وثيقة من أجل

"منظومة صحية مواطنة"

تنسيقية التنظيمات الممثلة للأطباء و مهنيي الصحة بالمغرب

[إن قانون ممارسة مهنة الطب ليس مجرد الإطار القانوني الذي ينظم ممارسة المهنة فحسب بل هو أحد الأعمدة القانونية للمنظومة الصحية بالمغرب ، لذا فان مشروع القانون 131-13 الذي تقترحه الحكومة يعتبر مشروعا مجتمعيا .وانطلاقا من وعي التنظيمات الممثلة للأطباء و مهنيي الصحة بالمغرب في القطاعين العام والخاص بالوضع الصحي في المغرب، ومن موقع مسؤوليتها كتنظيمات وطنية ومواطنة ربطت دوما كرامة الطبيب و ممارسة مهنة الطب بالمغرب بكرامة المريض وحق المواطن في الصحة وبشكل متساوٍ كأحد الحقوق الأساسية للإنسان، أثرنا على نشر وثيقة مشتركة من اجل "منظومة صحية مواطنة" و الأمل يحدونا في أن تولي الحكومة هذه الوثيقة المشتركة العناية المطلوبة، خدمةً لصحة المواطن المغربي وللمصلحة العليا للبلاد.]

24/03/2014

إن خلفيات وآفاق التوجه الذي تعتمده الحكومة المغربية في التعاطي مع المنظومة الصحية ومشكلاتها العالقة، من خلال مجموعة مشاريع قوانين لها علاقة وطيدة بمهنة الطب (قانون 131-13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، قانون 06-14 المتعلق بتنظيم الطب الشرعي) تحيلنا على نوعية العلاقة التي تتبناها الحكومة مع الفرقاء الاجتماعيين.

فأي مشروع لا يحكم عليه بالنجاح إلا إذا كان مبنيا على السياسة التشاركية. و هذه القوانين لم تتم استشارة التنظيمات الممثلة للأطباء فيها بشكل صحيح ؛ فإحالة المشروع على النقابات وإعطاء مهلة شهر لتدارسه وعدم الأخذ بعين الاعتبار بالملاحظات و المقترحات الجوهرية لا يمكن اعتباره صيغة استشارية ، خصوصا و أن الفصل 13 من الدستور ينص على أن "تعمل السلطات العمومية على إحداث هيئات للتشاور ، قصد إشراك مختلف الفاعلين الاجتماعيين ، في إعداد السياسات العمومية و تفعيلها و تنفيذها و تقييمها" فأين هي هيئة التشاور التي أعدت هذه المشاريع ؟ أفلا يعد هذا خرقا دستوريا؟ أم أنه استصغار للفرقاء الاجتماعيين واحتقار لدورهم؟.

وتجدر الإشارة إلى أن من بين هذه المشاريع ما يحمل بصمة العولمة التي لم تعد تفرق بين الأنشطة الاجتماعية ذات البعد الإنساني والأنشطة التجارية؛ فقد جعلت الكل في خانة واحدة ، وقد بينت التجربة بالملموس أن مآل هذا المنحى كان الفشل الذريع .

كما أن أي نظام صحي ناجع يجب أن يوازي بين مقاربتين ، المقاربة العلاجية و المقاربة الوقائية. غير أن ما يطغى على مشروع مزاولة الطب هو المقاربة العلاجية و تهميش البعد الوقائي الذي يعتبر الوسيلة الناجعة التي تركز عليها منظمة الصحة العالمية.

لكل هذا، وانطلاقا من وعي التنظيمات الممثلة للأطباء و مهنيي الصحة بالمغرب في القطاعين العام والخاص بالوضع الصحي في المغرب، ومن موقع مسؤوليتها كتنظيمات وطنية ومواطنة ربطت دوما كرامة الطبيب و ممارسة مهنة الطب بالمغرب بكرامة المريض وحق المواطن في الصحة وبشكل متساوٍ كأحد الحقوق الأساسية للإنسان المنصوص عليها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان و كحق منصوص عليه دستوريا "الفصل 31 من الدستور"، عقدت التنظيمات الموقعة أسفله عدة اجتماعات لمناقشة مشروع قانون ممارسة مهنة الطب بالمغرب الذي تقترحه وزارة الصحة كأحد الحلول لمعضلة المنظومة الصحية ومناقشة بقية المشاريع الأخرى. وبعد نقاش جدي و تحليل موضوعي للوضع الصحي بالمغرب وتقييم للسياسات العمومية في الصحة و استشراف مستقبل المنظومة الصحية على ضوء مشروع القانون 131-13المتعلق بممارسة مهن الطب في المغرب وخصوصا الفصل 58 جاءت الخلاصات على الشكل التالي:

