يتحدث أطباء من مختلف التخصصات في كما تتطرق الحوارات لما يثار عادة بشأن إضافة إلى هذه المحاور، طرحنا سؤالا ظل

هذه الحوارات حول القضايا الأساسية، رفض الأطباء العمل في المناطق النائية. مطروحا منذ سنوات حول ارتفاع أسعار التي لها علاقة بممارسة المهنة، خاصة وتتناول الحوارات كذلك الموضوع الذي كان العلاج والفحص لدى الأطباء. ماذا قال القانون المنظم لهذه المهنة والمشاكل التي مثار جدال واسع حول مسألة عمل الأطباء الأطباء؟ هذا ما سنتعرف عليه من خلال في المستشفيات والمصحات الخاصة. هذه الحوارات.

## عبد المالك لهناوي: 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 التم 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 - قلة الموارد البشرية

- بنية تُحتية وتجهيزات غير كافية وغير لائقة لاستقبال وعلاج المرضى بشكل يحفظ كرامة المريض والطبيب على حد سواء

أغياب سياسة الوعى الصح عند المواطن وتهرب الإدارة منّ تحمل المُسؤولية يَجْعلُ المُواطنُ ومهنيي الصحة في شنأن دائم، وكأن الطبيب أو الممرض هما المسؤولان عن أختلالات المنظومة الصحية مما يجعل العاملين معرضتن للاعتداءات الحسدية واللفطية من طرف بعض الوافدين على المؤسسات الصحية.

■ ماذا عن مشروع القّانون 13-131 المنظم لمهنة الطب، هل أنتم راضون عنه؟ • إن 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 والفاعلين في الميدان الصحى 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 عبد الشغل، كاتب وطني سابق للنقابة المستقلة لأطباء القطاع قطاع الصحة بسلوك الأطباء والعاملين بالقطاعين. العام، حاصل على الإجازة فيَ إن الفصل 58 من مشروع القانون 131-13 الذي يفتح باب الاستشمار على مصراعيه في الاستشمار على المصحات الخاصة لغير الأطباء، هو

عبد المالك لهناوي اختصاصي في

العلوم السياسية.

الذي يشكل نقطة الخلاف الأساسية بيننا وبين وزارة الصحة، وهنا تُجدر الإشارة إلى أن السياق السياسي، لفتح رأسمال المصحات الخاصة في وجه الشركات وأصحاب الرستاميل غير الأطباء، يندرج في إطار عولمة الاستثمار في القطأع الصبحى الخاص وتشجيع ظاهرة الترحالُ الطبي الذّي يمليه البنك الدولى، الذيُّ يلزم الدول المستفيدة منّ القروض بتقليص ميزانية القطاع العام مقابل تشجيع الأستثمار في القطاع الخاص، كما تمليه كذلك الجهات ألمانحة لمنظمة الصّحة العالمية؛ وهو الشيء الذي أكده ميثاق جاكارتا 2005، وإعلان ىارىس لعام 2006. كما أن تقرير McKinsey 2007 أقر "بأن الصحة مجال مربح بالدول الإفريقية، بفضل تطور الطبقة الوسطي، حيث ستبلغ الأرباح 21 مليار دولار سنويا ابتداء من عام 2016، وحث المستثمرين المحليين والدوليين

على اغتنام هذه الفرصة". وعلى المستوى الوطني، شرعت شركات دولية ووطنية في

و(الأحد) ودون الإخلال بواجب الطبيب في المستشفى. هذه المناطق إلى التطبيب؟

• المغرب يعانى بالفعل من

- الفئة الثانية وهي فئة - الفّئة الثالثة هي فئة الفقراء وخصوصا الموارد البشرية. ما هو موقفكم من الضجة التي • أولا، وجب التذكير بأن

الاستثمار في المصحات الخاصة في المدن الكبرى قبل صدور القانون المنظم لهذه العملية، وهو ما يعني فرض الأمر الواقع، والسياسة التر تقود إليها التوجهات الاقتصادية للسَّاهُرِينَ على التسيير.

