

## البعد الجغرافي للعدالة الصحية ومؤشرات التباينات الجهوية للمنظومة الصحية المغربية

### *The geographic dimension of health equity and indicators of regional disparities in the Moroccan health system*

د. بدرالدين أيت لعسري: أستاذ باحث، فريق بحث المجالات والمجتمعات والبيئة، التهيئة والتنمية،  
كلية اللغات والفنون والعلوم الإنسانية، جامعة ابن زهر أكادير، المغرب

د. محمد أنفلوس: أستاذ الجغرافيا، مختبر دينامية المجالات والمجتمعات، كلية الآداب والعلوم  
الإنسانية المحمدية، جامعة الحسن الثاني بالدار البيضاء، المغرب

Dr. Badr eddine AIT LAASRI: Professor of geography. University IBN  
ZOHR Agadir. Morocco

Dr. Mohammed ANNEFLOUSS: Professor of geography, University  
Hassan 2 Casablanca, Morocco

## المخلص:

يقدم هذا المقال دراسة جغرافية لمسألة العدالة الترابية والتباينات الجهوية لعرض العلاجات الصحية بالمجال المغربي، وذلك بالتحليل الكمي والكرطوغرافي للمعطيات الإحصائية لسنة 2019، وذلك باعتماد مؤشرات عرض العلاجات الصحية والحالة الصحية. وتتوخى الدراسة أيضا، إبراز دور الجغرافيا الاجتماعية في معالجة موضوع الصحة البشرية، الذي ظل إلى أمد قريب حكرا على العلوم الطبية والوبائية.

ومن نتائج هذه الدراسة رصد التفاوتات الجهوية في عرض العلاج وإبراز المجالات الترابية الجهوية التي تعرف نقصا كميا ونوعيا في عرض العلاج الصحي ارتباطا بالوضع الوبائي، ووجود جهات، ومدن تعرف مستويات من التركيز القوي مثل الدار البيضاء والرباط، وأخرى تعاني من النقص الحاد والخصاص في جميع ميادين الخدمات والمرافق الصحية كميا ونوعيا. كما أن أغلب الجهات غير قادرة على الاستجابة لمتطلبات الرعاية الصحية، مما يعرقل تحقيق العدالة الترابية والحق في الصحة، ويولد للسكان الشعور بالحرمان وانحطاط الكرامة ويعيق الاندماج.

وتتيح نتائج الدراسة توفير خلاصات واستنتاجات قد تساعد الباحثين والأكاديميين في تقييم التجربة الجهوية الموسعة المعتمدة منذ سنة 2015 فيما يتعلق بالتنظيم الجهوي لعرض العلاجات الصحية، كما تفيد في التخفيف من حدة التفاوتات في ولوجية العلاجات والاستفادة منها، وتحديد أولويات التدخل لتحسين الحالة الصحية للسكان، كأحد مؤشرات التنمية البشرية ارتكازا على قيم العدالة والحق في الصحة كما تقر به المواثيق الدولية ودستور سنة 2011.

**الكلمات المفتاحية:** جغرافيا الصحة، تباينات جهوية، عدالة ترابية، الحالة الصحية، مؤشرات صحية، محددات صحية، سريانية الأمراض، هشاشة اجتماعية، مقاييس النزعة المركزية، مقاييس التشتت، معامل الارتباط

## Abstract:

This article presents a geographic study of territorial equity, the right to health, and regional disparities in health care in the Moroccan National Health System, through the quantitative analysis of regional statistical data, available for 2019, based on certain health care and health status indicators.

This study also aims to highlight the role of social geography in the

understanding of human health problems, which until then was limited to the medical and epidemiological sciences.

The results of this study include monitoring regional inequalities in the supply of health care and highlighting regional disparities and quantitative and qualitative shortcomings in the supply of health care linked to the epidemiological situation. Certain regions and cities such as Casablanca and Rabat experience a high concentration, while others suffer from chronic shortcomings, both quantitative and qualitative, in all areas of care services and health infrastructure. Also, most regions are unable to meet the need for quality health care, which constitutes a handicap before territorial equity and the right to health, generates a feeling of deprivation and dignity for the population, and prevents integration.

Thus, the results of the study offer help to researchers, academics, and professionals assess the experience of advanced regionalization adopted since 2015, especially with regard to the regional organization of healthcare provision, as well as practices for reducing inequalities in access and care services, and determining intervention priorities to improve the health status of the population, as essential indicators of human development based on the values of equity, and the right to health as recognized by international conventions and the national constitution 2011.

**Keywords:** Health geography, regional disparities, territorial equity, state of health, health indicators, determinants of health, disease prevalence, social vulnerability, central tendency measures, dispersion measures, correlation coefficient.

## المقدمة:

إن الصحة حق إنساني متعدد الأبعاد، من مكوناته عدالة الولوج المجالي والاجتماعي للعلاج والانتفاع منه دون قيد أو شرط أو تمييز. وقد سعت الدولة المغربية إلى تحقيق ذلك خلال العقود الأخيرة في إطار دولة الحق والقانون وسياسة التنمية الاجتماعية، بصياغة وتطبيق العديد من التدابير والإجراءات والآليات القائمة على مبدأ التضامن والأنسنة والتلاحم الاجتماعي والمساواة والإنصاف في استفادة جميع السكان المغاربة من الخدمات الطبية. ومن بينها سن القانون المتعلق بمدونة التغطية الصحية 00-65 سنة 2002 وقانون التأمين الإجباري عن المرض، ونظام المساعدة الطبية سنة 2005. وإحداث العديد من المؤسسات الاستشفائية والوقائية، وزيادة عدد الأطر الصحية وتشجيع القطاع الصحي الخاص، وكذا إنجاز بنى اجتماعية صحية متعلقة ببرامج المبادرة الوطنية للتنمية البشرية. لتغطية الحاجيات الصحية للسكان في جميع المجالات الترابية. علاوة على ذلك تبني سياسات ترابية لتذويب الفوارق الترابية، كسياسة إعداد التراب الوطني والجهوية المتقدمة وسياسية المدينة، لخلق توفيق مابين الحاجيات الصحية للسكان المرتبطة بالتغيرات والانتقالات العامة وعرض العلاجات الصحية.

لكن وللأسف، رغم المنجزات المحققة فإن هذه التدابير والسياسات الترابية التنموية لم تتمكن من تقليص الهوة والفوارق الترابية في الصحة مابين المجال الحضري والريفي، ومابين مركز المدينة والضواحي، وهذا ما تؤكدته الدراسة المنجزة عن التحليل المجالي لعروض العلاجات الصحية بجهة الدار البيضاء الكبرى (جهة من جهات التقسيم الجهوي السابق) التي كشفت عن خلل واضح في التنظيم الترابي للجهة في توزيع عرض العلاجات الصحية يتمثل في مركزية مفرطة للبنيات الصحية، والديمغرافية الطبية بمركز المدينة في حين أنها متدنية بالمجال الترابي الضاحوي والريفي كميا ونوعيا (أيت لعسري بدر الدين، 2014، ص 142-254).

وتوجد هذه الفوارق أيضا مابين المناطق الداخلية والساحلية، ومابين المناطق الجبلية والسهلية، والصحراوية، ومابين مختلف الجهات. فقد أكدت دراسة حالات حول الفوارق في الاستفادة من الرعاية الصحية بالمغرب وجود تفاوتات في ولوجية الخدمات الطبية مابين الجهات والأقاليم، ومابين الفئات الاجتماعية الفقيرة الهشة والميسورة، كما أبرزت اختلاف المشاكل والمعيقات التي تحد من تمكن المغاربة من الولوج للعلاج. بدراسة ثلاث مدن مختلفة وهي سلا (مجال حضري) وفكيك (منطقة واحة بعيدة عن مناطق الجذب) وأزيلال (منطقة جبلية) (المرصد الوطني للتنمية البشرية، 2012).