استقراء التفاصيل التي تضمنها المشروع على المستويين السياسي و الاقتصادي وما يرتبط بسياقاتهما الوطنية والدولية في محور أول، ثم استنباط النص القانوني من حيث تركيبته وصياغته و من حيث مقارنته مع تجارب في دول العالم في محور ثانٍ.

المحور الأول: السياق السياسي والاقتصادي لمشروع القانون ونتائج التجارب الدولية

أولا : السياق السياسي والاقتصادي

تم، قبل دستور 2011 إبان الحكومة السابقة، إخراج القانون الإطار 34-09 المتعلق بالخريطة الصحية و توفير العلاج، الذي تطرقت كل مواده إلى مفهوم شراكة حقيقية بين القطاعين العام والخاص ، حيث نجد في المادة 4 من هذا القانون أنه يتعين على الدولة نهج سياسة مشتركة بين القطاعين لرصد و مكافحة الأمراض ، كما نجد في المادة 5 التأكيد على مساهمة الجماعات المحلية والمنظمات المهنية والجمعيات إلى جانب الدولة في تحقيق الأهداف و الأعمال الصحية ، و في المادة 17 التأكيد على ضرورة إحداث منظومة إعلامية صحية وطنية يكون هدفها تجميع المعلومات عن المؤسسات الصحية الخاصة والعامة؛ أي جرد البنية الصحية بشكل عام حتى يتم تحديد الخصاص في الجهات وعلى الصعيد الوطني.

و لا ينبغي أن ننسى المادة 18 التي أكدت على مسطرة تقييم القطاعين العام والخاص المسماة "اعتماد" (accréditation)، وهي المسطرة التي ستحدد جودة المنشآت الصحية المغربية وتقيم مستواها. غير أن هاته المنشئات أصبحت تنتقد دون أن يرافق ذلك إعمال هذه المسطرة التي تضمن، وحدها، المراقبة والتحسن المستمر والجودة على أساس مؤشرات ومعايير ومرجعيات وطنية، يتم إعدادها من طرف اللجنة الوطنية للتقويم والاعتماد التي تم تجميدها لأسباب نجهلها.

و بعد هذا القانون طرحت نفس الحكومة سنة 2009 قانون مزاولة مهنة الطب الذي تم التراجع عنه بعد رفض جميع ممثلي الأطباء في ظل وضع سياسي واجتماعي خاص نتج عنه دستور 2011.

إن التطرق إلى هذه المرحلة التاريخية له دلالته ، وذلك للتذكير برفض المشروع من قبل وعدم أخذ الحكومة الحالية هذا الرفض محمل الجد، وعدم البحث عن أسباب الرفض ، كما أن جرد بعض مواد القانون الإطار 34-09 بمثابة قانون منح العلاجات والخريطة الصحية من خلال هذه الوثيقة لا يخلو من أهمية لما لهذا القانون علاقة بمشروع قانون 131-13، وحجة المدافعين عن هذا المشروع تكمن في النقص الحاد في الإمكانيات والمعدات ونقص توفير الخدمات العلاجية. فكيف يكون بالمستطاع الوقوف على الخصاص وقد تم تعليق مسطرة التقييم والاعتماد؟.

