

التغطية الصحية الشاملة وسؤال العدالة الصحية

-حالة إقليم وزان-

Universal Health Coverage and the Question of Health

-The Case of Ouezzane Region-

مبارك الطايحي علوي

أستاذ علم الاجتماع،

مختبر تراب، بيئة وتنمية،

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية،

جامعة ابن طفيل، القنيطرة، المغرب.

كريم الديبوش

طالب باحث بسلك الدكتوراه

بمختبر تراب، بيئة وتنمية،

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية،

جامعة ابن طفيل، القنيطرة، المغرب.

حقق المغرب، خلال العقدین الأخيرین، تطورا ملموسا على مختلف المستويات، فقد تم إطلاق العديد من برامج الحماية الاجتماعية في المغرب لمكافحة الفقر والهشاشة، وكذلك لتحسين التغطية الاجتماعية للعمال. وعلى الرغم من هذه الجهود، غالبا ما تعتبر هذه البرامج مجزأة ومحدودة وغير متكافئة وهشة وفقا للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي (CESE، 2015). في هذا السياق قام المغرب بإصلاح قطاع الصحة، لا سيما مع تعميم التغطية الصحية الذي بدأ سنة 2021. لكن رغم كل الجهود تظل الفوارق واضحة بين الجماعات الترابية مما يشكل عائقا حقيقيا لتحريك مس، بالنظر إلى غياب تدابير ملموسة تركز لعدالة صحية وتعكس الإرادة الحقيقية لبناء مغرب الغد. فلا رهان حقيقي، في ظل مغرب الأوراش الكبرى، وتوزيعها الجغرافي، دون تكريس عدالة صحية تقلص الفوارق والإقصاء الاجتماعي بين الجماعات الترابية وتوطد لعلاقة تكاملية بينها.

في هذا السياق، ستقف هذه الدراسة من جهة أولى على أثر البرامج الصحية بمجتمع الدراسة لتحقيق أهدافها الحقيقية وتكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات من خلال تشخيص واقع العدالة الصحية بالإقليم، من خلال تحليل بعض الجزئيات الظاهرة والخفية المفضية لتحولاته السوسيو اقتصادية والاجتماعية.

ومن جهة ثانية سيتم تحليل رضا الساكنة للبرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة لها بالإقليم، ثم من جهة أخيرة إبراز أهم التحديات التي تواجهها الرعاية الصحية،

والاستراتيجيات الموضوعية لتلبية هذا الطلب المتزايد على الرعاية والتغطية الصحية من حيث التكلفة وجودة الرعاية من أجل تحقيق عدالة صحية بإقليم وزان.
كلمات مفتاحية: الحماية الاجتماعية، العدالة الصحية، الإقصاء الاجتماعي، التغطية الصحية، البرامج الصحية.

Abstract

During the last two decades, Morocco has made significant progress at various levels. Several social protection programs have been launched in Morocco to combat poverty and vulnerability, as well as to improve the social coverage of workers. Despite these efforts, these programs are often considered fragmented, limited, unequal and fragile according to the Economic, Social and Environmental Council (CESE, 2015). It is in this context that Morocco has reformed the health sector, especially with the universal health coverage that started in 2021. However, despite all the efforts, disparities between local communities remain, which constitutes a real obstacle to moving forward, given the absence of concrete measures that enshrine health justice and reflect the real will to build the Morocco of tomorrow. There is no real bet, in light of the Morocco of major projects and their geographical distribution, without establishing a healthy justice that reduces disparities and social exclusion between territorial communities and consolidates a complementary relationship between them.

In this context, this study will firstly examine the impact of health programs in the study community to achieve their real objectives and establish a harmonious regional dimension at the level of structures and services by diagnosing the reality of health justice in the region, by analyzing some visible and hidden parts leading to its socio-economic and social transformations.

On the other hand, the satisfaction of the population with the health programs and the level of structures and services provided to them in the region will be analyzed, and finally, the most important challenges faced by health care and the strategies developed to meet this growing demand for care and health coverage in terms of cost and quality of care in order to achieve health justice in the region of Ouezzane.

Keywords: Social protection, health justice, social exclusion, health coverage, health programs.

مقدمة

شهد المغرب على مدى السنوات العشرين الماضية، تغيرات هيكلية من خلال عملياته الديمقراطية مع الإصلاح الدستوري سنة 2011، وثانيًا من خلال إطلاق مشاريع البنية التحتية التي أدت إلى تحسين شبكة الطرق وشبكات السكك الحديدية، وتوفير مياه الشرب والكهرباء والصرف الصحي لأكثر من 90% من السكان.

إن إدخال التغطية الطبية الأساسية سنة 2002 (CMB)، في مكون التأمين الصحي الإلزام (AMO)، وخطة التأمين الصحي (RAMED) للفقراء والمحرومين اقتصاديا، ثم إطلاق المبادرة الملكية الوطنية للتنمية البشرية (INDH) للحد من التفاوتات الاجتماعية والمالية والحد من مؤشرات الفقر والهشاشة والمساهمة في تحسين مؤشرات التنمية والحالة الصحية للسكان. ومؤخرا أحدث التأمين الإجباري عن المرض تضام (TADAMO AMO)، لضمان حصول الجميع على الخدمات الصحية والرعاية الصحية، لا سيما للفئات الأكثر ضعفا فقد كان لهذا البرنامج تأثير في تسهيل حصول الفئات الضعيفة غير القادرة على رعاية نفسها على الخدمات الطبية من خلال توفير التغطية الطبية لهذه الفئات، والحد من أوجه عدم المساواة في الرعاية الصحية، مع الحفاظ على كرامة الفئات الأكثر حرمانا.

ومع ذلك، يواجه نظام الرعاية الصحية بالمغرب العديد من التحديات المختلفة. وعلى الرغم من الجهود المبذولة لتحسين الرعاية الصحية من طرف السلطات المختصة، إلا أن الحصول على الرعاية الطبية الجيدة لا يزال يمثل تحديا حقيقيا، لا سيما بالمناطق القروية الأمر الذي تؤكد بطاقة الأداء الاجتماعي⁽¹⁾ المغربية من خلال تدني مؤشرات الصحة التي لا تزال تعاني من مشاكل وتحديات مقلقة، حيث يسجل عدد من أوجه القصور والخلل التي تقوض كفاءة النظام الصحي الوطني، وتتمثل أساسا في التفاوتات البينية في الموارد والبنيات، والتفاوتات في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وحوكمة توفير الرعاية الصحية التي لا تزال غير مكيفة مع الطلب والاحتياجات الصحية.

وعليه، يستكشف هذا المقال في مقام أول أثر البرامج الصحية بمجتمع الدراسة لتحقيق

1. تعتبر بطاقة الأداء الاجتماعي أداة مهمة لتحليل ورصد الحالة الصحية للسكان، وتقديم معلومات شاملة حول مستوى الخدمات الصحية وظروف الصحة العامة. وتشمل هذه البطاقة مجموعة من المؤشرات تتعلق بمجالات مختلفة، مثل: مؤشرات الصحة العامة: مثل متوسط العمر المتوقع، ونسبة وفيات المواليد، ونسبة الوفيات بسبب الأمراض المزمنة. الوصول إلى الخدمات الصحية: مثل نسبة السكان الذين لديهم تأمين صحي، وعدد المرافق الصحية في المناطق الحضرية والريفية. جودة الخدمات الصحية: مثل مستوى رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة، وتوفر الأدوية الأساسية. الرعاية الصحية الأولية: قياس نسبة تغطية الرعاية الأولية، وزيارة الأطباء العاميين. الصحة النفسية: متابعة انتشار الأمراض النفسية وتوافر خدمات الصحة النفسية.