ويكشف تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي سنة 2014 عن أن "النظام الصحي يتطور في سياق يتسم بالتفاوت في توزيع الموارد بين مناطق التراب الوطني، من جهة، وتزايد تطلعات الساكنة الراغبة في الاستفادة من خدمات صحية جيدة. وفي هذا الصدد، تكشف أغلب المؤشرات المرتبطة بالوضعية الصحية بالمغرب عن وجود تفاوتات بين الجهات وداخل الجهة الواحدة وبين الوسطين القروي والحضري" (المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، 2014).

استدراكا لواقع التفاوتات الترابية فقد تخلت الدولة عن التقسيم الجهوي السابق، وتبنت تقسيما جهويا جديدا منذ سنة 2015، أفرز اثنتا عشرة جهة، أملا في تجاوز تحدي الفوارق المجالية والاجتماعية في عدة مؤشرات اقتصادية واجتماعية من ضمنها الصحة.

من هذا المنطلق نقدم دراسة جغرافية في التحليل الإحصائي والكرطوغرافي المجالي لعرض العلاجات الصحية جهويا، نتوخى منها إبراز دور منظور الجغرافيا الاجتماعية في دراسة البعد المجالي للظواهر والمشكلات الاجتماعية مثلا في الصحة، وهي ضمنا إسهاما نقدي لتقييم التجربة الجهوية الجديدة لسنة 2015 في تحقيق العدالة الاجتماعية، وتجاوز إشكالية تفاوت الصحة لدى السكان جهويا بالبلد وتمكين السكان من حقهم في الصحة كحق من حقوق الإنسان الأساسية، وهذا واجب من واجبات الدولة المدنية الاجتماعية اتجاه مواطنيها ومجتمعها.

وتتناول بالتشخيص والتحليل عددا من المؤشرات متعلقة بدليل عرض العلاجات الصحية ودليل الحالة الصحية المتعلق خاصة بمؤشر المراضة والوفيات. فما مدى تمكن الدولة من خلال التقسيم الجهوي الجديد سنة 2015 من تقليص الهوة الترابية، والالتزام بعدالة الولوج للخدمات الطبية كحق من حقوق الإنسان، ومحددا أساسيا لمستوى التنمية البشرية والاستقرار والسلم؟

### إشكالية الدراسة:

يعيش المغرب على إيقاع تحولات اجتماعية ومجالية عميقة، أفرزت عدة محددات إمرضية جديدة وعوامل وبائية متعددة الأبعاد، ومتفاوتة حسب المجالات الترابية فإذا كانت تلك العوامل مرتبطة بما هو طبيعي، واقتصادي، واجتماعي، وديمقراطي، وطبي، فإن من نتائج تلك التحولات هو تعميق التباينات الجهوية للحالة الصحية للمغاربة، وعدم المساواة أمام المرض والوفاة. ومن المؤكد

أن الصحة التي تعتبر أحد مؤشرات التنمية البشرية المؤثرة في نوعية حياة الإنسان المغربي داخل وسطه البيئي، تمثل جانبا حيويا من جوانب الهشاشة الاجتماعية الأكثر تعبيراً عن واقع الحال .

وفي سياق دستور 2011 الذي أقر ولأول مرة أن الصحة حق أساسي لكل مواطن بناء على قيم العدالة والمساواة. وبالأخذ بعين الاعتبار إعادة تأطير المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، وتفعيل الدولة للمرحلة الثالثة من هذه المبادرة والتي من مبادئها العدالة المجالية والاجتماعية. كل هذه شروط من المنتظر أن تعزز التجربة الجهوية الجديدة لسنة 2015 لتقليص الفوارق الترابية في الصحة، وبعد مرور خمس سنوات على تجربة الجهوية المتقدمة في الحد من التفاوتات في ميدان الصحة التي اعترت التقسيم الجهوي السابق (16 جهة). فإن استمرار الفوارق الترابية في الصحة تكشف عن وجود اختلالات بنيوية عميقة في هيكلية المجال المغربي، وسير اشتغاله وتدييره، وتقف بذلك سدا منيعاً أمام حق الإنسان المغربي في ضمان عدالة في علاجات صحية جيدة تصون كرامته؟

## **المقاربة والمنهجية الجغرافية في دراسة الفوارق الترابية الجهوية في عرض العلاج**

لتحقيق أهداف هذه الدراسة، والتحقق من فرضياتها، فقد اعتمدت الدراسة المقاربة والمنهجية التالية:

1- توظيف المقاربة التركيبية للجغرافيا الاجتماعية في دراسة القضايا الاجتماعية ذات البعد المجالي ومن ضمنها إشكالية التباينات المجالية والاجتماعية في عرض العلاجات الصحية. اعتماداً على متغيرات متعددة الأبعاد وتتجلى في مايلي:

- **متغيرات مستقلة تتعلق بدليل عرض العلاجات الصحية:** المستشفيات، الأسرة الاستشفائية، التأطير الصحي بالبنيات الصحية، الديمغرافية الطبية، المصحات، التأطير الطبي، أطباء القطاع العام، أطباء القطاع الخاص. التجهيزات الطبية...
- **متغيرات تابعة متصلة بدليل الحالة الصحية:** وفيات الأمهات أثناء الولادة، وفيات الأطفال حديثي الولادة، أمراض القلب والشرابين، مرض اللشمانيا، مرض السل،

2- الانفتاح العلمي على مقاربات خاصة بالديمغرافيا والعلوم الطبية وعلوم الأوبئة والاقتصاد ....

3- الاعتماد على الأدوات الإحصائية (برنامج SPSS) وإعمال المنهج الإحصائي الوصفي القائم على مقاييس النزعة المركزية (المتوسط الحسابي) ومقاييس التشتت (المدى، الانحراف المعياري، نسبه الاختلاف) وكذا الاستعانة بمقاييس الإحصاء الاستدلالي (معامل الارتباط، دلالة الاختبار)،

لرصد الارتباطات ما بين متغيرات الدراسة المستقلة والتابعة لتعميق تحليل إشكالية الدراسة. علاوة على ذلك الاستعانة بالعمل والمنهج الكارطوغرافي في توزيع معطيات متغيرات الدراسة جهويا.

