

إضافة إلى هذه المحاور، طرحنا سؤالاً ظل مطروحا منذ سنوات حول ارتفاع أسعار العلاج والفحص لدى الأطباء. ماذا قال الأطباء؟ هذا ما سنتعرف عليه من خلال هذه الحوارات.

كما تتطرق الحوارات لما يثار عادة بشأن رفض الأطباء العمل في المناطق النائية. وتتناول الحوارات كذلك الموضوع الذي كان مثار جدال واسع حول مسألة عمل الأطباء في المستشفيات والمصحات الخاصة.

يتحدث أطباء من مختلف التخصصات في هذه الحوارات حول القضايا الأساسية، التي لها علاقة بممارسة المهنة، خاصة القانون المنظم لهذه المهنة والمشاكل التي يواجهونها.



## عبد المالك لهنأوي: الفصل 58 من مشروع القانون هو نقطة الخلاف بيننا وبين وزارة الصحة

■ الأطباء لا يرفضون الاشتغال في المناطق النائية وإنما يطالبون بالشفافية

■ نحن نطالب بقانون خاص تحدد فيه حقوق وواجبات كل من الطبيب والمريض

حوار: سلمى الشاط

■ ما هي المشاكل المهنية التي تواجهكم في إطار عملكم كطبيب/نقابي؟  
■ إن أي مشكلة مهنية يتعرض لها طبيب القطاع العام لا يمكن التكلم عنها بمعزل عن المشاكل التي تعرفها منظومتنا الصحية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- قلة الموارد البشرية  
- بنية تحتية وتجهيزات غير كافية وغير لائقة لاستقبال وعلاج المرضى بشكل كرامة المريض والطبيب على حد سواء

- غياب سياسة الوعي الصحي عند المواطن وتهرب الإدارة من تحمل المسؤولية بجعل المواطن ومهنيي الصحة في شنان دائم، وكان الطبيب أو الممرض هما المسؤولان عن أختلالات المنظومة الصحية مما يجعل العاملين معرضين للاعتداءات الجسدية واللفظية من طرف بعض الوافدين على المؤسسات الصحية.

■ ماذا عن مشروع القانون 13-131 المنظم لهيئة الطب، هل أنتم راضون عنه؟  
■ إن طرح مشروع القانون 131-

13 لم يسبقه نقاش حقيقي بين المنظم لهيئة الطب، والمريض والفاعلين في الميدان الصحي ولا حتى المناظرة الوطنية الثانية للصحة، وبدل ذلك، سعت وزارة الصحة إلى تشويه صورة الطبيب المغربي عن طريق شن حملة ممنهجة ضده ومحاولة ربط الاختلالات العميقة التي يعرفها قطاع الصحة بسلوك الأطباء والعاملين بالقطاعين.

■ إن الفصل 58 من مشروع القانون 131-13 الذي يفتح باب الاستثمار على مصراعيه في المصحات الخاصة لغير الأطباء، هو الذي يشكل نقطة الخلاف الأساسية بيننا وبين وزارة الصحة، وهنا تجدر الإشارة إلى أن السياق السياسي، لفتح رأس المال المصحات الخاصة في وجه الشركات وأصحاب الرساميل غير الأطباء، يندرج في إطار عوثة الاستثمار في القطاع الصحي الخاص وتشجيع ظاهرة الترحال الطبي غير الأطباء، الذي يلزم الدول المستفيدة من القروض بنقل ميزات القطاع العام مقابل تشجيع الاستثمار في القطاع الخاص، كما تملبه كذلك الجهات المانحة لمنظمة الصحة العالمية؛ وهو الشيء الذي أكدته ميثاق جاكارتا 2005، وإعلان باريس لعام 2006. كما أن تقرير 2007 McKinsey أقر "بأن الصحة مجال مربح بالدول الإفريقية، بفضل تطور الطبقة الوسطى، حيث ستبلغ الأرباح 21 مليار دولار سنويا ابتداء من عام 2016، وحت المستثمرين المحليين والدوليين على اغتنام هذه الفرصة". وعلى المستوى الوطني، شرعت شركات دولية ووطنية في



عبد المالك لهنأوي اختصاصي في طب الشغل، كاتب وطني سابق للنقابة المستقلة لأطباء القطاع العام، حاصل على الإجازة في العلوم السياسية.