أهدافها الحقيقية وتكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات من خلال تشخيص واقع العدالة الصحية بالإقليم، من خلال تحليل بعض الجزئيات الظاهرة والخفية المفضية لتحولاته السوسيواقتصادية والاجتماعية.

ومن جهة ثانية سيتم تحليل رضا الساكنة للبرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة لها بالإقليم، ثم من جهة أخيرة إبراز أهم التحديات التي تواجهها الرعاية الصحية، والاستراتيجيات الموضوعية لتلبية هذا الطلب المتزايد على الرعاية والتغطية الصحية من حيث التكلفة وجودة الرعاية من أجل تحقيق عدالة صحية بإقليم وزان.

أولاً: الجانب المنهجي للدراسة

1. إشكالية الدراسة

إن بناء هذه المقالة ارتبط بإشكالية محورية أساسية شغلت بال العديد من الباحثين والسوسيولوجيين والمرتبطة أساساً بمسألة العدالة الصحية داخل المجال العالمي وتوزيع الموارد والثروات والغنى وأسباب إنتاج التفاوتات المجالية والتباينات والفوارق السوسيومجالية، حيث نجد رغم لجهود التي يبذلها مختلف المتدخلين في الشأن الصحي من أجل تطويره وتنميته - مجموعة من المجالات الترابية، ومن بينها إقليم وزان مجال الدراسة الذي يعاني من تفاوتات مجالية واجتماعية؛ تتمثل في ضعف الولوج إلى خدمات الصحة، وعدم المساواة في تقديم الخدمات الطبية، وأداء ضعيف للنظام الصحي؛ وعليه تتبلور إشكالية هذا المقال العلمي من خلال السؤال الإشكالي التالي: إلى أي حد أثرت البرامج الصحية الفاعلين في المجال الترابي في إرساء عدالة صحية بإقليم وزان؟

وللإجابة عليه قمنا بتقسيمه إلى مجموعة من الأسئلة الفرعية الآتية:

- هل حققت البرامج الصحية أهدافها الحقيقية وساهمت في تكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات؟

- ما مستوى رضا الساكنة عن البرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة بالإقليم؟

2. فرضيات الدراسة

تعد الفرضية بمثابة محاولة لتفسير وفهم ظاهرة معينة، فهي «اقتراح يسبق العلاقة بين لفظين، يمكن أن يكونا مفاهيم أو ظواهر. فالفرضية إذن هي اقتراح مؤقت يتطلب التحقق منه»⁽¹⁾، وسعياً منا نحو الربط بين رهانات العدالة الصحية وسؤال التنمية، توجه بحثنا حول فرضية محورية عامة تم صياغتها كالتالي:

1. LUC Van Compenhoudt et Raym onQuivy, Manuel de recherches en sciences sociales, 2017, p. 128.

إن العلاقة التفاعلية بين التحولات والبرامج الصحية وبين إرساء عدالة صحية بالإقليم هي علاقة تأثر وتأثير؛ إذ تتأثر البرامج الصحية بكل السياسات والتحولات المحيطة بها على المستوى الخارجي والداخلي، وبالمقابل تنعكس سياساتها التدييرية في خلق عدالة صحية بين الجماعات الترابية بالإقليم.

ويمكن تعميق هذه الفرضية المركزية من خلال الفرضيات الفرعية التالية:

- حققت البرامج الصحية أهدافها الحقيقية وساهمت في تكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات.
- الساكنة راضية عن البرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة بالإقليم.

3. أهمية الدراسة

من الناحية أو الوجيهة النظرية تكشف هذه الدراسة القناع على التحديات التي يعرفها المجال القروي على مستوى الخدمات والبنيات التحتية الصحية، فضلا عن تتبع أثر البرامج الصحية وتأهيل المناطق القروية على المستوى الصحي، ساعين من وراء ذلك إلى كشف الستار عن واقع العدالة الصحية بالجماعات الترابية المدروسة، بمعنى آخر هل هناك عدالة صحية أم أن العكس هو الصحيح. أما من الناحية العملية فتتجلى أهمية الدراسة في إلقاء الضوء على آليات التدخل الاجتماعية المتصلة بالقطاع الصحي من خلال تبيان كيفية تدخل الدولة عبر مختلف مؤسساتها من أجل إرساء عدالة صحية حقيقية بين الأفراد والجماعات الترابية القروية بإقليم وزان.

4. أهداف الدراسة:

إن الهدف الرئيسي من هذا العمل من جهة أولى؛ هو إبراز دور التغطية الصحية الشاملة في الاستخدام الفعلي للخدمات الصحية، ثم من جهة ثانية دراسة مسار الرعاية الصحية للسكان القرويين الذين يتمتعون أو لا يتمتعون بتغطية طبية على أرض الواقع. بشكل أكثر تحديداً، يتعلق الأمر بتحديد دور التغطية الصحية الشاملة في الاستخدام الفعلي لخدمات الرعاية الصحية، ثم فهم توقعات السكان بشكل أفضل فيما يتعلق بالخدمات الصحية، ومن جهة أخيرة تقييم التغطية الصحية الشاملة بالإقليم، ومحاولة تتبع مسار الرعاية الصحية بشكل دقيق لفهم كيفية استخدام الخدمات الصحية العامة بشكل فعال. مع الأخذ بعين الاعتبار المحددات الاجتماعية والاقتصادية والبشرية لقطاع الصحة.

5. منهجية الدراسة وأدوات البحث الميدانية

أ. منهجية الدراسة

ستعتمد الدراسة الراهنة على المنهج النسقي وذلك لتحقيق أهدافها والتحقق من صحة

فرضياتها باعتباره إطاراً تحليلياً يهدف إلى فهم كيف تتفاعل مختلف العوامل والنظم داخل سياق الرعاية الصحية لتحقيق أو عرقلة العدالة الصحية. حيث يقودنا إلى النظر لقطاع الصحة بإقليم وزان كنسق له مدخلات، وهي الإصلاحات المنجزة في أنظمة التغطية الصحية، ومخرجات تتمثل في الخدمات الصحية المقدمة للسكان، وتغذية راجعة تتمثل في ردة فعل الساكنة تجاه الخدمات الصحية. وفيما يلي تفاصيل حول كيفية تطبيق هذا المنهج بدراستنا:

- تشخيص النظام: تحليل المرافق الصحية المتاحة، مثل المؤسسات الصحية، المستشفيات، والأطر الطبية.

- الحكامة: دراسة كيفية تصميم السياسات الصحية ومدى كفاءتها في معالجة احتياجات المجتمع القروي.

■ المدخلات:

- التمويل: دراسة مدى كفاية الموارد المالية المخصصة للرعاية الصحية في المناطق القروية.
- البنية التحتية: المرافق، الطرق، والخدمات الأساسية.

■ العمليات:

- تقديم الخدمات: كيف يتم تقديم الخدمات الصحية (مثل الرعاية الأولية، والتواصل بالإرشادات).

■ المخرجات والنتائج المتوقعة:

- الرعاية الصحية: مدى رضا السكان عن الخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها.
- التوصيات: تقديم اقتراحات لتحسين الوصول إلى الرعاية الصحية وتعديل السياسات لتعزيز العدالة الصحية.
- تحسين الأداء الصحي: تعزيز النتائج الصحية في المجتمعات القروية من خلال تطوير برامج مستدامة.

■ التحديات:

- صعوبة الوصول: التحديات اللوجستية والاقتصادية في الوصول إلى المناطق القروية.

