعائلاتهم. وقد تم التصديق على المخطط الوطني لمحاربة السرطان من طرف الحكومة خلال اليوم الذي ترأسته صاحبة السمو الملكي الأميرة للا سلمى، رئيسة مؤسسة للا سلمى للسرطان وسفيرة النوايا الحسنة لمنظمة

لأنه ينبغي الفهم أولا من أجل العمل بشكل أفضل، فقد قامت مؤسسة للا سلمى للسرطان بتحليل شامل للوضعية بالمغرب بإنجاز حوالي 15 دراسة في كل الميادين المرتبطة بالسرطان. وانطلاقا من هذا التحليل، نظمت المؤسسة 6 أورش موضوعاتية، انخرطت فيها كل الأطراف المعنية، من أجل الإستراتيجية والعمليات النوعية لمختلف جوانب المخطط : الوقاية، والكشف المبكر، والتكفل التشخيصي والعلاجي، والعلاجات التلطيفية، والتواصل والتشريع. وقد مكن توليف أشغال الورشات من وضع مخطط وطني متعدد القطاعات لمحاربة السرطان لمدة 10 سنوات.

وهذا المخطط الوطني لمحاربة السرطان، المتوفر على إطار مفاهيمي، يتوخى تحسين الحالة الصحية للسكان بتزويد البلاد بإستراتيجية تشمل كل مجالات التدخل. ويسعى المخطط لأن يكون حاملا لقيم الإنصاف، والتضامن، والجودة والامتياز. ويهدف إلى تقليص الانعكاس، والوفيات والعوامل المسببة



التواصل والوقاية

لقد كان هدف الحملة الأولى التي قامت بها مؤسسة للا سلمى لمحاربة السرطان سنة 2006 والتي حملت شعار «كلنا ضد السرطان»، إزالة اللبس المحيط بالسرطان وتحسيس السكان بأن السرطان ليس حتميا، داعية السكان أن يستعلموا بخصوص السرطان وإلى الوعي بأن المرض يمكن علاجه إذا كشف في وقت مبكر وعولج بطريقة صحيحة.

وبعد هذه الحملة، التي مهدت الطريق، أعدت المؤسسة حملات أكثر دقة واستهدافا. ومنذ ذلك الحين، تقوم المؤسسة بشكل منتظم بحملتين سنويتين حول الوقاية من المرض (التبغ ونمط الحياة) والكشف المبكر لسرطان الثدي. واليوم، فإن الملصقات، والإعلانات والخطابات التحسيسية بأخطار التدخين وبأهمية الكشف المبكر لسرطان الثدي أصبحت جزءا من المشهد التواصلى بالمغرب (تلفزيون، مذيع، ملصقات، صحافة مكتوبة، الخ.).

وقد أعلن يوم 22 نونبر «يوم وطني لمحاربة السرطان». والاحتفال بهذا اليوم هي لحظة متميزة للنقاش والتفكير اللذان يبرزان تعلق المغرب الوثيق بمحاربة السرطان. وهذا اليوم هو أيضا مناسبة من أجل تقييم العمليات التي يضطلع بها مختلف المتدخلين، والتذكير بالأهداف الإستراتيجية للمملكة في مجال محاربة السرطان وجعله موضوع نقاش عمومي وطني. وخلال هذا اليوم، منحت المؤسسة الجائزة الوطنية والجائزة الدولية لشخصيات، ولما ركز للأبحاث أو مختبرات أثبتت التزامها وانخراطها الاستثنائيين في محاربة السرطان بالمغرب وبالعالم.

وعلمنا بأن الوقاية هي المقاربة الأنجع في مجال الصحة العمومية لمحاربة بعيدة المدى، والتي تمكن من تجنب 40% من السرطانات، فقد جعلت منها مؤسسة للا سلمى قطب الرضى لإستراتيجيتها وانطلقت في تنفيذ برامج تتعرض لعوامل الخطر وتدعو لنسق حياة سليم. وقد وضع برنامج

وقد تم وضع برنامج طموح لتنمية البنيات التحتية. وقد تم الانتقال من مركزين عموميين للسرطان مع مسرعين اثنين سنة 2005، إلى 11 مركزا عموميا سنة 2016، مع 17 مسرعا خطيا. كما أن هناك 3 وحدات عاملة لزرع النخاع الشوكي.

وهكذا، وبشراكة مع وزارة الصحة والجماعات المحلية، شيدت المؤسسة 9 مراكز جديدة للانكولوجيا وقطبين لسرطانات عنق الرحم والثدي، مع تجديد المراكز الموجودة وتحديث تجهيزاتها. ومن جانب آخر، يجري حاليا بناء 6 مراكز أخرى للسرطان وسرطان الدم للأطفال.

واليوم، تستقبل هياكل ذات مردودية كبرى وأقطاب امتياز يوميا آلاف المرضى في كل مناطق المغرب، وتوفر لهم خدمات في أفضل الشروط وعلاجات تستجيب للمقاييس الدولية. ويحده التزام إنساني كل عمليات البناء هذه، بهدف الحصول على مراكز تتميز بحسن الاستقبال، وصيانة كرامة المرضى وتمكن المهنيين من العمل في بيئة مناسبة.

وبمبادرة من مؤسسة للا سلمى لمحاربة السرطان، يتم وضع برنامج للعلاجات التلطيفية في كل مراكز السرطان، مع فرق متنقلة للتكفل في البيت بالمرضى. والهدف هو تخفيف آلام المرضى ومراقبة الأشخاص الذين يعيشون مع السرطان.

الولوج إلى الأدوية

أحد الأهداف الأساسية للمؤسسة هو السماح لكل المرضى بالولوج للأدوية الضرورية لعلاج مختلف أنواع السرطانات. وهكذا، تزودت المؤسسة ب «برنامج الأدوية» ضمن توفر الأدوية المضادة للسرطان واستعمالها العقلاني. إضافة إلى ذلك، وضعت المؤسسة برنامج «الولوج للأدوية لفائدة المرضى ذوي الدخل المتواضع». وهكذا، فإن الجزئيات المبتكرة أصبحت مستعملة لكل المرضى، دون اعتبار للدخل أو للتغطية الصحية. ويتم سنويا التكفل مجانا بحوالي 18 000 مريض في إطار هذا البرنامج المبتكر.

طموح لمحاربة التدخين «إعداديات، ثانويات ومقاولات بدون تبغ». وهذا البرنامج يستهدف التلاميذ والمدرسين في الوسط المدرسي، وكذا مستخدمي المقاولات.

الكشف المبكر

يمكن تقليص التكفل بالسرطان بقدر الثلث عبر الكشف المبكر ومعالجة الحالات في البدايات الأولى للمرض. وقد انطلق البرنامج المغربي بنوعين من السرطانات اللذان يشكلان مشكل صحة عمومية والتي أعطت أنشطة الكشف بخصوصهما نتائج جيدة : سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم. ويجري حاليا وضع برنامج لكشف سرطان القولون والمستقيم. وقد أقامت المؤسسة وجهزت مراكز مختصة بسرطانات الثدي وعنق الرحم (التصوير الإشعاعي للثدي، وتنظير القولون، فحص الأنسجة، الخ.). ويتمثل الهدف في إنجاز مركز بكل عمالة وإقليم. ومن جانب آخر، فقد وفرت المؤسسة وحدات متنقلة للتصوير الإشعاعي للثدي. وكل خدمات برنامج الكشف مجانية، من الفحص الأول إلى غاية التكفل التشخيصي والعلاجي الإصابات السرطانية محتملة.

التكفل التشخيصي والعلاجي

في مجال التكفل العلاجي، تستند إستراتيجية المؤسسة على ثلاث دعائم أساسية : تأهيل الوحدات القائمة، بناء مراكز جديدة لأمراض السرطان وتحسين الولوج للأدوية.

لقد انطلقت مرحلة البناء في ميدان السرطان من طرف صاحب الجلالة الملك محمد السادس، يوم 13 أبريل 2006، بوضع الحجر الأساسي لمركز الانكولوجيا ابن رشد بالدار البيضاء. ومنذ ذلك الوقت، حصل تحول جذري لبنية السرطان بالمغرب. ففي 2005، كان يوجد مركزين عموميين للسرطان ومركز لسرطان الدم. وقد كانت هذه المراكز في حالة رثة، وقليلي التجهيز، وكانوا لا يتوفرون على وسائل كافية حسب المقاييس الدولية.

الحامل الاجتماعي

التكوين

تكوين وتحفيز المهنيين هي في صميم اهتمامات المؤسسة. فمنذ إحداثها سنة 2005، وضعت المؤسسة برنامجا للتكوين والتدريب بشراكة مع مؤسسات وطنية، وأوروبية وأمريكية. ويستفيد من هذا البرنامج سنويا مئات الأطباء، والممرضين، والأطمر الإدارية، والمتطوعين، والمعالجين المساعدين، الخ. كما يستفيد منها مزاوولو العديد من الدول الإفريقية جنوب الصحراء. ولتنسيق التكوين الذي تقدمه، أنشئت «المدرسة الإفريقية للأنتولوجيا».

يعتبر التضامن الاجتماعي مكونا أساسيا في عمليات المؤسسة. ويفضل مبادرات مجددة، فإن المجهود موجه نحو ولوج الأشخاص الأكثر عوزا إلى علاجات متجددة في أحسن الظروف. وتنشط مؤسسة للاسلى لمحاربة السرطان العديد من البرامج الرامية إلى أنسنة التكفل والمواكبة اليومية للمرضى وعائلاتهم والذين يوجدون في وضعية هشّة جراء المرض.

«دور الحياة»

فضاء للكرامة للمرضى وعائلاتهم

هذه الأماكن المقامة بالقرب من مراكز السرطان تتميز بحسن الاستقبال وبالدفء. وهي تخصص لإيواء المرضى وعائلاتهم طوال فترة العلاج المتنقل، من أجل تحسين شروط التكفل وتقليص حالات التخلي عن العلاج، الطويلة غالبا وصعبة التحمل بالنسبة للمرضى والعائلات.

البرنامج «الاجتماعي-الجمالي» :

الارتياح الجسدي والنفسي

في أبريل 2014، أعطت المؤسسة الانطلاقة لبرنامج اجتماعي جمالي مبتكر بالتعاون مع مؤسسة L'Oréal Maroc. وهو فضاء للعناية والحياة الجيدة، والإنصات والانفصال عن المحيط الطبي، يوضع رهن إشارة المرضى. وأثر هذا البرنامج على النساء التي تستفدن منه مثير للدهشة. فهن تستعدن البسمة، والثقة ويواجهن حصص العلاج والمستقبل بمزيد من العزم والأمل.

برنامج «أيتام السرطان»

من أجل تدمرس الاطفال

رغم الإنجازات الكبيرة الحقيقية، ما زال السرطان يزهد سنويا آلاف الأرواح، ويغرق عائلاتهم في الألم والاضطراب. وعيا منها بهذه الوضعية، وضعت المؤسسة برنامج «يتامى السرطان» ليظل إلى جانب العائلات الأكثر عوزا ويوفر أكبر فرص النجاح لأطفالهم.



صاحبة السمو الملكي الأميرة للاسلى مع حرم رئيس جمهورية كوت ديفوار، السيدة واتارا، بجوار أطفال يتابعون علاجهم

إلى ما وراء الحدود

يمتد إشعاع ومساهمات مؤسسة للاسلى إلى أبعد من حدود المغرب. وقد طلبت العديد من الدول الإفريقية من المؤسسة أن تواجها في وضع استراتيجيات وطنية لمحاربة السرطان.

وهكذا، عقدت المؤسسة شراكة مع 14 دولة من القارة لمساعدتها في بناء مراكز للسرطان ودور للحياة، ووضع برامج للكشف المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم، والتكفل بالمرضى وتكوين مهنيين الصحة بالمؤسسات الجامعية المغربية، الخ.

إن محاربة السرطان تحدي عالمي. ووعيا منها بهذا الواقع، فقد أبرمت المؤسسة شراكات مع مختلف الوكالات الأممية والمؤسسات الدولية، والمؤسسات، والعلمية والجمعوية. وبمشاركتها بهمة في المجهود العالمي ضد السرطان، فإن المؤسسة تبقى نشيطة على كل الواجهات المحاربة للسرطان على الصعيد الدولي وتشارك سنويا في مختلف التظاهرات العلمية أو الجمعوية في جهات مختلفة من العالم. ويكمن الهدف في إدراج المغرب في مجال الدينامية العالمية للبحث والابتكار في مجال محاربة السرطان.

البحث والسرطان

انطلاقا من نتائج موضوعية للحالة الراهنة، انطلقت المؤسسة في برنامج لـ «إعادة هيكلة البحث في ميدان السرطان» من أجل خلق الهياكل وتوفير الشروط الضرورية لبحث ناجح، مرتكز على حياة جيدة للمرضى وللمجتمع، مع البقاء ضمن التوجهات الإستراتيجية للمخطط الوطني للوقاية من السرطان.

لقد أنشأ معهد البحث حول السرطان كتجمع ذو فائدة عمومية، بين مؤسسة للاسلى لمحاربة السرطان، ووزارة الصحة ووزارة التعليم العالي. وقد مولت المؤسسة بناء مقر المعهد بفاس. وهذا المعهد الجديد يطمح أن يكون مركزا أكاديميا للامتياز يشرك الكفاءات والخبرات في خدمة البحث في ميدان السرطان. ويتم القيام بطلبات لمشاريع تنطلق بانتظام، إضافة إلى الدراسات الممولة من قبل المؤسسة للاستجابة لحاجيات خاصة. ويفضل الإنجازات الكبيرة التي حصلت في مجال محاربة السرطان، ولوضوح عمليات المخطط الوطني للوقاية من السرطان، وخاصة شقه المتعلق بإعادة هيكلة البحث حول السرطان، أصبح المغرب، سنة 2015، العضو الـ 25 لـ «المركز الدولي للبحث حول السرطان»، والأول من القارة الإفريقية.

خاتمة

بإصرار لكن بدون تسرع، استطاعت مؤسسة للا سلمى لمحاربة السرطان، بدعم من شركائها، من :

- بناء مراكز بمقاييس دولية ؛
- تصور وتطوير نموذج لعرض للعلاجات مبتكر، يوفر لكل المرضى، وحتى الأكثر عوزاً، اللوج إلى العلاجات الأكثر نجاعة ؛
- إعطاء الانطلاقة لحمات للتوضيح والتحسيس، وكذا برامج للوقاية والكشف المبكر للمرض ؛
- تنمية برامج اجتماعية تسهل حياة المرضى وأقربائهم.

وقد تم تحقيق تقدم كبير بفضل تفاني فريق من المواطنين المناضلين : أطباء، وممرضين، وبيولوجيين، وفسانيين، ومدرسين، ومنشطين، وطلبة، ومتقاعدين، ملتزمين جلهم طواعية في هذه المغامرة الإنسانية. وبرأي الجميع، فإن مساهمة المؤسسة جلية في محاربة السرطان بالمغرب. وهذا النجاح الجماعي لم يكن ممكناً إلا بفضل الشراكة مع السلطات العمومية، والجماعات المحلية، والقطاع الخاص، والمجتمع المدني وخاصة بفضل الريادة الاستثنائية لصاحبة السمو الملكي الأميرة للا سلمى، رئيسة مؤسسة للا سلمى لمحاربة السرطان وسفيرة النوايا الحسنة لمنظمة الصحة العالمية للارتقاء بالوقاية وعلاج السرطان.

في جهة الشرق

الحالة الوبائية للسرطانات

في سنة 2017 بجهة الشرق، يقدر العدد الإجمالي لحالات السرطان الجديدة بحوالي 200 3، منها 1 700 امرأة و1 500 رجل. والإسقاطات بالنسبة لسنوات 2020 و2050 ستكون على التوالي 3 600 و4 150 حالة جديدة. وسرطان الثدي حالياً، هو الأكثر انتشاراً (35%) من الحالات، يليه سرطان عنق الرحم (13%) وسرطان القولون والمستقيم (7,5%). وعند الرجال، فسرطان الرئة هو المنتشر أكثر

(26%) يليه سرطان البروستات (16%) وسرطان القولون والمستقيم (9%). وعند الأطفال، وفي سنة 2017، تقدر الإصابات الجديدة بـ 100 حالة، منها 60 لدى الفتيان و40 لدى الفتيات. والسرطانات الأكثر انتشاراً لدى أطفال جهة الشرق (بحوالي 10 حالة لكل نوع) هي السرطان اللمفاوي، وأورام العظام، وأورام النظام العصبي المركزي، ومرضى هودكين وسرطانات الدم اللمفاوية.

البناءات والتجهيزات

تم التوقيع على اتفاق بين وزارة الصحة، ومؤسسة للا سلمى لمحاربة السرطان، وجهة الشرق وولاية جهة الشرق لـ :

- بناء مركز جهوي للانكولوجيا بمقاييس دولية بميزانية تبلغ 200 مليون درهم، بطاقة 60 سريراً للاستشفاء و30 كرسيًا لمستشفى النهار، وسيزود هذا المركز بتجهيزات متطورة للتكفل بتشخيص وعلاج السرطانات ؛
- بناء وتجهيز 8 مراكز للكشف المبكر لسرطانات الثدي وعنق الرحم، في أقاليم الجهة، بميزانية تصل 50 مليون درهم ؛
- تمويل برنامج اللوج للأدوية، بميزانية 105 مليون درهم لمدة 3 سنوات.

ومن جهة أخرى، ستؤمن المؤسسة بناء دار للحياة لمركز الانكولوجيا ويقدم وحدة متنقلة مع التجهيز الضروري للكشف المبكر لسرطان الثدي وعنق الرحم.

« لأجل هذا، رسمنا، بكل عزم وحماس، استراتيجية على المدى البعيد بكل ما تتطلبه من إلمام بكل التفاصيل والإحاطة بالأبعاد المتعددة لتكون خارطة طريق حقيقية نسير عليها بكل ثبات وصبر وإصرار، وتبدير منهجي. يتعلق الأمر بمخطط استراتيجي يستند إلى قناعة أساسية هي أنه يجب أن لا ننسى أبداً أنه وراء الأرقام والإحصائيات المحصل عليها في موضوع السرطان تنوارى قصص وحكايات إنسانية موسومة بالفردية والاختلاف... هذه المسارات الفردية هي التي ينبغي مرافقتها وجعلها في قلب انشغالاتنا... هم مرضى يحتاجون للعلاج، لكنهم أيضاً - وهذا هو الأهم - حيوات ينبغي ترميمها، وآمال ينبغي إحيائها. بهذه الطريقة، فقط، يمكن للمرضى أن يستعيدوا إقبالهم على الحياة ويسترجعوا كرامتهم والقوة على مقاومة المرض. إنه حق أي كائن إنساني. وتلك هي المهمة التي عاهدنا أنفسنا على إنجازها. مستنيرين بهذه الرؤية ومعززين بالالتزام الجماعي والجهود المشتركة التي بذلتها كل الفرق العاملة في المؤسسة والمناحون ووزارة الصحة والأطباء والمرضى والجماعات المحلية ووسائل الإعلام والمتطوعون، فقد نجحنا، فعلاً، في أن نرفع التحدي وأن نحقق إنجازات هائلة تغمرني بمشاعر الفخر والتأثر.»

صاحبة السمو الملكي الأميرة للا سلمى



المركز الجهوي المستقبلي للانكولوجيا

التأمين الإجباري عن المرض 12 سنة غنية بالإنجازات، ومنها ما تم بجهة الشرق

سعيد أحميدوش
المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي



بصفته مكونا أساسيا للضمان الاجتماعي، يلعب التأمين الإجباري عن المرض (أمو) دورا هاما في حماية الأفراد ضد التداعيات المالية لتدهور محتمل لحالتهم الصحية. ومنذ انطلاقة سنة 2002، سجل التأمين الإجباري عن المرض تطورا ملحوظا، في مجال العلاجات المغطاة وكذا جودة الخدمات. والكاتب، الذي تولى مقاليد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذ 2005، يدرك المراحل التي تم قطعها حيث أنه قاد مسلسل التطور : أخلاقيات وإعادة توزيع مالي مهم.

وهكذا، فإن التغطية الصحية أصبحت حقا أساسيا لكل مواطن، ويتمتع باعتراف على الصعيد العالمي عبر مواثيق دولية مختلفة، وخاصة البند 22 من التصريح العالمي لحقوق الإنسان لـ 10 دجنبر 1948، والاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية المتعلقة بالمعيار الأدنى للضمان الاجتماعي لـ يونيو 1952، ونصوص أخرى تمثل المعايير الدولية للضمان الاجتماعي.

وكباقي التأمينات، فإن التامين عن المرض مبني على تقاسم المخاطر، الذي يمكن أن تدبره مؤسسة عمومية أو مقولة خاصة. لذلك، فإن بعض الأنظمة تتوفر على صندوق عام وحيد، في حين أن أخرى تعرف منافسة بين المؤمنين. فبالولايات المتحدة الأمريكية مثلا، فإن التأمين عن المرض يضطلع به بالخصوص المؤمنون الخواص، بينما تؤمن السلطات العمومية العلاجات للأشخاص المسنين أو المعوزين. بفرنسا، يتعايش العديد من الأنظمة، كالنظام

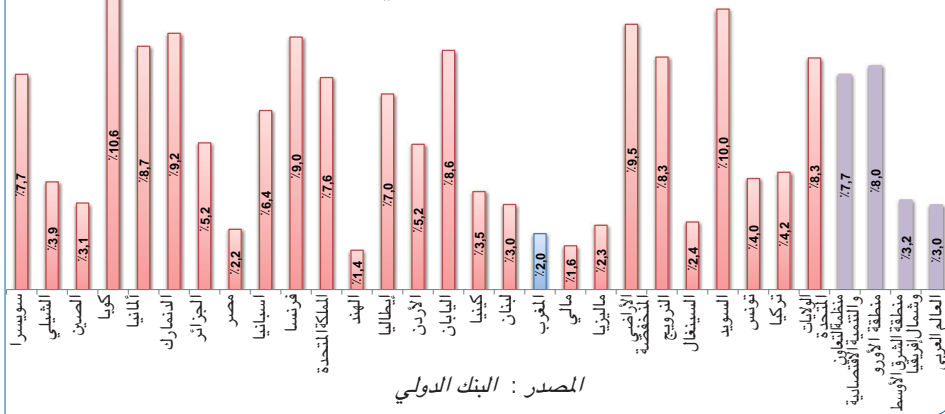


بالأمراض، وحوادث الشغل أو الشيخوخة، فقد قام العمال أنفسهم، مدفوعين بروح تضامنية، بتأسيس تجمعات للإنقاذ التكافلي أو التعاصدي. لكن هذا الأمر لم يستمر طويلا بالنظر للثورات السياسية والاقتصادية التي شهدتها العالم، وكذا تطور تكاليف العلاجات الطبية، التي دفعت الحكومات، بما فيها حكومات الدول الليبرالية، إلى اعتماد أنظمة للتأمين الصحي الإجباري.

يوجد التأمين الإجباري عن المرض في كل بقاع العالم، في قلب أنظمة التغطية الاجتماعية. ويتمثل دوره الأساسي في حماية المستفيدين من الانعكاسات المالية الناتجة عن تدهور محتمل لحالتهم الصحية. وهو احتمال وارد في كل وقت وحين، وقد يكلف الكثير بالنسبة لشخص يتوفر على دخل محدود (أو لا يتوفر قط على دخل) يجد نفسه دون قدرة لمواجهة هذه المصاريف وبالتالي غير قادر على العلاج.

إنه واقع جزء واسع من ساكنة العالم التي تبلغ نفقاتها في ميدان الصحة في المتوسط 8% من الناتج الداخلي الخام بالبلدان الأوروبية و3% بالبلدان العربية. ولا تتجاوز هذه النفقات بالمغرب 2% من الناتج الداخلي الخام الوطني. لوضع حصيلة شمولية لحالة التأمين الإجباري عن المرض بالمغرب، من الواجب التحدث عن جوانبه الساطعة. أول حماية اجتماعية هو إنجاز عمالي، فأمام الوعي بالمخاطر المرتبطة

النفقات الصحية / الناتج الداخلي الخام سنة 2014



إلى 100% حسب المرض. وليس للتأمين الإجباري عن المرض سقف محدد، مما يجعله ملجأ للأشخاص الذين يشكون من أمراض خطيرة أو طويلة العلاج، الذين لا يستطيعون تأدية نفقات غالية أو علاجات بالخارج في حالة غياب الخدمات العلاجية الضرورية بالمغرب. وعموما، فإن نسبة الاسترداد تبلغ 61%. إلا أنه كلما ارتفع المبلغ الذي يؤديه المؤمن، كلما ارتفعت نسبة الاسترداد: وينتقل هذا الأخير من 50% بالنسبة للمبالغ التي لا تتعدى 5 000 درهم إلى 92% بالنسبة للمبالغ التي تتجاوز 100 000 درهم. وبفضل هذه الإنجازات يمكن للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أن يفاخر بأنه تجاوز مرحلة هامة نحو الإنصاف وتعميمولوجية للعلاجات، بتمكين المؤمنين من التمتع بحقوقهم والاستفادة من تشكيلة أوسع من العلاجات.

بعلاج الأسنان بالنسبة للكبار، ابتداء من يناير 2015. وبذلك، فإن التأمين الإجباري عن المرض الأساسي يرجع جزءا من مصاريف المسبقة من طرف المؤمن، أي 70% من التعريفية الوطنية المرجعية، أو يتكفل بهذا الجزء من المصاريف مباشرة لدى مقدمي العلاجات. والمؤمن لا يؤدي إذا إلا الحصة التي على عاتقه، أي 30% من المبلغ الإجمالي، وذلك بغاية جعله مسؤولا وترشيد مصاريفه حينما يتعلق الأمر بالعلاجات البسيطة. وهذا ما نسميه البطاقة التعديلية. ومع ذلك، وفي حالة مرض خطير يتطلب علاجات طويلة الأمد أو مكلفة جدا، أو علاجات بالخارج، فإن الحصة التي يتحملها المؤمن تستفيد من إعفاء جزئي أو كلي. وهكذا، فإن نسبة الاسترداد قد تنتقل من 70%

العام، والنظام الفلاحي، والنظام الاجتماعي للمستقلين، وكذا أنظمة أخرى أكثر تخصصا. وبالعكس، فإن دولا أخرى كالبنمارك، تتوفر منذ مدة طويلة على صندوق للمرض حكومي وحيد.

بالمغرب، كل شيء بدأ سنة 2002

حينما أرسى كينظام إجباري سنة 2002 في إطار قانون التغطية الصحية الأساسية، فإن التأمين الإجباري عن المرض جاء ليوسع التغطية الطبية، التي لم تكن تشمل حينها إلا موظفي الدولة، ومستخدمي المؤسسات العمومية و15% من مستخدمي القطاع الخاص المؤمنين من طرف شركات التأمين الخاصة. وهي تضمن اليوم بالنسبة للمؤمنين ولأفراد عائلاتهم المعالون، تغطية المخاطر ونفقات العلاجات المرتبطة بالمرض أو الحادثة، وبالولادة والتأهيل الوظيفي. وهكذا، فإنها تعطي الحق في استرجاع وفي التكفل المباشر المحتمل لمصارف الرعاية العلاجية والوقائية والتأهيلية التي تتطلبها الحالة الصحية للمستفيد. وهذا القانون، الذي دخل حيز التنفيذ في 18 غشت 2005، يستند على مؤسستين للتسيير، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لمأجوري القطاع الخاص والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بالنسبة للقطاع العمومي، إضافة إلى مؤسسة للضبط: الوكالة الوطنية للتأمين عن المرض.

تطور نشاط التأمين الإجباري عن المرض في أرقام

- نمو الساكنة المغطاة (المؤمنون وذوو الحقوق): من 1,2 إلى 6,1 مليون شخص في 11 سنة؛
- ارتفاع عدد الملفات المقدمة يوميا: من 800 سنة 2006 إلى 15 400 سنة 2016؛
- ارتفاع عدد الملفات المقدمة سنويا: من 282 000 إلى 3,83 مليون سنة 2016؛
- المبلغ الإجمالي المسترد منذ الانطلاقة: 16 مليار درهم، مع استرداد 3,47 مليار درهم سنة 2018 مقابل 79 مليون درهم سنة 2006؛
- عدد المستفيدين: 1,3 مليون سنة 2016 مقابل 1,04 مليون سنة قبل ذلك، أي بارتفاع 27%؛
- 11% من خدمات نظام التأمين الإجباري عن المرض مصابون بإصابات ثقيلة ومكلفة وتستهلك أزيد من 56% من خدمات نظام التأمين الإجباري عن المرض؛
- التكاليف الممنوحة تمثل 4% من مجموع الملفات المصفاة سنة 2016، ولكن 53% من المبالغ المستردة.

مقاربة تدرجية للتنمية

من أجل تأمين الملاءة وديمومة النظام، تبنى المشرع والشركاء الاجتماعيون، مبدأ التدرج. لذا، فإن نظام التأمين الإجباري عن المرض الذي يديره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي كان يؤمن سلة محدودة من العلاجات ولا يغطي إلا جزءا من الساكنة المعنية. وقد أدخلت عدة تحسينات على النظام بعد ذلك، وخاصة تمديد هذه السلة إلى العلاجات المتنقلة - منذ فبراير 2010، لفائدة المأجورين وأصحاب المعاشات التي يقدمها صندوق الضمان الاجتماعي - والخدمات المتعلقة



تعود نشأة الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي إلى سنة 1919، أي إلى حوالي قرن من الزمن. وهو ناتج عن اتحاد 8 شركات تعاقدية متحدة للتغطية الاجتماعية للمستخدمين العاملين والمتقاعدين من الوظيفة العمومية، وأزواجهم وأطفالهم. ويهم الصندوق الدولة، والجماعات المحلية، والمؤسسات العمومية والأشخاص المعنويين التابعين للقطاع العام. وهذه الهيئات تؤدي حصص المشغلين، بينما المستخدمون وذوي المعاشات يؤدون اشتراكات، تكمل بإيرادات الاستثمار، والعلوات والغرامات والهبات، الخ. ويشكل المجموع موارد الصندوق التي بلغت 5,1 مليار درهم سنة 2016، منها نفقات الصحة التي وصلت إلى 4,4 مليار درهم، منها :

- 1,56 مليار درهم بالنسبة للأدوية ؛
- 548 مليون درهم بالنسبة للإقامة بالمستشفيات ؛
- 587 مليون درهم بالنسبة لعلاج الأسنان ؛
- 416 مليون درهم كتحاليل مخبرية ؛
- 403 مليون درهم لغسيل الكلى.

فالصندوق إذا فاعل أساسي في تمويل الصحة بالمغرب. فأكثر من 3 مليون شخص يستفيدون من خدماته، مقابل أزيد من 1,25 مليون مؤمن. ويتمثل التحدي الكبير دون شك في الارتفاع الأسرع للأداءات مقارنة مع الاشتراكات المحصل عليها، وهذا ناتج في آن واحد عن توسع الخدمات ولكن أيضا لهرم السكان، وما ينتج عنه من أمراض طويلة الأمد وذات التكلفة الباهظة : 4,6% من الساكنة المؤمنة تستهلك 46% من المصاريف سنة 2014.

مقال لهيئة التحرير

ما هو الوضع بالنسبة لجهة الشرق ؟

- الساكنة المغطاة : أكثر من 280 000 شخص ؛
- المبلغ المسدد : 140 مليون درهم، أي 4% من المبلغ الإجمالي الوطني ؛
- عدد المستفيدين الحاملين لأمراض مكلفة : 8 165 شخص، أي 5% من مجموع ذوي الأمراض الطويلة الأمد التي تعطي حق الاستفادة من نظام التأمين الإجباري ؛
- عدد وكالات صندوق الضمان الاجتماعي تضاعف خلال السنوات العشرة الأخيرة : من 3 سنة 2006 إلى 6 سنة حاليا، بفضل إحداث 3 وكالات جديدة بتاوريرت، وبوعرفة وجردة، إضافة إلى الوكالات الموجودة بوجدة، والناظور وبركان ؛
- مصحة متعددة التخصصات للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مفتوحة بوجدة سنة 1983، تؤمن مختلف التخصصات الطبية وتوفر 46 سريرا للاستشفاء، و9 أسرة للإنعاش، و8 آلات لغسيل الكلى و2 قاعة الجراحة. وفي 2016، تم قبول 31 365 مريضا بالمصحة متعددة التخصصات بوجدة، منهم 1 064 مريض أجريت عليه جراحة، و322 مريض تابعوا حصصا لغسيل الكلى و335 عملية وضع.

من أجل تحكّم أكبر في التسيير

من أجل توفير خدمة ملائمة لتطور المحيط الاجتماعي. وهكذا، فقد طور خدمات على الخط من أجل التفاعل الفوري مع زبائنه، مع ضمان ولوج سهل للمعلومة. وقد أصبح للمؤمن الخيار بين مجموعة من الخدمات الالكترونية التي تسمح له بمراجعة وتتبع الملفات عن بعد. ومن جانب آخر، ومن أجل التفوق في هذا التحدي، قام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بتعزيز موارده البشرية بتوظيف كفاءات شابة، بوسعها أن تساهم في تحسين الخدمات المقدمة من قبل النظام. ووعيا منه بأهمية التواصل في كل مراحل تطور نظام التأمين الإجباري عن المرض، يسهر الصندوق على إعطاء الانطلاقة لحملات تواصلية متعددة الحوامل، وخاصة عبر التسويق المباشر بواسطة القوافل الإخبارية حول حقوق الأفراد في مجال نظام التأمين الإجباري عن المرض.

نظام التأمين الإجباري عن المرض، أي أفاق مستقبلية

لقد دفع نجاح التأمين الإجباري عن المرض السلطات العمومية إلى إسناد تسيير التأمين الإجباري عن المرض (أمو) للعمال غير المأجورين للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويرمي هذا المشروع إلى التغطية الطبية لما لا يقل عن 6 ملايين عامل غير مأجورين، الذين هم حاليا مستثنون من أنظمة الحماية الاجتماعية، أي 11 مليون مع ذوي حقوقهم.

من أجل تحسين نجاعة هذا النظام وبلوغ ما يصبو إليه الزبائن، قام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأمثلة طرق التسيير من أجل استيعاب الأعداد المتزايدة من المرضى والتحكّم في آجال تصفية ملفات العلاج، التي أصبحت تصل حاليا إلى 6 أيام في المتوسط، مقابل 22 يوما سنة 2016 و23 يوما سنة 2015. فمثلا، من يناير إلى أبريل 2017، تمت تصفية 71% من الملفات المودعة خلال هذه الفترة في أقل من خمسة أيام وقراءة 92% في أقل من 10 أيام.

ومن جانب آخر، فإن الصندوق وضع أجهزة للمراقبة، وخاصة الولوج إلى نظام التأمين الإجباري عن المرض، والمراقبة الطبية للمؤمنين في إطار التصريح بالإصابات الطويلة المدى/الإصابات الطويلة والمكلفة ومراقبة الاستهلاك. ومن جانب آخر، وفي إطار تنمية قربه من زبائنه، وسع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي شبكة وكالاته إلى 90 وكالة، مقابل 61 وكالة سنة 2005، ووضع مفاهيم جديدة للاستقبال والخدمة، خاصة 10 وكالات متنقلة و3 أكشاك، و12 فرعا على صعيد الجماعات الترابية أو العمالات التي لا تحتضن وكالات للصندوق.

نحو تواصل لا مادي مع الزبون

يقود الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذ بضع سنوات إستراتيجية متعددة القنوات

الخارطة الصحية : رهانات التفعيل

البروفسور جعفر هيكل
أستاذ الطب
وخبير في التدبير الصحي



يقاطع الكاتب بنجاح كفاءاته كطبيب مع العلوم الاقتصادية، وهو الميدان الذي يعد فيه الدكتوراه. وهذا المسار الغريب يعكس انشغالا مزدوجا : معالجة دونما تخريب للنظام الصحي، وإذا بضمان استمرارية الآلية. والتفكير في إطار جهوي يمنح فرصة الحوار حول أهداف يصعب التوفيق بينها. إنه أحسن وقت لكي يتحدث الفاعلون.