## مفاهيم الدراسة

- **جغرافية الصحة:** من منطلق أن الصحة تتأثر بمحددات البيئة الطبيعية والاجتماعية وليس بالمحددات الطبية فقط، ظهرت جغرافية الصحة كتخصص دقيق ضمن الجغرافية الاجتماعية، وهي "تأليف بين جغرافية الأمراض وجغرافية العلاج، ويقابلها اليوم مفهوم الجغرافية الطبية في البلدان الأنكلوسكسونية تعمل على قياس علاقة نظام العلاج بالاحتياجات الصحية. ومن تم أصبح هدفها هو الدراسة النوعية والمجالية الشاملة لصحة السكان وسلوكياتهم وعوامل بيئتهم (الطبيعية والإحيائية والاجتماعية والثقافية ..) المساهمة في تحسين أو تدهور صحتهم. بهذا المعنى تعتبر جغرافية الصحة جزءا من الجغرافيا الاجتماعية ومساهما مباشرا فيها. (أنفلوس، 2011، ص 87). وتهدف جغرافية الصحة إلى دراسة شاملة ومجالية لجودة صحة السكان، والتحليل المجالي والاجتماعي لولوجهم إلى العلاج بشكل عادل، و السلوكات والعوامل التي تؤثر في بيئتهم، وتساهم في تدهور صحتهم (PECHERALE Henri, 1984, p 229-240).
- **محددات الصحة:** مجموع العوامل الفردية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية والطبية التي تؤثر في الحالة الصحية للأفراد أو الجماعات. تفاوتت هذه المحددات ينتج عنه تفاوت وفوارق في الولوج للعلاج والانتفاع منه، وفي الحالة الصحية للسكان.
- **تفاوت أو تباين الصحة:** نعني بها تفاوت في الحالة الصحية للسكان بسبب تباين المحددات الطبية والاجتماعية والبيئية... المؤثرة فيها وتعد الأسباب الرئيسية في نشوء اللاعدالة في الصحة.
- **العدالة في الصحة:** العدالة تعني الإنصاف والعدالة في الصحة تعني أن احتياجات الناس هي التي توجه توزيع فرص المعافاة بينهم، كما أنها تعني تقليص فجوات الإجحاف في صحة الفئات الاجتماعية والمستويات المجالية المختلفة ومحدداتها.
- **ولوجية الخدمات الصحية:** نقصد بالولوجية إلى الخدمات الصحية قدرة المريض أو المجتمع على استعمال ما يلزمه من الخدمات الصحية ارتباطا بخصائص نظام تقديم الخدمات الصحية من جانب تنظيمها وتوافرها وتمويلها وخصائص السكان على المستوى الديمغرافي والدخل والسلوكات، وما إذا كانت تلبى أو لا تلبى الاحتياجات الطبية الأساسية للفرد أو للجماعات بالقدر الكافي. وتعتبر التفاوتات الاجتماعية والاقتصادية والمجالية السبب الرئيسي في اللاعدالة في

الولوج إلى الخدمات الصحية واستعمالها سواء ما بين المناطق المعزولة وغير المعزولة، أو ما بين الجهات والأقاليم والوسط القروي والحضري وما بين الفئات الاجتماعية (توفيق الخوجة، 2005، ص 117).

## عرض نتائج التحليل الإحصائي والكارطوغرافي لمعطيات مؤشرات الدراسة عن دليلي عرض العلاجات الصحية والحالة الصحية جهويا:

أخضعت المعطيات الإحصائية الكمية والنوعية المستقاة عن مؤشرات الدراسة الخاصة بسنة 2019 للوصف والتحليل المجالي إحصائيا وكرطوغرافيا لفحص فرضية تمكن الدولة والنظام الصحي عبر عرض العلاجات الصحية من تقليص الفوارق وتحقيق العدالة الترابية وإقرار الحق في الصحة كأحد مبادئ الدستور الوطني 2011، والتقسيم الجهوي الجديد 2015. ومواكبة بذلك الحاجيات الصحية الفعلية المتعلقة بمؤشر المراضة جهويا في سياق مجموعة من التغيرات العامة. ومن بين أهم نتائج الدراسة مايلي:

### 1- البنيات الصحية: توزيع جغرافي متباين وغير عادل في العرض والتأثير الصحي:

- 97 % من المستشفيات بالنظام الصحي الوطني تتوطن بالوسط الحضري مقابل 3 % بالوسط الريفي، وهو ما يعكس الخلل الكبير في إعداد التراب الوطني، كما أن أكثر من 50 % من المستشفيات تتركز مجاليا بأربع جهات فقط تقع بشمال المجال المغربي (الخريطة 1)، الدار البيضاء-سطات، الرباط- سلا-القنيطرة، طنجة-تطوان-الحسيمة وفاس- مكناس. وتستحوذ لوحدها على 57.3 % من الأسرة الاستشفائية. تتمركز بأقطابها الحضرية البارزة في الهيكلة المجالية الجهوية. وتستفيد أيضا من وجود أو القرب من المراكز الاستشفائية الجامعية التي تتوطن فقط بكل من مدن الدار البيضاء والرباط وفاس ووجدة ومراكش، في حين أن باقي الأقطاب الحضرية لباقي الجهات تشكو غياب المراكز الاستشفائية الجامعية.

-أبانت نتائج التحليل الإحصائي عن قيمة مدى مرتفع لمتغير الأسرة الاستشفائية حيث بلغ ( 4193 سرير)، أما قيمة الانحراف المعياري (1401)، وهي قيمة مرتفعة مقارنة مع قيمة المتوسط الحسابي (1943). علاوة على ذلك فنسبة معامل الاختلاف مرتفعة جدا (72 %). وهو ما يدل على النزعة المركزية و تباعد القيم الإحصائية.

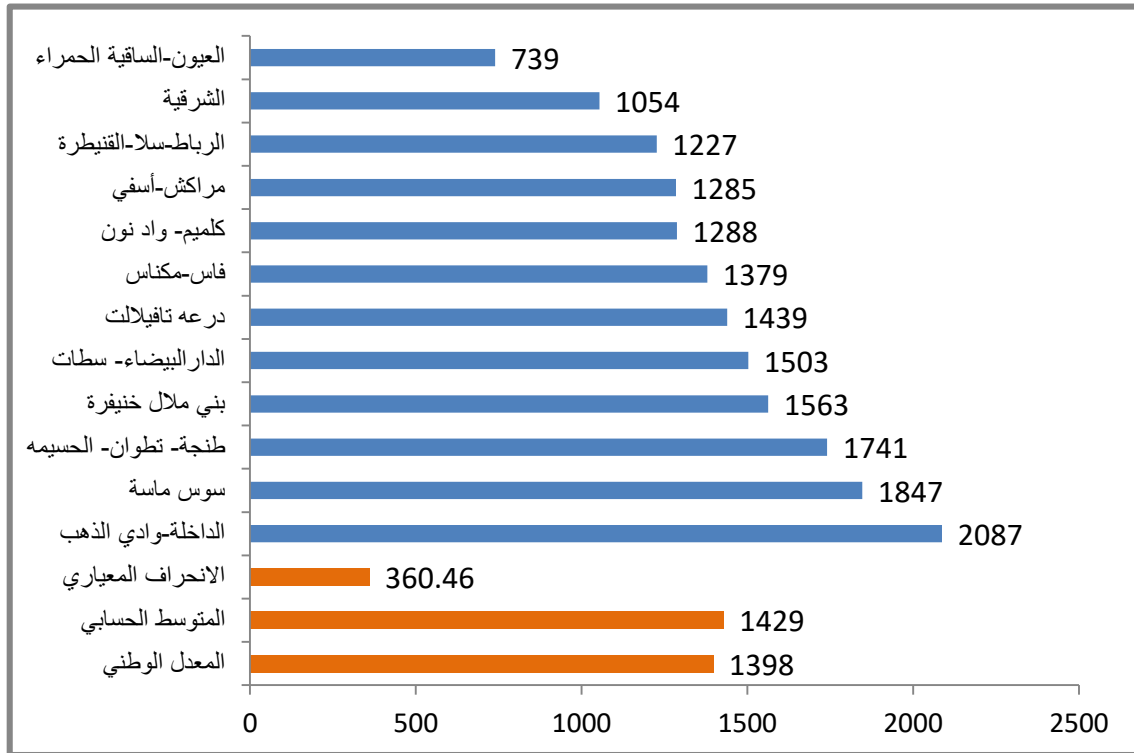
- ضعف كمي كبير في عرض العلاج الصحي المتخصص للحد من الأمراض غير السارية كالسرطان والأورام والكلية والأمراض النفسية. فعدد الحالات المسجلة بمرض السرطان 48000



حالة سنة 2019. في حين أن النظام الصحي الوطني لا يتوفر اليوم إلا على سبعة مراكز استشفائية للأورام، بطاقة استيعابية لا تتجاوز 167 سريرا. وتتوطن بالمدن الكبرى لجهات فاس-مكناس وطنجة-تطوان-الحسيمة والشرقية وسوس-ماسة. أما بالنسبة لمستشفيات الأمراض النفسية فعددها لا يتجاوز 10 مستشفيات، وعدد أسرته أقل من 1400 سريرا، وتغيب خدماتها في جهات درعة-تافيلالت وسوس ماسة وبني ملال-خنيفرة وكلميم-واد نون والعيون الساقية الحمراء وادي الذهب. وهو معطى إحصائي يجعل النظام الصحي غير قادر على مواكبة الحاجيات الصحية المرتفعة الخاصة بالأمراض النفسية وتغطيتها بشكل عادل بالمجال المغربي.