ب. أدوات البحث الميداني

■ **الملاحظة الميدانية:** تعتبر الملاحظة من أقدم الوسائل التي لحي إليها الإنسان، باعتبارها نمط يرتكز على الوصف والملاحظة السطحية دون الارتقاء إلى التحليل. على الرغم من ذلك، تعتبر الملاحظة من أهم الوسائل لفهم واقع المجال حتى ينصب التحليل في الاتجاه الصحيح، وعليه

فقد تم زيارة الجماعات الترابية المدروسة من أجل تشخيص مكامن القوة والخلل لهذه المجالات خصوصاً فيما يتعلق بمعاينة البنيات والمؤسسات الصحية، وقد تم استحضار بعض المؤشرات التي تم التركيز عليها بشبكة الملاحظة حتى ينبني التحليل على أسس منطقية وموضوعية وهي:

- عدد الأطر الطبية والتمريضية المتوفرة بكل جماعة ترابية ومدى حضورهم في المداومات؛
- عدد الأسرة المتواجدة بكل مؤسسة صحية؛
- جودة الاشتغال على مستوى الإرشادات؛
- توافر معدات الفحص وسيارات الإسعاف؛
- مدة الانتظار لزيارة الطبيب المختص (أولوية الحالات الصعبة...)
- الزبونية.

■ **الاستمارة:** بالنسبة للجماعات الترابية المستجوبة توزعت الاستثمارات الموجهة للسكان بهذه المجالات، والتي بلغ عددها 160 استمارة لم يسترجع منها إلا 154 استمارة، ونظراً لطبيعة البحث والفئة المبحوثة فقد لجأنا إلى اعتماد عينة قصدية تم بناؤها انطلاقاً من الحرص على ضمان تمثيلية مختلف فئات مجتمع الدراسة، ليس على أساس مراعاة الوزن العددي للفئات التي تمثلها أو كيفية انتشارها في المجال كما هو الشأن بالنسبة للعينات المعتمدة عادة في البحث الكمي.

6. الحدود المكانية للدراسة

إن هذه الدراسة قد اختارت إقليم وزان كمكان للدراسة الاجتماعية، وقد كان الدافع إلى ذلك كون إقليم وزان يمثل نموذجاً حياً للعالم القروي، ولقد حرصنا على أن تكون العينة المختارة ممثلة لجميع الحالات الأخرى رغم إقرارنا باستحالة تعميم النتائج المستخلصة على كل جماعات الإقليم، فالجماعات الترابية التي اخترناها بعناية كانت النماذج المثلى لواقع إقليم وزان، علاوة على أن هاته المجالات قدمت لنا عينة خصبة من الحالات الاجتماعية. ولما أنه كان من المستحيل إجراء الدراسة على الإقليم كله فقد عمدنا إلى طريقة العينة رغم ما تتضمنه هذه الطريقة من محدودية. ونظراً لضخامة الإقليم واستحالة الحصول على كل المعلومات، فقد عمدنا إلى «العينة الحصصية» لتجنب كثير من العراقيل التي يتعرض لها الباحث في مثل هذه الحالات، ومن بين الخصائص التي تم اعتمادها نجد كل من:

- المستوى التعليمي: نسبة المتعلمين وغير المتعلمين، ومستويات التعليم المختلفة بين السكان بالجماعات الترابية المدروسة.
- الحالة الاجتماعية والاقتصادية: مثل مستوى الدخل، نوع المهنة (زراعة، حرف، إلخ)، والوضع الاجتماعي للأسرة.

- حجم الأسرة: عدد الأفراد في الأسرة.

- المستوى الصحي: الوصول إلى الخدمات الصحية.

- البنية التحتية والخدمات: توفر الطرق، المياه، والكهرباء، والاتصالات.

وعليه، يشمل مجال الدراسة مجموعة من الجماعات الترابية بحيث تم اختيار خمس عينات مختلفة من حيث الخصائص الطبيعية والبشرية والعمرانية والسكنية والاقتصادية وغيرها، بغية إسقاط النتائج المتوصل إليها على باقي الجماعات الترابية الأخرى بحكم

التشابه الكبير بين هاته الجماعات، حيث خصص المجال الأول لجماعة سيدي «رضوان»⁽¹⁾، فيما همّ المجال الثاني لجماعة «اسجن»⁽²⁾، أما المجال الثالث فقد خصص لجماعة ازغيرة⁽³⁾، ثم المجال الرابع لجماعة زومي⁽⁴⁾، أما المجال الأخير فقد خصص لجماعة «لمجاعة»⁽⁵⁾.

ثانياً: معطيات عامة حول إقليم وزان

1. مجال الدراسة

يقع إقليم وزان في مقدمة جبال الريف، وينتمي ترابيا لجهة طنجة تطوان الحسيمة، يتوسط أقاليم شفشاون شمالا، تاوانات شرقا، سيدي قاسم جنوبا، القنيطرة والعرائش غربا، تبلغ مساحته الاجمالية حوالي 2040 كلم مربع، وتقدر ساكنته بحوالي 200051 نسمة⁽⁶⁾. وقد تم إحداث عمالة إقليم وزان سنة 2009، وهو يضم 17 جماعة: 16 جماعة لها طابع قروي، وجماعة وزان الحضرية، باشوية واحدة مع ثلاث مقاطعات وأربعة دوائر تضم عشر قيادات. ويتميز إقليم وزان بطابعه القروي، وهو إقليم فلاحي بامتياز. يشتهر بإنتاج الزيتون، حيث تبلغ المساحة المزروعة بأشجار الزيتون أكثر من 65 ألف هكتار، بإنتاج سنوي يقدر بـ 78 ألف طن في الظرفية

- 1.. تقع جماعة سيدي رضوان في الطرف الجنوبي للمجال الجغرافي الذي يدعى بتلال مقدمة جبال الريف التي ترتبط بوحدة تضاريسية متصلة وهي جبال الريف، تبلغ مساحتها الإجمالية حوالي 126.96 كلم²، وتنتهي إلى دائرة وزان. أما على المستوى البشري، وصل تعداد سكانها خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 حوالي 17903 نسمة و 5124 أسرة موزعين على 32 دوار.
- 2.. تنتمي جماعة اسجن حاليا لقيادة ابريكشة، بدائرة مقريصات، بإقليم وزان، تبلغ مساحتها الإجمالية حوالي 169,4 كلم²، وصل تعداد سكانها خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 حوالي 13139 نسمة و 2865 أسرة موزعين على 25 دوار.
- 3.. يوجد مقر جماعة ازغيرة بدوار بني ربيعة، قيادة تروال، دائرة الوحدة، تحد شرقا بإقليم تاوانات وشمالا بإقليم شفشاون. وصل عدد سكانها خلال إحصاء 2024 حوالي 13415 نسمة، و 3637 أسرة موزعين على 27 دوار. للإشارة تعتبر جماعة ازغيرة من بين الجماعات القروية الأكثر فقرا بإقليم وزان بجانب كل من جماعتي ونانة وسيدي أحمد الشريف.
- 4.. تنتمي جماعة زومي حاليا لقيادة زومي، بدائرة زومي، تبلغ مساحتها الإجمالية حوالي 131,63 كلم²، وصل تعداد سكانها خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 حوالي 36573 نسمة و 9762 أسرة موزعين على 60 دوار.
- 5.. تنتمي جماعة لمجاعة لدائرة الوحدة، تبلغ مساحتها الإجمالية حوالي 100 كلم مربع، وصل تعداد سكانها خلال الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024 حوالي 19162 نسمة و 4579 أسرة موزعين على 32 دوار.
- 6.. حسب نتائج الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2024.