عرض للعلاجات، على المعطيات الوبائية الحالية، لن تكون ناجعة. وينبغي إذا التوفر على نظام للمراقبة الوبائية يمكن من جمع معطيات واردة من مختلف القطاعات وتسمح بالتالي بالتوفر على صورة أحسن على الحالة الوبائية بالمغرب. والطرق من أجل الحصول عليها موجودة ويكفي أن يعمل المسؤولون عليها مع مجموع الشركاء.

الحاجة القوية للتقييم

ومن جانب آخر، فإن الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص والتي يتحدث عنها مشروع القانون هي مبادرة جيدة ولكن، مرة أخرى، من المهم أن تطرح الأسئلة الجيدة. وهذه الشراكة تهم بالخصوص لائحة محدودة تتعلق بإقامة بنيات أو تجهيزات وفق نسب جهوية. وهذه اللائحة لا قيمة لها إلا عندما يتم وضع أداة للتقييم. فمن يقيم اليوم بنيات العلاج من حيث جودة الخدمات، والمردودية الطبية وسلامة المرضى ؟

والأدوات. أنا لا أظن أنه يكفي القول «بأننا سنقوم بدمقرطة الولوج إلى العلاجات ولهذه الغاية سوف يتم توزيع العرض بشكل أفضل». وهذا المشروع لا يمكن أن ينجح إلا عبر إدماج مفهومين : مفهوم «الطلب» ومفهوم «الحاجة». ونعني بـ «الطلب» إشكاليات الصحة التي يواجهها المغاربة. وبـ «الحاجة» الخدمات الصحية المحددة من طرف مهنيي الصحة والتي قد تحتاجها الساكنة. وهكذا، ينبغي أن تكون لوزارة الصحة فكرة دقيقة وشاملة للحالة الوبائية للأمراض الموجودة بالمغرب، وهو أمر غير متوفر لأن المعطيات الصحية لا تشمل قط العديد من القطاعات الهامة للنظام، وهي :

- القطاع الخاص ؛
- القطاع الصحي العسكري ؛
- القطاع شبه العمومي ؛
- القطاع غير المهيكل.

وهكذا، فإن إرساء تخطيط صحي، وبالتالي

كل سياسات الصحة، يعتبر التوزيع المنصف للموارد رهانا في مجال الولوج للخدمات الصحية والارتقاء بمستوى صحة الساكنة.

الخارطة الصحية : شروط النجاعة

يرغب القانون 34-09، المعروف بإسم «المخطط الجهوي لعرض العلاجات» في تحديد خارطة صحية مغربية وإدراج مفهوم التحسين الأمثل لعرض العلاجات. وسيكون لهذه الخارطة أثر بالغ على ضبط عرض العلاجات وعلى الأطباء بمجرد الموافقة على كل النصوص التطبيقية وتفعيلها على أرض الواقع.

مفاهيميا، هذا النوع من القوانين مهم في كل سياسة صحية لأن هدفه هو تأمين خدمات صحية وقائية وعلاجية للساكنة، التي توجد في حاجة ماسة لها. إلا أنه، ولكي يتمكن هذا المشروع من تحقيق أبعاده الكاملة وتكون له انعكاسات حقيقية على أرض الواقع، من الضروري أن يدمج العديد من المفاهيم

العشرين القادمة. وهذه الملائمة بين التكوين والتشغيل (بتنسيق مع كليات الطب) ينبغي أن تمثل أولوية لوضع خارطة صحية ويبدو أن القطاعات المعنية تعمل في هذا الاتجاه.

الخارطة الصحية :

الفكرة جيدة... شريطة تحمل منطقتها

فيما يتعلق بحاجيات الصحة، أظن أنه من اختصاص مهنيي الصحة تحديدها. يجب إقامة مؤتمرات وطنية للتوافق حيث يتم تحديد توافقي علمي للحاجيات بالمقارنة مع الوضعية الوبائية بالمغرب. ويبقى في

الأخير الجانب المتعلق بالطلب، لأنه من أجل الاضطلاع بهذا المشروع، ينبغي أن نعرف بدقة ما يطلبه المواطنون المغاربة بشكل عقلائي من حيث الخدمات الصحية. علينا أن نعلم أيضا بأن وضع خارطة صحية يفترض بأن الجسور بين القطاع العمومي والخاص هي جد سالكة ومعدة بشكل جيد لكي يستطيع القطاع الخاص أن يبرز خبرته ويساهم بشكل فعال في بلوغ الأهداف حسب الوسائل التي سيُسمح له بوضعها.

في الختام، فإن فكرة خارطة صحية فكرة جيدة، كما أن النية سليمة، لكن أدعو وزارة الصحة للعمل على الأدوات، والميكانيزمات وعلى استراتيجيات تفعيلها الأمثل من أجل بلوغ الأهداف المحددة، الواقعية والقابلة للإنجاز. وعلى مهنيي الصحة أيضا أن يفهموا أبعاد ورهانات مثل هذا القانون. وعليهم أن يسلموا بأن واجب تقديم خدمات مرفق عمومي تفرض عليهم اعتبارات جديدة من حيث اختيار المزاولة والاستقرار الجغرافي وأخيرا، قرارات بالنسبة لمساهمة المهني.

التكوين الذي يشمل مشروع القانون ودمج القطاع الخاص كفاعل أساسي على غرار القطاع العمومي. كما ينبغي أن يكون هذا القانون متكاملًا أكثر مع القانون 131-13 لمزاولة مهنة



الطب. والوضعية العكسية من شأنها مفاقمة الخصاص في عرض العلاجات بين الجهات وداخلها. ومن جانب آخر، فإن خارطة صحية تتطلب معرفة جيدة بثلاث عناصر هامة، وهي العرض، والحاجيات والطلب. ووزارة الصحة تتحكم في العرض وتتوفر على المعلومات



الدقيقة حول مؤشرات الإنتاج الاستشفائي العمومي، والبنيات والتجهيزات (الفحص بالأشعة السينية، الفحص بالصدى، السكانير، التصوير بالرنين المغناطيسي...) والموارد البشرية المهنية الصحية. فلا يمكن تخطيط عرض للعلاج دون تخطيط عدد وجانبية مهنيي الصحة الذين سنحتاجهم خلال السنوات

أمثلة عرض العلاج والسماح بولوجية أفضل للخدمات بالنسبة للمواطن بفرض قواعد للتخطيط الصحي، يعتبر هدفا محمودا ولكن، من أجل النجاعة، يجب في نفس الوقت التقييد بقواعد للتقييم، سواء من القطاع الحكومي أو الخاص.

إن إحداث «وكالة وطنية للتقييم والتصديق في مجال الصحة» مستقلة، هو أكثر من ضروري. إنه أداة لازمة لتحسين نظام الصحة. وفي هذا الموضوع، نأمل أن تتجسد المشاريع الجارية المتعلقة بهذه الجوانب، لأن نظاما ناجعا للعلاج والذي يرضي الساكنة مؤشر حقيقي للتنمية (المغرب للأسف في رتبة متأخرة حسب الهيئات الدولية في هذا المجال).

فترة الاختلالات

ورافعة الموارد البشرية

أظن أن قرار وضع خارطة صحية قد اتخذ، لأنه يلاحظ أن ملائمة طلب - حاجة العلاج ليست على النحو الأمثل. ونلاحظ اليوم اختلالات صارخة داخل نفس الجهة وبين الجهات المختلفة. ولذلك، فإن فكرة خارطة صحية مسألة جيدة وتستحق التصفيق والتشجيع. وينبغي مع ذلك أن نطرح أسئلة حول الطريقة التي سنتبع لإنجاز هذا المشروع. كما أنه من المهم أيضا أن نتساءل إذا كان نص القانون سيجيب

على أهداف الولوجية والاستجابة لحاجيات السكان الصحية. وبالنسبة لي، فهذا الجانب هو مصدر الانشغال. فأنا لست مقتنعا بأن الأطباء يتوفرون على معلومات كافية لتقييم الرهانات والتمكن من تقديم مساهمتهم في الشروط الجديدة لمشروع القانون. وأظن أيضا أنه ينبغي الزيادة في تعميق مفهوم دور

طبيب الطب العام وطبيب الأسرة، فاعل أساسي في مجال الرعاية الطبية

الدكتور رشيد شكري
رئيس النقابة الوطنية للطب العام
رئيس الجمعية المغربية للطب العام وطب الأسرة



يدافع الكاتب، الذي يعد طبيبا عاما ملتزما، منذ أكثر من 30 سنة على الطب عموما والطب العام الحر بشكل خاص. وقد مكّنه مساره المهني غير العادي من مزاولة الطب في أجواء مختلفة: في المستشفى بفرنسا، وبنسليمان، وبمفاحم المغرب بجرادة، وبزاويو، وأخيرا بالرباط، حيث يسخر جزءا كبيرا من وقته للعمل الجماعي في المجال الطبي. وقد دفعه بحثه عن نموذج قد يستلهمه المغرب لإعادة هيكلة مشهده الصحي، أن يجوب العديد من الدول بالأمريكتين، وبأوروبا، إضافة إلى الجزائر، وتونس ومصر.

تستطيع توفيرها ماليا. في كل مكان إذا، إلا عندنا، سيفرض انفجار تكاليف الصحة ونمو طب متطور جدا، ينظر إليه كأنه لا يولي أي اهتمام للحاجيات الحقيقية للناس، بسرعة، إعادة تقييم للوضع. وقد وعت السلطات العمومية بالدول المصنعة هي الأولى بالدور الحاسم لطبيب المستوى الأول، الذي يستطيع في نفس الوقت تلبية وتهدئة هذا الطلب. وهكذا، بالولايات المتحدة الأمريكية، ستفتح مجموعة من الأحداث الاجتماعية الطريق أمام نظرة لطب متكامل وشامل، إضافة إلى كونه طبي ونفسي واجتماعي: طب الأسرة، الذي سيصبح تخصصا قائما بذاته.

وهرم السكان وازدياد الأمراض التنكسية المرتبطة بها، وظهور أمراض أخرى وعلاجات أخرى، وكذا الحساسية المتزايدة للسكان اتجاه الصحة، سوف تدعم الطلب على الممارسين العاميين وعلى اختصاصيين في طب الأسرة.



شخصية رمزية للغرب الأمريكي:
الطبيب يزور الضيعات

متأخر (سنوات 1980) بالمقارنة مع أمريكا الشمالية وأوروبا. وطبيب الطب العام الذي كان يصل ويجول في المشهد الصحي الوطني، اهتز وضعه بسرعة ليصبح فاعلا «افتراضيا» محضا في نظام العلاجات، حيث لم يعد أحد يعرف لا مهمته ولا نفعيته. وإلى يومنا هذا، فإن بحثه عن الهوية مستمر... بحث وجودي حقيقي.

في كل مكان، كان المرضى يطالبون بعلاجات مشخصة، في مستويات قليلة هي الدول التي

الأطباء الاختصاصيين للقرن الماضي أول
كانوا كلهم أطباء عامون اكتسبوا
خلال ممارستهم كفاءة نوعية.

ما زالت في ذاكرتنا الصورة الجميلة لطبيب أفلام الغرب الأمريكي، الذي كان يعرف الأسر وينتقل بين الضيعات على متن عربة يجرها حصان.

وبعد الحرب العالمية الثانية، عرف الطب العام فترة عصيبة مع اتجاه نحو التخصص، شجعه ظهور تكنولوجيات طبية جديدة. وهكذا، نشهد تطور طب «تقييدي» الذي إن كان قد شجع على تقدم علمي هام جدا، فقد كانت له نتائج سلبية، حيث تسبب في فصل متزايد بين المرض والإنسان. وهكذا، وفي كل مناطق العالم، بدأت المهنة تهجر، لأنها أصبحت تعتبر غير مجزية.

ولم يفلت المغرب من هذه الظاهرة، ولو أن انتشار التخصصات لم يحصل إلا بشكل

القانون. فهو يساهم في عرض العلاجات المتنقلة، بتأمين الوقاية والكشف، والتشخيص، والمعالجة والتتبع لفائدة مرضاه وكذا التربية الصحية. كما يوجه أيضا مرضاه في سراديب نظام للعلاجات غير معلم، يشمل قطاعا طبيا اجتماعيا ما زال جنينيا، لكنه يفقد همومها، لأن «شباك الطب المتخصص» تحجزهم. ومن المهام التي من الطبيعي أن يقوم بها، على غرار زملائه الأوروبيين والانكلوساكسونيين أو الجنوب أمريكيين، نذكر :

- تأمين تنسيق العلاجات ؛
- السهر على التطبيق المشخص للبروتوكول والتوصيات من أجل علاجات مطولة ؛
- المساهمة في تتبع الأمراض المزمنة مع المهنيين الآخرين المعنيين بالتكفل بالمرضى ؛
- توليف المعلومات القادمة من مختلف مهنيي الصحة.

وهذه المهام تقلت منه تماما. فقد يكون الوقت قد حان، لكي تعترف السلطات الصحية، والجمهور، ومهنيي الصحة أنفسهم بأن دور ومجهود هذا الجندي المجهول للطب الذي هو طبيب الطب العام، الذي يوفر علاجات شاملة، للقرب، مع تأمين الديمومة والتفرغ (زيارات في البيت) بموقعته كضابط ومنظم للدخول إلى مسار علاجات منسقة، تعتبر الضمانة الوحيدة لاستمرارية صناديق التأمين الصحية وبالتالي لنظام صحي تواجهه صعوبات كبيرة.

إن طبيب الصف الأول هذا لا يمكن أن يكون ناجعا إذا لم يتوفر على ملف طبي شخصي، وهو الخيط الناظم لتاريخ الصحة ويسهل كثيرا مهمة مقدمي العلاجات وكذا صناديق التأمين الصحي، والصناديق الوطنية للمنظمات التعاقدية وللوزارة الوصية. وسيمكن من تجنب تكرار العلاجات والفحوصات، ومراقبة أحسن للنفقة، ونظرة على أخلاقيات المهنة، وأخيرا، من تتبع تطور الحالة الوبائية الوطنية. لكن المستفيد الحقيقي لهذا المزج بين «طبيب الأسرة، والمسار التطبيبي المنسق والملف

وقد استطاعت هذه الدولة خلال 20 سنة من تكوين زهاء 30 000 طبيب أسرة يوفرون علاجات للقرب، وبرامج استباقية وعلاجات في البيت، لـ 11 200 000 نسمة، أي زهاء طبيب أسرة لكل 500 شخص. فالكوبيون بوسعهم الولوج لأحد أحسن الأنظمة الصحية في العالم.

ماذا عن المغرب ؟

إذا كانت معظم الدول قد وعت بأهمية هذا الفاعل الأساسي في نظام العلاجات الذي يمثله الطب العام وطبيب الأسرة وصنفته على هذا الأساس، فالأمر ليس كذلك ببلادنا، حيث تبقى مزاوله مهنة الطب مركزة على العضو وليس على الفرد، وحيث دور طبيب الصف الأول غير مثنى، مما يشجع اللجوء إلى الطب التخصصي، الذي ليس دائما ضروريا فضلا عن كونه مكلفا. بالمغرب، يجهل نشاط 5 000 ممارس للطب العام الأحرار، الموزعين بصورة شبه منتظمة على مجموع التراب الوطني، سواء من طرف السلطات الوصية أو من طرف المرضى، بل يحاط بقلة الاعتبار وكفاءةهم غير مستعملة بشكل جيد.

لم يكن المغرب بمنأى عن التغيرات العالمية : هرم السكان، وبروز أمراض جديدة وعودة أمراض قديمة كالسل (36 000 حالة سنويا). ولمواجهة ذلك، وحماية صحة ساكنة أصبحت تطالب بالأفضل، فإن بلادنا تحتاج أكثر من أي وقت مضى إلى تعزيز رعايتها الصحية الأساسية. ومن أجل ذلك، فإن إعادة نظامنا الصحي حيث تعم الفوضى، وخاصة عبر تعزيز إعادة تنظيم هذا الخط الأول، أي الطب العام، ليس ترفا بل مسألة ضرورية.

مسار علاجات منسقة وملف طبي شخصي

لا يؤمن مزاول الطب العام الحر بالمغرب إلا جزءا من الصلاحيات التي يخولها له

في كندا، كانت سنوات 1940 محبطة بالنسبة للأطباء الذين لم يتموا تكوينهم، بفارق صارخ من حيث الأجور بينهم وبين الاختصاصيين، الذين يستقبلون مرضى أكثر اعتقادا من هؤلاء أنهم تلقوا تكويننا أكمل.

وبالتالي بدأ التخلي عن هذه المهنة. ويمثل طب الأسرة اليوم نموذجا في تنظيم الطب الجماعي، فالطب العام الكندي يزاول عموما في مجموعات. إنها مادة جامعية، تدرس من لدن أطباء أسرة، ويعترف بها كتخصص قائم الذات من لدن حكومة حريصة على دعم هذا التخصص أمام عزوف طلبة الطب، وذلك بفضل إتحاد مزاولي الطب العام لكيبك، وهو نقابة قوية تدير أيضا التكوين المستمر لأعضائها.

في أوروبا، كان الهدف الأول لتنمية طب الأسرة بعد أزمة 1980 اقتصاديا. وأصبح بعد ذلك سياسيا في إطار أوروبا موحدة، تسعى إلى توحيد أنظمتها الصحية ومزاوله طب الأسرة على امتداد مساحتها.

ويعتبر نيبال، أول قطر في آسيا الوسطى يطور برنامجا جامعيًا للتخصص في طب الأسرة، من أجل تقديم طب للقرب ذي جودة للساكنة القروية الفقيرة.

في سنة 1984، أصلحت كوبا نظامها الصحي المتخصص، المرتكز على المستشفيات، نحو عيادات طب الأسرة المدعومين من مصحة متعددة الاختصاصات.



وعلاقة الثقة مع المرضى تعد ميزة ... إضافية بوسعها أن تؤثر إيجاباً على سلوكهم وعلى سلوك المجتمع الذي يعيشون فيه، وخاصة في مواجهة الأمراض المزمنة المرتبطة بشكل وثيق بالعادات السيئة وبضرورة تبني نمط حياة سليم.



خاتمة

إن العلاقة العضوية المتبادلة للعوامل العضوية وتشابكها مع عوامل سوسيو-اقتصادية، وثقافية ونفسية، لا يمكن أن تجد حلولاً منطقية من خلال طب يزداد تقنية، وغاية في التخصص، مع تكلفة يزداد ارتفاعها أكثر فأكثر.

إن علاجاً أفضل لن يكون ممكناً إلا عبر هندسة جديدة للنظام الصحي، مصحوبة بتغيير عميق للسلوكات. وينبغي وضع جسور في إطار شراكة رابع-رابع، ينبغي أن توضع بين مزاوولي «المدينة» والمستشفى، بعد تأهيل هذا الأخير وضبط للقطاع الحر. وسيمكننا بالتالي أن نأمل نهاية نظام الصحة الحالي ذو السرعتين.

إن تبني نموذج للصحة بيولوجي، نفسي واجتماعي يركز على صف أول قليل الاستهلاك للوسائل، ترى فيه الموارد البشرية المريض بالمنطق السليم وفي كليته، يساعد الدولة على اقتصاد الموارد المالية والبشرية. كما سيساعدها أيضاً على حل مجموعة من المشاكل الاجتماعية التي تعرفها مع الأسف بعض الجهات.

العمومية أو عيادات المجموعة الحرة، وفي مختلف الأوساط، وخاصة المدن الصغيرة، والجماعات القروية والمناطق البعيدة. وعلى المستشفى أن يشكل قاعدة تكوين الاختصاصيين المستقبليين في الطب العام - طب الأسرة. وهذا الاختصاص ليس مجموع الاختصاصات التي قد يلاقيها الطالب في المستشفى، ولا الطب الداخلي، ولا طب المستعجلات. فخصوصيته تتبع من الظروف العملية للمزاولة الحرة.

الطب العائلي هو قبل كل شيء اختصاص سريري يعتمد على الملاحظة والتجربة الميدانية. فكل الدول التي طورت هذا الفرع الطبي قامت به في البداية بمساعدة أطباء في الطب العام بلغوا من السن عتياً، مكونين - أساتذة تدريب، معتمدين. ولتوفير هذه الإمكانية للطلبة، على المشرع أن يراجع النصوص المؤطرة.

إنه الوضع بفرنسا التي أصبحت تتوفر على أول أستاذ في الطب العام، في حين أن بلجيكا «تنتج» 5 طبيباً سنوياً وهولندا أكثر من 50 أستاذ مدرس لطب العائلة في كل فوج.

لكن إدخال شهادة الدراسات المتخصصة في الطب العام سنة 2004 بفرنسا لم تكن له فقط انعكاسات طيبة. فقد خلق نوعين من أطباء الطب العام: القدامى والجدد المحملين بدبلوماتهم في تخصص الطب العام، مع تفاوت في النشاط. لذا فإن السلطات الوصية منحت لأطباء الطب العام، بعد عدة سنوات من المزاولة، وسائل للتطور في المهنة، مع الاعتراف الرسمي بمكتسباتهم المهنية.

ورحيل الفاعلين الحاليين في مجال العلاجات الطبية الأساسية من الطب العام نحو طب الأسرة، هو أحد المشاريع المقترحة حالياً من طرف الجمعية المغربية للطب العام وطب الأسرة على أصحاب القرار، بدعم من منظمة الصحة العالمية.

الطبي الموحد» سيكون المريض، الذي ينبغي للهندسة الجديدة الضرورية لنظامنا الطبي أن تجعله في مركز اهتماماتها. بفرنسا، وبمجرد اتخاذ «المنعرج التنقلي» (قانون 13 غشت 2004) المرتكز على الاختيار الحر للطبيب المعالج و«الزوجي» الطبيب الفاحص - الطبيب المعالج، فقد انخفض عجز صندوق التأمين عن المرض من 11 مليار أورو إلى 3 مليار أورو. وحتى المراقبة المنجزة على مستوى أطباء الصف الأول، أصبحت أكثر سهولة.

اختصاص

«الطب العام - طب الأسرة»

لقد انطلق التفكير منذ إنشاء الجمعية المغربية للطب العام وطب العائلة منذ سنة، بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية والمصالح المختصة (وزارة الصحة، كليات الطب)، لإحداث اختصاص «الطب العام - طب الأسرة». ويتعلق الأمر بتعزيز قدرات مزاوولي الصف الأول وتوفير تكفل للقرب شامل، يأخذ بعين الاعتبار الحالة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية وكذا خاصيات وحاجيات كل مجموعة.



علاقة ثقة بين الطبيب المعالج ومريضه

والعديد من كليات الطب تدرس الأحداث المقبل لأقسام للطب العام - طب الأسرة مع اللجوء إلى المدرسين الجامعيين فقط، المختصين في الأعضاء، للتكوين والتأطير: وهو خطأ كبير ومضيعة للوقت والوسائل في الأفق. ويرمي التكوين الجديد أساساً إلى تكوين أطباء الصف الأول متعددي الاختصاصات، والقادرين على المزاولة داخل المستوصفات

صناعة الأدوية تساهم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد

علي السدراتي
نائب رئيس الجمعية المغربية لصناعة الأدوية



لقد تجاوزت الجمعية المغربية لصناعة الأدوية رقم الثلاثين سواء من حيث العمر أو من حيث عدد المختبرات المنتجة فوق تراب المملكة، في قرابة 40 موقعا صناعيا. وهكذا، فإن ثلثي الأدوية المستهلكة بالمغرب يتم إنتاجها بالتراب المغربي. والقطاع حيوي، لكنه لا يضمن بعد ولوج الجميع إلى الدواء.

رصيد من الإنجازات طوال نصف قرن

إن الميزات والمكتسبات التي استقادت منها بلادنا منذ الخمسين سنة الأخيرة تستحق أن يتم التركيز عليها :

- أطقم طبية وشبه طبية تضاهي مثيلاتها بالدول المتقدمة ؛
- قطاع أدوية يشتغل وفق المقاييس الدولية الأكثر صرامة، ابتداء من الإنتاج أو الاستيراد، ومرورا بالتوزيع بالجملة إلى غاية التسليم إلى الصيدلية ؛
- اكتساب تكنولوجيا متطورة من لدن أطر ومستخدمين مغاربة (أزيد من 95%) ؛
- تحكم وطني في التوريد بالأدوية، وهو عنصر حيوي بالنظر للأهمية الإستراتيجية لهذه المواد، التي لا ينبغي أن تتأثر بالتقلبات التي يشهدها العالم أو التي قد يشهدها في كل حين (صراعات، حروب، أوبئة، كوارث مختلفة...)

وهذا يسمح لي بإسم كل العاملين في قطاع الصحة في أمس واليوم من الإشادة بكل المتدخلين العموميين والخواص الذين شاركوا في هذا الورش برعاية من أعلى السلطات الوطنية.



منذ الاستقلال، شكل تأطير مزاوله مهنة الطب والصيدلة ببلادنا إحدى الأسبقيات الأولى بالنسبة للسلطات. وبالفعل، وبالنظر للأثر البالغ لهذه الأنشطة على سلامة المواطنين، كان لزاما وضع أنظمة صارمة ودقيقة. وهكذا، تم إصدار الظهير الملكي لـ 19 فبراير 1960 الذي تم بمقتضاه تحديد حقوق، وواجبات ومسؤوليات الفاعلين في قطاع الصحة، على أفضل نحو ممكن. كما تم وضع أنظمة للأثمان، وللتفتيش وتسجيل الأدوية من طرف وزارة الصحة.

وقد جعل كل هذا من المغرب، ومنذ 1960، أحد البلدان القلائل، إن لم يكن الأول، إفريقيا وعربيا، التي تؤمن أعلى مستوى من الوقاية للمواطنين المرضى.

كما أن هناك خيار حكيم من لدن إدارتنا تمثل في إنشاء مختبر وطني لمراقبة الأدوية منذ 1969، يُعترف بكفاءته وصرامته دوليا (معتمد من لدن المنظمة العالمية للصحة والمديرية الأوروبية لجودة الأدوية).

ولوج غير كافي للدواء

ومع ذلك، فإن الولوج إلى العلاجات لمواطنينا يبقى بعيدا عن الغاية التي نسعى إليها جميعا لبلادنا، بسبب العوائق الهامة وعلى رأسها :

- ميزانية ضعيفة لوزارة الصحة التي تجاور 6% من الناتج الداخلي الخام (في حين أن المنظمة العالمية للصحة تنصح بنسبة 10% على الأقل) ؛
- تغطية صحية ضعيفة، يجري حاليا تعميمها لكنها ما زالت تترك 60% من المصاريف على عاتق الأسر.

ومن المؤسف أن وضعية بلادنا مماثلة لثلاثي سكان العالم. فمن استهلاك عالمي سنوي للأدوية يبلغ 1 000 مليار دولار أمريكي :

- زهاء 47% تستهلك بأمريكا الشمالية ؛

• بعد أن انطلق من 8 مواقع للإنتاج سنة 1965، أصبح المغرب يتوفر اليوم على قرابة 40 مصنعا، في ملكية مجموعات عالمية، أو شركات مختلطة مع شركاء مغاربة، أو أيضا عاملين مغاربة فقط ؛

• تؤمن هذه الصناعة حاليا حوالي 40 000 منصب شغل مباشر أو غير مباشر ؛

• بعدما كانت في البداية تؤمن 15% من الحاجيات المنتجة محليا، أصبحت الصناعة المغربية تنتج 65% من الحاجيات، مقابل رقم معاملات يصل إلى زهاء 14 مليار درهم ؛

• انتقل عدد الموزعين بالجملة من 4 سنة 1979 إلى أزيد من 50 حاليا يؤمنون بشكل فعال التوزيع اليومي عبر كامل مناطق المملكة.

لقد انتقل عدد الصيدليات من 500 سنة 1976 إلى 12 000 حاليا. ويؤمن الموزعون بالجملة والصيدليات زهاء 40 000 منصب شغل.

• دور هام في تنمية البلاد بتوفير أرضية تكنولوجية جيدة للمستثمرين المغاربة والأجانب، سواء عبر توسيع الولوج إلى العلاجات أو بتطوير الصادرات ؛

• مساهمة القطاع في تنمية البحث ببلادنا، وهو حلقة مكملة وضرورية في سلسلة البحث والتي تشرك مختلف الفاعلين من الحقل الجامعي، والطبي والعلمي ؛

• مساهمة أساسية في التكوين، والتخصص وفي تشغيل العديد من خريجي الجامعات الأجنبية والوطنية ؛

• توفير الأدوية للمواطن المغربي، سواء أكانت ثمرة ابتكار أم جنيسة.

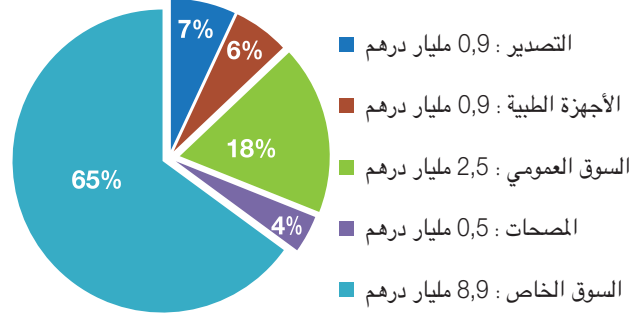
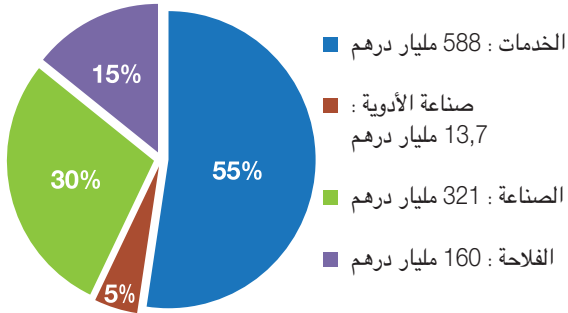
القطاع الاقتصادي

تتلخص المعطيات التي تميز القطاع الاقتصادي للأدوية كالتالي :



وحدة لتعبئة قارورات الشراب مقامة بالمغرب

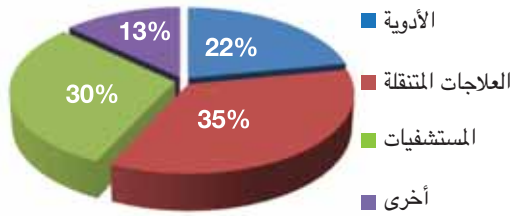
صناعة الأدوية المغربية في أرقام : الحصة في الناتج الداخلي الخام



- تمثل صناعة الأدوية المغربية 1,5% من الناتج الداخلي الخام و5,2% من الصناعة.
- السوق الخاص يبلغ 8,9 مليار درهم، والسوق العمومي يمثل 2,5 مليار درهم وسوق المصحات والأسواق الأخرى عدا الصيدليات 2,2 مليار درهم.
- تبلغ المساهمة الجبائية لقطاع الأدوية 416,5 مليون درهم (مساهمة المقاولات الوطنية تمثل منها 86%).

صناعة الأدوية المغربية في أرقام : النفقات

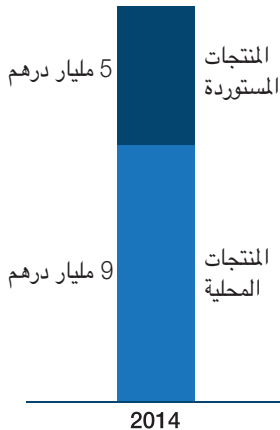
يمثل الدواء 22% من النفقات العمومية للصحة



- الناتج الداخلي الخام لكل فرد مرتبط بمتوسط النفقات المخصصة للأدوية لكل فرد.

صناعة الأدوية المغربية : صناعة مصدرة

الاستقلال



تتم تغطية 65% من حاجيات البلاد بواسطة الإنتاج المحلي

يتم تصدير 8 إلى 10% من الإنتاج

- يتوفر المغرب على نسيج صناعي قادر على تغطية جل الطلب الأسري من الأدوية.
- غير أن هذه التغطية جزئية : فالمغرب يظل تابعا للعرض الأجنبي من حيث التكنولوجيات الحيوية، أدوية السرطان، والهرمونات، واللقاحات، والايروسولات/ الربو.
- سيتم تصحيح الأمر عن طريق الأنظمة الطبية.

المساهمة في تخفيض عجز الميزان التجاري : حوالي 4,7 مليار درهم





توزيع الأدوية بالمغرب : 12 000 صيدلية و40 000 منصب شغل

- حوالي 24% بأسيا ؛
- قرابة 22% بأوروبا ؛
- فقط 1,3% بإفريقيا.
- والاقتصاد. ويرمي هذا العقد في أفق 2020 إلى إحداث نظام دوائي من أجل : منصب غير مباشر ؛ خلق 5 000 منصب شغل مباشر و8 300 منصب غير مباشر ؛
- رفع رقم المعاملات الحالي إلى قرابة 11 مليار درهم إضافية ؛
- تحسين الميزان التجاري بقرابة 8 مليار درهم ؛
- قيمة مضافة إضافية تبلغ 4 مليار درهم.

- رفع رقم المعاملات الحالي إلى قرابة 11 مليار درهم إضافية ؛
- تحسين الميزان التجاري بقرابة 8 مليار درهم ؛
- قيمة مضافة إضافية تبلغ 4 مليار درهم.

لا ينبغي أن ننسى بأن صحة مواطنينا ليست رهينة فقط بإمكانية الولوج إلى العلاجات والأدوية. فمن الأكد بأن تحسين باقي شروط الحياة سيكون له أيضا دور هام في رفاهية المواطن (شروط النظافة، التربية، البنيات الطبية وغيرها، الخ).

ولكننا نعود لنقول بأن تعاون جميع الفاعلين المعنيين، العموميين والخواص، هو وحده الكفيل بتوفير التكامل الضروري لرفع تحدي ولوجية كبيرة للأدوية، التي تعتبر مكونا أساسيا لسلامة الجزء الأعظم من مواطنينا في أقرب الآجال.



سلاسل لإنتاج قطرات للعين (فوق) وقنيتات الأنسولين (تحت)

حقيقية، يظل ثمن الدواء، وخاصة منه المبتكر، عائقا أساسيا من أجل الولوجية بالنسبة لغالبية مواطنينا. فينبغي ليس فقط ضبط هذا الثمن على نحو جيد، ولكن أيضا، تكييفه مع الإمكانيات الاقتصادية لساكنة الدول في طريق النمو أو الأقل تقدما، وذلك في سياق دولي من التشاور والتفاهم مع الدول الغنية.

ووعيا منها بضرورة تحسين الولوج إلى الدواء للمواطنين المغاربة وسعيا منها في إشراك هذه الصناعة في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فقد أدرجت الإدارة قطاع الأدوية المغربية في مخطط التسريع الصناعي عبر التوقيع على عقدة نتائج 2016-2020 مع وزارة الاقتصاد والمالية، ووزارة الصحة، ووزارة الصناعة، والتجارة، والاستثمار

فرصة تاريخية لتحويل المنظومة الصحية بالمغرب

هشام بلقاسم تسماني

مؤسس ومسير مجموعة HBT Africa

استشاري الطب عن بعد والصحة الالكترونية/ خبير معتمد لدى البنك الأوروبي لإعادة الإعمار والتنمية



الكاتب خبير مغربي متمرس. تمنح التكنولوجيات الجديدة فرصة انتقال سريع إلى طب الغد : قفزة مرحلية توازي قفزة الهاتف حيث قامت المملكة بالاستغناء عن الثابت. والرهان هو أن يصبح المغرب «دولة مرجعية» على مستوى القارة وما أبعد... لا أقل ولا أكثر.