-بالنسبة لمتغير التأطير الطبي بالأسرة الاستشفائية، فقد سجلت قيمه الإحصائية انحرافا معياريا منخفضا يصل إلى (360,46) مقارنة بالمتوسط الحسابي (1429)، ونسبة اختلاف ضعيفة (25%) وهو ما يكشف عن ضعف التباين في التأطير، ذلك أن كل الجهات تعاني ضعفا في التأطير الطبي بالأسرة الاستشفائية. لكنه ضعيف جدا بجهات الداخلة وادي الذهب وسوس-ماسة وطنجة-تطوان-الحسيمة وبني ملال-خنيفرة (مبيان رقم 1).

### مبيان رقم 1: التأطير الطبي بالأسرة الاستشفائية 2019



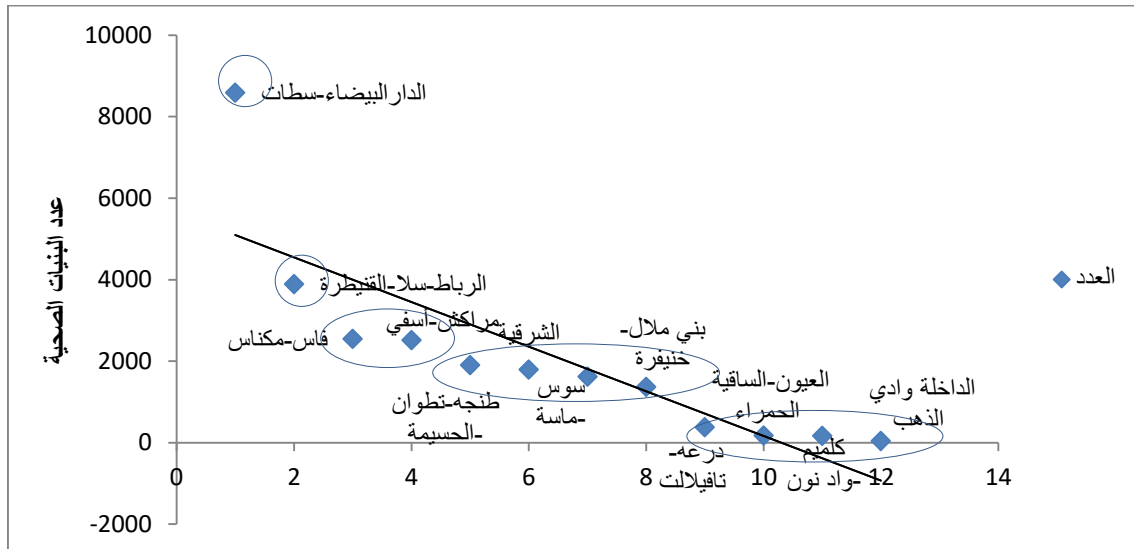
المصدر: إعداد الباحث بمعالجة المعطيات الخامة للدراسة، المستقاة من وزارة الصحة، خريطة الصحة، المغرب، 2019 م.

نظريا دون الأخذ بعين الاعتبار الحاجيات الصحية الفعلية المرتبطة بمؤشر المراضة " Indicateur "de Morbidité". ناهيك عن أن 98 % من التجهيزات الطبية بالقطاع العام تتركز خاصة بالمدن الكبرى في جهات الدار البيضاء سطات وفاس- مكناس وطنجة تطوان-الحسيمة.

- تعمق البنيات الصحية التابعة للقطاع الخاص حجم الفوارق الترابية التي يكرسها عرض العلاجات الصحية بالقطاع العام، فما يقارب 71 % منها تستقر بأربع جهات فقط، تقع جميعها بشمال المغرب، وهي كل من جهة الدار البيضاء- سطات والرباط-سلا-القنيطرة وفاس- مكناس ومراكش-أسفي (الخريطة2). وتميل كل الميل لتقديم خدماتها بالمجال الحضري الذي يستأثر ب 94 % منها.

- كما أسفرت نتائج التحليل الإحصائي عن وجود ارتفاع كبير في قيمة المدى وقيمة الانحراف المعياري لمتغير البنيات الصحية بالقطاع الخاص جهويا تصل إلى ( 8545 بنية صحية) و(2359) على التوالي. هذه الأخيرة تقارب قيمة المتوسط الحسابي (2085) وبنسبة معامل اختلاف مرتفعة جدا (113,14 %). تكشف هذه النتيجة عن حجم التشتت والتباعد في القيم الإحصائية، وبالتالي نستنتج التفاوتات الصارخة في عرض العلاجات الصحية بالقطاع الخاص، الذي تتركز بنياته الصحية بجهات الجذب وبالأقطاب الحضرية الكبرى لجهات الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة وفي المقابل تواجهه ضعيف جدا بجهات درعة تافيلالت والعيون الساقية الحمراء وكلميم وادنون والداخلة وادي الذهب.(مبيان رقم 2).

## مبيان رقم 2: توزيع عدد البنيات الصحية بالقطاع الخاص جهويا سنة 2019

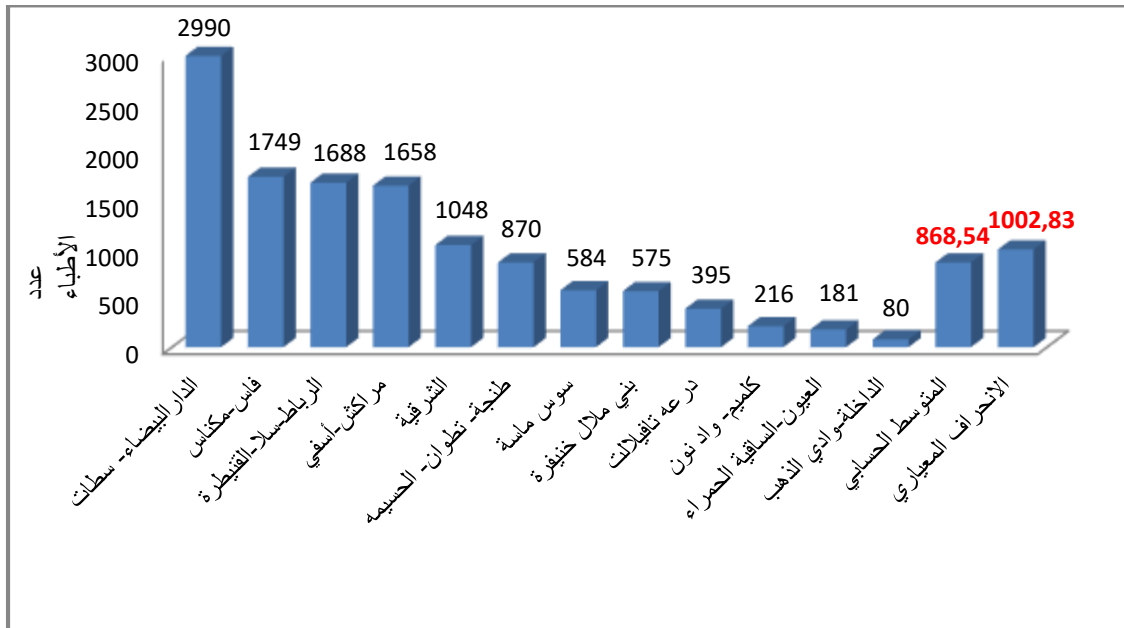


المصدر السابق.