المناخية الملائمة⁽¹⁾. وإضافة إلى ذلك فالزراعة المعيشية هي السمة البارزة لأغلب الأسر بالعالم القروي من خلال زراعة أنواع القمح والقطاني والمنتجات المجالية وعلى رأسها عسل النحل، وتحمل الصناعة التقليدية المرتبة الثانية في الأنشطة المزاولة على المستوى الإقليمي بعد الفلاحة. حيث تنتشر عدة وحدات حرفية، ينشط بها أكثر من 7500 حرفي، وتتوزع الحرف المزاولة على 7 قطاعات، أهمها حياكة النسيج وما يرتبط بها من غزل الصوف وخياطة الجلابة الوزانية وكذا الخشب والجلد. ويتمظهر الإنتاج الحرفي بمدينة وزان بكثرة عبر تجارة الحرف اليدوية المنتشرة بالمدينة العتيقة. كما أن الإقليم معروف أيضا بإمكانياته السياحية الهائلة التي تحتاج إلى حسن الاستغلال الاقتصادي، وإحداث فرص الشغل للشباب. ومن ضمنها سد الوحدة، بحيرة بودرو، المدينة العتيقة التي تضم وحدات الصناعة التقليدية ومحلات عرض المنتجات الحرفية اليدوية، والسلاسل الجبلية (جبل بني عيش) ومناظر طبيعية خلابة (غابة بلوطة، جبل أبي هلال...)، ومزارات روحية (مولاي عبد الله الشريف، حاخام عمران بن ديوان بأسجن...).

2. المعطيات الطبيعية والديموغرافية

الموقع الجغرافي: يقع إقليم وزان بشمال المملكة، على مساحة تقدر بحوالي 2040 كلم² (25 كلم² مجال حضري، و2014 كلم² مجال القروي)، يحده شمالا إقليم شفشاون، جنوبا إقليم سيدي قاسم، شرقا إقليم تاونات، وإقليمي القنيطرة والعرائش غربا.

خريطة رقم 1: توطين المجال المدروس



المصدر: برنامج التنمية المندمج لإقليم وزان 2022-2026

1. . بوابة المبادرة الوطنية للتنمية البشرية-فرع وزان (indh-ouezane.ma).

- المناخ: يتمتع الإقليم بمناخ متوسطي، جاف في الصيف، مع درجات حرارة تتراوح بين 24 و44 درجة مئوية، وبارد في فصل الشتاء مع درجات حرارة تتراوح بين 6 و14 درجة مئوية. متوسط تساقطات الأمطار السنوي هو 800 ملمتر، موزعة بشكل غير منتظم.
- التضاريس: يتموضع إقليم وزان في منطقة ذات تضاريس بين التلال الوعرة التابعة لجبال الريف، وسهل الغرب على جنوب واد لوكوس. ويعلو على سطح البحر ب 614 متر، تستحوذ الجبال على 43%، 40% من مساحة الإقليم، ثم التلال بنسبة 29%، 49% والسهول التي تتجاوز نسبتها 31%، 7%.

ثالثا: التغطية الصحية الشاملة كمؤشر على أداء أنظمة الصحة

1. مؤشرات عامة لمستوى وعدالة التغطية الصحية

بشكل متزايد وفي إطار أهداف التنمية المستدامة، يعتبر توفر التغطية الصحية الشاملة مؤشرا مهما في قياس أداء أنظمة الصحة وحالة صحة السكان⁽¹⁾. لقد اقترح البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية مؤشرين أساسيين لتقييم النظام الصحي المتعلق بالتغطية الصحية الشاملة، حيث يعتمد هذان المؤشران أولا على المستوى العام للتغطية الصحية الشاملة ثم على عدالتها من حيث القدرة على الحماية من المخاطر المالية للجميع (بما في ذلك المناطق القروية والمعزولة)، وقد حددهما فيما يلي:

- نسبة السكان الذين يمكنهم الوصول إلى خدمات صحية أساسية ذات جودة؛

- نسبة السكان الذين ينفقون جزءا كبيرا من دخل الأسرة على الصحة.

تظهر النتائج المختلفة أن تقييم أنظمة الصحة فيما يتعلق بالتغطية الصحية الشاملة هو أمر معقد، ويعتمد أولا على ما هو سياسي لتنفيذ التغطية الصحية الشاملة، وثانيا على السياق الديموغرافي والوبائي الوطني أو الإقليمي، وثالثا على النموذج التنظيمي وحوكمة نظام الصحة، وأخيرا القدرات التمويلية المؤسسية والفردية.

وعليه، تقدم منظمة الصحة العالمية 16 خدمة صحية أساسية في أربع فئات كمؤشرات لمستوى وعدالة التغطية الصحية⁽²⁾، والمبينة بالجدول التالي:

1. Naylor, DC, Iron K, Handa K. (2002). Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: Smith PC, ed. Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, p.p. 13-34.

2. للإشارة كنفتم منظمة الصحة العالمية سنة 2017 جهودها لدعم مجموعة من الدول لتطوير استراتيجياتها ورؤاها وخرائط الطريق لبلوغ التغطية الصحية الشاملة. واشتملت الأنشطة الاستراتيجية الرئيسية الشاملة على وضع حزمة الفوائد ذات الأولوية للتغطية الصحية الشاملة، وتعزيز المشاركة مع القطاع الخاص، والتركيز على تضافر الجهود من خلال ما يسمى بالنهج القائم على الارتباط بين التنمية والإنسانية والسلام، من أجل تعزيز قدرة النظام الصحي على الصمود في سياقات الطوارئ.

جدول رقم 1: نوع الفئة والخدمة الصحية

نوع الخدمة الصحية	الفئة
<ul style="list-style-type: none"> - تنظيم الأسرة؛ - الرعاية السابقة للولادة والتوليد؛ - التطعيم الكامل للطفل؛ - طلب الرعاية من أجل الالتهاب الرئوي 	صحة الإنجاب، الأم، حديثي الولادة، الطفل
<ul style="list-style-type: none"> -علاج السل؛ - العلاج المضاد للفيروسات القهقرية لفيروس نقص المناعة البشرية؛ - علاج التهاب الكبد؛ - استخدام الناموسيات المشبعة بالمبيدات الحشرية للوقاية من الملاريا؛ - خدمات الصرف الصحي الكافية. 	الأمراض المعدية
<ul style="list-style-type: none"> - الوقاية وعلاج ارتفاع ضغط الدم؛ - الوقاية وعلاج ارتفاع نسبة السكر في الدم؛ - الكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم؛ -عدم استهلاك منتجات التبغ. 	الأمراض غير السارية
<ul style="list-style-type: none"> -الوصول إلى الخدمات الطبية الأساسية؛ -كثافة الطاقم الطبي؛ - الوصول إلى الأدوية الأساسية؛ - الأمن الصحي: احترام اللوائح الصحية الدولية. 	القدرات الولوجية

المصدر: دراسة منظمة الصحة العالمية حول التغطية الصحية الشاملة، 2017

2. تطور السياسة الصحية بالمغرب

أعطى المغرب الأولوية للمساواة والتضامن في الحصول على الخدمات الصحية. وقد تم تعزيز هذه الأولوية عندما تم إطلاق مشروع التغطية الطبية الأساسية. وقد شهد المغرب منذ الاستقلال وحتى سنة 2018، تطورا مهما لمؤشرات الصحة في المغرب في اتجاه تحسين متوسط العمر المتوقع والحالة الصحية للسكان فيما يتعلق بالأمراض المعدية وصحة الأمهات والأطفال.

كما أن إرساء التغطية الصحية، وتعزيز المهارات البشرية، والاستثمار في البنى التحتية وتحديثها، وسياسة الأدوية وإعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية، كلها إنجازات. وبالمثل، فإن إصلاحات السياسة العامة المتعلقة بتوفير الرعاية الصحية، وحوكمة مؤسسات الرعاية الصحية، وتمويل نظام الرعاية الصحية، وإدارة الميزانية، وقانون التغطية الطبية (بمكونين هما التأمين الصحي الإجباري لموظفي القطاعين العام والخاص (AMO) ونظام التأمين الطبي السابق

للمحرومين اقتصاديا (RAMED)، وتوفير الرعاية الصحية الإقليمية. كانت هذه الالتزامات ولا تزال ضرورية، لكن رغم ذلك فإنه يسجل تفاوتات كبيرة في مستوى الصحة والوفيات بين مختلف فئات السكان، والتي لا ترتبط بالمحددات البيولوجية أو الفيزيولوجية بل ترتبط أساسا بالتفاوتات الاجتماعية والاقتصادية أو الثقافية، أو بجودة رعاية أقل من المستوى الأمثل.