التفاوت بين طلب العلاجات وعرضه

ومن بين أسباب هذا التفاوت، يمكن أن نشير إلى العوامل التالية :

- استمرار الأمراض المعدية كالسمل (30 000 حالة جديدة سنويا) ؛
- شيخوخة الساكنة (في 2020، سيتجاوز السكان الذين يفوق عمرهم 60 سنة 11%) ؛
- نمو أمراض ثقيلة أو مزمنة مرتبطة بعوامل متعددة ؛
- سرطانات (أزيد من 50 000 حالة سنويا) ؛
- السكتات الدماغية (أزيد من 100 000 حالة سنويا) ؛
- السكري وأمراض القلب والصرع ؛
- تهديدات صحية أو مناخية في عالم شمولي ومنفتح ؛
- أوبئة (إيبولا، فيروس كورونا، زيكا) ؛
- موجات الحر الشديدة، فيضانات.

تحول نظام الصحة

إن هذا التحول ضروري ولا مناص منه. في

وعلى المملكة أن تواجه التحدي المزيج للعلاجات (ساكنة شابة) والصحة (ساكنة مسنة) خاصة عبر تعزيز الوقاية ومحاربة الأمراض المعدية، هذا كله مع مواجهة بروز أمراض ثقيلة جديدة (كالسرطان) أو مزمنة (كالسكري) دون أن ننسى «الوباء» الحقيقي لأمراض القلب والشرايين والسكتات الدماغية.

الولوج إلى العلاجات يظل صعبا ضمن سياق اقتصادي ضاغط

إن الأزمة الاقتصادية التي نعرفها منذ 2008 تخلق أشكال جديدة للتبعية، والعزلة وصعوبات في الولوج إلى العلاجات. وهذا الأمر يزيد من حدة الخصائص البنيوية للمنظومة الصحية المغربية المتمثلة في :

- نقص الموارد البشرية ؛
- قلة التجهيزات ؛
- مشاكل الولوجية الجغرافية ؛
- القدرة المالية الضعيفة لأغلبية المرضى ؛
- جودة الخدمات.

تواجه المملكة المغربية تقريبا نفس التحديات التي تواجهها أنظمة الصحة والنماذج المجتمعية للدول المتقدمة التي تواجه من جهتها تحولات ديمغرافية ووبائية. ومن المفارقة أن التأخير المسجل على مستوى اعتماد تكنولوجيات الإعلام والتواصل المتعلقة بالصحة بالمغرب يشكل امتيازا هائلا. وبالفعل، فإن الانتشار الرقمي هو قفزة كمية تمكن من تدارك تأخير بنيوي مع توفير الاستثمارات الضخمة في مجال الابتكار والتجريب التي صرفتها الدول الرائدة.

تحول وأفاق

على غرار الدول الإفريقية، فإن المغرب بصدد إتمام تحوله الديمغرافي وعليه أن يواجه في نفس الوقت تحولا ووبائيا. فمنذ نهاية الثمانينيات، تُظهر العديد من المؤشرات بوضوح هذين التحولين. فقد نزلت وفيات الصغار والأمهات بشكل ملحوظ، وكذلك الأمر بالنسبة لنسب الوفيات والمواليد. كما انتقل أمد الحياة من 47 سنة 1962 إلى أزيد من 75 سنة في المتوسط حاليا.

الصحة الإلكترونية : المبادرات تنطلق

«Doctolib», «Mes docteurs»
«Mondocteur»... هذه المواقع الصاعدة
الثلاثة هي اليوم الأنشط في «سوق» خدمات
الصحة الإلكترونية بفرنسا.

ويقترح الموقعان الأخيران بالخصوص الحصول
على مواعيد على الخط مع الطبيب، وهو أمر
أضحى صعبا بفرنسا، حيث التصحر الطبي
يزحف ليشمل مناطق تتسع يوما عن يوم وحيث
الحصول على موعد مع بعض الاختصاصيين
قد يبعد الاستشارة لأشهر عدة.



وموقع «Mes docteurs» يصرح بأنه قادر
على تعبئة 270 طبيبا للرد كتابة أو بتواصل
مرئي، مع إمكانية إرسال صور. هنا، نبيع
الكفاءة والوقت هو وحدة الحساب :

• 1,90 أورو للدقيقة للتبادل مع الطبيب
مباشرة ؛

• 5,90 أورو للرد عن سؤال في أقل من 15
دقيقة ؛

• 3,90 أورو من أجل جواب في أقل من 48
دقيقة.

بالنظر لصعوبات الولوج لاختصاصيين، فإن
90% من الأسئلة المطروحة فعلا توجه إليهم.
وتتمثل الفائدة الأولى دون شك في الولوج
السهل نسبيا، والسريع نسبيا وغير المكلف
للصحة، مع إمكانية وضع المريض بسرعة
كبيرة في مسار العلاج.

وانطلاقا من هذا النشاط الأول للاستشارة
الطبية عن بعد، فإن الاستشارة عن بعد تمكن
منذ وقت قصير من تقديم وصفات، بفضل
شراكة موقعة مع 15 مؤمن وتعاضدية من
أجل التكفل المالي.

مقال لهيئة التحرير

المساطر المقابلة وبعد ذلك تحديد كيفية تحسين
هذه المساطر باستعمال تكنولوجيات الإعلام
والتواصل. إن حل الطب عن بعد النابع من
هذا العمل الجماعي سيكون دائما مستندا
على الأساسيات التالية :

- حلول قابلة للتفاعل المتبادل مع أنظمة
الإعلام الطبي ؛
- حلول التواصل مع آليات الطب الحيوي ؛
- خدمات الهوية والإثبات ؛
- أدوات تعاونية خفيفة ؛
- سير العمل أو مسطرة الطب عن بعد.

مسار وطني ينبغي بناءه

لبلوغ نظام جديد للصحة بالمغرب، على سلطات
الوصاية والعاملين في مجال الصحة تقييم
الإنجازات المحققة من لدن الدول الرائدة،
ومقارنتها مع الاستراتيجيات والإصلاحات
الصحية الأخيرة بالملكة الهادفة إلى تحقيق
تحول النظام الصحي.

و بالفعل، يتوفر المغرب اليوم على فرصة
تاريخية لبناء مخطط للصحة الإلكترونية تساهم
في تحسين العرض العلاجي لمجموع الساكنة،
وتفتح فرصا اقتصادية وصناعية حقيقية،
وتطرح المملكة كشريك مفضل بالنسبة لأوروبا
ومضطلع بدور قيادي في ميدان الصحة على
امتداد القارة الإفريقية.



مواجهة شيخوخة السكان ونمو الأمراض
المزمنة، فإن أشكال مواكبة المرضى والتكفل
بهم مدعوة لأن تتغير حتى يتسنى تقديم خدمة
أفضل ضمن حرص أخلاقي دائم، والسلامة
والواقعية الاقتصادية.

ولن يكون هذا التحول ممكنا إلا بفضل الاعتماد
المستنير والرشيد على تكنولوجيات الإعلام
والتواصل التي ينبغي أن تسمح بتنمية استعمالات
ملائمة جديدة، بالنسبة للساكنة والمرضى وبالنسبة
لمهنيي الصحة والفاعلين الصناعيين كذلك. وهذه
التكنولوجيات الجديدة المطبقة في مجال الصحة
تغير الممارسة الطبية والطبية الاجتماعية لتسمح
بذلك بالولوج إلى المعلومة وإلى وقاية الساكنة،
وفحص المرضى وتتبعهم عن بعد، ومن التكوين
وتبادل الخبرة عن بعد بالنسبة للمهنيين (الصحة
الإلكترونية والطب عن بعد).

الطب عن بعد يعتبر طباً حقيقياً

غير أن متطلبات بشرية وتقنية مسبقة تبقى
ضرورية. الصحة الإلكترونية تشمل مجموع
الأنشطة المرتبطة بالصحة والتي تستدعي
تكنولوجيات جديدة للإعلام والتواصل سواء
في الموقع أو عن بعد.

الطب عن بعد هو طريقة ممارسة الطب التي
تستعمل نقل معلومات طبية (صور، تقارير،
تسجيلات) من أجل القيام بتشخيص عن بعد.
إنها أيضا الوسيلة لتمديد التغطية الترابية
للبنيات الصحية من المركز الصحي إلى المركز
الاستشفائي الجامعي، مروراً بالعيادة الطبية
بالمدينة أو أيضا المصحات الخاصة. وتطوير
ممارسة الطب عن بعد يعني توفير ولوجية أكبر
لخدمات الصحة بالنسبة للسكان، مع تقليص
عدد المؤسسات إلى المستوى الأمثل.

إن تفعيل مشاريع الطب عن بعد يتطلب التوفر
على عاملين في مجال الصحة مكونين في
هذه الممارسة وفي تدبير المشاريع، بإمكانهم
بالتالي التعاون مع مصالح الإعلاميات، والطب
الحيوي والتقنية المعنية.

وقد أظهرت مختلف التجارب عبر العالم بأن
مشاريع الطب عن بعد الناجحة هي التي
تعطي الأولوية لمقاربة حسب المهنة والمتمثلة في
موضعة الحاجة السريرية المستهدفة، وتحليل

الاقتصاد الحقيقي للطب الافتراضي

الدكتور لويك إتيان
الرئيس المدير العام
Medical Intelligence Service



المريض ليس افتراضيا. والطبيب، في الوهلة الأولى على الأقل، فترة التشخيص الأولى وتوجيه المريض، قد يبدو كذلك. فحينما يكون مهنيو الصحة قلة، أو بعيدون، فإن بعض الحلول التي تعتمد التقنيات العالية قد يكون بوسعها جعل تدخلاتهم ناجعة على نحو أمثل. كما أن نفقات المريض للتنقل أو الفحص قد تكون هي أيضا كذلك. خيار يمكن اعتماده.

كما تدل على ذلك الأرقام التي نشرتها المنظمة العالمية للصحة التي تستعمل أحيانا معطيات تعود إلى 15 سنة. فإذا كانت أنظمتنا تجمع معطيات لدى المستوصفات بمناطق لا يصل إليها الطبيب، فإن باستطاعتها تقديم معلومات ضخمة حول الحالة الصحية للسكان للحكومات التي تزودت بهذه الأنظمة.

وحتى لو أن المعلومات لا تؤدي بالضرورة إلى التشخيص الذي وصل إليه الطبيب، فمن الأكيد أن الأعراض ستكون صحيحة وبأننا نستطيع، بقراءة هذه الأعراض، الوصول ربما إلى تشخيصات أخرى. يجمع النظام المعطيات ولكن أيضا يهيكلها. فالبلدان الإفريقية تقتقر للمعلومات المحيطة،

ماذا يمكن للأنظمة الخبيرة تقديمه لدول القارة؟

النظام الخبير لا يعوض الطبيب، إنه يفكر مثلما قد يفكر الطبيب. في وضعية غياب الأطباء، وفي غياب إمكانية تفويض استجواب المريض إلى غير طبيب (ممرض مختص، صيدلي، مهني الصحة أو شخص انتدب أو كُون للقيام باستجواب طبي)، سنستعمل هذا النظام من أجل الحصول على المعلومة. والنظام بفضل هذا الاستجواب، سيشغل كدماغ الطبيب، ولكن أيضا سيجمع المعطيات ويستنتج فرضيات التشخيص.

تعتمد التشخيصات اليوم على الآلات أو السكانير، ولكن لا تتوفر على سكانيرات أو وسائل البيولوجيا الطبية في كل مكان. في المقابل يمكننا دائما سؤال الناس - وهذا الأمر هين نسبيا، وبما أن النظام ناجح في 87% من الحالات، يمكن أن نعتبر أن المعلومات التي تتوفر عليها موثوقة ولو لم يكن الأمر بـ 100%.



في الواقع، إذا كان الافتراضي في «المكتب الأمامي» فما هي الاكراهات بالنسبة لـ «المكتب الخلفي»؟

«المكتب الأمامي»، هي الأسئلة المطروحة، تماما كما يطرحها طبيب حقيقي. حينما تزورون الطبيب، فإنه يطلب منكم إذا كان لديكم صداع في الرأس، وهل تقيأتم، وهل حرارتكم مرتفعة، الخ. إنها أسئلة تطرحها من جديد بصفتم مريض وباستطاعتكم الجواب بالقول «لا حرارتي غير مرتفعة»، «أشعر بألم هنا»، الخ. كل الأسئلة المطروحة في «المكتب الأمامي»، هي نفس الأسئلة التي قد يطرحها طبيب - بالضبط نفسها، ودور «المكتب الخلفي» هو أن يكون قد حدد مسبقا كل التشخيصات والأعراض، وكل الأسئلة الممكنة التي يمكن أن تساعد على الوصول إلى التشخيص.

ال «المكتب الخلفي» هو في خدمة «المكتب الأمامي» بطريقة تتحين يوما عن يوم وباضطراد دائم. وهذا النظام باستطاعته اليوم أن ينجز 700 تشخيصا ونحن نعلم أننا إن توجهنا إلى بلدان أخرى، سنحتاج إلى أخذ أمراض أخرى بعين الاعتبار خاصة بهذه الدول والتي لم نفترضها في دول أخرى. فنحن إذا مضطرون إلى إقامة التشخيصات الجديدة في النظام وأن نضيف إليها لغات استعمال جديدة. حاليا النظام يوجد بأربع لغات، ولكن ينبغي أن يرتفع هذا العدد كثيرا. فـ «المكتب الخلفي» هو حقا في خدمة ال «المكتب الأمامي».

هل الحلول ملائمة للأشخاص الأميين؟

دون أدنى شك. لأن الممرضة هي من يضع السؤال، فلا حاجة إلى معرفة القراءة أو الكتابة. فالممرضة تطرح السؤال والمريض سيفهم ويحب، بكلماته، أو بالإجابة بنعم أو لا، أو صحيح أو غير صحيح، الخ. الأمر كله بسيط لأن الأمر يتعلق بوضع علامة في خانات، والمريض في النهاية يجيب بنعم أو لا. وبالتالي، فإن النظام سهل الولوج بالنسبة لـ 100% من السكان.

من يمول الأنظمة الخبيرة وتسييرها؟

لقد تم تطوير هذا النظام بنجاح: فسواء تعلق الأمر بحقيبة الطب عن بعد، ونظام الخبير، الخ. كل ذلك لم يعد يحتاج إلى تمويل: والأمر يسير على ما يرام. بالطبع هناك تكلفة. نحن نقول أن ثمن حقيبة هو ثمن زهاب وإياب لسيارة إسعاف. وبالتالي، يمكن تحقيق وفر هائل. هناك إذا ثمن اقتناء الحقيبة من طرف المستوصفات أو المستشفيات، أو أيضا من طرف العاملين في ميدان الصحة، لذا هناك حاجة إلى مساعدة الحكومة لأن الأمر يتعلق بالصحة العمومية.

فمثلا، بالنسبة للحقائب الـ 20 التي من المرتقب استعمالها بالمغرب والسنغال، من الطبيعي مشاركة هيئة مالية، سواء كانت حكومة أو بنك مع ضمانة حكومية. ثم، ينبغي وضع ميزانية تسيير لأن هذا النظام يجب أن يحين: ينبغي تحسينه، وإغنائه، فإذا، هناك لا محالة نفقات صغيرة مخصصة للتعيين، وهي نفقات هزيلة لأن هناك تعاضد. فالأمر ليس مكلفا البتة.

هل هناك أجهزة قائمة؟

ما هي الصعوبات؟

نحن ننتهي من التجارب بـ 5 مستوصفات. وقد اتفقنا على المناطق وتم تحديد مهنيي الصحة الذين سيستعملون هذا النظام في مناطق نائية بالمغرب وبالسنغال.

ليس هناك صعوبات خاصة ولكن احتياطات ينبغي اتخاذها عند التأويل، أي عند الاستعمال. فمثلا هناك حالة 25 سنة، مع 12 درجة ضغط و50 نبضة قلبية. هذا جيد، نرفع لك القبعة، أنت رياضي. غير أنه إذا كان عمرك 87 سنة، وتحمل جهازا لتنظيم دقات القلب مضبوط على 60 نبضة، ومستوى ضغطك 12، فإذا، فنضاتك الـ 50 تقول بأن ضغطك معطل وبالتالي، حياتك في خطر. نرى إذا بأن أي معطى مهما كان لا قيمة له إلا إذا وضع في سياقه، وإلا إذا فهمنا الأعراض المحيطة. فإذا تعرض الشخص ذو الـ 87 سنة إلى

توعك، وشعر أن ضربات قلبه منخفضة، مع تعرق بارد، وتعب شديد، ومستوى ضغط 12 و52 كنبض للقلب، فينبغي أن يواجه سريعا إلى مركز للقلب: فالسياق هو الذي يعطي القيمة للمعطى وهو ما تعمل الأنظمة الخبيرة على تحسينه أكثر فأكثر.

ما هي التطورات الجارية؟

لقد أنجزنا نظام تدير المستعجلات، ونظام الطب العام، القادر على تحقيق 7 000 تشخيص، ونظام الوقاية، الذي يدير 60 مرضا يمكن أن يشكل خطرا على الفرد. نحن نعمل الآن على 16 منطقة للعافية: اللياقة البدنية، اللياقة النفسية، الإحساس، الجمال، الذكاء، الذاكرة، الخ... كل ما يدخل في تسمية العافية.

وسيهم مشروعنا المقبل المتبع العلاجي للشخص الذي يشكو من مرض مزمن أو الذي غادر على التو المستشفى بعد تدخل. وسيتوفر على برنامج للتتبع داخل حقيبة، أو على شبكة الانترنت، لكي يستطيع الرجوع إلى بيته في وقت أقصر. ولكن، عند أول إنذار سيتم حثه على العودة إلى المستشفى. كما نقترح أمرا أساسيا: تقييم مدى الرعاية، أي تتب المريض لمعرفة مدى احترامه للعلاج الذي وصفه له الطبيب، والذي بدونه يبقى علاجه مشكوكا فيه. وأخيرا، ففي العديد من الدول، تأخذ الإعاقة والتبعية أهمية كبرى بالنظر لهرم الساكنة. الأمر بالمغرب ليس بهذه الحدة لأن الساكنة ما زالت شابة والخلية العائلية ما زالت موجودة، لكن التوجه هو نفسه ويتزايد مع ارتفاع أمد الحياة وتطورات مجتمعية أخرى. وأمام كل هذا، نقترح ملفا طبيا ذكيا: يتم تخزين المعطيات المجمعّة بواسطة مختلف الاستثمارات طوال الحياة في ملف وسيكون بوسعنا التفكير في هذه العناصر لتقييم الحالة الصحية الإجمالية للشخص، ضمن الاستمرارية، منذ ازدياده.

معلومات استفتها

أغماند ماري أبيت لفائدة طبيب

الجمعيات والتنمية شبكة الكفاءات الطبية للمغاربة المقيمين بالخارج

البروفسور عبد الرحمان المشراوي
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين، أستاذ بكلية الطب بكل ألمانيا



بالنسبة لهذا الفجيجي المولد، والمعروف أيضا بتنشيطه لشبكة من الكفاءات الألمانية المغربية، فإن المجتمع المدني، وخاصة عبر ممثليه الجمعويين، يحتل مكانة كاملة في حل المشاكل الكبرى للإنسانية، وفي مجال الصحة أيضا. ففي المكان الذي يتعذر عمل آليات الصحة العمومية، تتحرك البنيات المؤسساتية إلى جانب المجتمع المدني.

الأطباء يدعمون التنمية الجهوية : إلى العمل



جمعية أطباء الشغل

لجهة الشرق :

إنها تسمية المؤسسة الجديدة التي أحدثت مؤخرا. في آخر إحصاء، يبلغ عدد هؤلاء المهنيين 27 : إنه عدد ضعيف نسبيا بالنسبة لجهة يصل عدد سكانها 2,4 مليون نسمة وحيث تنشأ العديد من المقاولات وتزداد بالتالي أعداد المأجورين. بيان الأسباب هو في آن واحد تقليدي

ومبتكر :

- الأطباء يركزون على إشكالية الصحة بالعمل، ويذكرون بمهمتهم لدى المأجورين، والمقاولين، ولجن العمل، ومندوبي الموظفين والسلطات العمومية، التي تشكل أساسيات مهنتهم ؛
- أكثر ابتكارا وأكثر التصاقا بالواقع الجهوي. وهم يعتبرون أهدافهم (صحة الشغل، الأمن وتكلفة غياب الأمن، الوقاية) كمدخلات هامة للجاذبية الترابية ويثمنون إشرافهم ودورهم ككون أساسي للإنعاش الترابي.
- ولم يهتم التسويق الترابي إلا قليلا بهذا البعد العصري للاقتصاد الحقيقي والذي أخذت جهة الشرق حظها منه. وأطباء الشغل يطالبون بالتالي حصتهم في مسلسل التنمية الجاري بالجهة. ولا يمكننا إلا أن نرتاح لذلك.

مقال لهيئة التحرير

في إطار تعبئة المغاربة المقيمين بالخارج للارتقاء بالتنمية بالمغرب، تنظم شبكات الكفاءات المغربية الألمانية والكفاءات الطبية المغربية العالم، منذ 2010 عمليات طبية في جهة الشرق، وخاصة بإقليم فجيج، ولكن أيضا بجهتي الغرب (القنيطرة) وتانسيفت (مراكش). وتندرج هذه العمليات في إطار اتفاقيات التعاون بين شبكة الكفاءات المغربية الألمانية وبلدية فجيج لـ 2009 واتفاقيات شبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم مع وزارة الصحة، والوزارة المكلفة بالمغاربة المقيمين بالخارج ووزارة التعليم العالي، الموقعة سنة 2013.

شبكة الكفاءات المغربية الألمانية

تعد هذه الشبكة بنية متعددة الاختصاصات للمغاربة المقيمين بألمانيا والتي أحدثت سنة 2009 انطلاقا من المرحلة «الجغرافية» لإستراتيجية التجميع للوزارة المكلفة بالمغاربة المقيمين بالخارج وبشؤون الهجرة. وقد أقيم المؤتمر الأول، الجامعة الخريفية، في نونبر 2009 بفاس.

تشجع جمعية رياضة الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة والتنمية إدماج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة بواسطة الرياضة

الأشخاص المعاقين، والجامعة الملكية المغربية للغطس والأنشطة تحت المائية، والأكاديمية الإفريقية للإنقاذ الرياضي، والتي هي عضو فيها.

ونحن ندعو إلى إقامة بنيات رياضية (مسابح، قاعات، ملاعب...) لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة من أجل تأمين ممارسة رياضية منتظمة، تحت تغطية متخصصة، مع تكفل طبي رياضي ملائم، عبر إدماج هذا المنظور في كل المشاريع ذات الصبغة الرياضية أو الطبية بالجهة.

وعلى المدى الطويل، فإن الأمل هو تزويد جهة الشرق بمركز طبي مخصص للأشخاص ذوي الإعاقة والذي بوسعه استقبال رياضيين بمختلف أشكال الإعاقة، والممارسين لمختلف الأنشطة الرياضية تحت رعاية طبية وتقنية ملائمة.

لا ينبغي أن تعتبر رياضة الأشخاص في وضعية إعاقة نشاطا ثانويا أو ترفا لدى الأشخاص في وضعية إعاقة، بل ينبغي أن يندرج ضمن التدابير والحقوق الرامية إلى إدماج الأشخاص المعاقين في المجتمع والرامي إلى تمكينهم من حياة عادية مع تفتح حقيقي.

البروفيسور أحمد أمين العمري،
رئيس الجمعية / أستاذ الطب الرياضي بالمركز
الاستشفائي الجامعي محمد السادس لوجدة
جمعية رياضة الأشخاص
في وضعية إعاقة والتنمية
الهاتف : 212 662 162 233 +
العنوان الإلكتروني : hsd.morocco@gmail.com
الموقع : www.hsd.co.ma

2016. وقد كان البرنامج يتضمن محاضرة موجهة للجمهور العريض وتدريباً للغطس لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة. وقد شكل ذلك حدثاً استثنائياً. وسيكون موضوع الأيام الثانية «الإنقاذ والإغاثة الرياضية». وتهدف الجمعية هنا إلى تكوين أزيد من 500 شخص في مجال الإنقاذ، من أجل محاولة تقليص عدد الوفيات المتصلة بالممارسة الرياضية أو بالغرق. وسيُنظَّم هذا الحدث تحت إشراف الأكاديمية الإفريقية للإنقاذ وسيستقبل أزيد من 20 دولة من القارة. كما نظمت الجمعية أيضا قوافل لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة، استفاد منها أزيد من 1 000 شخص بجهة الشرق.



التكوين أولويتنا : من أجل الارتقاء برياضة الأشخاص في وضعية إعاقة بجهة الشرق، ينبغي أولا إيجاد المؤطرين، والمدربين، والمدربين الرياضيين، والحكام والطاقم الطبي، من أجل ضمان نشاط ملائم ومؤمن. وقد اختارت الجمعية نظام تكوين على المدى المتوسط والطويل، بشراكة مع الجامعة الملكية لرياضة



رأت هذه الجمعية النور في دجنبر 2015، بوجوده، من أجل تشجيع الولوج للأنشطة الرياضية لكل شخص في وضعية إعاقة. وقد كان الهدف هو الإدماج الاجتماعي للأشخاص في وضعية إعاقة بواسطة النشاط البدني والرياضي. وقد استفاد أزيد من 1 200 شخص من خدمات الجمعية، ومنهم رياضيون سطع نجمهم في بطولة العالم للغطس الرياضي في أكتوبر 2016 بمراكش، بحصولهم على أربع ميداليات، واحدة ذهبية، واثنين فضيتين ورابعة برونزية.



وقد تم تنظيم الأيام الأولى لرياضة الأشخاص في وضعية إعاقة بجهة الشرق يومي 2 و3 شنتبر

أهداف شبكة الكفاءات المغربية الألمانية

يتمثل هدف الشبكة في الارتقاء بالتعاون المغربي الألماني عبر إنجاز مشاريع متعددة المجالات سواء بالمغرب أو بألمانيا من أجل :

- تكوين الكفاءات المغربية ؛
- التبادل العلمي والثقافي ؛
- تتبع الطلبة المغاربة بألمانيا ؛
- تشجيع اندماج المغاربة المقيمين بالخارج بألمانيا ؛
- تشجيع المشاريع الطبية والاجتماعية الثقافية.

1. تتكون هياكل هذه الشبكة من مجلس، ومجلس موسع مكون من 12 رئيس مجموعة عمل (الجدول 1) ومجلس مشارك. ويوجد مكتب الشبكة بمدينة ميونيخ. وتضم حوالي 800 عضوا على الشبكة و150 منخرطا. وتنشر الرسائل الإخبارية على موقع www.dmk-online.org.
2. التواصل والمرافق العمومية
3. الطاقة المتجددة / البيئة
4. التعليم / البحث العلمي
5. المالية والاقتصاد
6. الشباب/التربية/الخدمات الاجتماعية
7. الطب والصحة
8. الهجرة والاندماج
9. الموسيقى والثقافة
10. مصلحة المنخرطين
11. مصلحة الأحداث والمناسبات
12. تكنولوجيا المعلومات.

جدول 1. مجموعات العمل

1. قطاع السيارات وصناعة الطيران

ويهم المحور الثالث التكوين المستمر. ويحتفي الاتحاد سنويا بالسنة الدولية للكلية مع محاضرات لفائدة الجمهور، وأطباء الطب العام وأطباء الكلية. وتنظم دورات للتكوين المستمر لفائدة المساعدين الطبيين، تتمحور حول النظافة والسلامة، وجودة العلاجات في مجال غسيل الكلية.

أما محور التدخل الرابع، فيرمي إلى الوقاية من أمراض الكلية المزمنة وتحسيس الساكنة حول صحة الكلية. وينظم الاتحاد بانتظام أياما للكشف عن أمراض الكلية المزمنة، تستهدف بالخصوص الأشخاص المعرضين أكثر لمرض الكلية كمرضى السكري وذوي الضغط المرتفع. كما أن الاتحاد يعمل في ميادين أخرى تهتم طب الكلية، كزرع الكلية وغسيل الكلية. كما تشجع التبرع بالكلية، وتساعد المرضى الذين استفادوا من الزرع بالجهة عبر شراء أدوية لمقاومة رفض الزرع وتتعاون مع مصلحة أمراض الكلية للمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس لوجدة. وتتطلب هذه العمليات وسائل مالية مهمة. وتتمثل أهم الموارد المالية للاتحاد في الهبات، الثمينة لكنها غير منتظمة. وقد طور الاتحاد بالتالي شراكة مثمرة مع المجلس الجهوي لجهة الشرق وهو

ومن المرتقب أن يرتفع هذا الرقم إلى 500 سنة 2030. وهذا الانفجار ناتج عن الانتقال الوبائي والديمغرافي، وتمدد أمد الحياة وظهور أمراض كالسكري وارتفاع الضغط الدموي. ويرتبط القصور الكلوي المزمن في المرحلة النهائية بوفيات بإصابات القلب والأوعية، وينقص في جودة الحياة وبتكاليف علاجية مرتفعة، مما يشكل مشكلا حقيقيا للصحة العمومية. ولواجهة هذا الوضع، قامت وزارة الصحة بـ:

- مضاعفة أعداد مراكز تصفية الدم؛
- الزيادة في أعداد أطباء الكلية؛
- خلق شراكة بين القطاعين العمومي والخاص.

ومع ذلك، فإن التكلفة المرتفعة جدا للعلاج ولصيانة أجهزة التصفية بالمصحات جعلت انخراط الجمعيات أمرا ضروريا وثمانيا.



يبحث على شركاء آخرين من أجل تكفل أحسن بمرضى القصور الكلوي. وقد أصبحت الجمعيات لا مناص منها في التكفل بالقصور الكلوي المزمن، وخاصة في المرحلة النهائية. ودورها في مجال الوقاية أساسي. وإسهامها تكملة لا غنى عنها لعمل مهنيي الصحة. فضلا على الدعم، فإن الجمعيات تعمل كصلة وصل بين المعالجين والمعالجين، وجهة الشرق خير دليل على ذلك.

البروفسور ياسمين بنتاتا
أستاذة بكلية الطب لوجدة
رئيس قسم أمراض الكلية،
المركز الاستشفائي الجامعي لوجدة
عضو جمعية دعم مرضى القصور الكلوي لوجدة

يكبر دور الجمعيات في مجال الصحة باستمرار: المساهمة في العناية العلاجية والوقائية، والارتقاء بالصحة والبحث الطبي. ويعد «المرض الكلوي المزمن» نظرا لوتيرته وخطورته وكلفته، مثالا ملموسا. وقد اندرجت جهة الشرق في هذه الدينامية التي أعطت انطلاقتها الجمعية الأولى لدعم مرضى القصر الكلوي التي أحدثت سنة 1998. وقد أنشأت جمعيات أخرى منذ ذلك التاريخ في مختلف مدن الجهة (الناظور، وديوش، وبركان، وكرسيف، وتاوريرت، وجردة وفجيج). ولتدعيم أعمالها، التأمّت هذه الجمعيات في 2007 في إطار «اتحاد جمعيات مرضى القصر الكلوي لجهة الشرق».

ويعد مرض القصر الكلوي إصابة شائعة تمس حوالي 10% من الساكنة العالمية. وقد أظهرت المعطيات الوبائية الأولى للبحث الميداني حول أمراض الكلية بالمغرب الذي أنجز سنة 2010:

- انتشار المرض الكلوي المزمن بنسبة 5,1% لدى الساكنة البالغة التي تتراوح أعمارها بين 26 و70 سنة (وتبلغ هذه النسبة 12% في الشريحة العمرية 56 إلى 70 سنة)؛
- انتشار القصر الكلوي المزمن بنسبة 1,6% مع ارتفاع أيضا في النسبة مع زيادة العمر.

ومنذ إنشائه، يعمل الاتحاد في كل قطاعات التكفل بالقصر الكلوي المزمن في مراحلته النهائية وحسب العديد من المحاور. الأول يهتم مراكز التصفية: فالاتحاد يشارك، قدر الحاجة، على تهيئة هذه المراكز وفق المقاييس الوطنية من ناحية السلامة والنظافة. وهي توظف ممرضين، وتقنيين في التصفية ومستخدمي نظافة لحسن سير المراكز المذكورة. أما المحور الثاني، فيهدف إلى رفع جودة العلاجات. فالاتحاد يسخر كل الوسائل المتاحة من أجل تصفية جيدة، وخاصة عبر اقتناء العقاقير باهظة الثمن، وقساطر الأوعية الدموية ولوازم طبية متوافقة إحيائيا.

ويعتبر السكري والضغط الدموي المرتفع وحصى المثانة أهم مسببات أمراض الكلية المزمنة، مع نسب تبلغ تباعا 32,7%، و28,2% و9,1% من الحالات. ويمثل التعقيد الأخطر لأمراض الكلية المزمنة في تطورها نحو القصر الكلوي المزمن في مرحلته النهائية التي تتطلب غسيل الكلية أو زرعها. وقد بلغ أثر القصر الكلوي المزمن وفق سجل (مغرب زرع تصفية) 42,3 حالة لكل 1 000 نسمة بجهة الشرق سنة 2009 وانتشاره بـ 162 حالة لكل 1 000 نسمة سنة 2005 مقابل 335 لكل 1 000 نسمة



ملخص المنجزات بجهة الشرق

- 100% من المتبرعين الطوعيين منذ سنة 1999 ؛
- برمجة وتنظيم 134 حملة للتبرع بالدم خلال 2016 ؛
- 31,3% من المتبرعين المنتظمين وهي أعلى نسبة في المغرب ؛
- 47% من المتبرعات بالدم وهي أعلى نسبة بالمغرب ؛
- 1% من المتبرعين بالدم حسب عدد السكان بالجهة.



الأفاق المستقبلية

- توقيع شراكة مع مجلس الجهة لتوفير منحة سنوية قارة، قصد تحقيق الاكتفاء الذاتي بكل الجهة وتأسيس فروع بكل أقاليم جهة الشرق ؛
- التعريف بالتنسيقية ودورها من خلال ملتقيات جهوية سنوية ؛
- تنظيم قافلة جهوية سنوية للتبرع بالدم ؛
- توقيع شراكات لضمان الاستمرارية، مع جمعيات غير متخصصة ؛
- توقيع شراكة مع المركز الوطني لتحاقن الدم بالرباط، قصد إنجاز مشروع التبرع بالدم ؛
- بناء مقر جهوي للتنسيقية بوجدة ؛
- تعميم التجربة على باقي الجهات بتنظيم ملتقيات وطنية.

الجهد المبذول في نقل الأشخاص والأجهزة خلال الحملات الخارجية، مع ضمان أكبر للجودة والأمان، والقطع نهائيا مع الحالات المستعجلة والاستغاثية خاصة بالنسبة للفصائل النادرة Rhesus négatif ؛

- رفع نسبة المتبرعين بالدم من الشباب ؛
- تغطية جميع حاجيات جهة الشرق ؛
- رفع نسبة المتبرعين المنتظمين.

الأحداث الهامة

2001 : القافلة الجهوية الأولى للتبرع بالدم بجهة الشرق

2002 : تأسيس الرابطة المغربية لجمعيات المتبرعين بالدم بوجدة انطلاقا من التجربة الرائدة لجهة الشرق واجتماع المكتب الوطني الأول للرابطة

2003 : القافلة الوطنية الأولى للتبرع بالدم عبر الجمعيات الجهوية المنضوية في إطار الرابطة المغربية

2003 : إنجاز دراسة ميدانية

2004 : طبع وتوزيع الدليل الوطني للرابطة والدعوة للتبرع بالدم للتضامن مع ضحايا الزلزال بالحسيمة بمختلف المراكز الجهوية

2005 - 2014 : عقد ثلاث ملتقيات دولية حول التبرع بالدم بوجدة

2010 : الاتفاق على جعل مقر الرابطة الدائم بمدينة وجدة

2015 : لقاء وطني بالرباط بحضور كل ممثلي الجمعيات حول بلورة الاستراتيجية الوطنية

2017 : إصدار الدليل الوطني للتبرع بالدم بالمغرب

تأسست بوجدة جمعية متخصصة في مجال التبرع بالدم سنة 1996 بمبادرة من أطر مركز تحاقن الدم، ومن أهدافها نشر ثقافة التبرع بالدم، ومساعدة المركز على القيام بواجبه المتمثل في توفير مشتقات الدم بكميات كافية وجودة عالية. بعد نجاح التجربة بوجدة، تم تأسيس جمعيات فرعية بكل من بركان، الناظور، جرادة، العيون الشرقية، تاويرت، الدريوش وقريبا ستتأسس جمعيات أخرى بباقي أقاليم جهة الشرق. نظرا لتزايد حاجيات المستشفيات من مختلف مشتقات الدم، ولكون المصدر الوحيد لهذه المادة يبقى التبرع بالدم، ولتفادي الحالات الطارئة والمستعجلة، تم تأسيس تنسيقية جهوية تحت إسم تنسيقية الحياة لجمعيات المتبرعين بالدم بجهة الشرق سنة 2016.