## 2-الديمغرافيةالطبية: مركزية مجالية مفرطة واللاعادلة في الكثافة الطبية

-أكثر من 50% من عدد الأطباء بالنظام الصحي الوطني(12034 طبيبا)، تشتغل بالجهات الواقعة بشمال المجال المغربي، وهي كل من جهة الدار البيضاء- سطات والرباط-سلا-القنيطرة وطنجة-تطوان-الحسيمة وفاس-مكناس. أفرز تحليل مقاييس الإحصاء الوصفي المعتمدة في الدراسة تباعدا وتبعثرا إحصائيا كبيرا في القيم الإحصائية لمتغير الأطباء بالقطاع العام. نسجل ارتفاعا كبيرا في قيمة المدى تبلغ (2910 طبيبا) وفي قيمة الانحراف المعياري (1002,83) متجاوزة قيمة المتوسط الحسابي (868,54)، (مبيان رقم3). مما جعل نسبة الاختلاف مرتفعة جدا تصل إلى 115,5%. وبالنتيجة اختلال مجالي واضح في التوزيع الجغرافي لعدد الأطباء بين جهات محظوظة و جهات تكابد نقصا كبيرا في الديمغرافية الطبية.

### مبيان رقم 3: توزيع عدد أطباء القطاع العام حسب الجهات سنة 2019



المصدر السابق

- أما فيما يتعلق بمتغير الأطباء المتخصصين، فرغم المجهودات المبذولة فيبقى عددهم ضعيفا. فمثلا عدد أطباء أمراض القلب والشرابيين لا يتجاوز 40 طبيبا، وفي حدود 107 طبيبا بالنسبة لأمراض السرطان و222 طبيبا مختصا في الأمراض النفسية سنة 2019. هذه المعطيات الإحصائية تعبر عن عجز كمي كبير تعاني منه المنظومة الصحية الوطنية أمام استفحال حدوثية أمراض السرطان والأمراض النفسية وأمراض القلب والشرابيين، الأسباب الإمراضية الأولى للوفيات بالمغرب، وتعد عبء مرضيا ثقيل على الدولة والمجتمع.

وما يزيد الأمور تعقيدا التباينات الجهوية واللاعادلة الترابية في التوزيع الجغرافي للأطباء المتخصصين، حيث تتمركز نسبة 75 % من عدد أطباء جراحة القلب والشرابين بثلاث جهات فقط الرباط-سلا-القنيطرة ومراكش-أسفي و الدار البيضاء-سطات، في حين أن خمس جهات مستشفياتها غير متوفرة على أطباء جراحة القلب والشرابين. (الجدول رقم 1).

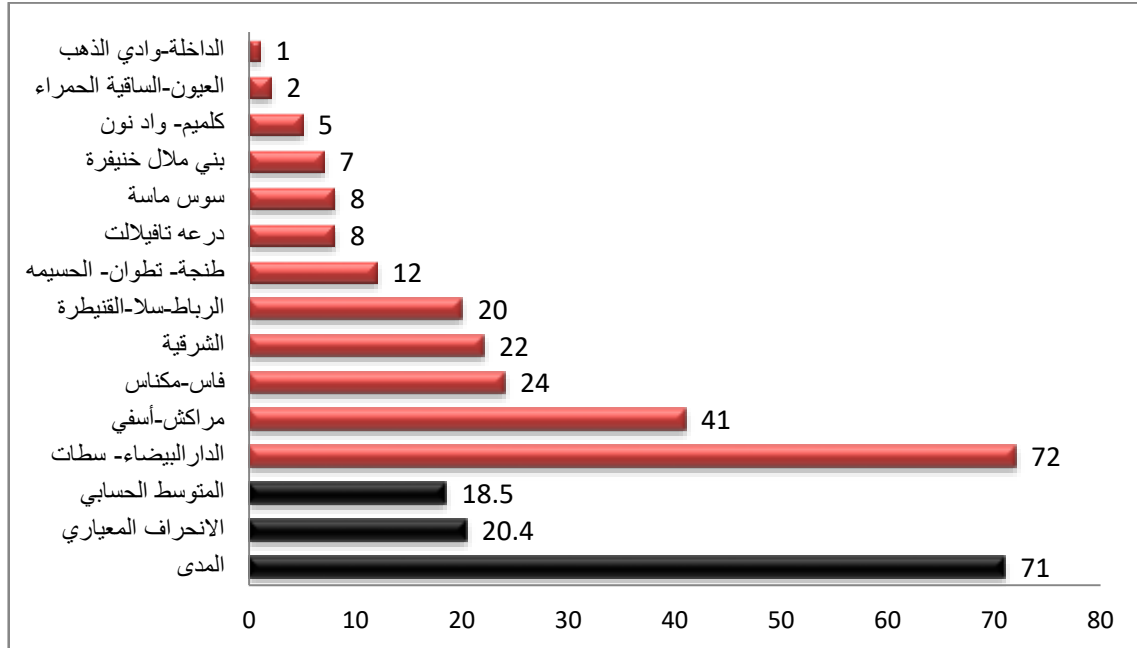
### جدول رقم 1: توزيع أطباء جراحه القلب والشرابين قطاع عام جهويا سنة 2019

النسبة	عدد الأطباء	الجهات
26.19	11	الرباط-سلا-القنيطرة
26.19	11	مراكش-أسفي
19.05	8	الدار البيضاء- سطات
16.67	7	فاس-مكناس
4.76	2	الشرقية
4.76	2	العيون-الساقية الحمراء
2.38	1	سوس ماسة
0	0	طنجة- تطوان- الحسيمة
0	0	بني ملال خنيفرة
0	0	درعه تافيلالت
0	0	كلميم- واد نون
0	0	الداخلة-وادي الذهب
100	40	المجموع

المصدر نفسه

علاوة على ذلك، فكل من جهة الدار البيضاء-سطات ومراكش أسفي والرباط-سلا-القنيطرة وفاس مكناس تضم لوحدها 71% من أطباء الأمراض النفسية في مدنها الكبرى القريبة من بعضها البعض في القسم الشمالي الغربي من المجال المغربي، في حين أن جهات الجنوب محرومة من أطر طبية في مثل هذه التخصصات الطبية..(المبيان رقم 4)