هذا من جهة، ومن جهة أخرى يحق التساؤل عن الإسراع في إخراج قانون مقترن مع مراسيم تطبيقية لقانون 34- 09 لم تخرج إلى الوجود منذ تعيين هاته الحكومة منذ أكثر من سنتين؟

إن عدم إخراج هاته المراسيم في وقتها دليل على أزمة ثقة، و حتى عندما حاولت وزارة الصحة طرح مشروع مرسوم متعلق بهذا القانون الإطار يقضي بإحداث المجلس الوطني الاستشاري للصحة أخرجته بطريقة مشوهة ، فما الذي يضمن للهيئات الممثلة للأطباء إخراج باقي المراسيم؟

يضاف إلى ما سبق أن طرح مشروع القانون 131-13 لم يسبقه نقاش حقيقي بين وزارة الصحة وجميع الفاعلين في الميدان الصحي بالمغرب، حسب ما يقتضيه الفصل 13 من الدستور، ولم تتم مناقشته خلال كل اللقاءات مع الممثلين؛ وبدل ذلك، سعت وزارة الصحة إلى تشويه صورة الأطباء ومهنيي الصحة عن طريق شن حملة ممنهجة ضدهم ومحاولة ربط الاختلالات العميقة التي يعرفها قطاع الصحة بسلوك العاملين بالقطاع.

يتبين مما سبق أن السياق السياسي، لفتح رأسمال المصحات الخاصة في وجه الشركات وأصحاب الرساميل غير الأطباء، يندرج في إطار عولمة الاستثمار في القطاع الصحي الخاص وتشجيع ظاهرة الترحال الطبي الذي يمليه البنك الدولي، الذي يلزم الدول المستفيدة من القروض بتقليص ميزانية القطاع العام مقابل تشجيع الاستثمار في القطاع الخاص، كما تمليه كذلك الجهات المانحة لمنظمة الصحة العالمية ؛ وهو الشيء الذي أكده ميثاق جاكارتا 2005 و إعلان باريس لسنة 2006. كما أن تقرير **McKinsey** 2007 أقر "بأن الصحة مجال مربح بالدول الإفريقية، بفضل تطور الطبقة الوسطى، حيث ستبلغ الأرباح 21 مليار دولار سنويا ابتداء من سنة 2016، و حث المستثمرين المحليين والدوليين على اغتنام هذه الفرصة".

وعلى المستوى الوطني شرعت شركات دولية ووطنية في الاستثمار في المصحات الخاصة في المدن الكبرى قبل صدور القانون المنظم لهذه العملية، وهو ما يعني فرض الأمر الواقع، وهي السياسة التي تقود إليها التوجهات الاقتصادية للساهرين على التسيير.

ثانيا: التجارب الدولية في ميدان تحرير رأس مال المصحات الخاصة

إذا كانت وزارة الصحة تقول، دفاعا عن مشروعها في الاستثمار في القطاع الخاص، أن 68 في المائة من الدول اعتمدت نظام تحرير رأس مال المصحات الخاصة، فإن هذه التجربة أبانت عن فشلها بتلك الدول. بل إن الكثير

منها تراجع عن هذه السياسة، وهذا ما بينه تقرير **Oxfam** الذي خَلُصَ، بعد الدراسات التي أجريت في الدول التي اعتمدت الاستثمار في المصحات الخاصة، إلى تسطير ست أدلة على عدم نجاعة هاته السياسة:

1- **لا يمكن الاستثمار في القطاع الخاص من تقديم العلاجات بشكل عام:** ففي الهند التي تعد من أكبر الدول استثمارا في القطاع الخاص، تفضل 74 في المائة من النساء التطبيب في القطاع العام و يحرم 50 في المائة من العلاج الناجع في القطاع الخاص.

2- **لا يمكن الاستثمار في القطاع الخاص من تغطية المجال،** ولا يمكن من تجاوز النقص الحاصل في القطاع العام: فالأغنياء يضطرون إلى تأمين صحي إضافي، وهو ما يترتب عليه اتساع الهوة بين الفقراء والأغنياء في الاستفادة من الخدمات الصحية، كما هو الحال في الشيلي مثلا.

3- **الاستثمار في القطاع الخاص ليس أكثر نجاعة:** ففي الصين، مثلا، يلاحظ انخفاض في الجودة.

4- **لم يمكّن الاستثمار في القطاع الخاص من تطوير الخدمات الصحية:** ذلك أن تجهيز المصحات الخاصة يخضع لتقلبات السوق بسبب ارتفاع حدة المنافسة؛ كما أن قلة الموارد البشرية المؤهلة، وبخاصة الشبه الطبية، ساهمت بشكل كبير في تدني الخدمات التي يقدمها النظام الصحي الخاضع لمنطق الربح والاستثمار – جنوب إفريقيا مثلا–.