وفي الوقت الذي يتزايد فيه الطلب على أكياس الدم بجهة الشرق خصوصا بعد فتح المستشفى الجامعي، قررت التنسيقية تبني مشروع الجهة النموذجية في الأمن الصحي في مجال التبرع بالدم. من بين أهدافه العامة :

- خلق وتفعيل جمعيات جديدة لتغطية كل أقاليم جهة الشرق ؛
- توفير قاعدة بيانات بأسماء المتبرعين بالدم المنتظمين لدعوتهم للتبرع بالمركز الجهوي وتوفير

شركاء شبكة الكفاءات المغربية الألمانية

المؤسسات المغربية والألمانية، والمقاولات الخاصة أو الجمعيات/منظمات غير حكومية هي من يتعاون مع الشبكة عبر اتفاق أو تدعيم مشاريع محددة ؛

- الوزارة المكلفة بالجالية المغربية بالخارج ؛

شبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم

أحدثت هذه الهيئة العالمية في الميدان الطبي سنة 2012 وفق المرحلة «الموضوعاتية» لإستراتيجية تجمع العاملين في قطاع الصحة من طرف الوزارة المكلفة بالمغاربة المقيمين بالخارج وبقضايا الهجرة. وقد عقدت مؤتمرها الأول في يونيو

- مجلس الجالية المغربية بالخارج ؛
- وكالة جهة الشرق ؛
- جامعة الأخوين ؛
- وكالة التعاون الألماني والبنك الشعبي ؛
- المدرسة المحمدية للمهندسين ؛
- هيئات مؤسساتية عمومية ومقاولات خاصة.

أهداف شبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم

يعتبر تطوير التعاون الطبي المحور الرئيسي لأهداف الشبكة. ويشمل المحور الأنشطة التالية :

- التكوين المستمر، التكوين في الخبرات الطبية ونقل المهارات التقنية ؛
- تتبع الطلبة والأطباء قيد التخصص ؛
- التبادل العلمي ؛
- تشجيع المشاريع الطبية ؛
- الوقاية والتحصين الطبيين.

عناصر التعاون الطبي بين الشبكتين

منذ إنشاء الشبكتين، تم إنجاز العديد من المشاريع من لدن العاملين في المجال الطبي من مغاربة مقيمين بالخارج وأجانب يتعاون مع شركاء يقيمون بالمغرب. ويشار في الجدول الموالي إلى بعض الأنشطة التي تم القيام بها مع شركاء مغاربة مقيمين بالمغرب، وخاصة بجهة الشرق.

عمليات مختلفة ومشاريع تعاونية جارية مع شبكة الكفاءات المغربية الألمانية وشبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم :

- مشروع للبحث الزراعي : جامعتي بروكسيل ووجدة ؛
- مشروع الوقاية من السكري : مع مؤسسة PharmACT الألمانية ؛
- الطب عن بعد : جامعة فلنسبورغ ومركز الصحة لفجيح ؛
- الطب النفسي : المركز الاستشفائي الجامعي لأوطاوا (كندا) والمركز الاستشفائي الجامعي لوجدة ؛
- العلاجات المتنقلة للأشخاص المسنين : مركز الموقين لفنلنسبورغ وجمعية جناح الرحمة لفجيح ؛
- الطاقة المتجددة : شبكة الكفاءات المغربية الألمانية والتعاون الألماني، مع منشآت التصوير ؛
- الثقافة : تشجيع الموسيقى المحلية بالتعاون مع مقالة The project بـ كرن بألمانيا ؛
- الأفق : نحو مشروع نموذجي لصحة متعددة التخصصات.



الإرسالية المغربية الألمانية لدى المركز الاستشفائي الجامعي لوجدة

- 2012 بالدار البيضاء. وهي تتكون من مجلس إداري يتكون من أربعة أعضاء. ويوجد مكتبها ببروكسيل. وتنتشر نشراتها الإخبارية بموقع www.c3m.ma. ويقيم المنخرطون المقيدون إلى حد الساعة في بلدان الاستقبال التالية :
1. ألمانيا
 2. إنجلترا
 3. أستراليا
 4. بلجيكا
 5. كندا
 6. الولايات المتحدة
 7. فرنسا
 8. إيطاليا
 9. السنغال
 10. سويسرا

السنوات	العمليات الطبية
2009	• المؤتمر الأول لشبكة الكفاءات المغربية الألمانية • اتفاقيات التعاون مع جامعتي الرباط والدار البيضاء ومع المجلس البلدي لفجيح
2010	ندوة حول غسيل الكلي ببوعرفة ووجدة
2016-2010	فحوصات طبية ببوعرفة وفجيح بالتعاون مع جمعية أطباء فجيح وأطباء مغاربة آخرين
2011	أنشطة طبية واجتماعية ثقافية بالناظور، وفجيح وبوعرفة في إطار تعبئة المغاربة المقيمين بالخارج بالمنطقة الشرقية
2012	ندوة مشتركة للجمعيتين المغربية والألمانية لأمراض القلب خلال المؤتمر السنوي للجمعية الألمانية بمانهايم، بمشاركة اختصاصيين من المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس لوجدة
2012	المؤتمر الطبي الأول لشبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم بالدار البيضاء
2016-2012	استقبال أطباء القلب من المراكز الاستشفائية الجامعية لوجدة والدار البيضاء لتدريب في طب القلب بفنلنسبورغ ولويدنشايد بألمانيا
2016-2013	ورشات عمل متعددة التخصصات بفنلنسبورغ وفجيح
2013	• ندوات حول المستعجلات في طب القلب والشرايين بالصويرة وبالمركز الاستشفائي الجامعي لمراكش • المشاركة في أيام طب القلب والشرايين بالمركز الاستشفائي الجامعي للدار البيضاء
2014	• ندوة حول سرطان الرئة والمهبل بالمركز الاستشفائي الجامعي لمراكش بتعاون مع المركز الاستشفائي الجامعي Charité لبرلين • ملقتى متعدد التخصصات لتنمية فجيح وورشات عمل
2016-2015	دعم شبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم لأعمال علمية بالتعاون مع الجامعة الحرة لبروكسيل والمركز الاستشفائي الجامعي لوجدة
2017-2009	• رصد الأطباء المغاربة الذين يتابعون تكوينهم التخصصي بألمانيا • فحوصات طبية لمرضى مغاربة (غير مهيكلة)
2017	• دروس للتصوير بالصدى من طرف شبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم بالتعاون مع المركز الاستشفائي الجامعي لتور (فرنسا) والجمعية المغربية لطب المستعجلات • مشاركة شبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم في المؤتمر الـ 25 لأمراض السرطان بمراكش تحت رعاية الوزارة المكلفة بالجالية المغربية المقيمة بالخارج

العمليات الطبية لشبكة الكفاءات المغربية الألمانية وشبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم

كل حال للمواد الكاشفة بالنسبة للتحاليل البيولوجية. كما أن الأطباء يحتاجون لتكوينات حول تقنيات الفحص التشخيصي، من أجل تحديد المرضى الذين يحتاجون إلى نقل إلى بوعرفة أو وجدة للقيام بفحوصات متقدمة أو بالتدخلات. وليس هناك أيضا وحدة للإنعاش. وقد تم التعرف على مشاكل الصحة منذ 1956 وستبقى مزمنة ما لم يستند هذا القطاع من إستراتيجية على المدى الطويل تسهل العمل بهذه المنطقة الحدودية. وتفرض المبادرات الخاصة نفسها لتأمين العلاجات الاستعجالية، وفي نفس الوقت، التعاون مع مركز الصحة. وقد كانت توجد هناك وحدة خاصة عهدت للهِلال الأحمر. وبفضل الدكتور حمو دودو رحمه الله، فقد قدمت خدمات لمدة 30 سنة لسكانة فجيح، حتى وفاة الطبيب سنة 2012. وهذه الوحدة ظلت خارج الخدمة منذ ذلك التاريخ. وقد اصطدمت جهود بذلتها شبكة الكفاءات المغربية الألمانية وشبكة الكفاءات الطبية لمغاربة العالم، بتعاون مع داعمين لإعادة فتح وتأهيل هذه الوحدة، بحاجز إداري مؤسف غير مفهوم.

الجدول 3. أسباب النقص الطبي بفجيح

1. منطقة حدودية محرومة
2. ظروف مناخية صعبة
3. موارد اقتصادية ضعيفة
4. ظروف عمل غير ملائمة
5. تسيير غير ملائم
6. تجهيز تقني غير كاف
7. سيارات إسعاف غير مجهزة
8. تكوين مستمر نادر
9. نقص عالمي من الأطباء عبر العالم.

لا تؤمن القوافل الطبية، غير المنتظمة والظرفية، الرعاية المستمرة للصحة بالمناطق المحرومة. وهذا يعني أن النموذج البديل المتمثل في صحة متعددة التخصصات تضم طبيبا للطب العام ومتخصصين يتناوبون كل شهرين أو ثلاثة أشهر حسب التخصصات، قد يكون قابلا

مركز صحي حكومي جديد دون شك بقلة الأطباء (الجدول 3)، والذي يفاقمه غياب الشروط التحفيزية للعمل بالوحدات. فالأطباء لا يتوفرون لا على تسهيلات في السكن ولا على وسائل للتنقل بين القصور السبعة والقرى المجاورة. فليست هناك سيارة خدمة. وبغياب طبيب يعمل بالقطاع الخاص، فإن مسؤولية العلاجات تقع بأكملها على الطبيب أو الثلاثة للمركز الصحي العمومي. وحسب المعلومات المحصل عليها، فإن تعويضات الحراسة زهيدة والساعات الإضافية لا يتم أداء مقابل عنها في حين يصعب تحمل ظروف الممارسة الطبية. فمن بين المناصب الستة للأطباء المقررة لفجيح، هناك فقط منصبين أو ثلاثة مشغولة. وقليل هم الأطباء الذين يقبلون الممارسة بهذه المنطقة النائية (400 كيلومتر جنوب وجدة و110 كيلومتر من بوعرفة). كما أن الطقس غير مشجع والوسائل الثقافية أو الترفيهية نادرة في حين أن الخدمات بهذه المنطقة المتعطشة للعلاجات الطبية لا تعرف التوقف تقريبا. كما أن سيارات الإسعاف غير مزودة بمعدات الإنعاش بينما المسافات كبيرة إذ يتهدد المرضى الموت لو وجدوا في وضعية استعجالية. ولا يتوفر الإقليم لا على مروحية للإنقاذ، ولا على مطار عمومي بالنسبة للنقل لمسافات طويلة.

والجهاز الوحيد للتصوير بالصدى لا يستعمل إلا للفحوصات المتعلقة بأمراض النساء. ولا يتوفر أي مسبار للبطن أو القلب. أما المختبر الذي أنشأ مؤخرا، فهو غير كاف بالنسبة للمتطلبات اليومية، وهو يفتقر على



بعض هيئات المستشفى الألماني لفالنسبورغ للمركز الصحي لفجيح

الإكراهات والحاجيات

لا يمكن لأي تنمية جهوية أن تكون مستدامة إذا بقي النظام الصحي عاجزا. فإستراتيجية لتأمين العلاجات الاستعجالية بفجيح أصبحت تقرض نفسها. وسيصطدم مشروع إنشاء



المشاركين في ندوة تصفية الكلي لبوعرفة



التصوير بالصدى بجهاز الجيب بفيج سنة 2016

- التكوين المستمر لفائدة المستخدمين يؤمن كفاءته وتأهيله الطبي، كما أنه يؤثر إيجاباً على تحفيز العاملين، وجو العمل وتسيير كل مجال من مجالات المسؤولية؛

• ملاحظات من أجل تربية صحية أفضل

ينبغي للوقاية الابتدائية والثانوية أن تحتل مكانة ذات أولوية في محاربة الأمراض الأكثر انتشاراً. إلا أن الإرشادات والمعلومات حول الصحة تتطلب مستوى معيناً من التربية المدرسية للمرضى مع حد أدنى من المعلومات حول جسم وأعضاء الإنسان.

محو الأمية تسهل التربية حول الصحة

رغم كون نسبة التمدرس بالمدن المغربية يبدو مرتفعاً، ينبغي أن نسجل بأن عدد الأميين والنصف أميين، وخاصة ضمن النساء ورحل البوادي، مازال جد مرتفع. وهذا النقص في التربية المدرسية يبدو عائقاً أساسياً أمام التربية في مجال الصحة. وفي كثير من الحالات، نصطدم بمشاكل تفسيرات بسيطة للأمراض العادية، ولبنية الجسم البشري أو عمله، سواء بالأمازيغية، أو بالعربية الدارجة أو الفصحى، أو باستعمال تعبيرات فرنسية من اللغة اليومية. ولا يمكن تفسير الوصفات أو نظام العلاج إلا عبر المرافقين الشباب.

إلا أن المعلومات الصحية ينبغي أن تمر عبر حد أدنى من التربية ومحو الأمية. وينبغي أن تُسهل الأنشطة اليومية، والولوج إلى المعلومة

- تواصل وردود فعل سلسلة؛
- كل عملية مهيكلة عبر مخطط مشروع؛
- اتصالات منتظمة ومبادلات مستمرة للخبرات مع الشركاء؛

- ورشات عمل تصاحب كل مشروع؛

- استمرارية الشركاء؛

- تشجيع مبادرات مشاريع كل الشركاء؛

- تطبيق قواعد التسيير الجيدة؛

• التشخيص والتكوين

- إدراج تدريب منتظم في طب المستعجلات للعاملين في الميدان الطبي من لدن طبيب المركز الصحي، على الأقل مرة كل ثلاثة أشهر؛

- إدراج التشخيص بالتخطيط الكهربائي للقلب، مع إمكانية الحصول على تأويل لهذا التخطيط إلكترونياً من طرف طبيب قلب جهوي أو المغاربة المقيمين بالخارج؛

- إدراج تشخيص بالصدى، الضروري أيضاً بالنسبة لمراكز الصحة؛

- برنامج أدنى للتحليل المخبري من بين أولويات مركز صحي يسعى لأن يكون عملياً (اختبارات سريعة - كاختبار التروبونين لتشخيص الذبحة القلبية - ينبغي أن تكون ممكنة)؛

- مستشفى فلنسبورغ وباقي المستشفيات الألمانية تدعو أطباء وممرضي المراكز الصحية لجهة الشرق لتدريب لمدة أسبوعين إلى أربعة أسابيع بمركز المستعجلات؛

- استبدال العاملين في الميدان الطبي خلال التداريب والتكوينات المستمرة وتأمين دورهم من طرف الإدارة الجهوية للمستشفيات؛

• الصيانة

- جرد الأدوية والمعدات الطبية ينبغي أن ينجز وفق توقيت موحد وتأتي طلبات الحاجيات بعد ذلك؛

- المراقبة المنتظمة والموحدة لسير معدات العلاجات وللتجهيزات ينبغي أن تؤمن (وضع نظام للمعلومات لكل خلل ملاحظ من أجل القيام بالإصلاح أو التعويض في الوقت المناسب)؛

- توفر وسائل النظافة وباقي المواد المستهلكة ينبغي مراقبتها يومياً؛

- محلول تعقيم الأيدي ينبغي أن يكون متوفراً في كل قاعات العلاج وغرف الاستشفاء؛

للإنجاز. فعوض أن يضطر العدد الكبير من المرضى إلى الانتقال إلى بوعرفة، وغالبا، إلى وجدة، أو فاس، أو الرباط أو الدار البيضاء، فإن المتخصصين هم الذين سينتقلون عند المرضى ضمن شروط تؤمن التشخيص والعلاجات الأساسية. فبالنسبة للمريض، يعتبر قطع مسافة 400 إلى 1 000 كيلومتر من أجل فحص بسيط قد لا تتجم عنه نتائج علاجية تدخلية، هو غالبا غير مناسب وليس في متناول الجميع مالياً.

إن تسيير هذا النوع من وحدات التشخيص والعلاج في عين المكان قد يعهد إلى جمعية صحية تضم مجلساً للإشراف مختلط مكون من عاملين طبيين وغير طبيين، وتجمع مغاربة مقيمين بالخارج أو داخل المغرب. وينبغي أن تكون شروط العمل مغرية من أجل تأمين استمرارية الممارسة الطبية بهذه المنطقة الحدودية الصعبة. وبالنسبة لهذا الخيار، فإن الشبكتين تقترحان مخطط مشروع معد ومفصل.

عراقيل التعاون

حسب تجارب السنوات الأخيرة في مجال برامج التنمية، فإن العوامل التالية تشكل إكراهات أساسية تكبح إنجازات هذه البرامج:

- غياب أو تأخر التواصل وضعف ردود الفعل؛
- غياب مخاطب بالنسبة للمشاريع المشتركة؛
- غياب كفاءة القرار؛
- تباطؤ المساطر بسبب تراتبية تقليدية متجاوزة؛
- مشاكل التسيير.

بعض التوصيات

• توصيات

من أجل تعاون ناجح، من الأساسي تطبيق المعايير في تنمية مخططات المشاريع وفي إنجاز مخططات العمل. واحترام العناصر الأساسية التالية ترفع من نسبة نجاح المشاريع التعاونية:

رياضية نسوية خيارا جيدا، مع إقناع الرجال والنساء بالفائدة الوقائية لهذه الأنشطة البدنية.

المطبخ المتوسطي

إن مطبخ جهة الشرق غني دون شك بالأطباق اللذيذة والشهية. والوجبات الغنية أصلا لا ينبغي أن تضاف إليها الوجبات الصباحية الخفيفة ولما بعد الظهر، مع معجنات وحلويات مشبعة بالمواد الدهنية والمرفوقة بالمشروبات السكرية. فالرجوع إلى المطبخ التقليدي من النوع المتوسطي يكون أكثر فائدة بوجبات :

- غنية أكثر بالخضر والناقصة من اللحوم ؛
- دون لحم مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع ؛
- استبدال الخبز الأبيض بالخبز الكامل ؛
- استعمال كسكس الشعير عوض الكسكس الأبيض ؛
- الاستغناء عن وجبة الفطور «الكبيرة» وعن الخبز الدسم للمساء.

ولحسن الحظ، نلاحظ تكيفا غذائيا لذوي الضغط المرتفع ومرضى القلب تبعا لتوصيات أطبائهم التي تتمثل في النقص من تناول الملح في الأكل. وللإشارة، فليست المياه المعدنية التي تسوق أكثر بالمغرب ما ينبغي النصح به، بالنظر للدرجة العالية من الصوديوم التي تحتويها.

كما نلاحظ أيضا بأن المواد الدهنية، التي كانت تستعمل سابقا في الخبز، بدأت تستبدل أكثر فأكثر بالخضر، وغالبا بالجزر في الطابق المسمى «ميجيح». كما أن تقديم السلطات والفواكه المختلفة خلال الوجبات عادة محمودة تصلح أن تكون مثالا لبلدان أخرى.

وبالنظر لضعف الموارد الاقتصادية الجهوية وللمداخيل الفردية و/أو العائلية المحدودة غالبا بجهة الشرق المغربية، يمكن تحقيق وفر هام والحصول على تحسين ملحوظ للصحة بالقيام بالمزيد من الجهود لتشجيع تعميم التعليم وبتحسيس السكان بطرق الوقاية.



نشاط المشاركين في ندوة غسيل الكلي ببوعرفة

التدريب الرياضي

عائق آخر يتمثل في غياب الرياضة، خاصة لدى النساء التي تفوق أعمارهن أربعين سنة، في حين أن الرياضة أمر ينصح به في ثقافتنا. وهكذا، فالعديد من النساء تشتكي من تعب مبكر دون أن يكون هناك خلل جسدي واضح عند الفحص. والأسرة العصرية لم تعد تحتاج إلى نفس الجهد الجسدي مقارنة مع ما كان مطلوبيا لدى الآباء والأجداد لتعويض النقص العضلي. وعلى ما يبدو، فإن نسق الحياة التقليدي ودور الزوجين، المتميز بالأبوية، لا يسمح للمرأة من مغادرة المنزل بالقدر الذي يسمح به للرجل. وقد يكون إنشاء جمعيات

المكتوبة والتدبير الذاتي للصحة. وقد يكون ذلك أمرا هينا بواسطة المدرسين المتقاعدين الكثر. وقد يكون أقل ملائمة اللجوء إلى «أنصاف الأميين» للتكفل بهذه المهمة دون أن يتعلموا أسس العلوم العصرية والبيداغوجيا. والتعليم الإيجاري، الذي يتعلق أيضا بالبوادي، يتطلب المراقبة من طرف السلطات المحلية. والارتقاء بتربية السكان الرحل مثلا ينبغي أن يشمل حملات تحسيسية، ومراقبة تدرس الأطفال، ومحو أمية البالغين وتنظيم وسائل النقل نحو المدارس المتناثرة. وستضطلع بمشروع تعميم التمدرس هذا المجالس البلدية إضافة إلى مسؤولي التعليم الابتدائي. وبوسع الجمعيات أن تساهم في وسائل نقل التلاميذ.

كلية الطب والمركز الاستشفائي الجامعي، فاعلين أساسيين في تنمية جهة الشرق

البروفسور عبد الرحيم العزوزي
عميد كلية الطب والصيدلة لوجدة



كلمات الكاتب تتميز بدقة... جراحية! فنحن نكتشف العالم والطبيب، إلى جانب الفاعل الاقتصادي. والمؤسسة الرائعة، المتمثلة بالزوجي المتكون من كلية الطب والصيدلة والمركز الاستشفائي الجامعي، تنتج علاجات، وموارد بشرية، وأبحاث، الخ، ولها إذا إشعاع بعيد. وهي آلية اقتصادية مستهلكة، وتؤدي أجورا وتنتج حولها عروض حاجياتها. إنها سفينة غريبة، ومتعددة الأشكال، لكنها تتقدم، حاملة على متنها جزءا من التنمية الجهوية، دون أن يكون ذلك بلا مخاطر.

وقطب امتياز يقدم علاجات معقدة وناذرة (تسمى عامة علاجات ثالثة)، ويرسم بالتالي مجالا يتجاوز غالبا حدود حوض الحياة الذي يوجد فيه، وهي في هذه الحالة جهة الشرق؛

- المركز الاستشفائي الجامعي فاعل اقتصادي يستهلك في نفس الوقت مواد طبية ومواد استهلاكية عادية مرتبطة بوظيفته الفندقية؛
- المركز الاستشفائي الجامعي هو أيضا فاعل اقتصادي منتج ونشاطه يحدث مناصب شغل مباشرة تجعل غالبا من المركز مشغلا رئيسيا - إن لم يكن الأول - بالجهة؛

- المركز الاستشفائي الجامعي هو في النهاية، وهذا في الواقع غاية وجوده، قطب للامتياز الفكري، نظرا للتكوينات الموجودة بداخله ولنشاطه في مجال البحث المرتبط بوضعه الجامعي، وذلك بعلاقة شبه جوهرية مع كلية الطب.

من الواضح إذا تحديد ورسم مختلف فضاءات مركز استشفائي جامعي، علما بأن توزيع



العلاجات، فإن أحدهما يثير اهتماما خاصا، وهو المركز الاستشفائي الجامعي. فأهميته تكمن في وظائفه المتعددة، والتي لكل واحدة منها تبعات على صعيد تنظيم الفضاء. كما أنه ورغم التكاليف الهامة التي يرصدها فهو يشكل رافعة اقتصادية من الدرجة الأولى؛

- المركز الاستشفائي الجامعي هو أولا قطب صحي من الحجم الجهوي، وربما الوطني،

أولا، إذا تحدّث عن زوجي كلية الطب والصيدلة والمركز الاستشفائي الجامعي، فلأن الواحد لا يمكن أن يكون دون الآخر. فمنظريا ونظرا لمهتهما المشتركة المتمثلة في تكوين أطباء عامين واختصاصيين، فهما يشكلان كيانا واحدا، ولو أن التبعية الإدارية لكل طرف مختلفة. فالتكوين يتم أساسا من لدن مدرسين أطباء، وصيديين وعلماء، يوفرون في نفس الوقت التعليم بالكليات والتأطير العملي بالمستشفيات لمختلف المتعلمين.

إن أسئلة الصحة هي اليوم من النقاشات الرئيسية للمجتمع. فالمشاكل المطروحة في مجال التحكم في مصاريف الصحة تشكل بالخصوص رهانا سياسيا من الأهمية بمكان. فالأطباء والمؤسسات الطبية تتعرض بانتظام لانتقادات بسبب التكاليف التي يتسببها فيها وننسى غالبا أن نذكر الدور الاجتماعي الرئيسي لهؤلاء الفاعلين في ميدان الصحة، وكذا القيمة المضافة التي ينتجها. ومن بين الأصناف المختلفة التي تقدم

التاجية والتي كانت، وإلى تاريخ قريب، تحال على مكان يبعد أزيد من 300 كيلومتر مع ما يشكله ذلك من تكاليف وخاصة ضياع آمال الشفاء وربما الحياة ؛

• التكفل بكل أمراض الشرايين، بما فيها الثقيلة، سواء بالجراحة التقليدية أو بواسطة مساطر التدخل الأكثر حداثة ؛

• التدخل بالمنظار وسيلة ناجعة، سواء على الجهاز الهضمي أو في مجال المسالك البولية، أو الصدر أو أمراض الأذن والأنف والحنجرة، وذلك بفضل منصة تقنية أكثر حداثة ؛

• الملاحظة العصبية، وهي آخر التقنيات في جراحة الأعصاب، والتي أصبحت تشتغل منذ فترة قصيرة ؛

• في مستقبل قريب جدا، ستنتقل جراحة القلب المفتوح ونشاط لزراعة الكلية، وهي مقدمة، نتمنى ذلك، لبرنامج للزراعة بكل أنواعها ؛

• مركز الحروق الشديدة، وهو ثاني مركز من نوعه بالمغرب، المقام بالبنية الكبرى والذي ينتظر أن يتم تجهيزه ؛

• المركز الجديد لعلاج السرطان، الذي ستنتقل أشغال بنائه قريبا جدا والذي سيضم إلى المصالح التقليدية وحدة للسرطان وأمراض الدم للأطفال.

إلا أن هذا كله لا يعفي المركز الاستشفائي الجامعي من المهام الأقل تخصصا التي تعود إلى المؤسسات ذات المستوى الأدنى، حتى منها العلاجات البسيطة جدا، ولو من أجل حاجيات التكوين، سواء بالنسبة لأطباء الطب العام والاختصاصيين أو لحاجيات التكوين أو بالنسبة لمختلف المهن شبه الصحية.

وهكذا فإن عرض العلاجات لمركز استشفائي جامعي كمركز وحدة يغطي مجموع التدخلات الصحية التي، في المستويات الدنيا من التراتبية الجهوية، تتوزع على عدة مؤسسات.

مؤشر الأهمية الاقتصادية

للمركز الاستشفائي الجامعي :

استهلاكات المستشفيات

إذا كان جزء من مرضى المركز الاستشفائي

• المركز الاستشفائي الجامعي، كقطب جهوي، وقطب مرجعي وقطب أعلى بالنظر إلى مهمته الجامعية ؛

• المركز الاستشفائي الجهوي الفارابي، كمركز مرجعي للقطاع الصحي يوفر للسكان مجموع الاختصاصات الرئيسية، لتبقى بعض الاختصاصات حكرًا على المركز الاستشفائي الجامعي (جراحة القلب، زرع الأعضاء والأنسجة، بعض تقنيات التصوير الطبي، الحروق الكبرى، الخ.) ؛

• المستشفيات الجهوية، كأقطاب قرب تؤمن الاختصاصات العادية للطب والجراحة والتوليد ؛

• المستشفيات المحلية والمصالح الصحية والاجتماعية الأساسية، الحضرية والقروية (المسماة عادة مراكز الصحة والمستوصفات).

هكذا يوجد المركز الاستشفائي الجامعي على رأس قائمة مؤسسات ترتب حسب مستوى

العرض الاستشفائي يشكل رهانا أساسيا في تهيئة التراب. وهكذا، فإن محددات فضاءات مركز استشفائي جامعي يمكن أن توزع وفق الأربع مقاربات التالية :

• تقديم خدمات :

- عرض مرفق عام ؛

- فضاءات للاستقطاب.

• استهلاك مواد مختلفة

• وظائف :

- توزيع أجور وبالتالي قدرة شرائية ؛

• تكوين جامعي ؛

- استقطاب طلبة ؛

- نشاط البحث.

قطب صحي للامتياز

إن القوانين المعمول بها في ميدان الصحة تترجم على الصعيد الجهوي عن طريق الخارطة



المدخل الرئيسي لكلية الطب والصيدلة لجامعة محمد الأول لوجدة

تخصص العلاجات التي تقدمها. ووضعه خاص، لأنه يجمع الوظائف. فهو قطب مرجعي جهوي، يتوفر برسم ذلك على منصة تقنية وكفاءات بشرية متنوعة جدا، ومتخصصة جدا وتستجيب لأفضل المعايير العالمية. على سبيل المثال وفيما يتعلق بالمركز الاستشفائي الجامعي لوجدة :

• فالمركز يعتبر من الآن بعد سنتين من تشغيله من بين المراكز الأوائل في مجال قسطرة القلب ورأب الأوعية التاجية بالمغرب، مما يمكن من التكفل بالأعراض الحادة التي تصيب الأوعية

الصحية والمخطط الجهوي للتنظيم الصحي والذي ما زلنا ننتظر تفعيله على أرض الواقع. وتحدد هاتان الوثيقتان الجهات والقطاعات الصحية، أي مناطق تدخل كل مؤسسة علاج وفق مؤشر «سرير / ساكنة» ونشاط الإقامة القصيرة في مصالح الطب والجراحة والتوليد. وهي بالتالي تحدد القطاعات التي ترسم بها تراتبية وتكاملات بين مختلف المؤسسات العلاجية، حتى يتم في النهاية تحديد توزيع أحسن لمرض العرض الاستشفائي منه والمتنقل. وهكذا تم تحديد أربع مستويات :

وتعيينهم بالمركز الاستشفائي الجامعي إلى غاية إتمام تكوينهم التخصصي، أي لمدة 6 إلى 7 سنوات بالنسبة للصنف الأول و4 إلى 5 سنوات بالنسبة للصنف الثاني. ويبلغ عدد الداخليين والمقيمين حاليا 400 طبيبا، وهو عدد قابل للارتفاع بانتظام مع مرور الوقت. وقد قامت كلية الطب والصيدلة لوجدة التي انطلقت سنة 2008 بتخريج 310 حامل لشهادة دكتور في الطب و20 حاملا للدبلوم الوطني للاختصاص.

وهذه الأرقام مدعوة للارتفاع، حيث أن عدد الطلبة المسجلين في السنة الأولى من الطب قد انتقل من 150 عند الانطلاقة إلى 300 حاليا. وبما أن هناك أقل من 10% من الهدر بين الولوج والخروج، فإنه يرتقب أن يصل عدد الكوئين إلى 300 طبيبا في السنة، مما سيساهم في ملء العجز الحاد الذي تعرفه بلادنا. ونشير في هذا الصدد، بأن المغرب يتوفر على 7 أطباء لكل 10 000 مواطن، مما يجعله بعيدا عن المعايير التي تضعها منظمة الصحة العالمية. وهذه الأرقام بأكملها لا تشمل الطلبة الأجانب. وتجدر الإشارة أن كلية الطب والصيدلة تستقبل في المعدل :

- 20 طالبا أجنبيا سنويا (وعددهم اليوم 130 في المجموع)، أغلبهم من إفريقيا جنوب الصحراء، ولكن أيضا من تونس، والأردن وفلسطين، وغيرها ؛
- أطباء أجانب، أغلبهم من دول إفريقية، من أجل تكوين اختصاصيين (عددهم حاليا 11 شخصا).

وهكذا يتم تكريس البعد الجهوي والوطني وحتى الدولي.

البحث

إن إمكانات البحث التي يتوفر عليها كل من كلية الطب والصيدلة لوجدة والمركز



حوض التكوين من المستوى تحت الجهوي إلى المستوى الوطني

يعتبر 1 770 طالبا في الطب بعد سنتين من التكوين يسمى «ما قبل السريري»، المقدم فقط بالكلية، جزءا لا يتجزأ من النشاط الاستشفائي، انطلاقا من السنة الثالثة، على أساس نصف الدوام في السنة الثالثة، والرابعة والخامسة، تم بدوام كامل في السنة السادسة. يتم نشر طلبة السنة السابعة الأخيرة في مختلف المؤسسات العلاجية بالجهة ويساهمون بالتالي في عرض العلاجات، وخاصة بالمناطق التي تشكو من نقص كبير من مستخدمي الصحة. ويتعلق الأمر بـ 200 طالبا في السنة في المعدل، مهيين لتأمين علاجات الصف الأول، والاستعجالية وطب الأسرة، إلى جانب استكمال تكوينهم في الميادين السالفة الذكر، إلى جانب أطباء الصحة العمومية.

وفي أعلى مستوى التخصص، نجد الأطباء الداخليين للمركز الاستشفائي الجامعي والمقيمين، الذين يتم توظيفهم عبر مباراة،

الجامعي يأتي للفحص الخارجي ولا يستهلك إلا خدمات علاجية ويستعمل التجهيزات الطبية الدائمة، فإن عدا كبيرا يتم استقبالهم بالمستشفى وينتج عنهم استهلاك ينعت بالفندقي (فراش، تغذية ومصاريف مختلفة). وينبغي، إلى جانب هذه المصاريف المباشرة المرتبطة بأنشطة العلاج، إضافة تكلفة التسيير والتنمية، والتي تتنوع تشعباتها وتتوزع مبالغها. ولتشر على وجه المثال إلى أشغال الإصلاح، معالجة نفايات المستشفيات، الخ.

قطب للتشغيل على الصعيد الجهوي

المركز الاستشفائي الجامعي الذي يتوفر على صفة مؤسسة عمومية، يولد حاليا 1 000 منصب شغل مباشر. في النهاية حينما يكتمل إعداد كل الأنشطة المقررة، سيبلغ عدد مناصب الشغل 1 500 منصبا. ويتعلق الأمر بالمستخدمين شبه الطبيين، والتقنيين والإداريين الذين يتم توظيفهم مباشرة طرف المركز الاستشفائي الجامعي. فالأمر يتعلق إذا بتوزيع للأجور وللقدرة الشرائية، وبالتالي، توزيع لنوع من مستوى العيش. وهذه الأعداد لا تشمل الأطباء الأساتذة العاملين بالمركز الجامعي (يصل عددهم حاليا 80 شخص)، ولا الأطباء الداخليين والمقيمين في طور التخصص (عددهم 400)، ولا الطلبة المتدربين في طور التكوين ولا المستفيدين من التكوين الواردين من معاهد التكوين في مهن الصحة بالجهة، سواء العمومية أو الخاصة.

البعد الجامعي : قطب للتكوين والبحث

في هذين الميدانين - البحث والتكوين - فإن المركز الاستشفائي الجامعي المرتبط بشكل وثيق بكلية الطب وبالتالي بالجامعة، ولو لم يكن إلا عبر الاستشفائيين-الجامعيين الذين يضطلعون بمهامهم بالمؤسستين على حد سواء.