#### مبيان رقم 4: توزيع أطباء الأمراض النفسية جهويا سنة 2019

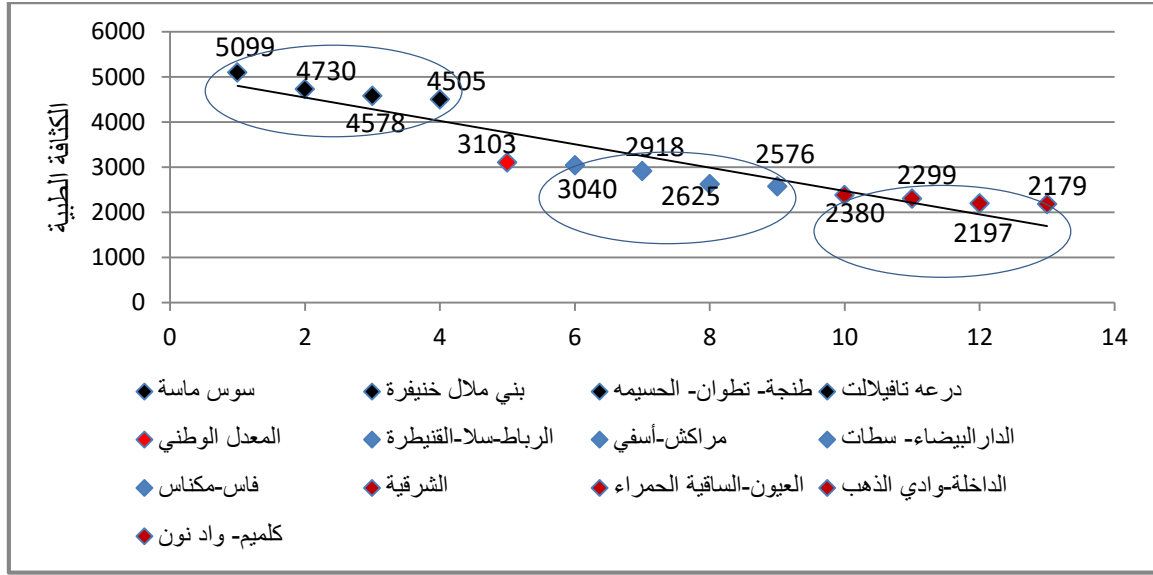


المصدر نفسه

- بلغت قيمة الانحراف المعياري (1122,61) وقيمة المتوسط الحسابي (3260,50) وبنسبة اختلاف (34,34%) تهم متغير الكثافة الطبية أو التأطير الطبي، وهي نسبة عموما تعبر عن تشتت متوسط مقارنة بالقيم الإحصائية لباقي متغيرات الدراسة.(مبيان رقم 5)

كل الجهات تشكو ضعفا في التأطير الطبي نظريا، وقد تجاوزت أربع جهات المعدل الوطني وهي سوس ماسة وبني ملال خنيفرة وطنجة تطوان الحسيمة ودرعة تافيلالت، بسبب عدم مواكبة تزايد عدد الأطباء لتزايد عدد السكان والأکید إذا أخذنا بعين الاعتبار الحاجيات الصحية المتعددة للفرد الواحد والمتصلة بمتغير المراضة فإن ذلك التأطير سيصير ضعيفا جدا.

## مبيان رقم 5: الكثافة الطبية جهويا سنة 2019



### المصدر نفسه

- تتفاقم الفوارق الترابية وتزداد هوة في عرض العلاجات الصحية باعتبار متغير الأطباء بالقطاع الخاص، فقيمة المدى مرتفعة جدا (4857 طبيبا) وقيمة الانحراف المعياري (6,1425) تتجاوز قيمة المتوسط الحسابي (58,1128) وبنسبة اختلاف كبيرة جدا (3,126%). تعبر هذه القيم عن تبعثر وتشتت القيم الإحصائية للمتغير المعتبر جهويا. ويتوزع عدد أطباء القطاع الخاص بتمايز مجالي واضح، يتمثل في تمركز مجالي حاد في الوسط الحضري بنسبة 97,25%، وكذا بين الجهات الاثنتا عشرة. تهيمن جهات القسم الشمالي الغربي للمغرب على 74,04% من أطباء القطاع الخاص وهي الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة وطنجة-تطوان-الحسيمة وفاس-مكناس، وتندرج هذه النسبة نحو الانخفاض بجهات الجنوب بأقل من 6% بكل من جهة سوس ماسة وكلميم واد نون والعيون الساقية الحمراء والداخلة وادي الذهب. دون أن ننسى أن هذه الجهات تعاني من غياب أطباء القطاع الخاص في العديد من التخصصات الطبية كأطباء جراحة الأطفال وأطباء الأمراض النفسية.

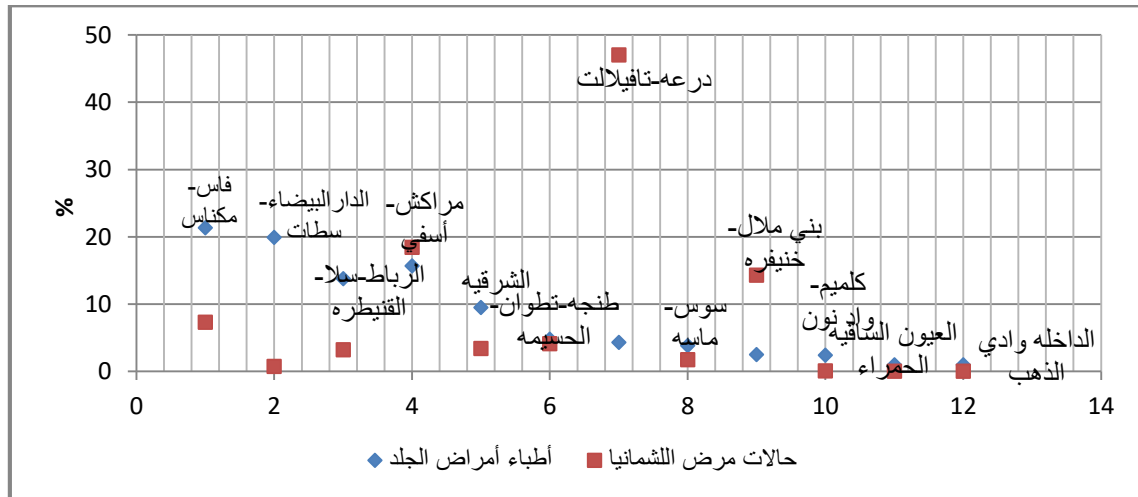
- ترصد نتائج التحليل الإحصائي الوصفي والكرطوغرافي لمتغيرات الدراسة الفوارق والملاعدالة الترابية في عرض العلاجات الصحية مجاليا ما بين المجال الحضري والريفي، وما بين جهات القسم الشمالي الغربي من المجال المغربي التي تتصف بتركز عرض العلاجات الصحية كمي ونوعيا وجهات الجنوب والجنوب الشرقي تعاني من نقص كمي ونوعي في عرض العلاج. لرصد تأثير هذه التفاوتات على مؤشر المراضة والوفيات، نستعين بالتحليل الإحصائي الاستدلالي لمتغيرات الدراسة المستقلة، تتعلق بدليل عرض العلاجات الصحية وبتغيرات تابعة تهم عدد الحالات المسجلة لبعض

الأمراض، وكذا عدد حالات وفيات الأمهات أثناء الولادة ووفيات الأطفال حديثي الولادة، باعتماد معامل الارتباط " Pearson's " ودلالة الاختبار (0,001). فهل تفاوت عرض العلاجات الصحية يواكبه تفاوت مؤشرات الحالة الصحية جهويا أم أن هناك محددات أخرى ضاغطة تعيق تحقيق العدالة الترابية ما بين الجهات والحق في الصحة حتى في الجهات ذات التركيز الصحي القوي.