الاستثمار في المصحات الخاصة في المدن الكبرى قبل صدور القانون المنظم لهذه العملية، وهو ما يعني فرض الأمر الواقع، والسياسة التي تقود إليها التوجهات الاقتصادية للساهرين على التسير. 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 الاختلالات 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 ويشكل متساو، فإننا نعتبر أن الاستثمار في القطاع الخاص سوف يغلب متطوق 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 الإلزامية التي تشكل 30 في المائة من المواطنين في المغرب، وهم الذين سيتوجهون إلى المصحات الصغرى.

- الفئة الثالثة وهي فئة الفقراء المستفدين من المساعدة الطبية الذين سيتوجهون إلى المستشفى العمومي الذي يعاني من النقص في البنية التحتية والتجهيزات وخصوصا الموارد البشرية.

■ ما هو موقفك من الضجة التي أثيرت حول عمل أطباء القطاع العام في المستشفيات الخاصة؟

■ أولا، وجب التذكير بأن الفصل 15 من النظام الأساسي للوظيفة العمومية والقانون 10-94 المنظم لمهنة الطب يمنعان الطبيب كموظف من الاشتغال في القطاع الخاص إلا في بعض الحالات التي يسمح بها القانون في حالة إجازة إدارية للطبيب الموظف مثلا. وبالتالي كان على وزارة الصحة تطبيق قانون المنع بدون إعطاء هذه المسألة صفة قرار سياسي حكومي لا رجعة فيه، فلا يمكن اعتبار تطبيق قانون صدر منذ عام 1958 قرارا سياسيا وحكوميا إلا إذا كان من وراء هذا القرار تشويه سمعة الطبيب المغربي وإضعاف صورته في المجتمع المغربي.

■ أما على مستوى الواقع، فإن معظم الدول تقطن اشتغال الأطباء في القطاع الخاص، إما في إطار الشراكة بين القطاع العام والخاص أو قانون ممارسة مهنة الطب، وذلك لعدة اعتبارات، منها حرية المريض في اختيار الطبيب والمؤسسة الصحية التي يريد العلاج فيها...

وهذا ما دفع وزارة الصحة إلى توقيع اتفاق مع النقابة المستقلة لأطباء القطاع العام يوم 08 أبريل 2013، يسمح من خلاله لأطباء القطاع العام من الاشتغال في القطاع الخاص في حدود نصف يوم في الأسبوع أيام (السبت) و(الأحد) ودون الإخلال بواجب الطبيب في المستشفى.

■ ساءداً عن رفض مجموعة من الأطباء العمل في أماكن نائية، رغم حاجة هذه المناطق إلى التطبيق؟

■ الأطباء لا يرفضون الاشتغال في المناطق النائية وإنما يطالبون بالشفافية في عملية التعيينات والانتقالات حتى تستنى لكل الأطباء ويشكل متساو القيام بالواجب الوطني، كذلك عدم توفير الشروط العلمية والإنسانية والاجتماعية للاشتغال في المناطق النائية، يجعل معظم الأطباء يطالبون بالانتقال إلى المدن الكبرى، وهذا حق مشروع يضمنه الدستور.