3. التأمين الإجباري عن المرض تضامن AMO solidaire كمؤشر لتعميم الاستفادة

يمكن إثارة الآثار الرئيسية لإدخال برنامج التأمين الإجباري عن المرض تضامن AMO solidaire في المغرب على ميزانية الدولة وعلى الجهات الفاعلة في القطاع الصحي الخاص. بالنسبة للدولة، على الرغم من أن تمويل هذا البرنامج يمثل تكلفة كبيرة، إلا أنه يمكن اعتباره استثمارا استراتيجيا. فمن خلال الوقاية من الأمراض الخطيرة وتوفير التغطية الطبية المبكرة، يمكن للبرنامج أن يقلل من الإنفاق العام على المدى الطويل، لا سيما من خلال تقليل التكاليف المرتبطة بالعبء المرضية أو التدخلات الطبية الطارئة. بالإضافة إلى ذلك، فإن السكان الذين يتمتعون بصحة أفضل يكونون أكثر إنتاجية، مما قد يزيد من الإيرادات الضريبية ويعوض تكاليف البرنامج. بالنسبة للقطاع الصحي الخاص، يحفز برنامج «تضامن» الطلب على خدماته، مما قد يشجع على توسيع البنية التحتية والاستثمار في المجال الطبي. ويمكن أن تُترجم هذه الزيادة في الطلب إلى فرص عمل جديدة ونمو لشركات الرعاية الصحية الخاصة. وبالإضافة إلى ذلك، يساعد دمج الرعاية الخاصة في المخطط على تنوع مصادر التمويل وتقليل الضغط على المؤسسات العامة، مع تحسين وصول المستفيدين إلى الرعاية. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تمثل الإيرادات الضريبية المحصلة من أنشطة مقدمي الرعاية الصحية الخاصة عائدا كبيرا على الاستثمار بالنسبة للدولة، وبالتالي يمكن أن تغطي نسبة كبيرة من تكاليف تمويل هذا المشروع والمساهمات الناتجة عنه.

بالإضافة إلى ذلك، فإن توسيع نطاق التغطية الاجتماعية يؤثر على فئات أخرى من الأسر، غير تلك التي يغطيها التأمين الإجباري عن المرض «تضامن» AMO solidaire. ومن المتوقع أن تدفع هذه الفئات مساهماتها وفقا لمستويات دخلها، ويجب على المستفيدين في إطار هذا المشروع التصريح عن دخلهم من أجل الاستفادة من التغطية الطبية والحماية الاجتماعية. وهذا يعزز مبدأ التضامن، من ناحية، ويمكن أن يكشف عن الجانب المظلم للقطاع غير الرسمي من ناحية أخرى، من خلال السماح بعائد مالي كبير من القطاع غير الرسمي للمجتمع، وتوفير بيانات ذات صلة وقيمة للدولة، خاصة في المشاريع المستقبلية الأخرى، وكذلك في المسائل الضريبية. وباختصار، تلعب Solidaire AMO دورا حاسما في الاقتصاد المغربي من خلال تقليل الإنفاق المباشر للأسر المعيشية وتحسين المالية العامة وتحفيز الصناعة والنشاط الاقتصادي في القطاع الصحي الخاص. وتساهم هذه الآثار مجتمعة في تحقيق نمو اقتصادي أكثر شمولا واستدامة مع تعزيز المرونة الاقتصادية للبلاد.

رابعاً: نتائج الدراسة

1. استخدام الأسر للخدمات الصحية

أ. الخصائص الاجتماعية والديموغرافية

إن دراستنا لمسار الرعاية الصحية سمحت لنا بتحديد العوامل الرئيسية لاستخدام خدمات الصحة بكل جماعة ترابية. وفيما يلي توزيع الأسر حسب الجماعات مع عدد مستهدف يتناسب مع وزنها السكاني.

جدول رقم 2: توزيع الأسر المدروسة حسب الجماعة الترابية

النسبة المئوية	الترددات	الجماعات الترابية
15,21	33	زومي
87,19	31	سيدي رضوان
79,21	34	لمجاعة
51,20	32	اسجن
59,18	26	ازغيرة
100	156	المجموع

المصدر: نتائج التشخيص الميداني للدراسة 2024

من جهة أخرى تحيل البيانات السوسيو-ديموغرافية للأسر المستجوبة أن عينة الدراسة تتكون من 51% من النساء، و56,3% من الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 40 عاماً، و42,2% الذين كانوا في نشاط مهني، و40,2% من الأميين، و69,9% من الأشخاص المتزوجين، و41,6% الذين ليس لديهم أي دخل و35% ليس لديهم تغطية طبية.

2. التجهيزات والمرافق العمومية: اختلال في التوزيع ونقص في التجهيزات

أ. توزيع الخدمات الصحية بإقليم وزان بشكل متباين

تنقسم التجهيزات والمرافق العمومية الموجودة بالإقليم، والتي تعرف نوعاً من الاختلال على مستوى التوزيع، إلى نوعين: الأول يشمل المرافق العمومية الكبرى والتجهيزات البنيوية ذات الإشعاع الإقليمي، فيما يشمل النوع الثاني تجهيزات القرب العادية ذات الإشعاع المحلي، ونقصها بها المرافق والتجهيزات الموجودة على مستوى الأحياء السكنية. ورغم توفر الإقليم على مجموعة من المرافق والتجهيزات، إلا أنها تظل غير كافية لأسباب سبق ذكرها.

تعرف وزان ثلاث إشكالات جوهرية فيما يخص المرافق والتجهيزات العمومية، أولها يتعلق بنقص التجهيزات بأغلب المؤسسات الصحية ذات المستوى الأول والثاني، الشيء الذي يطرح إشكالية الجودة في الخدمات المقدمة بهذه المؤسسات⁽¹⁾.

جدول رقم 3: المؤسسات الصحية والطواقم الطبي بالجماعات الترابية المدروسة

المجموع			العدد	مركز صحي رقم 2	مركز صحي رقم 1	مستوصف	عدد السكان	عدد الأسر	عدد الدواوير	الجماعات
الطاقم الطبي										
عدد المولدات	عدد الممرضين متعددي الوظائف	عدد الأطباء العامون								
3	5	2	10	1	0	1	13415	3637	27	ازغيرة
3	5	1	9	1	0	2	17903	5124	32	سيدي رضون
1	4	2	7	0	1	2	11479	3048	25	اسجن
7	7	0	14	1	0	2	36573	9762	60	زومي
5	4	1	10	1	0	1	19162	4579	32	لمجاعة
19	25	6	50	4	1	8	98532	26150	490	المجموع

المصدر: نتائج التشخيص الميداني للدراسة 2024

من خلال معطيات الجدول الثالث نسجل على أن الإقليم يواجه نقصا مزمنًا في عدد مهنيي الصحة⁽²⁾، مما يشكل عائقًا كبيرًا يقف في وجه تحقيق أهداف الصحة، وأيضًا من نقص حاد جدًا في عدد المؤسسات الصحية، ومن أوجه تفاوت كبيرة في توزيعهم بين الوسطين الحضري والقروي، مما سيزيد من خلق تباينات وتفاوتات كبيرة بين جماعات الإقليم.