أبعد من دوره الصحي، ولا تذخر أي جهد لمواكبته ودعمه. إلا أن مكان الضعف والتهديدات كثيرة. وسأشير إلى أربعة رئيسية :

- نقص حاد في الموارد البشرية، والذي يصعب تداركه في السياق الحالي (خاص في الأطر التدريسية، علما بأن كلية الطب مع المركز الاستشفائي الجامعي توفران تكوينا وتدرسا في 50 اختصاصا طبيا وأساسيا وبأنه ينبغي توفر 3 مدرسين في المتوسط لكل اختصاص من أجل استقلال أدنى ؛
- خصائص في المستخدمين في المجال شبه الطبي والتقني، لذا فإن جهود حقيقية قد تمثل مساعدة حاسمة ؛

- التأخر في التطبيق الحقيقي والفعلي للخارطة الطبية، لأن المركز الاستشفائي الجامعي ليست غايته الأولى تقديم علاجات من الصنف الأول والثاني التي تتكفل بها المؤسسات الطبية من مستوى أدنى، والتي لا تتم إعادة تأهيلها، مما لا يسمح للمركز الاستشفائي الجامعي بإعطاء الأولوية لمهامه الأولى ويؤدي إلى استنزاف موارده بسرعة ؛
- الأغلبية الكبرى (حوالي 80%) من المرضى الذين يتكفل بهم المركز لا يشملهم نظام المساعدة الطبية (راميد)، مما يحد بشكل كبير من الموارد الذاتية ويقلص بقوة قدرات التسيير والاستثمار.



مجسم المركز الاستشفائي الجامعي لوجدة ضمن محيطه

عمرهما على التوالي 9 سنوات وستين. والقوة التي يخترناتها والفرص التي يتوفران عليها عديدة. ومن بين أهمها، نشير إلى إثنين :

- شباب الأطقم التدريسية والتقنية وشبه الطبية والإدارية، هو ضمان حماس وحيوية وإرادة في رفع كل التحديات ؛
- تعبئة كل الفاعلين الاقتصاديين والاجتماعيين للجهة (الولاية، المجلس الجهوي، وكالة جهة الشرق، المجتمع المدني، الخ)، الواعية بالدور الأساسي الذي يمكن أن يلعبه القطب الاستشفائي الجامعي في التنمية الاقتصادية،

الاستشفائي الجامعي لا تقدر بثمن. فالبحث السريري مزدهر جدا وتعززه منصة تقنية عصرية ومتنوعة، ونظام معلوماتي مندمج يسمح بإنجاز ما يسمى التحليلات المستقبلية المتواصلة.

يرتكز البحث الأساسي حاليا على مختبر الوراثة والبيولوجيا الجزيئية المقامة بكلية الطب والصيدلة، الذي سيدمج إليها قريبا جدا بنك حيوي، الأول من نوعه بالمغرب. وهذا المختبر يزخر إنتاجا من الآن في مواضيع الأمراض الوراثية وأيضاً في موضوع السرطان الذي يحظى بالأولوية في جهة الشرق. وفي هذا الصدد، ساهمت بعض الأشغال التي نشرت مؤخرا في مجلات علمية عالمية مرموقة في الاعتراف بكلية الطب والصيدلة وجامعة محمد الأول على الصعيد العالمي (*medicinal chemistry 2015, antimicrobial agents and chemotherapy 2015, BMC cancer 2016, journal of hematology and transfusion 2016, BMC womenshealth 2017*)

مكامن القوة والفرص،

ومكامن الضعف والتهديدات

إن كلية الطب والصيدلة لوجدة والمركز الاستشفائي الجامعي لنفس المدينة لا يتجاوز

الأطفال يستعيدون البسمة في جهة الشرق

إنها أول وحدة بالمغرب، وهي تهتم الأطفال وستخصص لجراحة تشوهات الفم المعروفة بشق الشفة. كما أنها ستقوم أيضا بعلاج الأسنان والعلاجات الجراحية المرتبطة بتشوهات الوجه التي تشمل طفلا واحدا من كل 1 000 طفل. وهذه المصحة الجديدة تمثل استثمارا يبلغ 15 مليون درهم بدعم من طرف فاعلين أوروبيين اثنين في مجال العقار.

وقد حمل هذا المشروع منظمتين غير حكوميتين (البريطانية Article 25 والأمريكية Operation Smile Morocco التي تعمل بالمغرب منذ 1999). وتحيل المنظمة البريطانية إلى البند 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي تعلن فقرته الثانية : «للأمومة وللطفولة الحق في مساعدة ودعم خاصين». وقد سبق لهذه المنظمة أن دعمت حوالي 90 مشروعا في 34 دولة، تستهدف كلها تسهيل الولوج إلى الرعاية الصحية.

وإقامة هذه الوحدة المختصة الفريدة بالمغرب بجهة الشرق تؤكد بأن المبادرة والابتكار، في الصحة أيضا، يمكن أن يأتي أيضا من الجهات وأن يبدأ منها. فالجهوية إذا تقدم.

مقال لهيئة التحرير

مؤسسة ذات وقع قوي على التنمية الجهوية

البروفسور عبد الكريم الداودي
مدير المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس لوجدة



الإنتاج كبير. فتدشين صاحب الجلالة للمركز الاستشفائي الجامعي، منذ يوليوز 2014، يسجل بداية انطلاق تشغيل سلسلة طويلة من الوحدات العلاجية على امتداد سنوات. والكاتب، المتخصص في جراحة العظام والكسور، يعرف جيدا شريكه الجامعي، فقبل أن يسير المركز الاستشفائي الجامعي، فقد كان نائب عميد كلية الطب والصيدلة. ووعيا منه بالتزام الامتياز وبصفته مسيرا متمرسا، فقد سطر المستقبل بإرادة قوية في تدعيم المؤسسة الجديدة وبطموحات أكيدة.

ويتشكل المركز، الذي يتوفر على طاقة استيعابية إجمالية تصل إلى 673 سريرا موزعا على 35 مصلحة استشفائية، من أربع مستشفيات :

- مستشفى الاختصاصات ؛
- مستشفى الأم والطفل ؛
- مستشفى الصحة العقلية والأمراض النفسية ؛
- مستشفى الحسن الثاني للأنتكولوجيا.

وبشكل مواز، يضم المركز مصالحي ذات طابع تقني، كمصلحة الأشعة والمختبر المركزي والصيدلية المركزية، التي تتوفر على آليات ومعدات ذات تقنية عالية تضاهي ما تتوفر عليه كبريات المستشفيات العالمية (صيدلية أوتوماتيكية، جهاز القسطرة، التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM)...) .

تفعيل تدريجي للمنشآت

نظرا لحجم وخصوصية المراكز الاستشفائية وحفاظا على سلامة المرضى، اعتمد المركز



المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس - وجدة
ΤΣΣ.Ο.Ι. ΒΟΧΙΤΕ ΕΣΑ.ΕΛΛ. ΛΙΘ. ΘΕΣΣ - Μ.Ι.Α.
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE MOHAMMED VI - OUJDA

السادس يتمتع بالاستقلال المالي والإداري، ويسيره مجلس إداري يحدد توجهاته الأساسية وأولوياته في إطار المهام الأساسية المسندة إليه والمتمثلة في :

- الرعاية الطبية ؛
- التكوين ؛
- البحث العلمي ؛

• دعم عمل وزارة الصحة في مجال الصحة العمومية.

يعد المركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بوجدة الذي قام صاحب الجلالة، نصره الله، بتدشينه يوم 23 يوليوز 2014، معلمة عمرانية بامتياز تنتمي إلى الجيل الجديد للمستشفيات وصرحا صحيا مهما من شأنه تعزيز العرض الصحي وتسهيل الولوجية للعلاج بجهة الشرق التي يقارب عدد سكانها 2 400 000 نسمة مقسمين على عمالة و7 أقاليم.

وسيساهم هذا المركز أيضا في تحسين ظروف التكوين والبحث العلمي لطلبة كلية الطب والصيدلة بوجدة، كما يشكل رافعة مهمة للتنمية الاقتصادية والاجتماعية لجهة الشرق نظرا لحجم الاعتمادات المالية التي رصدت لبنائه وتجهيزه، وكذا لدوره في استيعاب مئات من الأطر ذات التأهيل العالي وعدد وافر من اليد العاملة المؤهلة.

وباعتباره مؤسسة عمومية ذات صبغة اجتماعية، فإن المركز الاستشفائي محمد



معلمة معمارية حديثة في خدمة الصحة

فمن المفترض أن يتحقق في العرض الصحي بجهة الشرق نوع من التكامل بين المركز الاستشفائي الجامعي والمتدخلين الآخرين من القطاع العمومي (المركز الاستشفائي الجهوي، المستشفيات الإقليمية، المراكز الصحية بالجهة) والقطاع الخاص.

منذ التدشين، عملت إدارة المركز الجامعي على الانفتاح على باقي الفعاليات الجهوية من جماعات محلية ومؤسسات خاصة وعامة ومجتمع مدني. بل ودخلت في شراكات متميزة كلت أغلبها بالنجاح، من بين أهمها اقتناء جهاز سكانير لمستشفى الأنتولوجيا في إطار المبادرة الوطنية للتنمية البشرية

واقترناء برنامج معلوماتي للاستقبال والتوجيه (وكالة تنمية أقاليم الشرق) وبناء فضاء للراحة لصالح مرتادي المستشفى.

وسعى منها للرفع من جودة الخدمات الصحية وكذا تشجيع البحث العلمي، سطرت إدارة المركز الجامعي برنامجا طموحا يتمثل في العديد من المشاريع الهيكلية ونذكر منها على الخصوص:

- تشييد مركز جهوي للسرطان بمعايير جودة عالمية (بالقرب من

(SAMU 05) بالمركز الجامعي في يناير 2015.

وشكل إدخال المروحية الطبية لإنقاذ حالات استعجالية وبالمناطق صعبة الولوج بجهة الشرق والمناطق المجاورة لها تطورا نوعيا في هذا المجال، حيث تم تسجيل 46 تدخلا بالمروحية سنة 2016.

ويواجه المركز بعض الإكراهات أهمها عدم احترام مسالك العلاجات وعدم وضوح المهمة الأساسية للمراكز الاستشفائية لدى المواطنين، هذه المهمة التي تتمثل في تقديم علاجات من المستوى الثالث بالأساس، موازاة مع البحث العلمي والتكوين.



المروحية الطبية : 46 تدخلا سنة 2016

إستراتيجية الافتتاح التدريجي للمصالح التابعة له، حيث كانت مصلحة الأشعة أولى المصالح المنطلقة في العمل.

وتوالى بعد ذلك افتتاح باقي المصالح الاستشفائية : مركز الفحوصات، المختبر، ثم المركب الجراحي والمصالح الاستشفائية لمستشفى الأم والطفل، ومستعجلات هذا المستشفى، ثم باقي المصالح.

وبالنسبة لمستشفى الصحة العقلية والأمراض النفسية، تم أولا افتتاح مصلحة النساء ومصلحة المستعجلات، ثم تلتها بعد ذلك مصلحة الرجال، ثم مصحتين، واحدة للنساء وأخرى للرجال. كما يتوفر المركز الاستشفائي

على موارد بشرية هامة تتكون من أساتذة التعليم العالي في الطب وأطباء مقيمين وداخليين وأطر شبه طبية وأطر إدارية وتقنية فضلا عن أعوان الشركات الخاصة للمناولة، وبهذا يوفر المركز حوالي 1 000 منصب شغل مباشر.

وسائل استثنائية للتكفل بالحالات الاستعجالية

في إطار التكفل بالحالات الاستعجالية، تم إلحاق مصلحة المساعدة الطبية الاستعجالية

- خلق مركز متكامل للعلاج الشامل للرضوض والكسور وإعادة التأهيل ؛
- إنشاء المركز الجهوي لتحاقن الدم، بشراكة مع وزارة الصحة ؛
- تطوير البحث العلمي بشراكة مع كلية الطب والصيدلة بوجدة، وجامعة محمد الأول بوجدة وكذا من خلال شراكات دولية.

ويبقى المركز الاستشفائي الجامعي، إلى جانب المشاريع التنموية الأخرى التي تضمنها الخطاب الملكي لـ 18 مارس 2003، تحقيقا للرؤية المتبصرة لصاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله لجهة الشرق وفاعلا مهما في إشعاع جهة الشرق التي هي البوابة الشرقية للمغرب.



مركز التصوير بالأشعة من بين أولى الإنجازات

الوزاري رقم 377.16 منذ 8 فبراير 2016 لزرعة الأعضاء والأنسجة ؛

- مشروع التنمية المستدامة، حيث يطمح المركز اعتماد الطاقات المتجددة وجعله «مؤسسة مسؤولة بيئيا»، كما يعتمد التدبير المفوض للنفايات الطبية وشبه الطبية من أجل تسيير أنجع لهذه النفايات ؛

- اعتماد المواكبة الطبية عن بعد من أجل التنسيق والتعاون بين مختلف المراكز الصحية بجهة الشرق في الميدان الطبي والجراحي، وكذا تقاسم التجارب مع مراكز استشفائية وطنية ودولية ؛

مستشفى الاختصاصات ومستشفى الأم والطفل) بشراكة مع مؤسسة للاسلى للوقاية وعلاج السرطان (تم وضع حجر الأساس يوم الخميس 18 ماي 2017 من طرف صاحبة السمو الملكي الأميرة للاسلى) ؛

- تشييد مركز فحوصات مستقل عن بناية مستشفى الاختصاصات من أجل أنسنة الخدمات لفائدة المواطنين (بشراكة مع مجلس جهة الشرق) ؛

• مشروع زراعة الأعضاء والأنسجة، حيث تم خلق لجنة التبرع بالأعضاء والأنسجة، وأصبح المركز الجامعي معتمدا بالقرار

في سنة 2016، المركز الاستشفائي لوجدة في أرقام

- 1,2 مليار درهم مستثمرة للبناء والتجهيز ؛
- 673 سرير ؛
- 947 مستخدم، منهم 124 طبيب، و654 ممرض، و137 تقني و32 إداري.

الأنشطة

- 658 15 ولوج ؛
- 459 124 يوم استشفاء ؛
- 922 9 استشفاء مرورا بالمستعجلات و900 56 عبور ؛
- 461 309 نداء استقبلته مصلحة المساعدة الطبية المستعجلة، التي أدت إلى 3 062 نقل مضبوط و46 تدخل بالمروحيات ؛
- 159 88 استشارة طبية ؛
- 967 15 جلسة للعلاج الإشعاعي ؛
- 576 3 التصوير بالرنين المغناطيسي ؛
- 622 2 تصوير بالصدى ؛
- 611 387 فحص بيولوجي ؛
- 389 7 تدخل أنجز في غرفة العمليات ؛
- 236 1 جلسة لغسيل الكلي ؛
- 892 5 فحص وظيفي.

الموارد

- 126,5 مليون درهم، منها :
- 95,7 مليون درهم من نظام المساعدة الطبية (راميد) ؛
- 30,8 مليون درهم عبر الأداءات المباشرة والمساعدة الطبية الإجبارية (أمو) (24%).



قاعات مجهزة وفق أحسن المعايير

تكوين المساعدين الطبيين استثمار من أجل التطور

فاطمة الزهراء مباركى
مديرة المعهد العالى لمهن التمريض وتقنيات الصحة لوجدة



الكاتبة تؤكد أن الأمر يتعلق بعمال «الصف الأول»، وخاصة بالمناطق التي ما زالت معزولة على نحو كبير. فبدون هؤلاء، ليس هناك ارتقاء بجودة العلاجات ولا بحجم الخدمات المقدمة.

ويمثل إنشاء المعاهد العليا لمهن التمريض والتقنيات الصحية استجابة لهذه الحاجيات الجديدة : فهي تتسجم مع التطلعات والسياقات الجديدة. ومعهد وجدة هو خير مثال.

للمزيد من الاستثمار في تكوين المرضات وتدعم استعمالا أفضل لكفاءاتها. بالمغرب، ورغم جهود تكوين المستخدمين والتي مكنت من الرفع للموس للأعداد، فإن وضعية الموارد البشرية تظل في حالة نقص كمي ونوعي ملحوظ، مما جعل المغرب من بين الـ 57 دولة التي تشكو من خصائص حاد في العمالة الصحية. وإذا كانت المناصب المالية التي منحتها وزارة الصحة في ارتفاع خلال السنوات الأخيرة، فإن عددها يبقى قليلا جدا بالمقارنة مع الحاجيات. ويضاعف توسع عرض العلاجات وخاصة على مستوى المستشفيات، أكثر هذا النقص، الذي يقدر سنة 2016 بأكثر من 6 000 طبيب و9 000 ممرض. وقد انتقلت كثافة مجموع الأطباء (قطاع خاص وقطاع عمومي) من 0,43 إلى 0,62 لكل 1 000 نسمة بين 1999 و2010، في حين أن كثافة المرضين ارتفعت من 0,89 إلى 0,97. وهذه الأرقام تظل ضعيفة بالمقارنة مع دول مماثلة اقتصاديا ومع معايير المنظمة العالمية للصحة بالنسبة لمنطقة البحر الأبيض

المستوى حول التشغيل بقطاع الصحة والنمو الاقتصادي توصي بالاستثمار في العاملين في ميدان الصحة، وخاصة في سلاسل المهنيين الموجهين للمناطق ناقصة الخدمة. وهي توضح بأن التشغيل في مجال الصحة هي مقاربة حاسمة لبلوغ أهداف التنمية المستدامة : فالموارد البشرية هي محرك التقدم في مجال الصحة (أهداف التنمية المستدامة 3) ومن أجل وظائف كريمة، والسلامة العالمية والنمو الاقتصادي الشامل (أهداف التنمية 8)، وكذا فرصة لبلوغ التغطية الصحية للجميع والتقدم نحو أهداف أخرى للتنمية المستدامة، وخاصة «المحددات الاجتماعية للصحة». وهكذا، فإن المجلس العالمي للمرضين، ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والمنظمة العالمية للصحة، تدعو الدول

تمثل الموارد البشرية قوة حية وعاملا حقيقيا للإصلاحات بالنسبة للنظام الصحي المغربي. فالمعارف، والكفاءات، والقيم وسلوك المهنيين ترهن بشكل شبه تام نتائج الأعمال التي يتم القيام بها في القطاع. وهكذا، فإن مردودية وتفاعلية النظام ترتبط بتوفر الأشخاص بالعدد والنوعية المرضية. وترتهن تغطية الخدمات العلاجية بمستخدمي «الصف الأول» : أطباء الطب العام، ولكن بالخصوص المرضين والقابات، والذين يعتبرون قطب الرحي لقطاع الصحة، ونقطة الاتصال الأولى مع الساكنة القروية بالمناطق المعزولة. وفي هذا الاتجاه، فإن اللجنة رفيعة



المتوسط : 1,14 و 1,61 على التوالي. والمشكل لا ينحصر في الأعداد غير الكافية. فهو يتعلق أيضا بانعدام الإنصاف في ما بين الجهات وداخل الجهة نفسها في توزيع هذه الموارد. ففي 2016 :

- كانت نسبة السكان لكل ممرض تختلف من 546 إلى 1 494 (1 089 بالنسبة لجهة الشرق مقابل نسبة وطنية متوسطة تبلغ 1 173) ؛

- وكانت نسبة السكان لكل طبيب تبلغ في المتوسط الوطني 1 684، مع تغطية أحسن بجهتي الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة (على التوالي 1 089 و 1 117)، علما بأن جهة الشرق تقع في الرتبة السابعة بـ 2 169 ساكن لكل طبيب.

تكوين المساعدين الطبيين في مواجهة تحديات النظام الصحي

أقر دستور 2011 الحق في الصحة. وهذا الوضع يتطلب تحديث القطاع الذي اشتغل دوما في مناخ متحول وملء بالتحديات. وتستمر التغيرات الديمغرافية والوبائية في تشكيل طلبات جديدة على نظام العلاجات. كما أن المواطن يطالب أكثر فأكثر بالحق في إجابات مناسبة لحاجياته.

وبشكل مواز، فإن تعقيد الصحة والعلاجات، والتطور العلمي والتكنولوجي، المرتبطين بانتظارات مقدمي الخدمات الصحية، تدفع بنيات التكوين إلى التطور، والابتكار وإلى التكيف باستمرار، وربما يبني روح تفاعلية، من اليقظة والاستباقية، من أجل إنتاج مهنيين قادرين على رفع هذه التحديات.

في البداية، كان تكوين المساعدين الطبيين بالمغرب يتطور ببطء، ويفتقر إلى الوضوح، والتموقع وكذا إلى أفق. وخلال فترة الحماية، لم يكن التكوين مهيكلا وكافيا. وبالتالي، فإن الموروث في ميدان التكوين وأعداد مهنيي الصحة كان ضعيفا وغير مناسب لحاجيات الساكنة المغربية. وقد كانت غالبية الأطر أجنبية وإذا قابلة لمغادرة المملكة.

وقد أصبحت المؤسسات الدولية تدافع بقوة على ارتقاء وتثمين أفضل لمدارك الممرضين وتنصح بالمراهنة على كفاءة المساعدين الطبيين للاستجابة للتحديات الكبرى للصحة العالمية : فعلى الأنظمة الصحية أن تستثمر في خبرة الممرضين بالنظر لتعقيد حاجيات السكان الصحية، وللتوسع السريع للمعارف والتكنولوجيات التي أصبحت تتطلب إعادة تنظيم هذه الأنظمة وتوسيع الأدوار المهنية. وقد أظهرت الممارسة التمريضية المتقدمة إعادة تحديد الأدوار. وهي تشير إلى أن نسبة أمثل للممرضين المكونين في مستويات عالية تقلص من التكاليف المرتبطة بالحوادث والأحداث غير المرغوبة، التي تقدر بـ 10% من مصاريف الصحة لكل بلد، حسب المنظمة العالمية للصحة. ومن هنا، فإن الرفع من مستوى تكوين المساعدين الطبيين على الصعيد الجامعي يشكل اختيارا نيرا، يحمل تغيرا حقيقيا للعلاجات من شأنه أن يطبع هذا العصر، مما دفع العديد من الدول ومنها دول عربية إلى اعتماد المستوى الجامعي بالنسبة للتكوين شبه الطبي.

لقد التأمت الجمعية العامة للأمانة العالمية لمرضات وممرضي الفضاء الفرنكفوني بمراكش في 9 يونيو 2009 برسم المؤتمر العالمي الرابع بحضور 1 400 ممرض من 25 دولة فرنكفونية، وتبنت موقفا رسميا حول رهانات التكوين الجامعي في شعبة كاملة من علوم التمريض. ووعيا منها بهذا

الرهان، خصصت وزارة الصحة المزيد من الاهتمام للتحسين الكمي والنوعي للدراسات شبه طبية وإلى الارتقاء بالمهنة في إصلاح 2013، التي انطلق مسلسلها منذ عقد من الزمن. وقد تجسد هذا الخيار، تبعا للالتزام السياسي والمؤسسي وتعبئة الهيئات النقابية والجمعية، بمنح الصفة الجامعية للدراسات شبه الطبية وتحويل نظام معاهد تكوين الأطر العليا إلى معاهد عليا لمهن التمريض وتقنيات الصحة، وهي مؤسسات للتكوين العالي. ووفقا للقانون 01.00 المنظم للتعليم العالي، تعد وتسلم هذه المعاهد شهادات وطنية منظمة حسب آلية إجازة - ماجستير - دكتوراه. وقد أدخل هذا الإصلاح تغييرات على كل المستويات يمكن تلخيصها كالتالي :

- تعزيز الإطار التشريعي والتنظيمي للمعاهد العليا لمهن التمريض وتقنيات الصحة ؛
- وضع تخريط لهذه المعاهد وفق التقسيم الإداري للمملكة (23 معهدا، منها 10 معاهد-مقر يرتبط بها 13 معهدا) ؛
- تأهيل المعاهد عن طريق إعادة التهيئة أو البناء ؛
- تعزيز وسائل تسيير هذه المعاهد بتعيين المدير في المجلس الحكومي ومأسسة مجلس المؤسسة ولجن التسيير ؛
- تعزيز دور المعاهد التي ينبغي أيضا أن تطور التكوين المستمر، والبحث العلمي والتكنولوجي التي تيسر تنمية مهنة التمريض وتقنيات

المعهد	الشعبة	الاختيار
وجدة	تقنيات الصحة	قابلة
		تقني في الأشعة
	التمريض	تقني مختبرات
		معد صيدلي
الناظور	الترويض والتأهيل الطبي	ممرض تخصص عام
		ممرض في التخدير والإنعاش
	ممرض في المستعجلات والعلاجات المكثفة	
تمريض	قابلة	ممرض في الصحة العقلية
		معالج بدني
		ممرض تخصص عام

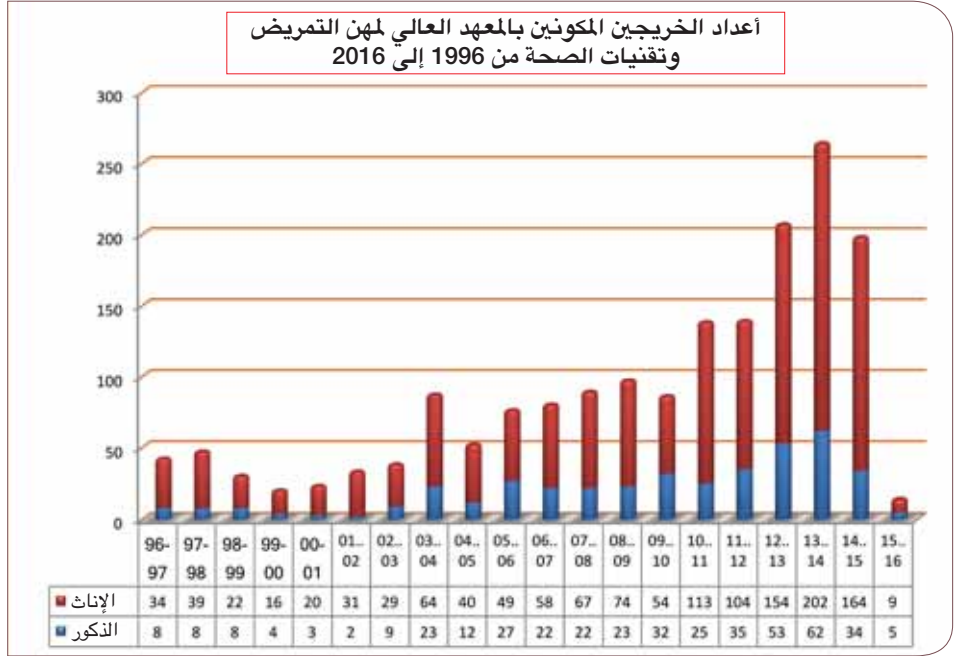
وقد أحدثت المؤسسة سنة 1951 تحت تسمية «مدرسة الممرضات». وانطلقت في تكوين مساعدي الصحة الحاصلين على دبلوم الدولة سنة 1974. وانطلاقا من 1993، أصبحت المدرسة تسمى «معهد التكوين في مهن الصحة». وقد كان المعهد يضم آنذاك شعبتين: ممرضين تخصص عام وقابلات. وفي سنة 2002، عرف المعهد أهم إعادة بناء وتوسعة مكنت من فتح العديد من الفروع في السلك الأول:

- ممرض في التخدير والإنعاش سنة 2005؛
- معالج بدني سنة 2007؛
- تقني في الأشعة سنة 2008؛
- تقني مختبرات وتقني في الأمراض العقلية سنة 2010.

أما الشعب التي افتتحت على مستوى السلك الثاني، فهي:

- حارس مصالح الصحة سنة 2010؛
- التعليم شبه الطبي سنة 2012.

مع مرسوم 30 شتنبر 2013، استبدل معهد التكوين للمهن الصحية بالمعهد العالي لمهن التمريض وتقنيات الصحة لوجدة. وقد عرف هذا المعهد دخول شعبتين: «العلاجات الاستعجالية والعلاجات المكثفة» و«معد صيدلي»، على التوالي في فبراير وشتنبر 2014. ويُدرس المعهد حاليا تكويننا في سلك



على دبلوم الدولة بعد تكوين لمدة ثلاث سنوات بمعاهد تكوين الأطر العليا.

تقديم للمعهد العالي لمهن التمريض وتقنيات الصحة لوجدة

معهد وجدة معهد مقر يرتبط به معهد الناظور. ويُترجم تطوره تطور التكوين شبه الطبي، وخاصة منذ 2005 بعد أشغال البناء وإعادة التهيئة التي استفاد منها. وهو يؤكد أيضا التزام المسؤولين للرد الإيجابي على متطلبات السياسة الوطنية ولحاجيات سكان الجهة، عبر توفير عاملين مؤهلين وأكفاء في مختلف مجالات التمريض والتوليد وتقنيات الصحة.

الصحة، وتجديد الممارسات التمريضية وتقنيات الصحة، وتنظيم الخدمات والعلاجات التمريضية وإنجاز خبرات مرتبطة بميادين التمريض وتقنيات الصحة؛

- هندسة بيداغوجية جديدة (اعتماد نظام الوحدات، توظيف أساتذة مساعدين، مراجعة المقاربات، اعتماد الشعب، الخ)؛
- تعبئة شراكات مع مؤسسات التعليم العالي الوطنية والدولية من أجل تنمية البحث وغيره.

مؤسسات التكوين : موفر كبير لفرص التشغيل

من 1956 إلى 2015، قامت مدارس ومعاهد تكوين مساعدي الصحة بتكوين أزيد من 78 000 شخص (الجدول المرفق). وستتم مراجعة هذا الرقم نحو الأعلى لأن وزارة الصحة التزمت بتكوين 3 000 طالبا سنويا في المعاهد العليا لمهن التمريض وتقنيات الصحة.

وقد كانت الأصناف المكونة إلى غاية 1993 هي مساعدي الصحة الحاملين لشهادة، ومساعدي الصحة الحاملين لدبلوم الدولة، ومساعدي الصحة الحاملين لدبلوم الدولة المختصين، ثم الممرضين الحاصلين على دبلوم دولة من الدرجة الثانية والأولى منذ سنة 1994. ومع ذلك، فقد التحق عدد من مساعدي الصحة من الصنفين الأولين بهيئة الممرضين الحاصلين



التبادل من أجل المزيد من الفعالية،
شعار الملتقى السنوي الصحة الإفريقية
(AFRISANTE)

العديد من الملتقيات التي أصبحت سنوية بالمغرب تمكن مهنيي الصحة بالقارة من الالتقاء وتبادل المعلومات والخبرات. وأشهر هذه الملتقيات، والذي عقد دورته الرابعة بمراكش في مارس 2017، هو دون شك ملتقى الصحة الإفريقية (AFRISANTE)، تحت رعاية وزارة الصحة المغربية. وقد قدم 25 مندخا خلال يومين من الأشغال المكثفة إسهامات تمنح رؤى متقاطعة، غالبا ما تكون مسائلة، لـ 200 مشارك قادم من 20 دولة. وأغلب المشاركين من إفريقيا، لكن قوة الشراكات المقامة، التي هي غالبا تاريخية، والبحث عن منافذ تجارية جديدة أو الرغبة في تبادل الممارسات الجيدة التي جربت في أماكن أخرى، تجلب جنسيات أخرى إلى هذا الحدث.

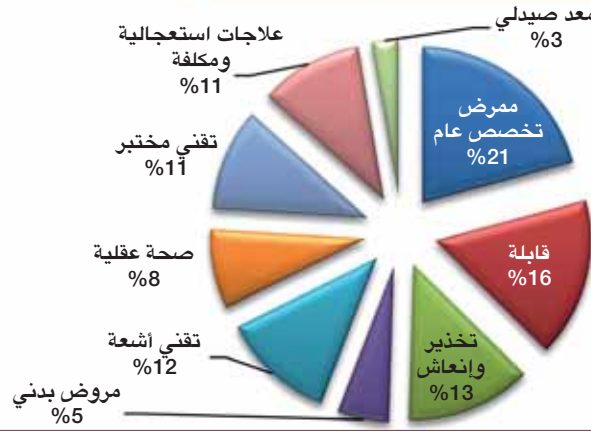
من البرمجة الإستراتيجية إلى الإنجاز الفعلي، وحتى التسيير، العديد من الخبراء سيتدخلون أحيانا... أو يتوالون دون أن يلتقوا البتة. والقرارات المؤسساتية والسياسية ستلعب أيضا دورها الذي يكون غالبا حاسما. كل هذه الكفاءات وهذه الإرادات تتحاور في إطار المنتدى.

والقرارات المتضاربة أحيانا، والإشكاليات المطروحة للجميع أو تقريبا، غالبا بصيغ متقاربة، تصدر هنا مع رغبة في بلورة حلول فاعلة مرادفة للتقدم وتقاسم أفكار من أجل المستقبل تساهم في تقدم القضية النبيلة للصحة العمومية في دول القارة. ومسؤولو أنظمة الصحة والمهنيون يواجهون في كل مكان سياقات معقدة لكونهم مكروهون بسبب المنطق المالي، ومضعفون نتيجة هروب الأدمغة، ومحدودون بالصعوبات الاقتصادية للسكان.

وكل منتدى جديد للصحة بإفريقيا يسجل التطورات المحققة ويفتح أفاقا جديدة.

مقال لهيئة التحرير

توزيع أعداد الطلبة خريجي المعهد العالي لمهن التمريض
وتقنيات الصحة لوجدة - السنة الجامعية 2016-2017



العدد الإجمالي = 711

الجامعي. وقد بلغت نسبة التوظيف في القطاع العمومي 100% بالنسبة للممرضين تخصص عام لمعهد وجدة، أكثرهم بجهة الشرق. والأمر مختلف قليلا أو كثيرا بالنسبة للتخصصات الأخرى. غير أن عددا من الخريجين يعملون بصورة غير نظامية بالقطاع الخاص، في انتظار أن يتم قبولهم في القطاع العام.

خاتمة

أثار تكوين مقدمي خدمات العلاج، ومن بينهم العاملون في المساعدة الطبية كبير اهتمام أصحاب القرار بقطاع الصحة، الواعين بالمهمة الضرورية التي ينبغي أن تقوم بها مؤسسات التكوين لتوفير الموارد البشرية المؤهلة والمخلصة والساعية إلى تجسيد السياسة الصحية للمملكة. وقد شكل تدعيم مؤسسات التكوين أولوية في الإستراتيجية القطاعية 2012-2016.

ومن جانب آخر، يندرج إصلاح المعاهد العليا لمهن التمريض وتقنيات الصحة في إطار ورش شمولي لتحديث النظام الصحي المغربي. وهو يشكل تحديا حقيقيا بالنسبة لهذه المعاهد وورشها كبيرا للتغيير الذي يجب أن يؤثر إيجابا على جودة التكوين المقدم، وبالتالي تحسين تموقع المهنة. كما أن هناك عمليات أخرى جارية من أجل الارتقاء بمهنة الممرضين وتقنيي الصحة : مراجعة نظام مرضي وزارة الصحة وإحداث هيئة للمهن شبه الطبية.

الإجازة في 9 خيارات تابعة لثلاث شعب. ومن المقرر اعتماد سلك الماجستير خلال السنة الجامعية 2017-2018.

لقد عرفت أعداد طلبة وخريجي معهد وجدة ارتفاعا ملحوظا منذ 2004 بعد تدعيم طاقة الاستقبال وخاصة بعد إدراج تخصصات أخرى استقطبت بشكل أفضل الشباب الحامل للباكالوريا بالجهة. وبالنسبة للسنة الجامعية 2016-2017، تم تسجيل 711 طالبا، منهم 73,4% من البنات. وستعرف هذه الأعداد دون شك ارتفاعا بالنظر لـ :

- الإستراتيجية الوزارية لفائدة زيادة طاقة الاستقبال ؛
- توسعة مرافق المعهد بوجدة والتي توجد في المرحلة النهائية ؛
- سوق الشغل الذي أصبح اليوم واعدة للغاية ؛
- وخاصة، التثمين الكبير لشهادات المعهد والأفاق الواعدة جدا (الماجستير، الدكتوراه، تنمية البحث، التقدم نحو صفة أستاذ التعليم العالي بالنسبة للمدرسين بالمعاهد العليا لمهن التمريض وتقنيات الصحة).