المقترح، وفي ظل غياب أي تحفير للأطباء في تطوير القطاع الخاص وعدم القدرة المالية للأطباء على استثمار الأرباح، فإن المصحات الخاصة الحالية سوفَ تعاني من انهيار مالي وستصبح مهددة

وبالنظر إلى الاختلالات والنُّواقص الْـتَّي تَعاني منها المنظومة الصحية بالمغرب والتي يجب الوقوف عليها ومعالجتهآ وترتيب الأولويات قبل الإقبال على طرح قانون يشكل خطرا على صحة المواطن ويضرب في العمق الحق في الصحة لكل الموأطنين وبشكل متساو، فإننا نعتبر أن الاستثمار فى القّطأع الخاصُ سوف يغلب منطق الربح على الخدمات الصحية المنشودة، وسوف يؤدي إلى تصنيف المواطن المغربي إلى ثُلاّت فئات:

الفئة الأولى وهي فئة الأغنياء والأحانب الذين سوف يتوجهون إلى المصحات الكبري.

المتوفرين على التغطية الصحية الإجبارية التي تشكل 30 في المائة مَنْ الْمُواطِنِينَ فِي المُغربُ، وهم الذين سيتوجهون إلى المصحات

المستفيدين من المساعدة الطبية الذين سيتوجهون إلى المستشفى العمومي الذي يعاني من النقص في البنية التحتية والتجهيزات

أثيرت حول عمل أطباء القطاع العام في

المستشفيات الخاصة؟ الفصل 15 من النظام الأساسي للوظيفة العمومية والقانون 10-94 المنظم لمهنة الطب يمنعان الطبيب كموظف من الاشتغال في القطاع الخاص إلا في بعض التحالات التي يسمح بها القانون في حالة إحارة ادارية للطبيب الموطف مثلا. وبالتالي كان على وزارة الصحة تطبيق قانون المنع بدون إعطاء هذه المسألة صفة قرار سياسى وحكومي لا رجعة فيه، فلا يمكنَّ اعتبار تطبيق قانون صدر منذ عام 1958 قراراً سياسياً وحكوميا إلا إذا كان من وراء هذا القرار تشويه سمعة الطبيب المغربي وإضعاق

صورته في المجتمع المُغربيِّ. أما على مستوى الواقع، فإن معظم الدول تقنن أشتغال الأطباء في القطاع الخاص، إما في إطار الشَّراكة بين القطاع العُام والَّخُاصَ أو قانون ممارسة مهنة الطب، ودلك لعدة اعتبارات، منها حرية المريض فى اختيار الطبيب وآلمؤسس الصّحية التّي 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 العآم من الاشتغال في القطاع الخاص في حدود نصف يوم في الأسبوع آيام (السبت) على ضوء مشروع القانون

الأطباء العمل في أماكن نائية، رغم حاجة • الأطباء لا يرفضون الاشتغال

في المناطق النائية وإنما يطالبون بِالشَّفَافِيَّةِ فِي عُمليَّةِ التَّعْيِينَاتِ والانتقالات حتى يتسنى لكل الأطباء وبشكل متساو القيام بالواجب الوطني، كذلك عدم توفير الشروط العلمية والإنسانية والاجتماعية للاشتغال في المناطق النائية، يجعل معظم الأطباء يطالبون بالانتقال إلى المدن الكبرى، وَهَذَا حق مشروع يضمنه