1.. لم يعترف صراحة بالحق في الصحة إلا من خلال دستور يوليو 2011. فهذا الدستور يعترف بسبعة حقوق ترتبط بالصحة، هي الحق في الحياة (الفصل 20) الذي يشمل كذلك محاربة حالات الوفيات الممكن تفاديها، والحق في السلامة وفي حماية الصحة (الفصل 21)، والحق في العلاج وفي بيئة سليمة وفي التغطية الصحية (الفصل 31)، والحق في الصحة بالنسبة للأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة (الفصل 34)، والحق في الولوج إلى علاجات ذات جودة وفي الاستمرارية في أداء الخدمات (الفصل 154). (تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الخدمات الصحية الأساسية، نحو ولوج منصف ومعهم، ص 16، 2013).

2.. يعد المغرب واحدا من 57 بلدا يعاني من نقص حاد في عدد المهنيين الصحيين، بحصة قدرها 1.86 لكل 1000 ساكن. وهي حصة أدنى من الحصة المقدرة بنحو 2.37 لكل 1000 ساكن، التي حددتها منظمة الصحة العالمية كعتبة لتأمين تغطية التلقيح عند الأطفال بنسبة 80 بالمائة، وضمن ولادات بمساعدة مهنيي الصحة لنسبة 80 بالمائة من النساء الحوامل، وضمن تحسين مستدام لمؤشرات الصحة لمجموع الساكنة (تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الخدمات الصحية الأساسية، نحو ولوج منصف ومعهم، ص 31، 2013).

رسم بياني رقم 1: وضعية المرافق والخدمات الصحية بالإقليم



المصدر: نتائج التشخيص الميداني للدراسة 2024

إن تردّي مستوى الخدمات الصحية بإقليم وزان مرده لمجموعة من الإكراهات والإشكالات، فرغم تنبّهات المجتمع المدني التي طالبت في وقت سابق بتحسين جودة الخدمات الصحية بمختلف مستوصفات والمراكز الصحية بجماعات الإقليم، إلا أنه نجد أن هاته الإشكالات بقيت على حالها مما يطرح علامات استفهام كبرى. كما أن عجز المستشفى الإقليمي الحالي عن استقبال الأعداد الكبيرة من المرضى من مختلف الجماعات الترابية التابعة له، ونتيجة افتقار جل إن لم نقل كل الجماعات للتخصصات الطبية الأمر الذي يؤدي بأغلبية الحالات التي تقصد المستشفى الإقليمي «أبي القاسم الزهراوي» إما التوجه إلى مدينة شفشاون أو تطوان من أجل الاستشفاء، وهو الأمر الذي أكدته نتائج الاستثمارات الموجهة للمبجوثين والمتعلقة بوضعية المرافق والخدمات الصحية، حيث بينت أن القطاع الصحي يعاني من ضعف كبير لا على مستوى الأداء أو التجهيزات وذلك بنسبة وصلت لـ 78,7%، كما صرح أيضا 16% منهم على أن وضعية المرافق والخدمات الصحية منعدمة، فيما أكد باقي المبحوثين وبنسبة ضئيلة جدا على أن المجال الصحي هو جيد وذلك بنسبة 1,1%.

جدول رقم 4: بناء المركز الاستشفائي الإقليمي وزان

المشروع	الوضعية	الكلفة المالية (بالدرهم)	ملاحظات
بناء المركز الاستشفائي الإقليمي وزان	في طور الإنجاز	223 517 231,30	بلغت نسبة تقدم الأشغال 25%.

المصدر: تركيب شخصي بناء على المعطيات الواردة ببرنامج التنمية المندمج لإقليم وزان 2022-2026

لكن بالمقابل من ذلك، هناك مجهودات لا يمكن نكرانها ذات الارتباط بتعزيز وتجويد البنية الصحية خصوصا فيما يتعلق بالبنيات التحتية، حيث تم البدء في بناء مركز استشفائي إقليمي بوزان رغم أن نسبة تقدم الأشغال تسير بوتيرة بطيئة وهذا ما يبينه الجدول رقم 4، فالمشفي الجديد سيضم مركبا جراحيا، إضافة إلى مختبر مجهز للتحاليل، ومرافق أخرى كصيدلية، وفضاء للاستقبال، ومستودع للأموات، وقطب للطب وقطب للجراحة، ومصحة للمستعجلات، وقطب للأم والطفل يشتمل على مصحة للولادة ومصحة لطب الأطفال وقاعات إنعاش.

أما ثاني هذه الإشكالات فيتعلق باختلال في توزيع المرافق، بحيث تتوزع عبر الجماعات الترابية المدروسة بشكل غير متكافئ وهو ما تؤكد معطيات الجدول رقم 5، حيث تتكدس في جماعة على حساب أخرى خصوصا فيما بالطاقم الطبي والتمريضي العامل بالمؤسسات الصحية بالجماعات الترابية المدروسة، في حين تبقى باقي الجماعات ضعيفة المحتوى الوظيفي، بالرغم من الدينامية المجالية التي تعرفها، فهي تبقى مرتبطة ارتباطا وثيقا بهذا المركز على المستوى الوظيفي⁽¹⁾، فإذا كانت التفاوتات المجالية قائمة على مستوى البنية التحتية، فإن نفس الشيء يمكن ملاحظته على مستوى التباينات المجالية، والاختلافات القائمة بين المركز والهامش، ففي كثير من الأحيان نجد المركز يحتكر كل الامتيازات والموارد والرساميل، ويستقطب الخيرات والثروات المادية والرمزية والثقافية، دون أن يحظى الهامش بجزء يسير من ذلك، وهنا تصبح العدالة المجالية مطلبا وضرورة ملحة، لخلق التوازنات وتكريس العدالة والاستقرار، وإلا فإن ذلك سيقودنا حتما نحو اللادالة وتكريس التباينات والتناقضات المجالية، وتكريس الطبقة المجالية والاجتماعية في الوقت نفسه، فكل الطبقات السوسيو مجالية، بمعنى كل المجموعات البشرية، تتحدد معيار الانتماء المجالي، ويمكن النظر إلى توزيعها من خلال المعارضة القائمة ما بين المركز والهامش متغيرة، وقد تكون معلنة أو خفية، تتم عبر تيارات اقتصادية أو اجتماعية ضمنية، وأحيانا أخرى قد تكون قوية واضحة، وقد تتسبب في صراعات وحروب وثورات اجتماعية⁽²⁾.

جدول رقم 5: ترتيب الجماعات الترابية حسب المؤشر المزدوج للصحة بإقليم وزان (الولوجية والجودة)

الجماعات	عدد الدواوير	عدد الأسر	عدد المؤسسات الصحية	المؤشر المزدوج للصحة	نسبة الولوجية		نسبة الجودة	
					الولوج جغرافيا	التغطية الصحية	جودة المباني	جودة المعدات
ازغيرة	27	3314	2	45,1	62,3	75,0	72,5	58,8
لمجاعة	32	2683	1	54,3	53,3	82,5	85,0	75,0
سيدي رضون	32	4464	3	39,9	53,6	77,5	67,5	54,2
اسجن	25	2804	2	47,4	59,0	67,5	78,8	71,3
زومي	60	7792	2	42,6	44,7	75,0	78,8	63,8

المصدر: تركيب شخصي بناء على المعطيات الواردة ببرنامج التنمية المندمج لإقليم وزان 2022-2026

1. مريم سلطان، "الأنشطة الحضرية بمدينة الناظور: بين التوسع والتعمير"، في: "التمدن والتعمير في جبال الريف بالمغرب"، منشورات مجموعة البحث الجغرافي حول جبال الريف، سلسلة دراسات مجالية رقم: 1، الطبعة الأولى، مطبعة الخليج العربي، تطوان، المغرب، الصفحة 98، 2002.