يوفر الارتقاء بمستوى التكوين وبأعداد خريجي معهد وجدة لجهة الشرق الموارد البشرية المؤهلة في مختلف التخصصات، والقادرة على تقديم العلاجات الصحية الجيدة. وإلى حد الساعة، فإن مجموع الخريجين يختارون العمل بالقطاع العمومي للدولة، وثانيا، بالمركز الاستشفائي



عرض جديد للعلاجات يتم بناؤه بجهة الشرق، لفائدة المصابين بحروق وللتشبيب، وهما موضوعان مرتبطان. الدكتور بورا، الجراح التجميلي يعمل في هذا الميدان ويفكر في «السياحة الطبية» كعامل للتنمية.

نعم، أو من بذلك، حيث لا أحد يضايق الآخر... إن «السياحة الطبية» ستتطور لأنها تقدم حولا. وينبغي أن نستلهم من تقنيات التسويق من أجل تسهيل الولوج إلى ميادين كانت سابقا صعبة المنال.

50 مليار دولار!

حسب الخبراء، إنه الحجم الاقتصادي الحالي لسوق «السياحة الطبية»، بزيادة سنوية تقدر بـ 10% سنويا. إنه رقم كبير.

وقد خصصت معارض Africa Medical Tourism Expo لتنمية وتشجيع العرض القاري في هذا المجال. وهي تجمع الخبراء والفاعلين الرئيسيين للقطاع. وقد استقبلت مراكش، التي تجمع بين جودة الأرضية الطبية (التجهيزات والمستخدمون) والجازبية السياحية (مع طاقة استقبال فندقية مثالية)، دورة 2017 للمعرض، من 22 إلى 24 مارس الأخير، تحت عنوان ملفت «من أجل إحداث أنظمة إيكولوجية للسياحة الطبية بإفريقيا»

وقد بلغ الحدث هدفه: فالعرض الإفريقي أصبحت له واجهته. فبالنسبة لجهة مراكش-أسفي، إنها فرصة لا تعوز. وبالفعل إنه ميدان للتنمية يواكبه المركز الجهوي للاستثمار. وجهة الشرق تحافظ على حظوظها شريطة الانتظام على شكل أقطاب، وأن تقرض نفسها عبر جودة العلاجات (المستوى العالي للتجهيزات وللفاعلين) وأن تصبح وجهة طبية معروفة بهذا الخصوص. وتعتبر الأخلاقيات، والمسؤولية، والجودة والتسويق المكونات التي ينبغي تفعيلها بصورة تآزرية.

وكما هو الأمر بالنسبة لكل سوق جديدة في تطور سريع، فإن توحيد المعايير وضبط لا نزاع حوله مبني على مراقبة مطلوبة، ستكون ضمانات ضرورية لإقامة صورة وصيت ملائمين. أما بالنسبة للبعد السياحي، وتنوعه وكذا مراكز اهتمامه، فجهة الشرق تتوفر على ما يمكنها من فرض حضورها.

مقال لهيئة التحرير

علاجات طبية نوعية وضمانات معدة وفق مهارات خاصة. ومن هنا تبرز أهمية تجميع الكفاءات والوسائل الضرورية في مكان واحد، أي في مركز متخصص. والنتائج المرضية، والسريعة والتكفل الناجع يفترض أطرا مؤهلة ومكونة لمواجهة خصوصيات هذه المشاكل.

بوجدة، يتطور الطلب بصورة منطقية مع النمو السكاني، ولكن أيضا مع ارتفاع المخاطر المرتبطة باستعمال المواد الكيماوية الجديدة والتي غالبا ما يجهل أثرها على الجلد. فبالنسبة لجهة الشرق، أضى إحداث مركز متخصص إذا أمرا ضروريا.

هل تبلغون حد تشجيع عرض في إطار عملية تحفز ما يسمى السياحة الطبية؟

سوف نقترح عرضا ملائما للجهة من أجل سد النقص الموجود بكل الوسائل الممكنة لمعالجة الحالات بشكل مرضي. إن «السياحة الطبية» عرض طبي خاص، منظم من أجل مزج الاستفادة مع المتعة والعمل ضمن شروط من الراحة ودون أي توتر. ومن أجل عرض جديد للسياحة الطبية بوجدة، ينبغي إيجاد صيغ يمكن أن تغري المرضى المغاربة وحلول اقتصادية جيدة بالنسبة للسياحة المحلية مع إمكانية الاستفادة مرضانا من الخدمات الضرورية لشفايتهم. وتنمية هذه الأمور وارد بالجهة، اعتبارا لإمكانياتها السياحية، ويمكنها أن تتم بطريقة ذكية لكي يستفيد منها الجميع. وقد تشجع تنمية «السياحة الطبية» الولوج إلى الخدمات المختصة للأشخاص المصابين بحروق وتمكن من تطوير التكفل بتشبيب البشرة بشكل أشمل.

بشكل أعم، هل تؤمنون بالنموذج الاقتصادي لتنمية عرض العلاجات بالجهة المستند جزئيا على هذه «السياحة الطبية»؟

ما هي نوعية الخدمات المقدمة حاليا بوجدة؟

نعالج مسألة التشبيب بشكل عام. والأمر يبدأ من الحماية الغذائية ذات غاية تشببية، إلى استئصال الفأض الذهني، أو إلى الشفط، مرورا بالرعاية التجميلية، والتدليك، أو أيضا التمارين الرياضية. ويمكن ممارسة التقنيات المتعددة سواء بالمستشفى أو بالمصحة.

هل هناك منطوق اقتصادي بخصوص تنمية عرض للعلاجات بوجدة في مجال التجميل وترميم الأضرار الناجمة عن الحروق؟

العرضين مرتبطين لأن الاثنين نادرين، ويتطلبان مستوى عالي من التأهيل، كما أنهما متكاملين في التكفل بالأضرار الناجمة عن الحروق. وهكذا، فإن معالجة الحروق تبدأ بإصلاح المشاكل الوظيفية - وهو علاج في جزء كبير منه جراحي - ويواصل بالتكفل بالمشاكل الجمالية. وهنا أيضا، تطورت التقنيات الجراحية كثيرا، مع طرق جديدة لاستعمال جلد البشرة تسمح بمعالجة مساحات محروقة ممتدة.

وهذا الإجراء التقني يتمثل في زرع جلد محصل عليه من مناطق غير محروقة. ولكن مساحيق التجميل هي أيضا نافعة جدا للتكفل بآثار الحروق. وهي عملية تنجز من طرف أشخاص مختصين، وعاليي التأهيل، ومكونين لتطبيق تقنيات دقيقة جدا. إن الأمر يتعلق هنا بتخصصات مهنية دقيقة.

هل ستقومون باستقطاب مرضى من جهات أخرى أو من الخارج؟

مراكز معالجة الحروق غير منتشرة حاليا. وهذه العلاجات تتطلب مجموعة من الوسائل غير المعروفة كثيرا، ولا مجهزة في مراكز متخصصة. ويتطلب التكفل بالحروق في مرحلتها الحادة

جهة الشرق تقدم حصيلتها في ميدان الصحة

الدكتور محمد اعمارة
رئيس هيئة الأطباء بجهة الشرق



يتوفر رئيس الهيئة على نظرة شاملة حول الجهاز الطبي بالجهة. فخبيرته تنبع من تمرسه الطويل، وتفكيره الذي يغذيه من أحسن المصادر. واستنتاجاته ترسم علامات دهشة واستفهام : فالمغرب ليس فقط في الصفوف المتخلفة من حيث التغطية الصحية، بل إن السياق ليس ملائماً له على صعيد الاستثمار، وعلى الأقل بجهة الشرق. فالولوج إلى العلاجات هو حقا محط تساؤل.

الحويصلة. لكن الآن، بفضل الله، يمكن التكفل بأزيد من 95% من الأمراض بجهتنا، نتيجة نمو العرض الصحي على مختلف المستويات : الخاص، والعام والجامعي. وعلى سبيل المثال في ميدان طب السرطان، وإلى جانب المشروع الضخم لمؤسسة للا سلمى، هناك مشروعين خاصين قيد الإنجاز بوجدة، يسهلان مسار المريض.

إن جهتنا بالنظر إلى مواردها الاقتصادية وبالنظر لنموها أصبحت أقل جاذبية يوما عن يوم للأطباء الذين يفضلون الاستقرار في المدن الكبرى أو أحيانا يبقون بالخارج ويختارون عدم الرجوع إلى الوطن بسبب الظروف المغربية التي تقدم لهم هناك.

وعلى مسؤولينا أن يأخذوا بعين الاعتبار هذا العنصر لمحاولة تحسين جاذبية جهتنا، كما يتم بالنسبة للاستثمارات الصناعية، خاصة عبر تحسين جودة الحياة وعبر تحسين المساطر.

الحسن الثاني بظهير رئيس المجلس الوطني للهيئة ورؤساء المجالس الجهوية. وقد كان يتم تنصيب أطباء المجلس منذ البداية إما بالاختيار وإما بالتعيين، لكنه منذ القانون الجديد 13-131، فكل الأعضاء ينتخبون بالاقتراع العام من طرف الزملاء. وقد تمت الانتخابات الأخيرة في 22 يونيو 2014. وقد لاقت نجاحا كبيرا. وقد بلغت المشاركة في جهة الشرق المغربية، 58% من 1074 مسجلا، التي انتخبت أعضاء المجلس الجهوي وكذا أعضاء المجلس الوطني.

نهاية العزلة الطبية وأسئلة الجاذبية

لقد شكلت إشكالية الصحة بالجهة نظرا للبعد الجغرافي عن المراكز الطبية الوطنية الكبرى دوما موضع نقاشات كبرى عند السكان. وفي وقت غير بعيد كنا نقوم بإرسال مرضانا إلى الرباط من أجل إجراء عملية بسيطة على

هيئة الأطباء مؤسسة يحكمها القانون الخاص، مكلفة بمهمة المرفق العام. وهي تدافع عن شرف واستقلال مهنة الطب، التي تمثلها لدى مجموع المجتمع. إنها المؤسسة الوحيدة التي تجمع وتوحد الأطباء مهما كانت أحوالهم، وأعمارهم، وكيفية ممارستهم واختصاصهم. والهيئة مكلفة بمقتضى القانون 13-131، بالسهر على الحفاظ على أخلاقيات مهنة الطب واحترامها من طرف كل الأطباء.

وهي الضامنة لجودة العلاجات المقدمة للسكان، وهي تعمل وتسهر يوميا على جودة وخاصة العلاقة بين المريض والطبيب والتي هي أحد العناصر المؤسسة لبرنامجنا. وترجع نشأة هيئة أطباء المغرب إلى سنة 1941 (ظهير 01 يوليوز 1941) وإلى ظهير آخر بتاريخ 07 ماي 1949 بتغيير القانون المؤسس لسنة 1941. وفي سنة 1985، عين المغفور له جلالة الملك

المصحات بجته الشرق

وهكذا، فإن جته الشرق تشتمل في المجموع على 610 سريرًا للاستشفاء بالقطاع الخاص.



وقد شهدت سنة 2016 إقامة مصحة خاصة واحدة بجته الشرق، مما يؤكد صعوبة إحداث وحدات جديدة تستجيب للمعايير التي تفرضها وزارة الصحة.

ينبغي التفكير في قانون للاستثمارات بالنسبة للمؤسسات الطبية الخاصة يأخذ بعين الاعتبار البعد الجغرافي، وجودة حياة طواقم العلاج، والمستوى الاجتماعي للمواطنين، دون إهمال سلامة المرضى، التي ينبغي أن تظل شرطًا لا نقاش فيه.

مؤشرات الموارد البشرية / الطاقم الطبي لسنة 2016	
293	عدد أطباء الطب العام للقطاع العمومي
281	عدد الأطباء الاختصاصيين للقطاع العام
(3)	ومنها أعداد أطباء مؤسسات الرعاية الصحية الأولية
196	عدد أطباء الطب العام للقطاع الخاص
319	عدد الأطباء الاختصاصيين للقطاع الخاص
22	عدد صيادلة القطاع العمومي
849	عدد صيادلة القطاع الخاص
19	عدد جراحي الأسنان للقطاع العمومي
237	عدد جراحي الأسنان للقطاع الخاص
2 165	عدد السكان لكل طبيب (كل التخصصات) للقطاعين (العمومي والخاص)
2 096	عدد السكان لكل طبيب (كل التخصصات) للقطاعين وللمراكز الاستشفائية

الأعداد والكثافة الطبية بجته الشرق المغربية

في تكفل جهوي أفضل بالصحة. وقد بعث نظام المساعدة الطبية (راميد) آمالًا كبيرة، لكن ظهر أن عدد المستفيدين يفوق بكثير الميزانيات التي رصدت لهذا النظام، مما يضع عقبات أمام تحقيق أهدافه. إن التغطية الصحية ورش يتطور حقا لكنه يبقى دون مستوى طموحات المواطن.

الكثافة الطبية والصحة العمومية

يضع الجدول الموالي مقارنة مبسطة (مجلة الأحداث المغربية - مارس 2013) بين مؤشرات الوضع الحالي للموارد البشرية والاستهلاك الطبي بالمغرب بالنظر لنفس المؤشرات التي أعدت في العديد من دول أوروبا وبعض دول القارة، ومنها ثلاثة أقطار مغربية :

البلدان	عدد الأطباء / 1 000 نسمة	مصاريف الصحة / مواطن (بالدولار الأمريكي)	مصاريف الصحة / الناتج الداخلي الخام %
فرنسا	3,06	4 691	3,5%
ألمانيا	4,08	4 668	12,1%
هولندا	2,92	5 593	9,5%
المغرب	0,6	148	5,5%
الجزائر	1,2	178	5,8%
تونس	1,19	238	7,2%
جنوب إفريقيا	0,77	649	8,2%

الوضعية الطبية بالمغرب تبدو إذا مقلقة للغاية، حتى بالمقارنة مع جيراننا الذين لهم مستويات نمو اقتصادي مشابهة.

وقد بذلت وزارة الصحة في السنوات الأخيرة جهودًا كبيرة من أجل بناء مستشفيات جديدة بجته الشرق (تاويرت، جرادة، أحفير)، لكن ندرة الموارد البشرية والطابع المشتت للسكن يحدان كثيرًا من وقعها وبالتالي من مساهمتها

الأقاليم							
المجموع	فجيج	جرادة	دريوش	تاويرت	بركان	الناظور	وجدة
524	8	6	16	23	78	155	238
771	60	55	48	54	82	115	357
80					-	-	80
13	2	1	-	-	1	2	7
1 388	70	62	64	77	161	272	682

الأطباء حسب الأقاليم والقطاعات



خاتمة

لقد عرف الطب بجهة الشرق المغربي خلال السنوات الأخيرة تحولات كبيرة بفضل إحداث بنايات جديدة عمومية وخاصة لا سيما بالمركز الاستشفائي الجامعي، والذي يزداد وقعه الإيجابي على صحة المواطنين تدريجيا. ويشكو الأطباء من نقص في التحفيزات التي من شأنها مساعدتهم على الاستثمار في محيط طبي دولي أصبح شديد التقنية، وجد مكلف، وذلك في وضعية تتميز بتغطية صحية ما زالت ضعيفة جدا.



عدد الأسرة	المدير	اسم المصحة
6	د. محمد عمارة	مصحة ابن رشد (الأذن والأنف والحنجرة)
30	د. محمد الطيبي	مصحة الشرق
27	د. محمد أواضل	مصحة إسلي
49	د. عزيز مصلح	المصحة المتعددة الاختصاصات لصندوق الوطني الضمان الاجتماعي
6	د. شكيب مومني	مصحة إيريس لطب العيون
40	د. جمال السايح	مصحة المغرب
34	د. عكاشة الزهراوي	مصحة ابن سينا
20	د. معاد النوري	مصحة الشفاء
30	د. شلقي الهبري	مصحة العرفان
15	د. عبد الحفيظ زهير	مصحة بدر
257		مجموع وجدة

عدد الأسرة	المدير	اسم المصحة
30	د. عزيز الكنتاري	المصحة متعددة الاختصاصات بني سنانسن
26	د. محمد لزعر	مصحة حاتم
56		مجموع بركان

عدد الأسرة	المدير	اسم المصحة
95	د. مصطفى أياون	مصحة الشمال
30	د. بنعمر بوجيدة	مصحة الوحدة
92	د. ماريا تيريزا كالفو كاريدو	المصحة متعددة الاختصاصات الحكيم
16	د. عمر بنبوشتة	المصحة متعددة الاختصاصات الريف
30	د. صليحة عثمانى	مصحة الفلاح
263		مجموع الناظور

عدد الأسرة	المدير	اسم المصحة
34	د. هلالية بنبوشتة	مصحة الرحمة
34		مجموع تاوريرت

وعلى الجهاز الجديد للمصحة أن يكون قادرا على تحفيز الاستثمار بكل بساطة، عموما، بجهتنا. فتواجد مصحات تعاقدية متعددة الاختصاصات، وإشعاع المركز الاستشفائي الجامعي، وتوفر نظام صحي ناجح، تعتبر من بين العناصر المحفزة التي لا يستهان بها لتنمية جهتنا وهو يشكل عامل جاذبية وسلامة بالنسبة للإمكانات الاستثمارية.

على المغرب أن يتوقف عن النظر إلى أوروبا وأن يحاول أن يكيف بنياته وقوانينه مع الواقع المغربي. فعلى الطبيب الذي يريد (أريد أن أقول قد يرغب) الاستقرار بإش أو بفجيج أن توفر له كل التسهيلات وكل المساعدات المعنوية، والمادية والضريبية من أجل تقريب الطب من السكان.

نفقات علاج المرضى المستفيدين من نظام المساعدة الطبية بالمركز الاستشفائي الجهوي لوجده

فاطمة الزهراء مباركى
مديرة المعهد العالى لمهن التمريض وتقنيات الصحة لوجده



شكل تطبيق نظام المساعدة الطبية (راميد) بجهة تادالا-أزيلال اختبارا ومقدمة لانطلاق هذا النظام. كما أن الدروس المستخلصة قد شكلت تصديقا بشكل من الأشكال على النموذج الأول. وهذا النموذج ليس تكفلا تاما، كما تشير إلى ذلك الكاتبة عبر المعطيات المجمعّة وحسب تحليلها، غير أنه يسجل فعلا تقدما هاما بحيث يسمح للمريض من الإفلات من وضعية الاحتياج والعوز.

المرتبطة بأحد الأبعاد التي تم قياسها وهي إحساس المستفيدين في ما يخص «مساهمة نظام المساعدة الطبية في تقليص مصاريف العلاج الناتجة عن الاستشفاء» وتقدير المبالغ التي يتحملها هؤلاء المرضى.

حصّة هامة تتطلب التكفل

لقد أظهر هذا البحث بأن 10% فقط من السكان قد استفادوا من التكفل المجاني الكامل. وبصيغة أخرى، فإن 90% من المستفيدين خلال فترة الدراسة أدوا بوسائلهم الخاصة مبلغا تقل أهميته أو تكبر حسب الأمراض والخدمات المقدمة :

- في المتوسط، كل مريض خصص 2 350 درهم لاقتناء خدمات من القطاع الخاص غير متوفرة حينها بالمستشفى أو التي لم تتوفر أبدا بالمستشفى؛
- 50% أنفقت أزيد من 1 040 درهم.

وهذه الأرقام هي أعلى من مبالغ تجربة تادالا-أزيلال، حيث 60% من المستفيدين رصدوا أقل من 500 درهم. وهناك فرق واضح

نظام المساعدة الطبية Ramed Régime d'assistance médicale

لقد عمم المغرب نظام المساعدة الطبية على مجموع التراب الوطني منذ 13 مارس 2012. وتفعيل هذا النظام، الذي يحظى باهتمام ملكي خاص، يترجم جهود المغرب لاحترام التزامه الدولي المتعلق بالتغطية الصحية للجميع وتجسيد حقوق الإنسان التي تتمثل هنا في الحق في العلاجات الذي ينص عليه البند 13 من دستور 2011. يسعى نظام المساعدة الطبية إذا إلى الاستجابة لمطلب الإنصاف والعدالة الاجتماعية عند الولوج إلى العلاجات بالنسبة للسكان المحرومة، بتقليص الوصم والحوجز المرتبطة بالنظام القديم للإعفاء من الأداء المرتكز على شهادة العوز أو الضعف. واعتبارا للأهمية السياسية والاجتماعية لهذا النظام، فقد اخترنا أن نجعل منه موضوعا لرسالة حول رضا المستفيدين الخاضعين للعلاج بالمركز الاستشفائي الجهوي الفارابي اتجاه هذا النظام. ويعرض هذا المقال النتائج

يشكل تحسين وتوسيع التغطية الصحية أحد ركائز التنمية البشرية والاجتماعية. ولهذه الغاية، أرسى المغرب التأمين الصحي الإجباري ونظام المساعدة الطبية، في أفق الإرساء التدريجي للتغطية الصحية للجميع. وبالفعل، فإن المنظمة العالمية للصحة والمجموعة الدولية تجعل من التغطية الصحية للجميع هدفا رئيسيا لتعزيز أنظمة الصحة وتسهيل ولوج الجميع إلى خدمات صحية جيدة، دون تفكير.

وحسب المنظمة العالمية للصحة، فإن تكلفة الخدمات الصحية تحد من ولوج الفقراء إلى العلاجات وترج بملايين الأشخاص في منطقة الفقر : 150 مليون شخصا سنويا (44 مليون من الأسر) يواجهون تكاليف علاجية كارثية و100 مليون شخص سنويا (29 مليون أسرة) يسقطون تحت عتبة الفقر نتيجة نفقات من هذا النوع. ومنذ عقد من الزمن، أظهرت العديد من الدول ذات الدخل المنخفض والمتوسط بأن الاقتراب من التغطية الصحية للجميع ليس حكرا على الدول ذات الدخل المرتفع : فالبرازيل، والشيلي، والمكسيك، ورواندا وتايلاند حققت تقدما هاما في اتجاه هذه التغطية.

ماي 2014 : 254 مريض معوز، بعمر متوسط يبلغ 46 سنة		
%	العدد	
57,48	146	أنثى
42,52	108	ذكر
34,25	87	بدون
14,96	38	محو الأمية
28,35	72	ابتدائي
16,93	43	ثانوي
5,51	14	جامعي
98,42	250	جهة الشرق
79,92	203	الحضري
20,08	51	القروي
3,54	9	القطاع المهيكل
38,58	98	القطاع غير المهيكل
10,63	27	مياوم
8,66	22	بطالة
36,22	92	بدون اشتغال وتكفل من طرف الأسرة
2,36	6	بدون اشتغال وتكفل من طرف محسنين
16,14	41	بوصل
83,86	213	ببطاقة
69,95	149	معوزين
14,08	30	ضعفاء
15,96	34	لا يعرف
53,15	135	الإصابات الطويلة الأمد
19,29	49	الإصابات الحادة
27,56	70	لا شيء
55,12	140	القسم الطبي
31,11	79	القسم الجراحي
13,78	35	قسم الأم والطفل

خاصيات المرضى المستفيدين من الـ «راميد» الذين يتابعون علاجهم بالمركز الاستشفائي الجهوي الفارابي

وتعد الأدوية والخدمات الأكثر وصفا من طرف الأطباء (74%) من المستفيدين من المساعدة الطبية اقتنتوها خلال الدراسة) تليها التحاليل المخبرية، وفحوصات الراديو واللوازم الطبية، لدى 54%، و24%، و16%، على التوالي من المرضى المعنيين.

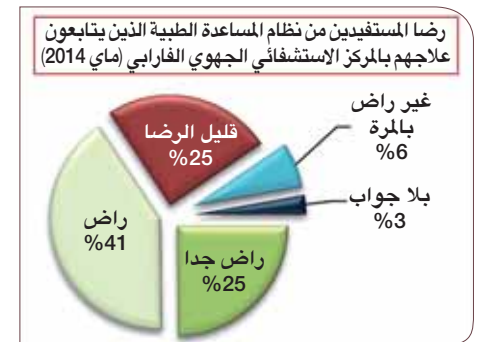
وقد أظهرت التجربة التي تمت بتبادل-أزيلال بأن الدواء غير متوفر في الوحدات العلاجية بالنسبة لـ 76% من الخدمات. وقد أكد 42% من المستجوبين أنهم اقتنوا العقاقير والاستكشافات الوظيفية، و39% صرحوا بأنهم وفروا أدوية بوسائلهم الخاصة. وتظل الأدوية، وهي الوصفة الأكثر ترددا، مع ذلك الأقل ثقلا : فالمستفيدون من نظام المساعدة الطبية أدوا في المتوسط 420 درهم و50% أقل من 260 درهم. وقد تطلبت الخدمات الأخرى :

المستجوبين (مقابل 66% في مجموعة المصابين بأمراض مزمنة). وقد عبر 7% من المستجوبين عن التجائهم إلى السلف.

وقد صرح ثلاثة مرضى (يخضعون لغسيل الكلى) أنهم تخلوا منذ أزيد من سنة عن شراء العقاقير وإجراء التحاليل البيولوجية. وقد لوحظ التحلي عن العلاجات، نظرا لغياب الإمكانيات، في كل مناطق المعمور وحتى في الدول الغنية، ولكن الأمر أكثر شيوعا بالدول الفقيرة. فقد أوضحت المنظمة العالمية للصحة في تقريرها حول الصحة في العالم لسنة 2010، بأن المصاريف المباشرة للأسر تنتهي الأشخاص من استعمال خدمات الصحة وتدفعهم إلى تأجيل التحاليل الطبية. ويقدر بأن غالبية 1,3 مليار فقير بالعالم لا يستطيعون الولوج إلى الخدمات الصحية لعدم قدرتهم على تأديتها.

بين المبالغ المرصودة من مريض لآخر ومن قسم لآخر : ويصل الانحراف المعياري إلى 900 3 درهم، وتتراوح القيم القصوى بين 50 و200 35 درهم. والنفقات الخاصة هي هامة بالنسبة للمستفيدين المصابين بأمراض مزمنة. فقد تطلب استشفائهم في المتوسط 640 1 درهم. وقد أدى نصف هؤلاء أكثر من 100 1 درهم، بما فيهم مرضى القصور الكلوي المزمّن في مراحلها الأخيرة (المتوسط 300 1 درهم، القيمة الوسيطة 025 1) مما يوافق نتائج تادلة-أزيلال مع التأكيد على أن 70% من المستجوبين المصابين بمرض مزمن يؤدون بوسائلهم الخاصة ثمن اقتناء العقاقير بشكل متكرر. ومرضى قسم الجراحة هم الأكثر تأثرا بهذه المصاريف بالنظر للكلفة المرتفعة للوازم الطبية، خاصة بالنسبة للتدخلات في مجال الجراحة التقيومية وجراحة الأعصاب.

وقد رصدوا حوالي 300 4 درهم في المتوسط لكل مريض. وقد صرف نصفهم أزيد من 650 1 درهم. ورغم هذه النفقات، فإن 56% من المستجوبين و57% من مجموعة المصابين بأمراض مزمنة، اعتبروا أن نظام المساعدة الطبية قد قلص من مصاريف علاجاتهم، مقابل 39% كان لهم رأي مخالف (عموما مرضى يشكون من مرض مزمن حديث، والذين استقادوا من تكفل مجاني منذ بداية مرضهم، أو مرضى كانت مصاريف علاجهم مرتفعة).



بالطبع، تشكل المصاريف التي يتحملها المرضى ثقلا بالنسبة لهم. فحسب استماراتنا، فإن 70% من المرضى يصنفون فقراء، و58% ليس لهم دخل أو دخلهم ضعيف أو غير قار، و39% يتكفل بهم الغير بصورة كاملة، وخاصة الأسرة (36%). وبالتالي، فإن العلاجات الموصوفة يتم اقتنائها بواسطة مساعدة بالنسبة لـ 52% من

ومن جانب آخر، فإن إحداث تعاضدية، أو تأمين أو أي نوع من التكفل المالي بالمرض ليس له أي معنى في غياب الثقة في نظام العلاج لدى المواطنين. وبالتالي، من الحيوي رفع جودة الخدمات الصحية، وتدعيم عرض العلاجات حتى يتسنى بعد ذلك الدفع بالطلب والعكس صحيح. وعليه، يتوجب على المركز الاستشفائي الجهوي الفارابي أن يقترح الخدمات الضرورية للتكفل بالأمراض الأكثر انتشارا و/أو التي تحظى بالأسبقية والتي من المفترض أن يوفرها بحكم طابعه الجهوي.

مركز استشفائي جهوي من أجل تمكين المعوزين

في هذا المستوى، ينبغي لوزارة الصحة أن تصاحب المستشفيات، وترصد الموارد والتجهيزات الضرورية والقيام بتحصيل مداخيل المتعلقة بملفات (راميد). ويمكن للمركز الاستشفائي الجهوي أن :

- يحدث شراكات بين القطاعين العمومي والخاص بالنسبة للخدمات المطلوبة بكثرة والتي لا تتوفر عليها المستشفى، مثل التصوير بالرنين المغناطيسي وبعض التحاليل المخبرية ؛
- يطلب عقاقير طبية حسب الأمراض والحاجيات الحقيقية لوحدة العلاج والمصالح التقنية ؛
- يضفي، عبر خلية المساعدة الاجتماعية، الصبغة الرسمية لتدخل المجتمع المدني عبر أعمال خيرية تتعلق بالتجهيزات وبالمرضى المعوزين، وهي ممارسة معروفة بالجهة وضرورية لتخفيف ما يبقى من الحمل الذي يصعب على المستفيدين من نظام المساعدة الطبية التكفل به ؛
- يحسن النظام الإعلامي والتواصل بين مصلحة الدخول ومصالح العلاج من أجل تأمين اقتناء مرور المريض بالمستشفى وجودة المعلومات الطبية والإدارية المسجلة بملف المريض ؛
- يرشد الوصفات الطبية وبالتالي يحسن العاملين في مجال الصحة العمومية واقتصاد الصحة (التزام العامل البشري شرط لإنجاح الراميد) عبر التكوين المستمر، ولكن أيضا عبر إدماج هذه الوحدات في التكوين الأساسي للمهنيين.

ماي 2014	المبلغ الكلي	المتوسط	الانحراف المعياري	القيمة الوسيطة
القسم الجراحي	262 692	4 306	6 024	1 650
القسم الطبي	170 962	1 598	1 813	1 100
قسم الأم والطفل	14 860	646	831	250
إصابات مزمنة	168 512	1 638	1 831	1 100
إصابات غير مزمنة	198 882	3 180	5 303	910
أدوية	60 345	420	875	260
لوازم طبية	130 150	3 828	6 475	635
التصوير	168 210	2 588	2 411	1 900
تحاليل مخبرية	89 809	781	567	650
المجموع	448 514	2 348	3 908	1 041

النفقات التي يتحملها المستفيدون من الـ «راميد» الذين يتابعون علاجهم بالمركز الاستشفائي الجهوي الفارابي

رغم المصاريف الناتجة عن فترة الاستشفاء، فإن 60% من المستفيدين من المساعدة الطبية عبروا عن ارتياحهم بخصوص النظام، و25% يقولون أنهم مرتاحون جيدا. و69% و73% من المرضى الذين استعملوا شهادة الضعف أيدوا على التوالي الصيغتين : «يسمح» (راميد) من طلب العلاجات بكرامة» و«يسهل استعمال الخدمات الاستشفائية».

يعتبر نظام المساعدة الطبية (راميد) ورشا مجتمعا. وعلى المغرب أن يؤمن النجاح لهذا الورش وعليه، إضافة إلى ذلك، أن يجد المقاربات المناسبة لتأمين تغطية صحية لكل ساكنته. والتجارب عبر العالم غنية، وينبغي التعرف عليها وتقاسمها من أجل تملك النماذج الأقرب للواقع المغربي، موازاة مع فهم صحيح للتغطية الصحية الموجودة بدراسات في هذا الاتجاه.

ومن جهة أخرى، فإن نجاح (راميد) يمر عبر توفر عرض للعلاجات يكون سهل الولوج، وخاصة من الناحية المالية. وهذا الأمر لا يفترض اعتماد المجانية الكاملة بل يعني اعتماد مقاربات مدروسة وملائمة. وعلى هذا الأساس، فإن آليات ومعايير الاستفادة من الراميد ينبغي أن تكون صارمة كي لا تشمل أو تقصي على نحو غير صحيح بعض المواطنين. كما أن الدراسات أظهرت أن السكان قد يكونوا على استعداد لتحمل مصاريف العلاج شريطة الاستفادة من خدمات جيدة. ويقترح بعض الكتاب أن يتم الاحتفاظ بجزء من المصاريف التي على عاتق المريض من أجل تجنب الاستهلاك المفرط والارتقاء بالعلاجات.

781 درهم في المتوسط (القيمة الوسيطة 650 درهم) بالنسبة للتحاليل المخبرية، و588 2 درهم (القيمة الوسيطة 1 900) بالنسبة للاستكشافات التصويرية و3 828 درهم في المتوسط بالنسبة للمعدات الطبية (القيمة الوسيطة 635 درهم).

بالإمكان تجنب جزء من المصاريف

لقد أظهرت الحوارات التي أجريت مع أطباء ومسيرين حول الأسباب التي تدفع المستفيدين من المساعدة الطبية إلى شراء الوصفات في القطاع الخاص، العوامل التالية :

- لا شيء يشير في ملف المريض بأنه يستفيد من نظام المساعدة الطبية ؛
- يسجل المستشفى أعطابا متكررة لجهاز السكانير، ونفاذ في الكواشف المخصصة للفحوصات المخبرية وأعطابا في بعض الأجهزة الآلية ؛
- بعض الأطباء يصفون عقاقير أصلية وينتقدون الأدوية الجنيسة ؛
- بروتوكولات العلاجات غير موحدة ؛
- طلبيات الأدوية من طرف المصلحة المختصة هي تكرر للطلبات السابقة أو تعتمد على استهلاك الشهر السابق ؛
- نفاذ مخزون الأدوية والمستهلكات بسبب تأخر التسليم، أو طلبية سيئة أو تسيير سيئ من قبل بعض المصالح.

تسوق مؤسسة ادييس Edeis الهندسة، والخدمات وتبدير البنيات المعقدة. ويعد المستشفى إحدى هذه البنيات. وينبغي بالنسبة لهذه البنية الأخيرة استباق الميولات على المدى المتوسط والطويل، والتوافق مع توجهات التنمية المستدامة، والبنيات الذكية، إلخ...

خاصيات الشراكات بين القطاعين الخاص والعمومي

اعتبارا لتجربتي في العديد من الدول (فرنسا، كندا، إسبانيا، الشيلي) :

- أولا، الاحتفاظ بالمسطرة للبنيات الجديدة والبسيطة واستبعادها بالنسبة لإعادة الاعتبار، نظرا بالخصوص لمشكل عمر منصة تقنية طبية (المستعمل لا يبقى صاحب المشروع، فكل طلبات التغييرات غاية في الكلفة) ؛
- ينبغي لمهمة صاحب المشروع أن تحاط بمشورة (تقنية، قانونية، مالية، وحتى إستراتيجية ؛
- اعتماد برمجة دقيقة ؛
- ترقب حوار تنافسي طويل للغاية (بالنسبة لصاحب الطلب وأيضا بالنسبة للعارض) ؛
- معرفة نوع المجموعة استراتيجي لنجاح الشراكة بين القطاعين العمومي والخاص.

للتذكير، على امتداد 25 سنة، تتوزع تكاليف بناية استشفائية على أساس 25% للاستثمار و75% بالنسبة للاستغلال.