حرو. ■ كيف تفسرون وجود عاطلين في ظل معاناة هذا القطاع من نقص الأطر

نقص الأطر الطبية، آي يعاني من خصاص يبلغ 7000 طبيب و9000 ممرض، وخلال المناظرة الثّانية للصّحة الّتي أقيمت في يوليوز من العام المأضي، خرجتاً بعدة توصيات تهم هذه المسألة، أي أن توفير الموارد البشرية بجت ألا تتحكم فيه الاعتبارات الاقتصادية أو المالية للحكومة، بل يجب علينا أن نوفر موارد بشرية على الرغم مَّن نقصُ المُّوَّارِدُ المَالَّيَّةِ، ورغَّم هٰذا النقص الحاصل، فالحكومة لم ترد تشغيل العاطلين الذين سيصلون إلى 2000 عاطل نهاية هذه السنة، وذلك بسبب أن السياسة الصحية في المغرب تتبع إمالاءات الجهات المانحة والبنك الدولي، هذا الأخير يعطي تعليماته إلى كل الدول التي تُستفيّد منّ القروُضُ بأن يخفضواً استثماراتهم في القطاع العمومي مقابل تشجيع الاستثمار الخاص، إذن برأيي أن الحكومة فعلا لا تريد أن تشغل الأطباء الآن،، لكنها مقدّمة على مشروع قانون 131-13 الذي سجعل المصحات الخاصة تفتح أبوابها أمام شركات وأشخاص معنويين بإمكانهم أن يستثمروا في مجال الصحة وبالتالي تشغيل عدد أكبر من الأطباء، هذا برأيي هو التفسير الوحيد الذي يمكننا أن نقدمه، إذ لا تعقل ألا تطبق الحكومة ما جاء في الرسالة الملكية بهذا الخصوص، بالإضافة إلى توصيات المناظرة.

■ بالنسبة لمسالة الأخطاء الطبية، إلى أي مدى ما يزال المغرب يعاني من

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

علاقة توفير وسائل وليست علاقة نتائج، بحيث إن الجراح على سبيل المثال عند قدامة بعملية ما، فهو لا يضمن للمريض حتمية شفائه، بل يضمن له أنَّ يقدّم كفاءاته وأن يوفر له الوسائل الَّتي تساعد على نجّاحً التعويض

الذي تمنحه

مؤسسات

التغطية

الصحية هو ما

يحدد لائحة

أسعار التطبيب

في المصحات

الخاصة

نقترح ترشيد

الموارد البشرية

الذي يدخل

في إطار

إعادة هندسة

الدراسات الطبية

التى ستخفض

من عدد سنوات

الدراسة في كلية

الطب

قانون خاص يعالجها، وبالرغم من الأحتهادات القضائية في هذا الميدان، والتي تعتمد على خبرة طيتة ينحزها الطبيب، فمن المكن أن يتعاطف الأخير في بعض الحالات مع زميله في المهنة، لكن في أغلب القضّايًا، لا نجَّد أنْ هناك خُطأً طبيا بهذا المعنى، ويتكون الحكم حينها بالبراءة. ولحسم كل هذا الجدل 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، بِالْإِضَافة إلى التعويضات المادية أو المعنوية.

■ بماذا تفسرون ارتفاع خدمات التطبيب في العيادات الخاصة وكذا

• لا يمكن تحديد عوامل تساهم في سن الأسعار دون أخرى، ولكن التعويض الذي تمنحه مؤسسات التغطية الصحية والمحددة أسعارها سلفا، هو ما تحدد لائحة أسعار التطبيب في المصحات الَّخاصَّة، لكنَّ التَّعويَّضات التي تعطى لبعض العمليات تكونّ غير كافية لتغطعة مصاربف المصحات الخاصة المثقلة بأجور الأطساء والممرضين والتجهيزات وما إلى ذلك، مما يدفعهم إلى رفع أسعار التطبيب، ولهذا يضطر اللَّريضُ لدَفَعَ بَقَيَةَ ٱلفَاتَورةَ، فالقدرة الشرائية للمواطنين هي التى لم تعد قادرة على تسعيرةً المصحات، لكن في الوقت نفسة، وجب الاعتراف بأن هناك فوضى فَى تُحديد تسعيرة العلاج في المستشفيات الخاصة وأنه لا يوجد بالفعل ما تحددها.