2. Alain Reynaud, Le Concept de classe socio spatiale, TIGR, n38, pp 10-20, 1980.

من خلال معطيات الجدول رقم 5 يتضح على أن غالبية منشآت الجماعات الترابية المدروسة، تتميز إلى حد ما بالتباين في النتائج وبالتالي تفرز جودة متفاوتة. فمن خلال المعاينة المباشرة وجدنا على أن الأسقف والنوافذ، وكذلك بعض المساحات الداخلية، في حالة جيدة إلى سيئة بشكل عام خصوصا بجماعة «سيدي رضوان»، وهو ما أكدته النسب المتحصل عليها، حيث وصلت نسبة جودة المؤسسات الصحية المتواجدة بهذه الجماعة إلى 67,5%.

ومن جهة أخرى ووفقا لمعدل إمكانية الولوج، فإن غالبية الجماعات الترابية المدروسة عرفت نسبة متوسطة، باستثناء جماعة زومي والتي وصلت لنسبة تحت المتوسط لمعدل الولوج للمؤسسات الصحية بنسبة 44,7% علما أن هاته الجماعة تتميز بكثافة سكانية مهمة مقارنة بجماعات الإقليم. أما بالنسبة للجودة، فترتفع المعدلات خطيا لتعطي صورة أكثر إيجابية من سابقتها، حيث تحافظ الجماعات الترابية على معدلات مرضية كما هو الحال بالنسبة لجماعة «زومي» التي بلغت نسبة الجودة فيها 78,8%.

3. توقعات مخيبة للساكنة وافتقار واضح للرضا

أ. رضا مستخدمي خدمات الصحة

عبر 67,7% من مستخدمي خدمات الصحة بوزان على أنهم غير راضين عن نظام الصحة بالإقليم. إن مستوى الرضا العام يختلف حسب نوع التغطية، حيث يكون أعلى لدى المستفيدين من التأمين الخاص بنسبة وصلت إلى 47,6% وأدنى في حالة عدم وجود تغطية طبية بنسبة 23,8%. أما الغالبية العظمى ممن لا يمتلكون تغطية طبية فقد عبرت عن عدم رضاها بنسبة 52,6%، لكن التصنيف حسب نوع التغطية أو القطاع المستخدم يظهر ثلاث اتجاهات: عدم الرضا هو عام بغض النظر عن نوع التغطية، في القطاع الخاص، عدم الرضا هو بشكل خاص من نصيب المستفيدين من AMO TADAMON، بينما في القطاع العام، الأشخاص غير المؤمن عليهم ثم حاملي بطاقة AMO TADAMON هم الأكثر عدم رضا. كما بينت النتائج على أن من يعانون من مرض مزمن يشعرون أيضا بعدم الرضا بسبب التكلفة المالية وتعقيد المساطر بنسبة وصلت إلى 96,3%.

ب. الرضا تجاه نظام الرعاية الصحية

■ الحالة الصحية المدركة حسب نوع التغطية

في الواقع، مستوى الصحة المدرك ليس محددًا أساسيا لاستخدام خدمات الصحة، بل إن القدرات المالية ونوع التغطية المتاحة هما الأهم. فيما يتعلق برضا الساكنة المستجوبة حول التغطية الصحية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي فقد عبر 73,6% على أنهم غير راضون

تماما عن المبالغ المسترجعة من الملفات الصحية المقدمة، فيما وصلت نسبة رضا الساكنة عن هذه الخدمات لما يناهز 26,3%.

■ مستوى رضا الساكنة المستجوبة عن زيارتهم لمستشفى أبي قاسم الزهراوي

عبر أغلب المستجوبين بنسبة وصلت إلى 96% أنهم (ن) غير راضون عن فترة الانتظار الطويلة جدا قبل الحصول على موعد مع الطبيب المختص عند زيارتهم للمستشفى الإقليمي بوزان. وتبرز أيضا تكلفة التدخلات الجراحية ثم تكلفة الإقامة في المستشفى التي تختلف حسب عدد الليالي التي تقضيها في المستشفى، وأيضا المبالغ النقدية المدفوعة كـ «إكراميات»⁽¹⁾، ثم سوء المعاملة من حراس الأمن، حيث بلغت نسبة عدم رضاهم بهذا الخصوص بنسبة مرتفعة بلغت 98,7%.

خامسا : مناقشة عامة للضريات

الفرضية الأولى: حققت البرامج الصحية أهدافها الحقيقية وساهمت في تكريس بعد إقليمي منسجم على مستوى البنيات والخدمات (فرضية مرفوضة)

أظهرت نتائج الدراسة على أن إغفال تفعيل المقاربة المجالية خصوصا في بعدها التشاركي والالتقائي مع كافة المتدخلين بالشأن الصحي قد شكل عائقا وسدا منيعا لتكريس بعد إقليمي صحي منسجم، إضافة إلى غياب بدائل أخرى بفعل السياسات المترجلة وغير الواضحة للسلطة المحلية سواء التنفيذية أو التمثيلية مما ساهم في خلق مزيد من التفاوتات بين الجماعات الترابية، وبين المجالين الحضري والقروي بالإقليم، كما يجب أن تندرج السياسات الصحية العامة ضمن نموذج جديد وتؤدي وظيفة جديدة حيث يكون للدولة دور الرؤيا، والتنظيم، والتيسير، والضغط للعثور على الوسائل والموارد العامة والخاصة التي تضمن الوصول العادل والمستدام إلى خدمات الصحة الضرورية بتكلفة فردية وجماعية معقولة، مما سيكرس لا محلة بعدا إقليميا منسجما من حيث التوازن والمساواة في البنيات والخدمات، من جهة ثانية بعد تشخيص دقيق للمعطيات المتوفرة والميدانية حول البنيات التحتية الاستشفائية بالجماعات الترابية المدروسة، توصلنا إلى أنه لا يمكن للبرامج الصحية المنجزة أن تحقق كل أهدافها وتساهم بالتالي في الرفع من مؤشرات التنمية الصحية بالإقليم بسبب العجز في العرض وعدم العدالة في توزيعه، كما أن دراستنا سمحت لنا بجمع مجموعة مهمة من المعطيات حول أنشطة مؤسسات الرعاية الصحية. حيث تمكنا من تسليط الضوء على تباينات كبيرة بين الجماعات الترابية المدروسة خصوصا فيما يتعلق بمؤشرات تقديم الرعاية الصحية وكذلك الإنتاجية خلال السنوات الأخيرة. وهكذا، تُظهر المؤشرات العامة لعروض الرعاية الصحية أن هاته الجماعات تعاني من نفس الإشكالات.

1.. في التداول الشعبي يتم التعبير عن الإكرامية بـ «الثهبوة»؛ وهي بمثابة مبلغ مالي أو عيني يقدم في الغالب إلزاميا من أجل تلقي أو تسهيل خدمة معينة، أما في الاصطلاح العادي فيعبر عنها بـ «الرشوة».

من جهة ثالثة أظهرت لنا النتائج على أن أغلبية المبحوثين تأثرت بشكل غير متناسب مع الخطط والبرامج غير المدروسة، ويرجع ذلك جزئياً إلى الحرمان الاجتماعي والاقتصادي الناجم من جهة عن عامل الهشاشة والفقر الذي يعاني منه أغلب ساكنة الإقليم، وأيضاً لعامل الولوج الجغرافي الذي أثر بشكل كبير جداً في التحاق الساكنة القروية سواء بالمؤسسات الصحية الأولية والثانوية أو بالمستشفى الإقليمي أبي قاسم الزهراوي، إضافة إلى صعوبة ولوج الساكنة لوكالة الضمان الاجتماعي من أجل الاستفادة من تعويضات الملفات الطبية.