5- **لم يمكّن الاستثمار في القطاع الخاص من تجاوز الفوارق في الولوج إلى العلاج:** فالمساواة في العلاج تعني تقديم العلاجات بحسب حالة المريض لا بحسب قدرته على الأداء.

6- **لا يمكّن الاستثمار في القطاع الخاص من تحديد المسؤولية وتحميلها.**

المحور الثاني: قراءة قانونية في مشروع القانون المقترح

اولا: حقوق المريض و المواطن:

إن أي مشروع قانون تصاغ فلسفته على حقوق و واجبات الشخص الذي يسري عليه هذا القانون، فكيف إذا تعلق الأمر بحقوق المرضى التي تعتبر حجرة الزاوية في هذا القانون؟

و باستقرائنا للمادتين 102 و 103 من هذا المشروع نقف على تحقير للمواطن المغربي، وذلك بالنظر إلى قيمة الغرامة التي يتم فرضها على من يزاول مهنة الطب أو يفتح عيادة بدون دبلوم طب (بين 1500 و 7500 درهم).

إن فتح المجال لاشتغال الطبيب الأجنبي دون ضوابط قانونية ينم عن عدم احترام المواطن المغربي. ففي فرنسا لا يمكن لأي طبيب أجنبي أن يشتغل دون إشراف طبي مباشر لعدة سنوات و بشروط معينة ، كما أنه لا يمكنه أن يمارس الطب دون المرور باللجنة الوطنية للتسيير Commission Nationale de gestion لإجراء امتحان الكفاءة والمؤهلات. و هذا الأمر لم يتم التنصيص عليه في مشروع الوزارة، وكأن الحفاظ على الصحة العامة وصحة المواطن لا يدخل في اهتماماتها.

ثانيا: الحقوق و الواجبات :

من المعلوم أن القاعدة في تسطير القوانين تقضي بإقامة التوازن بين الحقوق والواجبات. والقارئ في مشروع القانون هذا، المكون من 113 فصلا، يرى أن أغلب الفصول تطرقت إلى واجبات الطبيب والعقوبات التي قد تفرض عليه. ولم يتطرق هذا القانون بتاتا إلى حقوق أطباء القطاع الخاص وعن المسطرة الواجب تتبعها في حالة لحاق الضرر بهم؛ ونجده، في المقابل، يشنعهم بفرض الشيك مسبقا، وهو ما يعتبر جناية. كما أن هذا القانون لم يتحدث عن الضمانات التي تسمح للطبيب صاحب المصحة بالحصول على مستحقاته.

ثالثا: حقوق الاستثمار لأطباء القطاع الخاص:

إن في الفصل 26 من القانون 34-09 إشكالا دستوريا، فهو يحرم الطبيب من حرية المقاولة و من حرية المبادرة على الصعيد الوطني كحق دستوري منصوص عليه في الفصلين 28 و35 من الدستور. لقد فكرت الدولة في تقنين الخدمات الصحية حسب احتياجات الخريطة الصحية دون إيجاد مخرج لهذا الإشكال الدستوري. ففي دول أخرى، كفرنسا، تم إشراك نقابات أطباء القطاع الخاص في تشكيلة اللجنة الجهوية لتوفير وتنظيم الخدمات الصحية، وذلك بهدف إنجاح مشروع الخريطة الصحية حسب الفصل L712-2 من مدونة الصحة العمومية، كما تم الاتفاق على التشارك بين الدولة و الصناديق الوطنية للتأمين الصحي و نقابات القطاع الخاص الأكثر تمثيلية من أجل تحقيق الهدف المقدر وطنيا National Objectif quantifié مما يعني أن هناك هدفا مقدرا يجب أن تصل إليه المصحات؛ و كل مصحة لم تصل إلى هذا الهدف يمكن تعويضها من صندوق التغطية الصحية.

أما في ألمانيا فقد أصبح المستشفى العمومي، بعد سنة 1980، عبارة عن شركات خاضعة لوصاية السلطة العمومية، تتمتع بصفة المنفعة العامة و يمتلكها قطاع خاص أغلبه من الأطباء بالموازاة مع قطاع خاص.