■ كيف تفسرون وجود عاطلين في ظل معاناة هذا القطاع من نقص الأطر الطبية؟

■ المغرب يعاني بالفعل من نقص الأطر الطبية، أي يعاني من خصاص يبلغ 7000 طبيب و9000 ممرض، وخلال المناظرة الثانية للصحة التي أقيمت في يوليوز من العام الماضي، خرجنا بعدة توصيات نهم هذه المسألة، أي أن توفير الموارد البشرية يجب ألا تتحكم فيه الاعتبارات الاقتصادية أو المالية للحكومة، بل يجب علينا أن نوفر موارد بشرية على الرغم من نقص الموارد المالية، ورغم هذا النقص الحاصل، فالحكومة لم ترد تشغيل العاطلين الذين يصلون إلى 2000 عاطل نهاية هذه السنة، وذلك بسبب أن السياسة الصحية في المغرب تتبع إملاءات الجهات المانحة والبنك الدولي، هذا الأخير يعطي تعليماته إلى كل الدول التي تستفيد من القروض بأن يخفصوا استثماراتهم في القطاع العمومي مقابل تشجيع الاستثمار الخاص، إذن يراي أن الحكومة فعلا لا تريد أن تشغل الأطباء الآن، لكنها مقدمة على مشروع قانون 131-13 الذي سيجعل المصحات الخاصة تفتح أبوابها أمام شركات وأشخاص معنويين بإمكانهم أن يستثمروا في مجال الصحة وبالتالي تشغيل عدد أكبر من الأطباء، هذا يراي هو التفسير المسؤوليية الطبكية، أن تقدمه، إذ لا يعقل ألا تطبيق الحكومة ما جاء في الرسالة الملكية بهذا الخصوص، بالإضافة إلى توصيات المناظرة.

■ بالنسبة لمسألة الأخطاء الطبية، إلى أي مدى ما يترال المغرب يعاني من هذه الناحية؟

■ للتوضيح فقط، علينا أن نتحدث عن المسؤولية الطبية، فالعلاقة بين الطبيب والمريض مهمة، فإذا نظرنا إليها من الناحية القانونية، في باب "الترامات العقود لعام 1913"، نجد أنها

## 99 التعويض الذي تمنحه مؤسسات التغطية الصحية هو ما يحدد لائحة أسعار التطبيق في المصحات الخاصة

علاقة توفير وسائل وليست علاقة نتائج، بحيث إن الجراح على سبيل المثال عند قيامه بعملية ما، فهو لا يضمن للمريض حتمية شفائه، بل يضمن له أن يقدم كفاءته وأن يوفر له الوسائل التي تساعد على نجاح العملية.

فالأخطاء الطبية تحتاج إلى قانون خاص يعالجها، وبالرغم من الاجتهادات القضائية في هذا الميدان، والتي تعتمد على خبرة طبية ينجزها الطبيب، فمن الممكن أن يتعاطف الأخير في بعض الحالات مع زميله في المهنة، لكن في أغلب القضايا، لا نجد أن هناك خطأ طبيا بهذا المعنى، ويكون الحكم حينها بالبراءة، ولحسم كل هذا الجدال القائم، نحن نطالب بقانون خاص يوضح الخطأ والمسؤولية الطبية على غرار العديد من الدول الغربية، كفرنسا التي تملك قانون "كوشنير" تحدد فيه حقوق وواجبات كل من الطبيب والمريض، بالإضافة إلى التعويضات المادية أو المعنوية.

■ بماذا تفسرون ارتفاع خدمات التطبيق في العيادات الخاصة وكذا بالمستشفيات؟

■ لا يمكن تحديد عوامل تساهم في سن الأسعار دون أخرى، ولكن التعويض الذي تمنحه مؤسسات التغطية الصحية المحددة أسعارها سلفا، هو ما يحدد لائحة أسعار التطبيق في المصحات الخاصة، لكن التعويضات التي تعطى لبعض العمليات تكون غير كافية لتغطية مصاريف المصحات الخاصة المثقلة بأجور الأطباء والمرضى والتجهيزات وما إلى ذلك، مما يدفعهم إلى رفع أسعار التطبيق، ولهذا يضطر المريض لدفع بقية الفاتورة، فالقدرة الشرائية للمواطنين هي التي لم تعد قادرة على تسعيرة المصحات، لكن في الوقت نفسه، وجب الاعتراف بأن هناك فوضى في تحديد تسعيرة العلاج في المستشفيات الخاصة وأنه لا يوجد بالفعل ما يحددها.