هل ينبغي إحداث شراكة بين القطاعين العمومي والخاص بإفريقيا ؟

إنها شراكة تتأقلم مع الوضعيات الصحية لكل بلد... وربما لكل جهة. وأعتقد شخصيا أن هذه الأداة ممكنة وقد تسمح بـ :

- إعادة تأهيل البنيات الصحية لجهة ما بكل مستوياتها ؛
- ضمن نموذج قريب بالنسبة للدراسات التي يقوم به الشيليون (انطلاقا من المراكز الجامعية الاستشفائية الجامعية إلى غاية المستوصفات)، تطوير الدراسات إلى حدود ما قبل المشروع والاستشارة من أجل شراكة عمومي/خاص على هذا الأساس (النتيجة هي الاستغناء عن الحوار التنافسي التقني) ؛
- استغلال مضبوط حسب الوضعية والذي بالإمكان أن يقسم بين الفاعلين العموميين والخواص.

ملخص من هيئة التحرير انطلاقا من الورقة

المقدمة خلال منتدى الصحة في إفريقيا 2016

- أولا رافعة إعادة تنظيم التراب من أجل استهداف أفضل للسكان القرويين، علما أنه من بين 2,5 مليار نسمة المقدرة للقارة في أفق 2050، ستستقبل المدن بين 60 إلى 70% من الساكنة ؛
- رافعة الابتكار (الطب عن بعد/ الجراحة عن بعد) ؛
- رافعة التطورات التكنولوجية المستقبلية مثل :
- التصوير بالصدى المغناطيسي المنخفض الكلفة لمعهد ماساشوستس للتكنولوجيا (50 000 دولار أمريكي) ؛
- المنظار ذو الاستعمال الوحيد والذي يمكن من تجاوز عملية التعقيم الصعبة ؛
- آلة الدوبلر بالطاقة الشمسية، إلى غير ذلك.



غدا، لامناص من الصحة الإلكترونية

في أي إطار قانوني وتعاقدية يمكن العمل ؟

إن الحاجيات في مجال التمويل مهمة جدا (تقدر بحوالي 170 مليار دولار أمريكي) بالنسبة للصحة بإفريقيا في الفترة 2015-2030، منها 68 مليار دولار أمريكي بالنسبة للبنيات التحتية الصحية. وتتمثل إحدى الحلول في الاعتماد على الشراكات بين القطاعين الخاص والعمومي وهي أداة تُفعل عبر عقد إيجار طويل الأمد. إذا كانت هذه الشراكة واردة وربما مرجحة، فإنها تتطلب مع ذلك بعض الشروط :

- التحديد الجيد للحاجيات الصحية ؛
- تحديد المشاريع على صعيد «مجال صحي» ؛
- ضبط الدراسات مع صاحب المشروع ومع المستغلين المستقبليين ؛
- تصور تفويض الاستغلال بأكمله أو جزء منه للقطاع الخاص على أساس عقدة نتائج.

سيكون مستشفى المستقبل بإفريقيا أصغر، وأكثر تخصصا وبالخصوص أكثر تنقلا. سيكون أصغر بحكم التأثير المختلط لنمو الطب والجراحة المتنقل، وكذا بفعل الابتكارات التكنولوجية. وسيكون أكثر تخصصا وأكثر تركيزا، لأن شكله سيكون ملائما للغاية التي أنشأ من أجلها ولضرورة تخصص العملية. وهناك مثال جيد يقدمه النموذج الاقتصادي المسمى دورة حياة المستشفى «Life Cycle Hospital»، وهو نموذج هولندي الأصل مشهور في مجال تصميم البنيات التحتية الصحية. وهو يمكن من :

- خلق توافق بين عمر البنيات ومدة الاستشفاء ؛
- استباق أشغال تجديد، وتحويل وتوسعة البناية ؛
- أخذ مسلسل العمل بعين الاعتبار.

وهذا التفكير حول فصل وتخصص الأحجام تؤدي إلى التصميم والبناء وفق زوجي الكلفة والقدم. بإفريقيا، ينبغي دون شك أخذ «منعرج الاستشفاء المتنقل». وتطوير هذا الاختيار له تأثير بالغ على البنيات الصحية المستقبلية نتيجة :

- فائدته بالنسبة للمريض (ولوجية/ سلامة/ جودة) ؛
- فائدته بالنسبة للمعالجين (سلامة/راحة) ؛
- ترشيد المصاريف الصحية والتحكم فيها (المريض في أفضل مكان وفي الوقت المناسب) ؛
- إزالة العوائق على عرض العلاجات بإعطاء الأسبقية لمنطق مسارات العلاجات.

إكراهات، ومتطلبات ورؤية استقبالية

مهما كانت المسطرة، يتطلب إنجاز فضاء استشفائي فترة تصميم وبناء وتجهيز تصل إلى 10 سنوات، وربما 20 سنة. فمستشفى الغد بإفريقيا إذا سيكون له معمار، وخاصة طرقا أكثر مرونة وتأقلما (المفهوم المسمى «flexi-adaptabilité»). وعلى مبلغ الاستثمار أن يكون متناسبا مع مفهوم التكلفة الإجمالية، لأنه مرتبط بتكلفة الاستغلال.

وينبغي أيضا بالضرورة التوفر على مخيلة واسعة للتكفل بتوافد محتمل لعدد كبير من المصابين والمرضى (كوارث، أوبئة كبرى، إلخ). في إطار هذه الأفاق كيف يمكننا الاستفادة القصوى مما هو موجود ؟ فالتوجه نحو نموذج أكثر انفتاحا ومرونة يعني استعمال كل الروافع :

اقتصاد الصحة بجمهورية إفريقيا الوسطى، بين الأزمات والإصلاحات

السيدة فرناند نجينكوت

وزيرة الصحة العمومية والسكان بجمهورية إفريقيا الوسطى



السيدة الوزيرة، التي هي أيضا طبيبة، تقدم لنا تشخيصا دقيقا ودون محاباة حول حالة المؤسسات الصحية العمومية بجمهورية إفريقيا الوسطى ما بعد الأزمة، حيث كل شيء يحتاج إلى إعادة بناء وربما إلى تصور جديد. والصيغة الاستعجالية هي في مستوى يصعب معه على التفكير الاقتصادي أن يجد موقعه في العمل، لكنها تنير التفكير. إن الأمر يتعلق في الواقع بتصور اقتصادي جديد كامل للصحة.

المزودة بوسائل الاتصال بالراديو. ويمكن استعمال محطات الإرسال التابعة للدرك، والأمن والمقاولات الخاصة من طرف الوحدات الصحية. كما يسهل التلفون النقال الاتصال بين المدن الرئيسية للبلاد. أما شبكة الانترنت فإنها توفر اتصالات هاتفية محدودة.

حالة الصحة والوضعية الصحية للسكان

لقد سجلت نسبة الوفيات انخفاضا تدريجيا من 26% سنة 1959 إلى 18% سنة 1975، لتصل إلى 17% سنة 1988. وابتداءا من سنة 1990، بدأت الوضعية الصحية تتدهور. فداء السيدا الذي صاحبه تدهور كبير في ظروف عيش السكان هو أهم العوامل لتفاقم الوفيات الإجمالية⁽³⁾ التي انتقلت إلى 20,06%. وقد انتقل أمد الحياة من 49 سنة 1988 إلى 43 سنة 2003.

1. صحة الأم والطفل

الإنجاب مبكر ويستمر طوال فترة الخصوبة. وتطرح خصوبة المراهقين تحديات كبرى للصحة اعتبارا لتعقيدات الحمل والولادة، ومنها ناسور الولادة.

هذا، فإن أزيد من نصف السكان يعتمدون على المساعدة الإنسانية.

وقد أفضت الفترات المتكررة لعدم الاستقرار والعنف، والتي فاقمتها أحداث 2013، على ازدياد غير مسبوق لهشاشة غالبية السكان، انطلاقا من المستوى الموجود سابقا للفقر المدقع، لأن جمهورية إفريقيا الوسطى كانت مصنفة في الرتبة 179 عالميا⁽¹⁾ من بين 187 دولة حسب مؤشر التنمية البشرية. وفي سنة 2013، كان الناتج الداخلي الخام الفردي يبلغ 333,20 دولار أمريكي، بانخفاض 33% بالمقارنة مع 2010⁽²⁾.

وباستثناء 835 كيلومتر من الطرق المعبدة، فالشبكة الطرقية الداخلية (24 000 كيلومتر) تتكون من طرق وطنية، وجهوية، ومسالك قروية، وهي كلها اليوم غير صالحة. وفي بعض البلدات، تقطع الطرق بمجاري مائية، مما يدفع إلى استعمال عبايرات أو قوارب. والشبكة الجوية تضم 4 مطارات معبدة، تحد من استعمالها الفيضانات خلال موسم الأمطار، أو نتيجة نقص في الصيانة.

أما بالنسبة للمواصلات، فقد تم نهب المديرية الجهوية والإقليمية وكذا بعض مراكز الصحة

إفريقيا الوسطى بلد بدون منفذ بحري، بوسط إفريقيا

بمساحة 623 000 كيلومتر مربع. وحسب إسقاطات الإحصاء العام للسكان والسكن لسنة 2003، يقدر عدد سكان الجمهورية سنة 2015 بـ 4 953 000 نسمة، بزيادة سنوية طبيعية تبلغ 2,5%، منهم 49% من الشباب الذين لا يتجاوز عمرهم 18 سنة، ومع نسبة من النساء تصل إلى 50,2%. ويبقى الشمال الشرقي للبلاد الأقل كثافة سكانية بـ 0,9 في الكيلومتر² في إقليم بامنكي-بانكومان. أما الإقليم الأكثر كثافة فهو إقليم كوتو السفلي بـ 17,5 نسمة في الكيلومتر². وقد بلغت الكثافة السكانية في العاصمة بانغي 12 218 نسمة في الكيلومتر² سنة 2014. ويعيش 37,9% من السكان في الوسط الحضري. وفي ذروة أزمة دجنبر 2013، لوحظت حركة للسكان نحو المدن التي كانت تبدو أنها أكثر أمنا.

وقد كان آلاف الأشخاص ضحية المعارك والاعتداءات، حيث فقد البعض حياتهم ومتاعهم، وأصيب آخرون بإعاقات، وبلغ المهجرون أزيد من مليون شخص. وإلى يومنا

2. أهم الأمراض التي تهدد حياة الطفل

1.2. أمراض الإسهال

إن انتشارها أكبر لدى الأطفال الذين يتراوح عمرهم ما بين سنة وثلاث سنوات (23%)، مع ذروة بين 12 و23 شهرا (33%). وقد عرف التكفل بحالات الإسهال لدى الطفل ارتفاعا بين 2000 و2006 مع تغطية انتقلت من 17,2% إلى 34,3%، غير أنها نزلت إلى 15,6% سنة 2010.

2.2. الإصابات التنفسية الحادة

إنها تمثل الإصابة الثانية لدى الأطفال الأقل من 5 سنوات. على الصعيد الوطني، يقدر انتشار الالتهاب الرئوي بـ 6,9%، وهي نسبة مستقرة مقارنة مع 2006. وقد ظل التكفل بهذه الأمراض مستقرا خلال العشرية (39% سنة 2006) ونزلت إلى 31,3% سنة 2010.

3.2. الملاريا

إنها أهم أسباب الوفاة للأطفال أقل من 5 سنوات. وهي تسبب أيضا فقر الدم والتعب المدرسي. ويوسع التدابير الوقائية، ومنها الناموسيات المشربة بمبيد الحشرات، أن تخفض بشكل ملموس من الوفيات بسبب الملاريا لدى الأطفال.

4.2. سوء التغذية

يشكل سوء التغذية الحاد أحد الأسباب الخمسة الأولى لوفيات الأطفال أقل من 5 سنوات. ويظهر بحث SMART 2012 لليونسيف، بأن الإمكانيات الهائلة للبلاد لا تعبأ من أجل تغذية جيدة. والنسبة الإجمالية لسوء التغذية الحادة يبلغ 7,8%، في حين أن نسبة التغذية المزممة قد ارتفعت خلال السنوات الأربع الأخيرة لتصل إلى 40% سنة 2012. وتظهر خارطة مستويات الهشاشة التالية بأن الوضعية الغذائية قبل الأزمة كانت مصدر قلق.

5.2. الإصابة بفيروس السيدا

المعلومات حول الإصابات بفيروس السيدا غير تامة، رغم أنها ضمن الأسباب العشر الأولى لوفيات الأطفال. وتبلغ نسبة انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل 9,83%، وهي بعيدة عن هدف القضاء على الفيروس المحدد في أقل من 5%.

المؤشر	وضعية البلاد	تعليق
وفيات الأطفال	116%	97% سنة 1995، ثم 132% سنة 2003 و116% سنة 2010
نسبة الولادات المؤطرة	53,8%	
انتشار وسائل منع الحمل	9,3%	
الحاجيات غير الملباة	27%	
وفيات الأمهات	890 لكل 100 000 ولادة جديدة	ثالث أعلى نسبة في العالم
مؤشر الخصوبة الإجمالي	5,1	
نسبة الخصوبة لدى المراهقين (15 إلى 19 سنة)	22,9%	نتائج جزئيا من ارتفاع نسبة الوفيات ومرض الأمهات
نسبة الوفيات للأطفال والرضع	179%	الصف الثامن من بين الدول المتعرضة أكثر

أهم مؤشرات صحة الأم والطفل

(10,3% مقابل 3,7%) والرجال (4,8% مقابل 1,9%) والشباب (4,4% مقابل 1,6%).

3.3. مرض السل

يظهر البرنامج الوطني لمحاربة مرض السل انتشارا بـ 520 حالة لكل 100 000 نسمة. ويصل عدد الحالات المسجلة إلى 8 623 حالة مع 199 حالة جديدة. وقد انتقلت نسبة الوفاة جراء السل من 2% إلى 5% بين 2008 و2011. وحسب معهد باسستور بيانغي لـ 2009، فإن مستوى المقاومة الابتدائية لجزئية واحدة على الأقل يبلغ 14,7%.

4.3. الأمراض غير المعدية

حسب المعطيات الاستشفائية 2008-2010، تهم أمراض القلب والشرايين 197 حالة، منها 16 وفاة، بالنسبة للجلطة الدماغية و85 حالة بالنسبة لأمراض القلب الروماتيزمية.

أما الضغط المرتفع، فإن انتشاره يبلغ 34,5%. و90% من ذوي الضغط المرتفع لا يتابعون أي علاج. بالنسبة للسكري فهو يمس 19,6% من البالغين. وتبلغ نسبة الأشخاص الذين يتابعون العلاج ضد ارتفاع السكر المتعرف عليها 0,8%. أمراض السرطان المعلنة من 2008 إلى 2010 همت 245 حالة، لـ 153 وفاة. والسرطانات الأكثر انتشارا هي سرطانات الثدي (66%) وعنق الرحم (64%) والبروستاتا (34%)، والكبد (28%) والقولون

6.2. الأمراض الذي يمكن تجنبها بواسطة التلقيح

خلال سنة 2013، تضرطع 365 وحدة صحية من ضمن 758 بأنشطة البرنامج الموسع للتلقيح، أي بتغطية جغرافية تبلغ 48%. وقد قلص نهج تجهيزات التبريد ووسائل النقل مراكز البرنامج الموسع للتلقيح المشتغلة إلى 290. ولا يتعدى عدد الأطفال الملقحين تماما عند سنة واحدة 13%.

3. وضعية الثلاثي الملاريا، والسل

وفيروس فقدان المناعة المكتسبة السيدا

1.3. الملاريا

إنها أحد أسباب المرض والوفاة لدى الأطفال أقل من 5 سنوات. وقد يكون مسؤولا عن 58% من الاستشارات الخارجية (مقابل 40% سنة 2010) و54% من الوفيات الاستشفائية (مقابل 23% سنة 2005).

2.3. فيروس فقدان المناعة المكتسبة/ سيدا

بلغ انتشار فيروس السيدا لدى البالغين في الشريحة العمرية 15 إلى 49 سنة 4,9% سنة 2010 مقابل 6,2% سنة 2006. وتلاحظ فوارق كبيرة بين الأقاليم: من 1% إلى 11,9% في ميوما الأعلى. فالوفاة إذا من النوع المعمم. وانتشار حاملي الفيروس أعلى بالوسط الحضري (7,9%) منه بالوسط القروي (2,9%)، وهو التوجه الملاحظ بالنسبة للنساء

في 5 بؤر. وجمهورية إفريقيا الوسطى هي بلد ذو استيطان قوي (أكثر من حالة لكل 1 000 ساكن). لقد تم اجتثاث دودة غينيا أو دراكونكيلوس بجمهورية إفريقيا الوسطى سنة 2006. والرهان يظل بالدول الحدودية التي مازالت تستشري فيها هذه الأمراض (تشاد، السودان وجنوب السودان). والهدف العام للبرنامج يكمن في تعزيز المراقبة لما بعد تصديق القضاء على المرض من أجل المحافظة على توقف الانتقال المحلي. ومن 2006 إلى 2012، لم تعلن أية حالة لمرض دودة غينيا في الجمهورية. وهذا الأمر ربما يكون بسبب خلل في نظام المراقبة نتيجة الأزمة.

وقد تم تأكيد حالة لقرحة بورولي في أكتوبر 2006 لأول مرة بجمهورية إفريقيا الوسطى، لكن حجم المرض ليس معروفا لحد الساعة، بشكل جيد. أما الورم التوتي أو الداء العليقي، فهو متفشي في إقليمين مع هيمنة واضحة في وسط الأقرام.

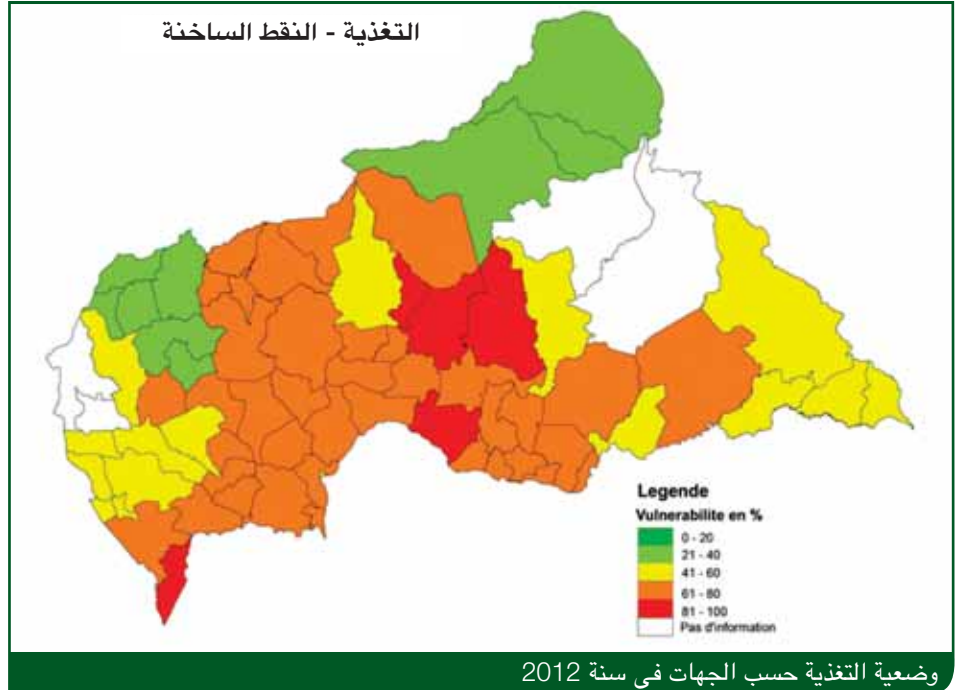
الحكامة والزعامة

تنظيم نظام الصحة هرمي على ثلاث مستويات : مركزي، وسيط ومحيطي. وهو منظم وفق مرسوم رقم 05.121 ليونيو 2005، المتعلق بتنظيم وتسيير وزارة الصحة العمومية، والسكان ومحاربة السيدا.

ويتكفل المستوى المركزي بالتصميم، والتنسيق وتأطير السياسة العامة للقطاع، وكذا العمليات ذات الحجم الوطني. وهو يضم ديوان الوزير، ومديرية الديوان، و3 مديريات عامة، و12 مديرية مركزية مقسمة إلى مصالح ومكاتب. وفي هذا المستوى، توجد مؤسسات التشخيص والمعالجة ذات المرجعية الوطنية التي تدعم التكوين الجامعي، والطبي وشبه الطبي.

وعلى المستوى الوسيط، تؤمن 7 مديريات جهوية الدعم التقني وتتبع تنفيذ السياسات المحددة على مستوى القطاعات الصحية. وتتبع المديريات الجهوية لمديرية الديوان.

أما المستوى المحيطي أو الدائري، فيشمل 12 إقليميا صحيا، و10 قطاعا صحيا والدوائر الـ 8 لبانغي.



تسجيل 5 193 حالة، منها 135 حالة إعتام عدسة العين.

وبالنسبة لأمراض الأذن، تم تسجيل 867 حالة منها 330 مريض بإعاقة. وبروز العنف والصدمات يجعل منها أيضا مشكل صحة عمومية. لكن المعطيات الإحصائية غير متوفرة.

4. الأمراض الاستوائية لا تحظى بالأهمية أظهرت دراسة في 8 أقاليم من الأقاليم 16 التي تتوفر عليها البلاد استشرى داء الخيطيات للمفاوية. ومنذ 1998، تفشى مرض الانكوسركية في 10 أقاليم (6 042 قرية) حيث يعيش أزيد من نصف السكان.

وخارطة الأمراض الاستوائية التي لا تحظى بالاهتمام الأخرى، كالبلهارسيا، والدود المعوي والتراخوما، ليست تامة. ومنذ 2005، بلغت جمهورية إفريقيا الوسطى عتبة القضاء على الجذام كمشكل وطني للصحة العمومية (أقل من حالة لكل 10 000 ساكن). وفي

الواقع، فإن المرض مركز في مناطق محددة، حيث لم يتم بلوغ هذه العتبة. ومنذ 2008، يشكو هذا البرنامج من شح التمويل. وقد فاقمت هذه الوضعية الأزمات، التي سهلت الاكتظاظ المرتبط بتجميع الأشخاص في مواقع دون تنظيم ملائم للصحة والنظافة. وداء المثقبيات البشري - مرض النوم - يتفشى

والمستقيم (26%) والغدد للمفاوية (14%). أما الأمراض التنفسية الحادة، فقد همت 258 4 حالة، ما بين 2008 و2010، من أمراض انسداد القصبات الهوائية، وكذا 132 حالة ربو، دون أية وفاة.

ويعد التدخين السبب الرئيسي للأمراض غير المنقولة. ويبلغ انتشاره في الوسط المدرسي 9%، و14% لدى الشريحة العمرية 25-64 سنة (الرجال 22,8% والنساء 5,5%).

ويستشري الاستهلاك المفرط للكحول : 36,3% من الرجال يستهلكون يوميا 5 كؤوس أو أكثر و20,3% من النساء يستهلكون أربعة كؤوس أو أكثر. ويهم انعدام النشاط الجسدي 24,7% من السكان (20,4% من الرجال و29% من النساء). ويهم الاستهلاك غير الكافي من الفواكه والخضر 66,1% من الأشخاص (70,8% من الرجال و61,5% من النساء).

5.3 الاختلالات العقلية

تم تسجيل 1 959 حالة لمشاكل عقلية من 2008 إلى 2010، منها 314 حالة صرع، و1 261 زهان و300 مريض تائه.

6.3 أمراض أخرى مزمنة

سجلت 599 حالة فقر الدم المنجلي من 2008 إلى 2010. وبالنسبة لأمراض العيون، تم

لاستجالات صحية محتملة. وهذه الحقائق غالبا ما تصبح صعبة التوفر من طرف الشركاء التقنيون والماليون.

عرض الخدمات الصحية

من بين 814 وحدة صحية، سنة 2014، فقط 55,3% مشغلة على الصعيد الوطني. والحصة غير المشغلة تتراوح بين 51,7% و17,9% حسب الجهة.

البنيات التحتية

96,1% في المائة من وحدات الصحة هي مراكز صحة. وعلى الصعيد الوطني، فقد تم تدمير 27,5% من الوحدات الصحية كليا أو جزئيا، مع فارق كبير من جهة لأخرى : 6,5% إلى 46,1%. ويجب إجراء تحليل أعمق لبلوغ تخطيط عقلاني لإعادة البناء وتعبئة الموارد اللازمة. ويظهر التحليل أيضا توزيعا متفاوتا بين الجهات : فوحدة تتوفر على أزيد من وحدتين لـ 1 000 كلم².

التجهيزات البيوطبية

على مستوى الوحدات الصحية الدائرية، فإن قائمة التجهيزات المقررة هي شبه شاملة، من حيث طبيعتها وجودتها. لكنها تبقى ناقصة التجهيز بالرغم من إسهامات خارجية هامة (لوجستيك، معدات التبريد، ومعدات بيوطبية)، ومسيرة بشكل سيء، وصيانتها سيئة وأحيانا غير ملائمة. كما أن الاهتلاكات وتعويض المعدات غير مخططة.

وقد تسبب هذا الوضع في ضعف القدرات التقنية وبالتالي خدمات ذات جودة ضعيفة. وقد تفاقمت هذه الوضعية جراء الأزمة، مع التدمير الواسع للبنيات التحتية ونهب المعدات والأثاث المكتبي، والمعدات البيوطبية وعدد من التجهيزات الأخرى، الممنوحة غالبيتها من طرف شركاء التنمية. من بين 81 مركبة لم يتبقى إلا 56 مركبة. وقد شملت أعمال التخريب 80% من الوسائل المتحركة للوحدات الصحية داخل البلاد.

لقد تسبب تدمير ونهب البنيات التحتية في تدهور بعض مصادر الطاقة الضرورية للأنشطة



الحكامة في التكفل بالمستجالات في الوسط الاستشفائي جلية. ففي المستشفيات الـ 5 المرجعية لبانغي، نسجل :

- النقص الوظيفي لهيكل التكفل بالمستجالات، بوسائل نقل قبل استشفائي للضحايا هشة ؛
- ضعف طاقة قاعات الإنعاش ؛
- قلة الوسائل المتحركة، وكواشف المختبرات، ومعدات الإنعاش، والأكسجين، والتصوير، والأفلام والبطاقات للتصوير الطبي، عدا فيما يخص مركب طب الأطفال لبانغي ؛
- ضعف حجم وجودة الخدمات الاستعجالية وطاقتها الإيوائية الضعيفة ؛
- غياب مخطط استشفائي لمواجهة المستجالات والكوارث ؛
- غياب الأعداد والتكوين في تدبير توافد كثيف لضحايا عدة ؛
- غياب مصلحة للإنعاش والعلاجات المكثفة ذات الطاقات الكبيرة ؛
- اختلال في عمل نظام الإحالة وعدم الإحالة ؛
- قلة مستودعات الموتى وطاقة استقبالها الضعيفة.

كما نسجل غيابا تاما لميكانيزمات التكفل بالمستجالات في الوسط الاستشفائي الخارجي. وتفتقد حقائب المستجالات المؤمنة في قاعات للتخزين بالوحدات الصحية في التكفل المبكر

وقد أدت الأزمة إلى ابتعاد بعض أهم ممولي الصناديق التي تدعم النظام الصحي، المتدهور إلى أقصى حد، مما لا يمكن من ضمان الولوجية لعلاجات جيدة لغالبية السكان. ويعود المردود الضعيف لإدارة الصحة أساسا إلى تنظيم غير ملائم، ونقص في الروابط الوظيفية، والمساطر والأدوات وعدم استقرار الموارد البشرية المكونة.

المستجالات والكوارث

وأهم الأزمات الإنسانية، باستثناء الأزمات السياسية والعسكرية، كانت هي : سقوط 8 طائرات خلال الـ 20 سنة الماضية (120 قتيل وأزيد من 300 جريح)، والفيضانات والأمطار الطوفانية، وحوادث الطريق العام، وحالات الغرق المتعددة، وحرائق الغابات وصهاريج الوقود، وأوبئة التهاب السحايا، والأنفلونزا، والتهاب الكبد الفيروسي والحصبة.

وأمام هذه الأوضاع، وضعت الحكومة بواسطة مقرر بتاريخ 2005، لجنة وزارية مختلطة مكلفة بالتنسيق في حالة الكوارث الطبيعية. وحدد مقرر آخر كيفية التكفل بالحالات الاستعجالية في الوحدات الصحية. لكن هذه النصوص لم تفعل وتؤخر الصعوبات البنوية، واللوجستكية، والعملية والمالية تنمية قدرة مواجهة الكوارث. وغياب ميكانيزمات

نظام المعلومات الصحية

- تتمثل أهم المشاكل في : غياب المعطيات السوسيو اقتصادية والديمغرافية ؛
- عدم الانضباط في إنتاج وتوزيع المعلومات الصحية ؛
- التأخر في إنتاج النشرة السنوية للإحصائيات الصحية ؛
- ضعف نظام مراقبة الجودة على مختلف مستويات جمع وتسجيل المعطيات.

وقد تم إعداد وتوزيع دليل لمراكز الصحة والمستشفيات، وهو يؤطر جمع، ونشر وحفظ المعطيات.

الارتقاء بالصحة

منذ 2012، تسببت الأزمة في تدمير بنيات وتجهيزات الاتصال بمختلف مناطق البلاد، مع ما يسببه ذلك من كوابح أمام تطوير الصحة. تعرف البلاد، إضافة إلى الأمراض المعدية، زيادة في انتشار الأمراض غير المعدية، وخاصة الأمراض المزمنة، وأمراض القلب والشرايين، والصدمات والتي تتسبب في نسبة للوفيات المرتفعة بالقارة. كما أن هناك عوامل

بالنظر للمعايير الدولية، من ضعف في الكفاءات في تقنيات العلاج ولكن أيضا لتدبير النظام. و يسجل الطاقم الطبي وشبه الطبي خصاصا وطنيا يبلغ 218 طبيبا، وصياليا وجراحا، و887 مختصا شبه طبي، و70 ممرض و618 ممرضة. وبالنسبة للمستخدمين الإداريين، فإن الخصاص يصل إلى 17 مسير/محاسب، و4 مهندسين هندسة مدنية، و3 مهندسين/تقنيين في الإعلاميات و23 تقني صيانة. وقد تفاقمت هذه الوضعية بمغادرة كثيفة للوظيفة العمومية، التي لم يتم تعويضها في السنوات الأخيرة، لمستخدمي وزارة الصحة الذين حصلوا على التقاعد وإحالات على الاستيداع. وتجعل القلاقل وانعدام الأمن بيئة العمل غير ملائمة في بعض المناطق : فتحركات العاملين في قطاع الصحة لا تسمح لمديرية الموارد من التحكم في الوضعية الحقيقية. والقطاع الخاص يوظف أيضا :

- الوحدات الدينية والخاصة ذات غاية لا ربحية ؛
- الوكالات الإنسانية التي تنشر مستخدميها من أجل تدخلاتها ؛
- المنظمات غير الحكومية ذات غاية ربحية التي توظف مهنيي الصحة التي تنتظر غالبا دمجها في أسلاك الوظيفة العمومية أو المتقاعدين.

الصحية، وخاصة التجهيزات الشمسية والمولدات الكهربائية : نتيجة نقص التزويد بالوقود، وقطع الغيار، فإن أغلبية المولدات الكهربائية والألواح الشمسية غير مستعملة. ويظل الولوج إلى الماء الصالح للشرب مشكلا، ف 561 نقطة تزويد بالماء المعبئة تضم بالخصوص 70 ربطا بالماء الصالح للشرب، و116 بئرا (منها 90 غير محمية)، و234 ثقباً، لكن 116 وحدة صحية لا تتوفر أو لم تعد تتوفر على ولوج للماء، فضلا عن توزيع غير متساوي من جهة لأخرى.

الأدوية، والأجهزة الطبية الجراحية وكواشف المختبرات

حددت جمهورية إفريقيا الوسطى سياسة دوائية وطنية تم اعتمادها سنة 1995، وهي جزء لا يتجزأ من المخطط الوطني للتنمية الصحية، وهي سياسة لم تنفذ بالشكل الكافي. ومع ذلك، فإنها تغطي كل جوانب قطاع الدواء وتهدف إلى تسهيل الولوج للأدوية الأساسية، وذات جودة وبأقل ثمن. وفي هذا الإطار الاستراتيجي القائم، يتعلق الأمر بتحسين القوانين والتنظيمات التي تسمح في آن واحد من تعزيز سوق للمنافسة الحرة ومن حماية السكان. وتتم مراجعة قائمة الأدوية الأساسية الجنيصة سنويا، إلا أنه في الحالة الحالية لتمويل الصحة، فإن هذه اللائحة لم تحين منذ 2012.

ومحاربة الأدوية التي تباع بالشارع تعود لإرادة الحكومة، وعلى رأسها وزارة الأمن العمومي التي أحدث بداخلها مكتب محاربة المخدرات، والذي تكمن مهمته في محاربة المخدرات وأدوية الشارع بالتعاون مع القطاعات الأخرى المعنية. وتصطدم هذه المحاربة بصعوبات مادية ومالية، مما يؤدي إلى تكاثر صيدليات صغيرة ومختبرات صغيرة في أرقعة بانغي وبالأقاليم، وكذا مصحات وعيادات طبية غير مرخص لها.

الموارد البشرية لقطاع الصحة

لا توجد لحد الساعة سياسة ومخطط لتنمية هذه الموارد. وتشكو الموارد البشرية، التي يعتبر عددها غير كافي والموزعة بشكل غير عادل



خارطة وحدات الصحة التي دمرت تماما بجمهورية إفريقيا الوسطى (2014)

للوصول إلى المستفيدين على شكلين : تحصيل التكاليف والمقاربة التشاركية بالنسبة لبعض الاستثمارات، كالبناى أو إعادة تأهيل البنيات التحتية. وتحصيل التكاليف، الذي أقر سنة 1994، يتم بشراء الأدوية، وعند زيارات الطبيب، والعمليات والإقامة بالمستشفيات. ولا توجد أي صيغة لتقاسم أو تشارك للمخاطر أو الموارد خارج ميزانية الدولة : أي حماية أو دعم متقاطع. وهذه الحالة تشكل مشكلة بالنسبة للولوج العادل للعلاجات الجيدة للجميع.

تقاس المقاربة التشاركية بمساهمة المجتمع على شكل أعمال يدوية، وتقديم مواد ومساهمة مالية مباشرة لبناء مراكز وأكواخ الصحة وصيدليات القرى. وتدعو التوجيهات الوزارية لـ 2013 إلى مجانية تستهدف العلاجات الموجهة للأطفال، الذين لا يتجاوز عمرهم 5 سنوات، والنساء الحوامل، والمرضعات، وكذا للحالات الاستعجالية القصوى، على كل التراب، لمدة سنة.

أهم المشاكل والتحديات

إن أهم المشاكل والتحديات التي تواجهها جمهورية إفريقيا الوسطى في سياق الأزمة الحالي، الذي تتعايش فيه برامج استعجالية وإرادة في إعادة انطلاق نظام الصحة، تفرض الانتقال من التدخلات الاستعجالية إلى تدخلات التنمية. والسياق هو نظام مدمر من قبل أطراف النزاع المسلح، والذي يحتاج تقريبا إلى إعادة بناء كاملة، وإذا يفتقر إلى الكثير من الوسائل المادية الضرورية، حتى ضمن الأكثر حيوية. وتضاف إلى هذه الوضعية قلة أعداد وجودة الموارد البشرية ومختلف المشاكل الموروثة عن المرحلة السابقة، كالقضايا غير المحلولة للتزود بالأدوية وغياب وسائل الدولة لمراقبتها. وأخيرا، فإن وضعية المليون شخص الذين تم تهجيرهم تخلق وضعية صحية استعجالية وهشاشة قصوى، تزيد في تفاقمها الكوارث المتتالية والتي لا تستطيع البلاد أن تنتظم لمواجهتها.