### أبرز التحليل النتائج التالية:

- وجود ترابط ما بين متغير أطباء أمراض الجلد ومتغير حالات مرض اللشمانيا جهويا (مبيان رقم 6) له دلالة إحصائية عند مستوى دلالة الاختبار (SIG0,925) وبمعامل ارتباط Person's (0,031) - وهذا دليل إحصائي على وجود علاقة عكسية ضعيفة، في اتجاه كلما ارتفع عدد أطباء أمراض الجلد كلما تناقص مرض اللشمانيا. ويلاحظ ذلك في كل من جهة فاس-مكناس والدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة التي تضم نسبة كبيرة من أطباء الجلد بالقطاع العام يقابلها انخفاض في نسبة حالات اللشمانيا المسجلة بها. في حين أن درعة- تافيلالت فتشتمل على نسبة ضعيفة من أطباء الجلد، وتسجل نسبة كبيرة من حالات مرض اللشمانيا.

### مبيان رقم 6: العلاقة الارتباطية ما بين حالات مرض اللشمانيا وعدد أطباء أمراض الجلد جهويا

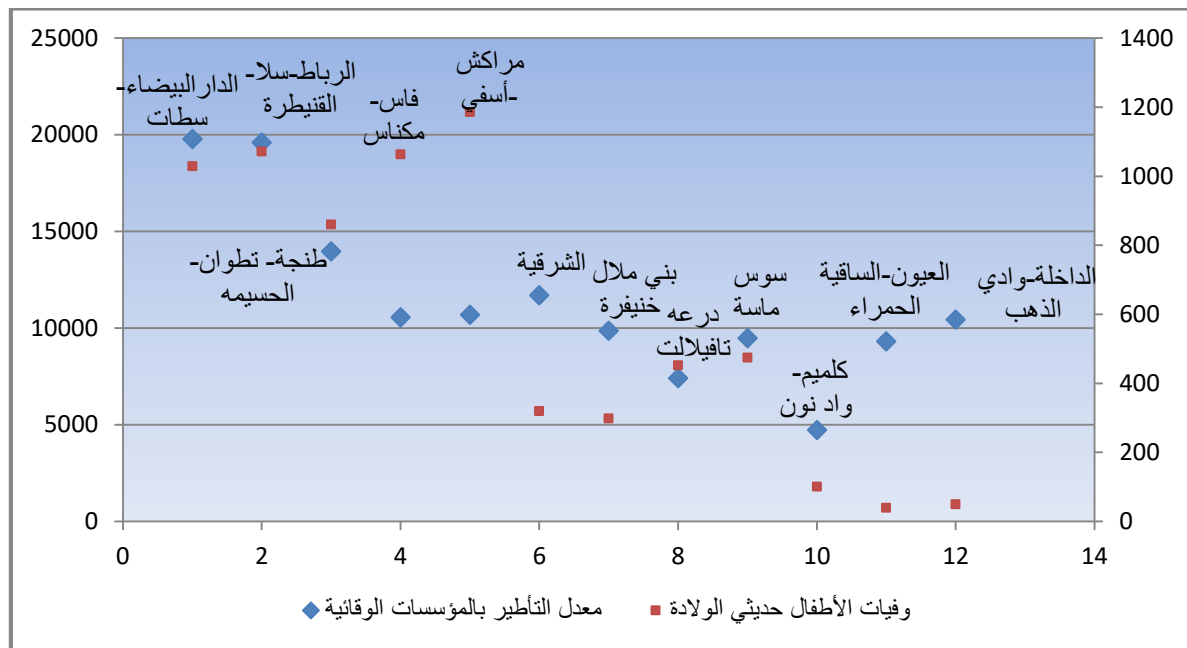


المصدر نفسه

لكن هذه العلاقة ضعيفة، وغير تامة بدليل أن جهات كلميم-وادي الذهب-العيون-الساقية-الحمراء والداخلة وادي الذهب تسجل حالات ضعيفة جدا إلى منعدمة من مرض اللشمانيا، رغم أنها أضعف الجهات من حيث عدد أطباء الجلد. وبالتالي نفترض وجود عوامل أخرى تسهم إلى جانب مستوى العرض الطبي في ارتفاع أو انخفاض مرض اللشمانيا وتعمق بذلك التفاوتات في الصحة.

- تتوزع المؤسسات الصحية الوقائية بتفاوت ما بين الجهات، تبلغ نسبتها 45.2% في جهات القسم الشمالي الغربي الدار البيضاء-سطات وفاس-مكناس والرباط-سلا-القنيطرة وطنجة-تطوان-الحسيمة وبأقل من 4% في جهات الجنوب. وتسجل كل الجهات ضعفا في تأطير هذا النوع من المؤسسات الصحية. هذه الوضعية تكشف عن تناقضات وتفاوتات بمظاهر أخرى، فجهات الشمال تسجل مستويات مرتفعة جدا في عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة وينخفض بجهات الجنوب. (مبيان رقم 7)

### مبيان رقم 7: العلاقة الارتباطية ما بين المؤسسات الصحية الوقائية ووفيات الأطفال حديثي الولادة



المصدر نفسه

- يكشف التحليل الإحصائي الاستدلالي عن وجود علاقة ارتباط طردية متوسطة ما بين متغير التأطير بالمؤسسات الصحية الوقائية ومتغير وفيات الأطفال حديثي الولادة، بمعامل ارتباط قوي عند مستوى 0,635 في اتجاه كلما ضعف التأطير كلما ارتفعت وفيات الأطفال حديثي الولادة، ويلاحظ ذلك بالنسبة لجهات الشمال رغم ارتفاع عدد مؤسساتها الصحية لكنها لا توازي عدد سكانها الكبير وحاجياته الصحية، بالمقابل فجهات الجنوب تتسم بانخفاض عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة رغم قلة عدد مؤسساتها الصحية الوقائية. تبقى هذه العلاقة الارتباطية بين المتغيرين ودرجة الوثوقية بها علميا ضعيفة، فمستوى دلالة الاختبار بين المتغيرين يتعدى (0,01) حيث تم تسجيل (0,026). وهذا دليل على وجود محددات أخرى هي بيئية بالأساس تتحكم في تفاوت وفيات الأطفال حديثي الولادة.



وفي نفس الاتجاه بالنسبة لمرض السل الذي يرتفع بشكل كبير جدا في جهات الشمال بالرغم من وجود كمي مرتفع وتنوع للبنىات الصحية والتخصصات الطبية.

### مناقشة نتائج الدراسة وعرض استنتاجات و خلاصات

أبانت نتائج التحليل الإحصائي والكرطوغرافي لمتغيرات الدراسة عن استمرار الفوارق واللاعدالة الترابية في عرض العلاجات الصحية بالقطاع العام والخاص. أفرز ظاهرة التركيز الصحي بأكثر من 50% فيما يخص البنيات الصحية والديمغرافية الطبية بالمجال الحضري، وبجهات شمال المجال المغربي، الدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة وفاس-مكناس وطنجة-تطوان. لتتناقص النسبة بشكل كبير بالمجال الريفي، وتندرج نحو الانخفاض بجهات الجنوب والجنوب الشرقي، التي تعاني نقصا حادا كميًا وخاصة نوعيا في العديد من التخصصات والتجهيزات الطبية. تتوافق إذن هذه الوضعية مع نموذج مركز-هامش في الهيكلة المجالية والترابية للمجال المغربي التي تميز باقي المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية. لتصير الفوارق الترابية في عرض العلاج إعادة لإنتاج التفاوتات السوسيو-مجالية وتكريسها. وبالنتيجة إكراهات على مستوى الولوج للعلاج بالمجالات الريفية وبالجهات البعيدة عن الأقطاب الحضرية الكبرى و جهات الجذب. ناهيك عن ضعف الأداء الوظيفي للخدمات الصحية بالقطاع العمومي وتعامل القطاع الخاص الصحي بمنطق الربح في تقديم الخدمة الصحية. بالرغم من دستور وطني جديد يقر بالحق في الصحة للجميع وتقسيم جهوي جديد يطمح لتدوير التفاوتات وترسيخ أسس اللامركزية واللاتركيز.