كما أن كل جهة في ألمانيا (Land) تنظم عروض الخدمات الصحية بها، والمؤسسات الصحية (بالقطاعين العام والخاص) التي تحترم الشروط المفروضة في الخريطة الصحية تحصل على مساعدة مالية ما بين 30% و40% تعويضا عن الخدمات و عن اقتنائها لمعدات باهظة الثمن، ويمكن لبعض المصحات ألاّ تنضبط لشروط الخريطة الصحية وفي هذه الحال تحرم من التمويل دون المساس بحقها الدستوري.

أما في المغرب فقد تم طرح مشروع القانون 131-13 الذي يفتح من خلال الفصل 58 المجال للاستثمار الأجنبي، من غير أن يقدم محفزات إلى القطاع الخاص المغربي على غرار التجارب التي سردناها، أو على غرار مجموعة من المجالات في المغرب التي تم دعمها من خلال محفزات تشجع على حرية المقاولة، نذكر من ذلك :

- الفصل 10من قانون 97/18 المتعلق بالقروض الصغرى.

- دعم الفلاحة من خلال قانون رقم 1-69-25 الذي يعتبر بمثابة ميثاق الاستثمار الفلاحي (du B.O.) 29/07/69.

-التعليم الخاص من خلال قانون 16-86 الذي يحدد محفزات الاستثمار في التعليم الخاص(BO n°4183 du 30/12/1992)

- التشجيع على العمل (art 17 de la loi cadre n° 18-95 formant charte de l’investissement BO du 6/12/1995). (المادة 17 من القانون الإطار رقم 95-18 بمثابة ميثاق الاستثمار).

كما أن ميثاق الاستثمار نص على تحفيز جلب الاستثمار الأجنبي على أساس :

- الإلغاء الكلي للضريبة على الشركات للخمس سنوات الأولى.

- التخفيض بـ 50% على رقم الأعمال الموجهة إلى التصدير، خلال الخمسة أعوام الموالية.

- إلغاء ضريبة القيمة المضافة المهنية لمدة خمس أعوام.

- إلغاء ضريبة القيمة المضافة على العقارات المملوكة محليا، يضاف إلى ما سبق امتيازات أخرى ممنوحة.

فما هي الامتيازات التي أعطيت للقطاع الخاص بالمغرب؟

على ضوء مشروع القانون المقترح، وفي ظل غياب أي تحفيز للأطباء في تطوير القطاع الخاص وعدم القدرة المالية للأطباء على استثمار الأرباح فإن المصحات الخاصة الحالية سوف تعاني من انهيار مالي وستصبح مهددة بالإفلاس.

وبالنظر إلى ما سبق و وعيا منا كتنظيمات، بالاختلالات والنواقص التي تعاني منها المنظومة الصحية بالمغرب والتي يجب الوقوف عليها ومعالجتها وترتيب الأولويات قبل الإقبال على طرح قانون يشكل خطرا على صحة المواطن ويضرب في العمق الحق في الصحة لكل المواطنين وبشكل متساو، فإننا نعتبر أن الاستثمار في القطاع الخاص سوف يغلب منطق الربح على الخدمات الصحية المنشودة وسوف يؤدي إلى تصنيف المواطن المغربي إلى ثلاث فئات:

– الفئة الأولى وهي فئة الأغنياء والأجانب الذين سوف يتوجهون إلى المصحات الكبرى.

– الفئة الثانية وهي فئة المتوفرين على التغطية الصحية الإجبارية التي تشكل 30 في المائة من المواطنين في المغرب، وهم الذين سيتوجهون إلى المصحات الصغرى.

–الفئة الثالثة هي فئة الفقراء المستفيدين من المساعدة الطبية الذين سيتوجهون إلى المستشفى العمومي الذي يعاني من النقص في البنية التحتية والتجهيزات و خصوصا الموارد البشرية.

لذلك نرى أنه من الواجب ترتيب الأولويات على النحو التالي:

اولا :على مستوى السياسة الصحية:

– العمل على تحسين المحددات السوسيو–اقتصادية، من القضاء على الفقر وفك العزلة، والتجهيز والبنيات التحتية، وتحسين منظومة التعليم والسكن والتشغيل والبيئة السليمة والماء الصالح للشرب.....

– تبني سياسة حكومية مندمجة في الصحة باعتبارها قطاعا اجتماعيا حساسا يشكل العمود الفقري للتنمية في المغرب.