البلاد تظل تابعة بقوة للمساعدة الخارجية، فإن القطاع يحتاج لموارد أخرى ولطرق بديلة للتمويل. قبل أزمة 2012، وعلى الصيد الداخلي، كانت مصادر التمويل تتمثل في الدولة، والأسر، والمجموعات، والجماعات الترابية والقطاع الخاص. وعلى الصعيد الخارجي، كان التمويل يتم عبر هبات وقروض، وخاصة عبر التعاونات. وتمثل المخصصات المالية للدولة لفائدة الصحة 9% من الميزانية العامة للدولة، وهي نسبة أدنى من النسبة التي دعى إليها تصريح أبوجا وهي 15%. ومن جانب آخر، واعتبارا لتوترات الخزينة، لا يتم تحرير الكثير من الأموال المرصودة.

في إطار مبادرة باماكو، فإن المساهمة الجماعية كانت هي وسيلة التمويل الملائم

أخرى تساهم في هذه الوضعية، ومنها الأمية (وخاصة لدى النساء)، وقلة النظافة، وانعدام الأمن وسوء التغذية، والنزاعات المسلحة، والسلوكات الخطرة، كالتدخين، وإدمان الكحول، والتغذية السيئة وقلة النشاط البدني. من بين 11 محطة راديو جماعية تتعاون معها مديرية التواصل في مجال الصحة، في إطار التعبئة الاجتماعية، فقط 6 هي قابلة للعمل. فكل محطات الراديو على مستوى الوحدات الصحية الدائرية هي إما معطلة وإما تم نهبها.

تمويل القطاع

في سنة 2012، تم تأمين حوالي 5% من نفقات العلاجات من طرف الحكومة. وبما أن



1. تقرير التنمية البشرية 2013، برنامج الأمم المتحدة للتنمية
2. تقرير أهداف الألفية لجمهورية إفريقيا الوسطى 2010
3. الإحصاء العام للسكان والسكنى 2003

المساعدة العمومية - مستشفيات باريس في إطار السياق الصعب لمصاريف الصحة بفرنسا

الدكتورة فلورانس فيبير
مديرة مفوضية العلاقات العامة الدولية
المساعدة العمومية - مستشفيات باريس



الكاتبة طبيبة وتنشط شراكات وتعاونات تعقدتها المساعدة العمومية - مستشفيات باريس، وهي مقابلة ضخمة للصحة العمومية، مع العديد من الدول. وأول عامل متقاسم هو الإكراه المالي. وهل جلبت الحماية الاقتصادية حولا؟ وهل هي قابلة للتنفيذ في مكان آخر؟

النظام الصحي الفرنسي الأول عالميا من طرف منظمة الصحة العالمية سنة 2000.

المرفق العمومي الفرنسي في مواجهة الإكراهات المالية

في الواقع، يصل النمو السنوي لمصاريف الصحة إلى نسبة 3%، الشيء الذي لم يعد ملائما مع معدل النمو الاقتصادي بفرنسا، ولا مع نسبة البطالة حيث أن نصف موارد الضمان الاجتماعي تأتي من الانخراطات الناتجة عن التشغيل. وفي هذا الصدد، يصوت البرلمان الفرنسي سنويا منذ 1995 على هدف وطني بالنسبة لمصاريف التأمين الصحي، والتي يبلغ نموها في السنوات الأخيرة من 2 إلى 2,5%. فتقلص النفقات الصحية إذا موضوع رئيسي وموضوع الساعة، وفي هذا الطرف الضاغط جدا، تواجه فرنسا تحديات ثلاثة:

- شيخوخة السكان؛
- ارتفاع النفقات المرتبطة بالحالات المرضية الطويلة الأمد (التي سينتقل عدد المستفيدين من علاجاتها 10 مليون حالة سنة 2016 إلى 15 مليون سنة 2020)؛

ابتداء من 1999، التغطية الصحية للجميع. وقد ظلت بنية تمويل النفقات الصحية مستقرة نسبيا طوال الوقت:

- 76% تمثل الحصة العمومية (الدولة والتأمين الصحي)؛
- 13% تدفعها التعااضديات والتأمينات الخاصة؛
- 9% تتحمله العائلات.

لكن حصة الدولة في المستشفيات أكبر، حيث يصل التحمل إلى قرابة 90%. وتضاف إلى هذا، العديد من المقتضيات الخاصة المتعلقة بوضعيات عديدة يصل فيها التحمل إلى 100%:

- مجموعة من الإصابات الطويلة تضم 30 مرضا حادا ومزمنا؛
- الفحوصات الإجبارية خلال فترة الحمل والمصاريف انطلاقا من الشهر السادس وحتى 12 يوما بعد الوضع؛
- العلاجات التي تلي حوادث الشغل.

وبسبب سهولة الولوج إلى العلاجات، اعتبر

المساعدة العمومية - مستشفيات باريس بنية استشفائية فريدة

بفرنسا وبأوروبا من حيث حجمها: كيان قانوني وحيد يسير 39 مستشفى ضمن 12 مجموعة استشفائية، قوامها 95 000 أجير، منهم 20 000 طبيب و275 مدير مستشفى. ومنذ إنشائه سنة 1848، مافتى هذا الكيان يتأقلم مع تطور الأمراض والسياق التنظيمي والمالي الذي يعمل فيه.

وللتذكير، فإن مصاريف الصحة تنمو بانتظام في فرنسا بوثيرة تفوق وثيرة الاقتصاد العام للبلاد. وقد انتقلت هذه المصاريف من 7,1% من الناتج الداخلي الخام سنة 1985 إلى 8,7% سنة 2008، لتصل سنة 2016 إلى أقل من 12% بقليل. وتتوزع هذه المصاريف على الشكل التالي:

- 44% بالنسبة للنفقات الاستشفائية، التي تمثل بالتالي حصة مهمة للغاية؛
- 27% بالنسبة لنفقات طب المدينة؛
- 20% بالنسبة للأدوية.

منذ 1954، اختارت فرنسا تغطية المرض عن طريق التضامن الوطني، والتي امتدت لتصبح،



المستشفى الأوروبي جورج بومبيدو الناتج عن تجميع 3 مستشفيات قديمة وضمان أقصى استفادة من الطاقة الاستثمارية

مستشفيات باريس، كما هو الحال بمراكز استشفائية جامعية أخرى، تواجه عددا من الرهانات الرئيسية :

- على الصعيد المالي، كيف يمكن الحصول على هوامش للتحرك للاستثمار في تجديد المعدات، وهي شرط رئيسي للابتكار والجدائية ؟
- على صعيد الموارد البشرية، كيف نجعل المسارات المهنية بالمستشفيات ذات جاذبية، خاصة بالنسبة لمهن الحراسة، (الجراحة، التخدير، والإنعاش) أو في تلك التي أجورها أفضل بالقطاع الخاص (الطب الإشعاعي) ؟
- كيف يمكن مضاعفة الحكامة الإدارية والطبية مع المحافظة في نفس الوقت على تماسك الطواقم الضرورية لسلامة العلاجات وتحسين تنظيم العلاجات ؟

طرق وضع الأسعار واستراتيجيات أمثلتها

لقد كان تمويل المستشفى يتم لفترة طويلة على أساس ثمن اليوم. في 1983، تم استبداله بمفهوم الميزانية الإجمالية والذي كان يعاب عليه عدم التحفيز على إنتاج النشاط. وقد كانت التسعيرة للنشاط تسعى لتصحيح هذا العيب. وقد تم سريعا توسيعها سنة 2008 لمجموع الطب المعروف بالحاد.

وقد أدى ذلك إلى تقليص فترات الإقامة بالمستشفيات وإلى تنمية الأنشطة المتنقلة، لكنها غير ملائمة لبعض أنواع العلاجات (العلاجات المسكنة، أمراض الشيخوخة، الخ.). في هذا السياق المالي، فإن المساعدة الطبية-

- صعوبة في حل إشكالية عدم التساوي في الولوج للعلاجات (تفاوتات مجالية، مع صحاري طبية وتفاوتات اجتماعية).

ومع ذلك، فإن المستشفى العمومي بفرنسا يظل مرفقا عموميا أساسيا، ويقوم دون أي تمييز بمعالجة كل الذين يلجؤون إليه. وهو يستفيد من صورة جيدة عند السكان وهو مصدر فخر لدى العاملين به. وقد أقيم هذا المستشفى العمومي طوال الوقت على مبدأ الامتياز وخاصة بالنسبة للمراكز الجامعية. وفي 1958، فرض إصلاح (إصلاح دوبري) الدوام الكامل بالمستشفيات وسمح لأطباء الدوام الكامل أن يزاولوا نشاطا خاصا في المستشفى بنسبة 20% من وقتهم، علما أنهم لا يمكنهم الممارسة في آن واحد في المستشفى العمومي وفي مصحة خاصة.

الدروس التي ينبغي استخلاصها والتجارب التي ينبغي تقاسمها

هذه الرهانات المختلفة يمكن أن نجدها على مستويات مختلفة وبخاصيات متنوعة في العديد من دول العالم. والخصائص الملاحظ في الموارد البشرية الصحية ووجود صحاري صحية هو واقع تعرفه جل الدول الإفريقية. وغياب الموارد المالية التي تسمح بميزانيات تسيير مناسبة والأهداف المتبعة والعلاجات التي ينبغي تقديمها يتضافر عموما مع سلوكيات تسييرية غير ملائمة مما يمثل حلقة مفرغة لا يمكن كسرها إلا عبر إرادة سياسية قوية، مرتبطة بأجور مناسبة وظروف عمل محفزة.

بحكم التاريخ، فإن الدول الإفريقية الناطقة بالفرنسية قد ورثت تنظيما صحيا على شاكلة النموذج الفرنسي، لكنه لم يتطور أو تطور قليلا منذ السنوات التي تلت الاستقلالات، في الوقت

الذي تدهورت فيه ميزانيات الدول، وهيمن فيه القطاع غير المهيكل وبدأ التأمين الصحي بالكاد يعرف النور. وبالنظر لتبعيته للعديد من البرامج التمويلية الخارجية الأجنبية، يمكن التساؤل عن الحرية التي يمتلكها وزير في الصحة، وهي وزارة ضعيفة عموما، في الاضطلاع بسياسة حقيقية للصحة على مدى الطويل.

إن مسألة عرض العلاجات، كما تُذكر بذلك المنظمة العالمية للصحة، ما هي إلا أحد الأعمدة الثلاثة لسياسة صحية ينبغي أيضا أن تهتم بجمع معطيات موثوقة حول الصحة، ويتكويّن الموارد البشرية، وبتوفير منتجات صحية جيدة وبقدرة المنظومة على الوفاء بالدين وبحكامة جيدة. مسألة المستشفيات هي اليوم ذات حدة خاصة



رهائن أساسيين : الوسائل المادية والموارد البشرية

قبل أن يُقرر ذلك قانونيا، في تجميع مصالحتها وفق أقطاب للأشطة، كما تواصل باستمرار عملا حول تنظيم العلاجات لجعلها متفوقة أكثر، وهي مسألة حاسمة في مواجهة المنافسة المرتبطة بشكل التمويل بواسطة النشاط.

تزودت المساعدة العمومية - مستشفيات باريس أيضا بخارطة طريق على شكل مخطط استراتيجي يهدف قبل كل شيء إلى تحسين الخدمات للمرضى مع أهداف دقيقة جدا ومؤشرات يتم قياسها بانتظام (مثلا حسب وقت الانتظار بالمستشفيات أو مدة التكفل بالإصابات بالسرطان). وهذا يعني غالبا تغيرا في السلوكيات، أو إصلاحا في التسيير، ووضع المريض في قلب مختلف أنواع التفكير والقرارات. وبالفعل، وهو الذي سيشكل في النهاية قوة التطور التي لا نقاش فيها.

• كيف ندمج المستشفى في مشروع مجالي للصحة مع مجموع الفاعلين في عرض العلاجات ؟
• كيف نرفع التحدي الرئيسي لمنظومة المعلومة المتبادلة ؟

للإجابة على هذه الرهانات المختلفة، وضعت المساعدة الطبية-مستشفيات باريس مجموعة من الاستراتيجيات :

• تجميع مجموعة من الوظائف (اقتناء تجهيزات ومواد صحية داخل وكالة وحيدة، الملابس الداخلية على شكل ملابس من صنف صناعي شبه آلي، بعض الوظائف المرتبطة بالوجبات، تم تأمينها خارجيا)، وتفكير للتوجه نحو أقطاب مجمعة للبيولوجيا ؛
• تجميع طواقم الإدارة بجمع 39 مستشفى في 12 مجموعة استشفائية ؛

• تجديد حظيرة مستشفياتها بتقليص عدد الأسرة (في سنة 2000، افتتحت مستشفى جورج بومبيدو، الذي جمع ثلاث مستشفيات، وسيتم جمع مستشفين

كبيرين - بيشا وبوجون - ليكونا مستشفا جديدا بعدد من الأسرة يقل ب 25%)، مما سيؤدي حاسبا إلى تقليص المساحات والمستخدمين، ويمكن بالتالي من تحقيق توفيرات وتكثيف التكاليف مع بعض تطورات الطب الحديث (المزيد من الإقامة في المتنقل، تكفل شامل ليس حصريا بالمستشفى بل أيضا عبر الاستشفاء في البيت) ؛
• تقييم جزء من ممتلكاتها العقارية بالتركيز على مهامها الأساسية وهي العلاج، في حين كانت المساعدة العمومية - مستشفيات باريس مع مرور الوقت قد طورت العديد من الأسرة للإقامة الطويلة بالنسبة للأشخاص المسنين (بعض هذه الأسرة انتقل إلى المجال الطبي الاجتماعي، لأنه لا يدخل في المجال الطبي) ؛
• وأخيرا، وعلى صعيد كل مستشفى، انطلقت المساعدة العمومية - مستشفيات باريس، حتى

العمومية - مستشفيات باريس الدولي (شركة تابعة للقانون الخاص)، مساهمه الوحيد المساعدة العمومية - مستشفيات باريس، من أجل اقتراح مجموعة من الخدمات على مستوى العالم نابعة من مهارة وخبرة هذه المؤسسة الفريدة (خدمات استشارة وخبرة في مجال الإستراتيجية الطبية، إعداد وتنوع البرامج الكاملة للتكوين، مواكبة ملائمة لكل مؤسسة بغية تحسين جودة وسلامة العلاجات من أجل الحصول على اعتماد أو علامة، مساعدة أصحاب المشروع في تحديث البنيات الاستشفائية).

تتقاسم المساعدة العمومية - مستشفيات باريس الدولي وتنشر بواسطة عملها قيم الامتياز، والنزاهة والتضامن التي تميز المساعدة العمومية - مستشفيات باريس، وتركز تنميتها بالخصوص على الاستجابة للحاجيات الهامة للبلدان الإفريقية الفرنكوفونية. ولهذه الغاية، فهي تعمل منذ مدة بالكونغو وبنين وتطور العديد من المشاريع للقيام بها بالغابون وكوت ديفوار.

استقلال حقيقي لبنيات العلاج مع ميزانيات ذاتية وسلطة تراتبية على المستخدمين في ميدان العلاجات مع وضع مساطر حقيقية للمراقبة تتميز بالمرونة.

أداتين اثنتين للعمل المشترك

لقد كونت المساعدة العمومية - مستشفيات باريس، لمدة سنوات، العديد من الأطباء الأفارقة. وهي تستمر في استقبال، حسب مختلف الأنظمة، حوالي 450 طبيباً أجنبياً في السنة. وقد طورت أداتين من أجل المساهمة في تنمية البنيات الاستشفائية المرجعية للدول النامية :

- من جهة، مندوبية للعلاقات الدولية، تمكن من تنمية وهيكله مختلف أصناف التعاونات، ومن اقتراح استقبالات مشخصة من أجل تكوينات مهنية في مجال الصحة في إطار اتفاقيات مؤسسية ؛
- ومن جهة أخرى، فرع سمي المساعدة

في مواجهة تحدي الانتقال الوبائي، وخاصة التكفل بالأمراض المزمنة، التي هي في ارتفاع قوي.

وفرنسا متعلقة بقوة بمفهوم المرفق العام، والذي يشمل المستشفى العمومي، وهو الشاهد والضامن على نوع من المساواة بين المواطنين في مواجهة المرض والولوج إلى العلاجات. فهل هذا المفهوم قابل لأن ينقل إلى إفريقيا جنوب الصحراء ؟ هذا السؤال المعقد قد يؤدي إلى تشجيع تجارب - لا سيما التدبير المفوض - مع المحافظة على روح المرفق العام. بفرنسا، تعد المستشفيات الخاصة المساهمة في المرفق العام تعبيراً مفيداً لهذا المفهوم.

أخيراً، فإن المنظور التراخي يفترض تنمية عروض قرب، ذات جودة مع منصات تقنية عملية حقيقية ومرتبطة بالعدد المحدود من المستشفيات الشديدة التخصص التي لا يمكن الاستعاضة عنها. ومفهوم التخطيط التراخي هذا، يمكن أن يمتد ليشمل إنشاء طاقم معالج واحد لكل التراب من أجل تعزيز الجاذبية وتفويض المهام المؤطرة. وهي تفرض توفر



مستشفيات باريس والاستشارة والخبرة للمساعدة العمومية - مستشفيات باريس الدولي بالخارج

تمويل الصحة بغانا : اقتصاد مدعوم بالتأمين

الدكتور سامويل أبوكوكيامفي
المنظمة غير الحكومية ياندا



الكاتب طبيب ومناضل في الوسط الجمعوي، وهو يبرز الروابط بين الاقتصاد العام - الوطني والدولي - واقتصاد الصحة بغانا. وقد أحدثت الإيرادات السياسية والإطارات المؤسسية سياقاً، فالإيرادات صنعت القرارات، والمؤسسات جعلت هذه القرارات ممكنة. والانعكاسات بسيطة : استثمارات وتمويل نظام تأمين عن المرض.

التوالي 3,3% و3,4%، و3,7% و3,6% الناتج الداخلي الخام). وبواسطة هذه المقاربة البسيطة، لإشكالية اقتصاد الصحة، يمكننا أن نخلص إلى أنه ينبغي بذل مجهود كبير لبلوغ الأهداف المحددة في ميدان الصحة بإفريقيا. سنركز هنا بالخصوص على غانا، وهو بلد من إفريقيا الغربية مساحته قرابة 238 540 كيلومتر مربع، بساكنة تصل إلى 26 مليون نسمة. وغانا هي ثاني بلد منتج للكاكاو بعد كوت ديفوار، كما أنه يتوفر على موارد طبيعية أخرى كالذهب، والماس، والخشب والبتروال الذي اكتشف مؤخراً، مع العلم أن اقتصاد غانا يستند أساساً على تصدير هذه الموارد. وتجدر الإشارة إلى أن غانا من دول جنوب الصحراء التي تسجل نمواً اقتصادياً مرتفعاً وتنمية سريعة، بنسبة زيادة سنوية متوسطة للناتج الداخلي الخام تصل إلى 6,92% في السنوات الست عشرة الأخيرة. وتتوفر البلاد على ديمقراطية مستقرة واستثنائية : فمنذ 1992، تمت أربع تغييرات في الحكم بطريقة سلمية. بعد كل هذه الأخبار السعيدة، ما هو الأمر بالنسبة للصحة ؟ هل يمكننا بالتالي أن



8,8% و7,2% و8,9% من ناتجها الداخلي الخام، لكن ينبغي أن نعترف بأنه عدا هذه الدول التي تشكل الاستثناء في هذه القارة الغنية جداً، فإن غالبية الأقطار الأخرى لها مصاريف دون نسبة 5% من ناتجها الداخلي الخام، كما هو الحال بأنغولا، والغالابون ونيجريا وبلدي أنا غانا (بمصاريف تمثل على

«الصحة لا ثمن لها ولكن لها تكلفة»، كما هو شائع.

حسب المهاتما غاندي، فإن الصحة هي الثروة الحقيقية وليس القطع النقدي الذهبية والفضية. وهذا أيضاً بالغ الصحة. غير أن التوجهات الاقتصادية والمالية الدولية اليوم تجعل من المال عاملاً لا حائده لمرافقة أهدافنا من أجل صحة جيدة وجودة حياة للساكنة. وهذا يعني بأن مستوى جيداً من التمويل في ميدان الصحة بوسعه أن يؤثر بشكل ملحوظ، إن لم يكن مطلقاً، في جودة الحياة وكذا أمد الحياة للسكان. وحسب الإحصائيات الأخيرة لمنظمة الصحة العالمية لـ 2014، فإن مصاريف الصحة المعبر عنها بنسب الناتج الداخلي الخام القطري بإفريقيا هي في المتوسط لا تتعدى أكثر بقليل 10%، مقارنة مع أوروبا والولايات المتحدة الأمريكية حيث تبلغ على التوالي 13% و17,1%. وقد يكون من الجيد الاعتراف بالجهود التي بذلتها بعض الدول الإفريقية، كجنوب إفريقيا والجزائر وناميبيا (بمصاريف تبلغ تباعاً

نلاحظ نفس النمو الإيجابي في قطاع الصحة كما حصل بالنسبة للاقتصاد ؟

الأولويات، والتحكيمات والوسائل المسخرة

خلال الجمعية العامة للأمم المتحدة لشتبر 2015، تم تحديد أهداف التنمية المستدامة : والهدف رقم 3 لأهداف التنمية المستدامة كان بالتحديد «الولوج إلى الصحة». وهذا الهدف يرمي إلى تقليص اللامساواة في الولوج إلى العلاجات وإلى الاستجابة على وجه الأولوية لحاجيات النساء، والأطفال والأشخاص الأكثر فقرا، والأكثر حرمانا.

وحسب المنظمة العالمية للصحة، فإن نسبة وفيات الأمهات قد انخفضت بـ 44% على الصعيد العالمي. بالنسبة لغانا، انطلق البحث عن وولوج أحسن للصحة في نهاية الخمسينيات من القرن الماضي، حيث كان يوجد تأمين صحي وطني بالنسبة لكل السكان والذين لم يكن عددهم يتجاوز آنذاك عشرة مليون نسمة. وقد كان هذا التأمين يمول بواسطة

الضرائب. ونتيجة الركود الاقتصادي التي عرفته البلاد في السبعينيات، إضافة إلى مشاكل أخرى كالتنمو السكاني السريع، وعدم الاستقرار السياسي، وقلة الأدوية والموارد لبناء تجهيزات ملائمة، فقد اعتمدت غانا نظام الأداء المباشر. وهذا النظام لم يكن ليتناسب مع الفقراء، أي حوالي نصف السكان. وبالتالي، فإن الحكومة المصممة على مساعدة

سكانها بحثت عن حلول أخرى واستقر رأيها على إحداث تأمين الصحة الجماعي (Community Based Health Insurance Schemes – CBHIS) سنة 1990. للأسف، لم تصل نسبة التغطية سوى إلى 1% على الصعيد الوطني. وبعد 13 سنة، أعطت غانا سنة 2003 الانطلاقة مجددا لتأمين صحي وطني.

وقد يشكل هذا التأمين إحدى المحاولات النادرة في الدول جنوب الصحراء لإقامة تأمين



منشآت عصرية وطاقت استقبال محترمة بفضل استثمارات كثيفة

الصحة، باستثمار ملايين الدولارات في ميدان الصحة خلال السنوات الأخيرة. ومن بين الأمثلة الملموسة، هناك بناء العديد من المستشفيات الحديثة جدا في مختلف مناطق البلاد، ومنها مستشفى ليكون الشهير والذي كلف حوالي 217 مليون دولار أمريكي.

كما عرفت مستشفيات قديمة، كمستشفى ريدج ومستشفى كومفوانوك ومستشفيات أخرى، برامج ضخمة للتوسعة والتحديث. فعملية تجديد وتوسعة مستشفى ريدج، التي انتهت مع نهاية سنة 2016، كلفت 250 مليون دولار أمريكي، لتنتقل الطاقة الاستيعابية من 200 إلى 400 سرير. وقد أصبح يتوفر على أحدث التجهيزات الطبية.

وفي سنة 2005، أعطت الحكومة أيضا انطلاقة البرنامج الوطني للتغذية المدرسية School Feeding Program، والذي يتكفل بإطعام التلاميذ مجانا بالمدرسة. وما زال هذا البرنامج يعمل إلى يومنا هذا ويغطي على الصعيد الوطني حوالي 3 000 مدرسة و1,3 مليون تلميذ. ويهدف البرنامج إلى

الوصول إلى مليوني تلميذ في سنة 2017، وإلى القضاء على سوء التغذية عند الأطفال والذي يظل مشكلا حقيقيا للصحة العمومية، وفي نفس الوقت، تشجيع الأطفال على متابعة دراستهم في بلد تبلغ نسبة الأمية فيه 10%.

ويقاد هذا البرنامج بتعاون مع مختلف الشركاء : البنك الدولي، الوكالة الأمريكية

صحي شامل على الصعيد الوطني، يمول هذه المرة بواسطة الضرائب، وهبات الهيئات الوطنية والدولية، والمساهمات البسيطة التي يقوم بها المواطنين.

وقد كانت الأولوية تسهيل الولوج إلى العلاجات بالنسبة للنساء والأطفال والفقراء. وقد انتقلت الحكومة إلى العمل متجاوزة الوعود وسياسات

وتصفية الدم والتكفل بالسرطان (باستثناء سرطان الثدي وعنق الرحم). وحسب المجلة الدولية للاقتصاد، عدد 2 مارس 2016، فقد انخفض سعر برميل البترول من 115 دولار أمريكي إلى أقل من 35 دولار أمريكي بين يونيو 2014 وفبراير 2016.

حسب تقديرات وضعتها مجلات مرموقة، فإن أسعار مواد أولية أخرى، كالذهب والماس ستسجل انخفاضا كبيرا سنة 2017. وبما أن صادرات هاتين المادتين الأولين تدعمان بقوة اقتصاد غانا، فقد ينتج عنه أحيانا تأخر في تأدية أجور العاملين في قطاع الصحة والمزودين بالخدمات الصحية.



الصعوبات والتحديات

وتبقى الرشوة أيضا السرطان المستشري في هذا البلد وهي تشمل جزءا هاما من الأموال المخصصة للصحة التي يتم تحويلها كل سنة، مما يجعل النظام الصحي أحيانا غير ذي نجاعة.

وهناك أيضا صعوبة أخرى تفسر بوضوح الوضعية، ويتعلق الأمر بالانتقال الوبائي. فبروز طبقة متوسطة تسبب تغيرا قويا في أنساق حياة المواطنين الغانيين. فحسب منظمة الصحة العالمية، فإن انتشار الأمراض المزمنة كالسكري وأمراض القلب والشرابين، قد ارتفع ما بين 2000 و2015. ومراقبة هذه الأمراض يكلف كثيرا.



مستشفى كونفو انوكي التعليمي (بمدينة كوماسي) ومستشفى ريدج (بمدينة أكرا) : مؤسستان حديثتان تتوفران على أرقى التكنولوجيات والممارسات العالمية

و تظل المقاربة الاقتصادية حاسمة في غانا. فالسياسات والطرق المعتمدة من لدن

الحكومة هي إرادية وتجعلنا متفائلين بالنسبة للمستقبل : فأصلاح جيد وتحسين البرامج الموجودة من شأنها تحقيق النتائج المرغوبة في السنوات المقبلة.

التمويل. فالتأمين الصحي يقترح حاليا تغطية تصل إلى 95% من الأمراض الشائعة بغانا ويستثني العديد من الأمراض والعلاجات الثقيلة، كبعض الجراحات، وزرع الأعضاء،

للتنمية الدولية، الوكالة الكندية للتنمية الدولية، برنامج الغذاء العالمي، اليونسيف، سفارة هولندا. كما وُضع البرنامج الوطني لمحاربة السيدا للكشف عن الحاملين الجدد للفيروس وكذا لتتبع وتوزيع العلاجات المدعومة بشكل كبير من طرف الدولة.

قد تكون نهاية النفق ما زالت بعيدة، لكن نتائج الجهود الكثيرة منذ ستين سنة تبقى إيجابية وواعدة. فحسب الإحصائيات الأخيرة لليونسيف والمحينة في فبراير 2017، فقد تقلصت وفيات الأمهات لكل 100 000 نسمة بالنصف تقريبا (من 634 وفاة إلى 319 وفاة) بين سنتي 2000 و2015.

أما وفيات الأطفال من جهتها، فقد انخفضت من 125 إلى 43 لكل ألف ولادة حسب البنك الدولي.

وحسب العمليات التي يقوم بها البرنامج الوطني ضد السيدا، فإن انتشار فيروس السيدا عرف انخفاضا واسعا على مر السنين وهو يقدر بـ 1,08% حسب إحصائيات وكالة الأمم المتحدة للسيدا في سنة 2015.

من أجل تقييم أفضل لفاعلية التأمين الصحي، يبدو مناسبا الإشارة إلى أن أمد الحياة الإجمالي بغانا قد انتقل من 58 إلى 62,4 سنة بين 2000 و2012 حسب منظمة الصحة العالمية.

وقد يعزى هذا التحسن إلى الولوج إلى العلاجات الذي عرفته الساكنة منذ الانطلاقة الجديدة للتأمين الصحي في 2000. ولكن، بالنظر إلى أمد الحياة الذي يبقى رغم ذلك منخفضا، ما زال هناك مجهود ينبغي أن يبذل من أجل بلوغ التنمية الكاملة واستغلال أفضل لإمكاناتنا الصحية والاقتصادية.

وفي هذا الاتجاه بالذات، يتوجب مجابهة الصعوبات والتحديات التي عرفناها خلال هذا المسار الطويل وإيجاد حلول مستدامة.

البريد الفرنسي، حريص على الصحة... وعلى تنويع خدماته

البريد الفرنسي لا يتوقف عن تنويع العروض للحد من السقوط المحتوم للبريد التقليدي والمنافسة الخاصة.

البريد الفرنسي الحاضر في نقل كل ما يمكن أن يوصل إلى المنازل تقريبا، ولكن أيضا في البنك والتأمين والهاتف. والبريد الفرنسي يريد أن يصبح "رائدا في خدمات القرب الإنسانية للمنزل" ويتيح لدخول رأسمال رائد الخدمات الصحية بالبيت، Asten Santé، مع حصة الأغلبية.

وقد كانت Asten Santé تحقق 100 مليون أورو كرقم أعمال سنة 2016 لدى 62 000 مريض، بإقامة الأجهزة الطبية التي تتطلبها حالتهم في مجالات ضيق التنفس، والتقطير، والعلاج بالأنسولين. وهذه كلها إقامات وتنقلات مكلفة لن يقوم بها المريض. وبهذه العملية للنمو الخارجي، الأكبر في تاريخها، فإن البريد تواصل تنويع خدماتها لتحقق في أفق 2020: التعويض التام للانتهاء في مجال البريد التقليدي والذي يتجه تدريجيا نحو الاضمحلال ولا يبدو أن يوسع أن يسجل ارتفاعا: فمن 23,3 مليار أورو، لم يعد النشاط البريدي يمثل إلا 40% من النشاط العام.

والعرض في مجال الصحة سيكمل عروض فرع Axéo Services (أعمال التصليح، البستنة، النظافة والصيانة بالنسبة للمقاولات الصغرى والمتوسطة...)، وكذا خدمة Cohesio لزيارة المسنين (لحساب الجماعات المحلية)، ومنذ 22 ماي الأخير، خدمة "السهر على آبائي" التي يتم تسويقها لدى الأسر البعيدة عن أصولها. وقد شهد يونيو 2017 انطلاق إيصال الوجبات الغذائية إلى المنزل والمقدم للجماعات، والذي قد يقدم للأفراد.

فلم يكن ينقص إلا الصحة.

مقال لهيئة التحرير

تجارة الصحة : الفرنسيون يتظمون ويسخرون كل الوسائل

الرعاية الطبية الفرنسية (French Healthcare) ستحمل ألوان "صنع بفرنسا" في مجال الصحة. في 15 مارس 2017، أعطى 3 وزراء فرنسيون لا أقل في حفل كبير هذه العلامة الجديدة بوزارة الشؤون الخارجية الفرنسية، أمام عدد من الصحفيين وخاصة منهم التابعين للصحافة الاقتصادية.

عملية تسويق حقيقية، وإستراتيجية يراد لها أن تكون رابحة.



إن الصحة هي القطاع الفرنسي الثالث على صعيد التصدير، وهو أمر يعرفه القليل، مع رقم معاملات يصل إلى حوالي 26 مليار أورو سنة 2016 وفائض يبلغ 4 مليار أورو. وكل الفاعلين في هذه السلسلة، بالمفهوم الواسع، يمكنهم أن يطلبوا هذه العلامة المميزة ويحصلوا عليها. أكثر من ذلك، سيتمكن نوع من الزمالة على الطريقة الفرنسية من الآن فصاعدا الأطباء الأجانب ذوي الخبرة (وليس فقط الطلبة وحدهم) أن يأتوا بالفعل لعلاج مرضى بالمستشفيات الفرنسية خلال تدريب لبضعة شهور. ويتعلق الأمر إذا أيضا بتصدير المهارة، وربط اتصالات وتكوين شبكات. وأخيرا، فإن "نوادي الصحة" ستحدث من أجل الرد على طلبات العروض الدولية. وسيتم تنسيقها بواسطة Business France ومن طرف أحد كبار الفاعلين الفرنسيين الخواص في مجال الصحة، بغاية "التحرك الجماعي" بإشراك المقاولات المتوسطة والصغرى المتميزة الأداء والمكاملة للمؤسسات الكبيرة.

وبوضوح، فقد أصبحت الصحة، على غرار قطاعات صناعية وخدمائية كبيرة أخرى، تعتبر قطاعا تصديريا ينبغي الارتقاء به. وهي طريقة أخرى للنظر بطموح لـ "اقتصاد الصحة". ويمكن إيضاح نهم كبار القطاع الفرنسيين بالاستقرار الأخير بالدار البيضاء لمجموعة Elsan، بمصحة أولى بطاقة 136 سريرا و50 اختصاصي مجند. وقد دشنت المجموعة هنا وحدتها الأولى خارج فرنسا، حيث تتوفر على 83 مصحة، و4 000 طبيب مختص، و14 000 مأمور، بحصة من السوق تبلغ 12% من الاستشفاء الخاص بفرنسا، أي 1,2 مليون مريض كل سنة.

ثقل اقتصادي فتح شهية Elsan على ما يبدو.

فهل المغرب وعاصمته الاقتصادية سيكونان أيضا رابحين؟

مقال لهيئة التحرير

50 مليار دولار !

نفس السوق، نفس الرقم، سواء رأينا الأمر من وجهة وباريس... أو من دلهي الجديدة، يعطينا نظرة متكاملة، وحدها عولة ناجحة يمكن أن توفق بينها وتحركها.

من وجهة، يمكن للجراحة التجميلية أن تمثل عرضا للسياحة الطبية. ومن باريس، هناك مؤشر (بين مؤشرات أخرى، متلاقية) يثير القلق وينبغي أن يُخفف، إنه حجم نفقات الصحة في الناتج الداخلي الخام السنوي :

- 7% سنة 1980 :
- 11% سنة 2007 :
- 18% سنة 2040 :
- ودون شك 20% سنة 2050.

مقال لهيئة التحرير

مجلة

ORIENTAL .MA

تساهم

في

تكوين

وتداول

المعرفة



ORIENTAL .MA
الوكالة الإخبارية لوكالة جهة الشرق
عدد 15 من 2011

الاستثمار:
الجهات تتنافس

الجهة الشرقية
تبرز مؤهلات
عرضها الشراحي

52 7 57 32

ORIENTAL .MA
الوكالة الإخبارية لوكالة جهة الشرق
عدد 18 من 2011

الواكب
موسيقى جهوية معلومة
أي مستقبل؟
وأية منافع للجهة الشرقية؟

19 4 48 6

ORIENTAL .MA
الوكالة الإخبارية لوكالة جهة الشرق
عدد 17 من 2011

الكوتشينك النرابي الجهوي
تأزر الفاعلين في مجال التنمية
جهة الشرق تشق خلاصة جديدة

10 3 38 9



يمكن الإطلاع
على كل منشورات
وكالة جهة الشرق
على:
www.oriental.ma