■ نرى اهتماما كبيرا حول العلم، فيما يخص الصحة الوقائية، أي تلك التي تهتم بالبيئة والحفاظ عليها، بما أن هناك العديد من الأمراض التي تنتج عن التلوث وغياب الاهتمام بالبيئة المحاطة بنا، بماذا تفسر الاهتمام غير الكافي بهذا المجال في المغرب؟

■ نحن نعيش حاليا تحولا وبائيا في نوعية الأمراض التي نعاني منها الآن، ويتعلق الأمر بأمراض القلب والشرايين، السكري والسمنة والسرطان، والتي تنقل كامل ميزانحة الدولة والأفراد، والمثير في الأمر أن اهتمامات وزارة الصحة تنصب في تحرير رأسمال المصحات الخاصة بغرض الطبيب، لكن هناك غياب فيما يخص الجانب الطبي، بمعنى أن السياسة الصحية الناجعة في نظرنا، غير مرتبطة فقط بالوقاية عبر برامج التلقين أو تلك المتعلقة بالأغذية التي تعطى للأطفال

والحوامل، فالمغرب يحتاج إلى سياسة واضحة للصحة، أولا فيما يخص الأمن الصحي المرتبط بتغذية المواطن والبيئة التي تحيط به بصفة عامة والأدوية المهربة التي تهدد صحته، ثانيا الوعي الصحي، فبالرغم من اهتمام بعض المنابر الإعلامية بهذا المجال إلا أن هذا يبقى غير كاف، على اعتبار أن الوعي الصحي غير مرتبط حالتهنم الصحية، بل يجب أن يرتفع، باستمرار الوعي طوال السنة، وأن يتنقل من المدرسة.

■ أضيف إلى ذلك، العمل على المحددات السوسيو اقتصادية للصحة، أي الاهتمام بجودة سكن المواطن، الماء الصالح للشرب، التعليم، البنية التحتية، والتي على أساسها يمكن أن تطور الوضع الصحي للمواطن، إذ لا يعقل أن يكون عدد الأطباء والمستشفيات مرتفعا، بينما نجد أن المواطن ما زال يعاني من سوء التغذية وتدهور جودة السكن والبيئة المحاطة به، الشيء الذي يجعلنا نستمر فقط في معالجة الأمراض الناجمة عنها دون أن نقي أنفسنا منها.

■ هل يمكن أن تشاركنا بتصوركم الخاص لتحسين الخدمات الصحية ببلادنا؟

■ نحن كنقابة، نعتبر أن الصحة الوقائية من الأولويات التي يجب أن نركز عليها لتحسين جودة الخدمات الصحية، فباعتبارنا قوة اقتراحية نطالب الحكومة والوزارة الوصية بتبتيب الأولويات، والآن في المغرب يتوجب علينا العمل والتركيز لعلاج المحددات السوسيو اقتصادية، كما نطالب بسياسة واضحة للأمن والوعي الصحيين، وعللاوة على ما سبق، نقترح ترشيد الموارد البشرية، الذي يدخل في إطار إعادة هندسة الدراسات الطبية التي ستخفف من عدد سنوات الدراسة، أي نريد أن يخرج طلبة كلية الطب إلى مجال العمل بعد سنتهم الخامسة لمدة ثلاثة سنوات وأن يتوجهوا إلى المناطق النائية، أما طلبة التخصص فنحن نريدهم أن يخصصوا السنتين الأخيرتين للغرض نفسه، وبهذا نكون قد وفرنا للمناطق النائية أطباء وعالجنا الخصاص القائم بهذه الأماكن، وفي الوقت نفسه نكون قد خفضنا من نسبة التكدس الحاصلة بين محوري الرباط والدار البيضاء.

■ ما هو سبب اختياركم للمهنة؟  
■ عندما كنا ندرس في المرحلة الابتدائية، كان الطبيب في نظرنا بمثابة عالم، نظرا لعدد سنوات الدراسة التي يقضيها بين جدران الجامعة، أنا الآن لست نادما على اختياري الطب، لكن إذا عاد بي الزمان إلى الوراء لاخترت التعليم، ولاستطعت أن أقدم للأجيال الصاعدة أكثر مما يمكنني أن أقدمه الآن كطبيب لحالات معينة.