–تأهيل المستشفى العمومي والمستشفى الجامعي مع تبني نظام اعتماد هاته المؤسسات حسب ما يقتضيه الفصل 154 من الدستور، من حيث المعايير العلمية وجودة الخدمات تجنيبا للمرضى من أية مضاعفات لن تكون الأطر الصحة السبب فيها.

-الرفع من عدد المؤسسات الصحية العمومية تماشيا مع النمو الديموغرافي والحالة الوبائية في المغرب.

-الرفع من عدد الموارد البشرية عبر الرفع من عدد كليات الطب ومعاهد تكوين الأطر الصحية والزيادة في المناصب المالية المخصصة لوزارة الصحة.

-تبني سياسة خاصة بالأمن الصحي وأمن المريض، و إخراج قانون المسؤولية الطبية وحقوق المرضى إلى حيز الوجود.

ثانيا: على المستوى التشريعي:

-تفعيل الفصل 31 من الدستور الذي ينص على مسؤولية الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية في توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين وبشكل متساو، مما سيمكن من تجاوز الإكراهات المالية التي تعاني منها وزارة الصحة.

-إخراج المراسيم التطبيقية للقانون 09-34 بمثابة القانون الإطار لتقديم العلاجات وتحديد الخارطة الصحية.

رابعا: على مستوى تمويل الصحة:

-الرفع من الميزانية المخصصة للصحة حسب معايير منظمة الصحة العالمية وحسب ما تقتضيه حاجيات السكان من الصحة، وعدم إخضاع هذه الميزانية للإكراهات المالية للدولة

-إيجاد حلول لتمويل نظام المساعدة الطبية للفقراء الذي أصبح، باعتراف الحكومة نفسها، مهددا بالفشل.

-توسيع دائرة المستفيدين من التغطية الصحية الإجبارية لتطال المواطنين الذين يعملون في مختلف القطاعات، المهيكلة منها وغير المهيكلة.

وخلاصة القول إن الهدف الرئيسي من هذه الوثيقة المشتركة يكمن في إثارة انتباه الحكومة وفرق الأحزاب السياسية بكل من مجلسي النواب و المستشارين وكل الغيورين على صحة المواطن المغربي إلى خطورة مشروع تعديل ممارسة مهنة الطب في المغرب بالصيغة الحالية. كما يتجلى الهدف من هذه الوثيقة في الدعوة من جديد إلى تدشين نقاش وطني حقيقي حول الإشكالية الصحية في كل جوانبها، يساهم فيه كل الفاعلين المهنيين والسياسيين ومكونات المجتمع المدني، نقاش يفضي إلى التوافق على سياسة صحية وطنية تؤكد على الإرادة الحقيقية والجماعية للنهوض بالقطاع الصحي بكل مكوناته واعتباره مرفقا عاما يقدم خدمات اجتماعية وجب على الدولة تمكينه من كل الموارد

المالية والبشرية والمهنية الضرورية لكي يقوم بدوره الناجع في تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية بشكل متكافئ اجتماعيا و مجاليا ، وبالتالي ضمان الحق في الصحة للجميع.

التوقيعات

النقابة المستقلة لأطباء القطاع العام

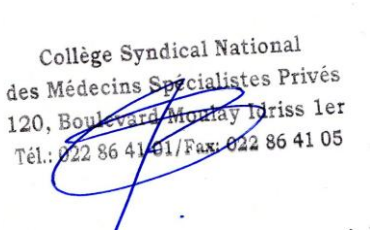
النقابة الوطنية لأطباء القطاع الحر

الجمعية الوطنية للمصحات الخاصة

مجلس التنسيق القطاعي لكليات الطب و الصيدلة

النقابة الوطنية للصحة العمومية
(الكونفدرالية الديمقراطية للشغل)

التجمع النقابي للأطباء المختصين



الجامعة الوطنية لقطاع الصحة
(الاتحاد الوطني للشغل بالمغرب)

النقابة الوطنية للمصحات الخاصة بالمغرب
الرئيس: الدكتور أحمد الفيلالي

النقابة الوطنية للصحة العمومية
(الفيدرالية الديمقراطية للشغل)

الجامعة الوطنية للصحة
(الاتحاد العام للشغالين بالمغرب)