الفرضية الثانية: الساكنة راضية عن البرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة لها بالإقليم (فرضية مرفوضة)

أظهرت لنا النتائج بشكل ملموس على أن الساكنة غير راضية عن البرامج الصحية ومستوى البنيات والخدمات المقدمة لها بفعل ضعف البنيات الاستشفائية الجماعية، ووجود بعض البنيات الاستشفائية الأولية في وضعية متهاكلة، إضافة إلى وجود خصائص على مستوى الأطر الطبية والتمريضية والتجهيزات الطبية في العديد من المؤسسات الصحية الأولية والثانوية بالجماعات الترابية المدروسة، وأيضاً عدم استعمال جهاز «الراديو» و«السكانير» ومختبرات التحاليل الطبية بشكل ناجح من طرف الأطر الطبية بمستشفى أبي قاسم الزهراوي بوزان للتخفيف من إعطاء المواعيد لمدة طويلة تتجاوز في بعض الأحيان لـ 60 يوماً وأكثر، بالإضافة إلى عدم جاهزية المؤسسات الاستشفائية للقرب على القيام بالمهام المنوطة بها.

ومن خلال استقراء هذه المعطيات المتعلقة بتوزيع الموارد البشرية سواء العاملة بالقطاع العام على المستوى الإقليمي، يتبين مدى الخصائص الذي يعرفه القطاع، وذلك على مستويين: أولهما ضعف في التأطير الطبي، قياساً بمعايير منظمة الصحة العالمية التي تحدد عدد الأطر الطبية لكل 10000 نسمة، بحيث أن التأطير الطبي بالمغرب يمثل نسبة 6,02 طبيب لكل 10.000⁽¹⁾، ونظراً لأهمية العنصر البشري في تعزيز العرض الصحي، فإن تقرير النموذج التنموي الجديد يقترح زيادة تغطية العاملين في قطاع الصحة بنسبة 4,5 لكل 1.000 نسمة بحلول 2035، مقابل 2 لكل 1.000 نسمة حالياً، الأمر الذي يستدعي تكوين 3.600 طبيب و7.100 ممرض سنوياً في المتوسط⁽²⁾.

خاتمة

بناء على نتائج الدراسة الميدانية، والمعطيات الإحصائية، وتحليل واقع العدالة الصحية بإقليم وزان بالمجال المدروس، اتضح لنا توفر الإقليم على مجموعة من المؤهلات الطبيعية

1. وزارة الصحة، سياسة قطاع الصحة في مجال تدبير الموارد البشرية، مديرية الموارد البشرية، 2014، ص 4.

2. التقرير العام للنموذج التنموي الجديد، أبريل، 2021، ص 101.

والبشرية والتمثلة أساسا في الموقع المتميز له، إذ تعتبر هاته المؤهلات مكسبا حقيقيا وذلك إذا ما تم تأطير الساكنة وتنميتها وتعزيز قدراتها. لكن هذا لا ينفي وجود إكراهات حقيقية تواجه إقليم وزان وتتلخص في ضعف البنية التحتية والمرافق الصحية وشبه غياب للأطر الطبية والتمريضية، إضافة إلى ضعف الأداء الجماعي ومحدودية تدخل الفاعلين المحليين والترابيين الذين تنقصهم الرؤية التنموية والتخطيط الاستراتيجي؛ وهي تعبير واضح لغياب عدالة مجالية الأمر الذي لن تتحقق معه العدالة الصحية خصوصا والتنمية عموما. وهذه الوضعية تستدعي بدون شك، تبني مقاربة ترابية تنموية شمولية، والاستثمار في التجهيزات الاقتصادية والاجتماعية من أجل الرفع من مؤشرات التنمية الصحية وتقوية قدراتها التنافسية. وهذا لن يتأتى إلا بتسيخ مبادئ الحكامة الجيدة واعتماد الشراكة والتشاور والتعاون بين مختلف مؤسسات القطاع العمومي ومكونات المجتمع المدني.

أمام هذه العوائق، وأمام ضعف الموارد تظل فعالية المجالس الجماعية أو القطاع الوصي عن الصحة بالإقليم عاجزا عن إحداث تغييرات اجتماعية في المنطقة، ومن ثم في وضع برامج ومشاريع تنموية وإنجازها محدودة لا تتعدى القيام بدور الوساطة بين السلطة المركزية والساكنة المحلية؛ وهو دور يتم ترسيخه بمثابة قاعدة في شبكة العلاقات الاجتماعية. أما خضوع المحلي للمركزي، ازدواجية التقليد والتحديث، تفاوت درجة التغيير، على بطئه وتعثره، بين البنية التحتية والبنية الفوقية، وجدل الفعل ورد الفعل في ذلك التغيير، فتلك محددات وخاصيات مشتركة نراهن على أنها، تنطبق بدرجات متفاوتة، وأشكال مختلفة على مجالات محلية متعددة بالمغرب عموما وإقليم وزان خصوصا، إذ أن الطبيعة الارتجالية التي اتسمت بها توزيع المؤسسات الصحية الأولية والثانوية والمستوصفات الأطر الطبية والتمريضية بالجماعات الترابية المدروسة في ظل غياب أو تغييب تشخيص دقيق وعميق للمشاكل الحقيقية التي تعاني منها الساكنة القروية.

إن تحقيق التنمية الصحية والمستدامة يتطلب بناء تصور شمولي واضح وتكاثف جهود كل الفاعلين الترابيين من سياسيين وجمعويين ومنتقدين من أجل تجاوز الإكراهات التي ما زالت تعيق مسلسل التنمية الصحية بإقليم وزان، وذلك من خلال الاعتماد على مقاربة تشاركية وتفعيل سياسة القرب والحكامة الجيدة، ولن يتأتى ذلك إلا بتسيير محكم للشأن المحلي مبني على كسب ثقة الساكنة المحلية التي من شأنها أن تساهم في تحسين جاذبية مجالها وتنافسيته.

وعلى ضوء مما سبق ذكره من نتائج، يمكن اقتراح جملة من التوصيات والتي نوردها فيما يلي:

- توسيع نطاق التغطية الطبية على عموم الساكنة القروية؛

- مراجعة الشروط المتعلقة بالمؤشر الاجتماعي خصوصا وأنه لوحظ على أن مجموعة من المبحوثين والمبحوثات تم إقصاؤهم(ن) من الاستفادة من التغطية الصحية المجانية رغم أنهم يعانون من ويلات الفقر والهشاشة؛

- المرونة من حيث عدم احترام قطاع الرعاية من قبل المرضى، خاصة بالنسبة للقادمين من المناطق القروية؛
- بناء مراكز صحية محلية جديدة (مستوصفات) بالجماعات الترابية التي تعرف خصاصا؛
- توفير الأطر الصحية بمجموعة من المؤسسات الصحية سواء مستوى أول أو ثان التي تعاني من خصاص مهول؛
- الإسراع في تنفيذ الجهوية المتقدمة، مما سيجعل من الممكن أن يكون هناك تغطية صحية شاملة واحدة لكل منطقة ومن بينها إقليم وزان؛
- تحسين جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المؤمن عليهم من أجل تحقيق فوائد كبيرة للفقراء والفئات الضعيفة من السكان؛
- قدرة المتدخلين بالقطاع الصحي على منح غالبية السكان أو جميعهم إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية الجيدة دون إحجاف مالي.

لائحة المراجع:

باللغة الأجنبية:

- Alain Reynaud, Le Concept de classe socio spatiale, TIGR, n38, 1980.
- LUC Van Compenhoudt et Raym onQuivy, Manuel de recherches en sciences sociales, 2017.
- Naylor, DC, Iron K, Handa K. Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. In: Smith PC, ed. Measuring up: improving health system performance in OECD countries. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2002.

التقارير:

- التقرير العام للنموذج التنموي الجديد، أبريل، 2021.
 - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الخدمات الصحية الأساسية، نحو ولوج منصف ومعمم، 2017.
 - دراسة منظمة الصحة العالمية حول التغطية الصحية الشاملة، 2017.
- المواقع الإلكترونية:

www.indh-ouezzane.ma