■ نرى اهتماما كبيرا حول العالم، فيما يخص الصحة الوقائية، أي تلك التي تهتم بالبيئة والحفاظ عليها، بمَّا أن هناكَّ العديد من الأمراض التي تنتج عن التلوث وغياب الاهتمام بالبيئة المحاطة بنا، بماذا تفسر الاهتمام غير الكافي بهذا المجال

• نحن نعيش حاليا تحولا وبائيا في نوعية الأمراض التي نعاني منَّها الآن، ويتعلق الأمرَّ بأمراض القلب والشرآيين، السكري والسمنة والسرطان، والتي تثقلُّ كَاهِل ميزَانية الدولة والأقراد، والمثير في الأمر أن اهتمامات وزارة الصحة تنصب في تحرير رأسمال المصحات الخاصة بغرض التطبيب، لكن هناك غياب فيما يخص الجانب الوقائي، بمعنى أن السياسة الصحية التأجعة في نظرنا، عير مرتبطة فقط بالوقابة عبر برامج التلقيح أو تلك المتعلقة بالأغذية التي تعظى للأطفال

والحوامل، فالمغرب يحتاج إلى سياسة واضحة أولا فيما يخص الأمن الصحى المرتبط بتغذية المواطن والبيئة التى تحيط به بصفة عامة والأدوية الهربة الصتَّى، فبالرغم من اهتمَّام بعَّضَّ المنابر ألاعلامية يهذا المحال إلا أن هذا يُبقئي غير كاف، على اعتبار تحملة موسمية معتّنة، وأن نخيف المواطنين الذين يهبون خلال حملة ما إلى المستشفيات للكشف عن حالتهم الصحية، بل يجب أن يستمر الوعي طوال السنة، وأنّ ينطلق من المدرسة.

أضَف إلى ذلك، العمل على، المحددات ألسوسيو اقتصادية للصحة، أي الاهتمام بجودة سكن المواطن، الماء الصالح للشرب، التعليم، البنية التحتية، والتي على أساسها يمكن أن نطور الوضع الصحى للمواطنين، إذ لا يعقل أن يكون عدد الأطباء والمستشفيات مرتفعًا، بينما نحد أن المواطن ما زال يعانى من سوء التغذية وتدهور جودة الشَّكن والبيئة المُحاطة به، الشيء الذي تجعلنا نستمر فقط في معالجة آلأمراض الناتحة عنها دون أن نقى أنفسنا منها.

ً ■ هل يمكن أن تشاركنا بتصوركم الخاص لتحسين الخدمات الصحية

• نحن كنقابة، نعتبر أن الصحة الوقائية من الأولويات التي يجب أن نركز عليها لتحسين جودة الخُدُمات الصّحية، فياعتبارنا قوة اقتراحية نطالب الحكومة والوزارة الوصية بترتيب الأولويات، والأن في المغرب يتوجب علينا العمل والتركيز لعلاج المحددات السوسيو اقتصادية، كما نطالب يستاسة واضحة للأمن والوعى الصحيين، وعلاوة على ما ستق، نقترح ترشيد الموارد البشرية، الذي يدخَلَ في إطار إعادة هندسة الدر إسات الطَّبِيةُ اللَّتِي ستخفض منَّ عدد سنوات الدراسة، أي نريد أن يخرج طلبةً كلية الطب إلى مجال العملّ بعد سنتهم الخامسة لمدة ثلاثة سنوات وأن يتوجهوا إلى المناطق النائية، أمّا طّلية التخصص فنحن نريدهم أن يخصصوا السنتين الأُخْيِرتُ إِن للغرض نفسه، وبهذا نكون قد وفرنا للمناطق النائية أطباء وعالجنا الخصاص القائم بهذه الأماكن، وفي الوقت نفسه نُكُون قد خفضنا من نسبة التكدس الحاصلة بين محوري الرباط والدار

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