تتوافق عموما نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات والتقارير، فقد صنف موقع "NUMBEO" الأمريكي- المتخصص في تصنيف الدول بناء على عدة مؤشرات – المغرب في رتبة 89 وهي رتبة متخلفة حسب جودة نظام الرعاية الصحية، وقد اعتمد على قاعدة بيانات همت مؤشرات التقييم، ومن بينها مؤشر مدى قرب المرافق الصحية أي المساواة والعدالة في تنظيمها وتوزيعها.

ويصنف المغرب ضمن الدول ذات تنمية بشرية متوسطة بقيمة (0,647)، لكن إذا أخذنا بعين الاعتبار معامل عدم المساواة في الدخل والصحة والتعليم فإن القيمة ستتناقص إلى (0,456) مما يضع الدولة المغربية في تصنيف الدول ذات تنمية بشرية ضعيفة. (منظمة الأمم المتحدة للتنمية، 2016، ص 24). وفي نفس الاتجاه يؤكد تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي عن وجود فوارق ترابية صارخة في عرض العلاجات الصحية "رغم ما تحقق من تقدم في مجال تعميم التغطية الصحية، ما يزال التفاوت بين المواطنين في الولوج إلى الخدمات

الصحية. ورغم الجهود التي بذلت من أجل توسيع المجال الجغرافي الذي تغطيه مراكز العلاجات الصحية الأولية، فإن ما يقرب 20% من السكان يبعد عنهم أقرب مركز صحي بأكثر من 10 كيلومترات.

كما تجدر الإشارة أيضا إلى الإشكاليات المتعلقة بعدم توفر التجهيزات الطبية المتخصصة، مثل أجهزة التصوير بالرنين المغناطيسيIRM، والتي أضحى تستخدم بشكل متزايد للأغراض الطبية، لكنها لا تتوفر في جميع جهات المملكة..... مما يدفع المرضى إلى قطع مسافات طويلة، والانتظار لمدة طويلة للحصول على نتائج التشخيص. ("المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، 2018، ص 80). تخفي هذه الفوارق واللاعدالة الترايبية في عرض العلاجات الصحية عجزا كبيرا في النظام الصحي الوطني في مواجهة العديد من التحديات في مقدمتها ارتفاع الأمراض المزمنة، وتجدد الأمراض المعدية ومعاودة ظهورها وارتفاع وفيات الأطفال حديثي الولادة ووفيات الأمهات أثناء الولادة، في كل الجهات خاصة الواقعة بشمال المجال المغربي التي تعرف تمدينا متسارعا وتعدد الأخطار الصحية وتعاني من ضغط وبائي ثقيل رغم أهمية بنيتها الصحية ومواردها البشرية الطبية. لكن تبقى عاجزة على الاستجابة لمتطلبات الرعاية مما يعمق أزمة الصحة بالنظام الصحي الوطني.

أمام هذا الحال ترتفع نفقات العلاج لدى العديد من الأسر المغربية "يصبحون معها مجبرين على التخفيض من نفقاتهم المخصصة لمواد الاحتياجات الأولية الضرورية كالأكل و الملابس أو لا يصبح بمقدورهم دفع مصاريف التمدريس لأطفالهم. كل سنة نحو 44 مليون أسرة عبر العالم أي أكثر من 150 مليون شخص يجدون أنفسهم أمام هذه المصاريف الكارثية و نحو 20 مليون أسرة - أكثر من 100 مليون شخص- في الفقر نتيجة ما يجب عليهم دفعه من أجل العلاج. على أن النفقات الكارثية من أجل الصحة لا تمس فقط الطبقات الضعيفة بل كذلك تلك المتوسطة. ويقدر بأنه سنويا في المغرب نحو 2% من العائلات تجد نفسها أمام كارثة مالية، و ما يناهز 4.1% من الأسر تجتاز عتبة الفقر بسبب النفقات المباشرة من أجل العلاج" (وزاره الصحة، 2013).

تزيح هذه الوضعية النقاب عن وجود اختلالات بنيوية عميقة تحد من تنمية صحة سكان المغرب عبر عدالة تريبية في الولوج للعلاج. فرغم إقرار المغرب للحق في الصحة في دستوره الوطني 2011 واعتماده على تقسيم جهوي جديد تستمر إشكالية الفوارق التريبية في الصحة. ترتبط تلك الاختلالات أساسا برفع الدولة يدها تدريجيا عن قطاع الصحة مما شجع المبادرة الحرة التعامل مع الصحة كسلعة بهدف الربح، كما أن ميزانية الصحة لا تتجاوز 5% من الناتج الداخلي الخام، بحصة

ضعيفة للفرد أقل من 400 درهم في السنة، وهي حصة لا ترقى إلى تلبية حجم الحاجيات الصحية المتزايدة.(المجلس الأعلى للحسابات، 2018، ص 249-251).

كما يلاحظ أن جزءا كبيرا من ميزانية وزارة الصحة يدخل في إطار ميزانية التسيير وميزانية الموظفين. في حين أن ميزانية الاستثمار في قطاع الصحة ضعيفة. علاوة على ذلك اعتماد استراتيجية الدولة في عرض العلاجات الصحية على المعطيات الإحصائية المتعلقة بالحاجيات الصحية المحسوسة والمعبر عنها، دون الأخذ بعين الاعتبار الحاجيات الصحية المحسوسة وغير المعبر عنها، مما يجعل عرض العلاجات الصحية غير متوافق مع الحاجيات الصحية الفعلية. والملاحظ أيضا أن عروض العلاجات الصحية لا تتوافق وخصوصيات الوضع الوبائي لكل جهة، فلا يعقل أن جهة درعة تافيلالت تسجل عددا كبيرا من حالات مرض "اللشمانيا" وغير متوفرة على قدر كاف من أطباء الجلد سواء بالقطاع العام والخاص على سبيل المثال.

إن الفوارق واللاعادلة الترابية في عرض العلاجات الصحية بالمجال المغربي تمس بالأمن الصحي للبلد فهي تنتج فوارق في المرض والوفيات، وتزداد حدتها لدى كل السكان بسبب ضعف العرض. مع الأخذ بعين الاعتبار باقي عوامل الاختطار الصحي البيئية. مما يؤدي إلى هضم حق السكان المغاربة في الصحة، والشعور بانحطاط الكرامة. وقد أثبتت جائحة "كورونا" أن صحة الإنسان لها أبعاد تتجاوز البعد البيولوجي والطبي، تكمن وتمس البعد الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، وأن اختلالها يهدد الاستقرار والسلم، وبالتالي فإن مواجهة المخاطر الوبائية لا بد أن يمر عبر سياسات ترابية عمومية توفر العلاج الكافي كميًا ونوعيًا لكل المواطنين بمساواة وعدالة، فالصحة صارت اختيارًا اجتماعيًا وسياسيًا واقتصاديًا.

## اقتراحات وتوصيات

نقدم في هذا المحور، اقتراحات وتوصيات من منظور المقاربة الجغرافية التركيبية، المتعددة التخصصات، للإسهام في تقليص الفوارق الترابية وتحقيق العدالة والحق في الصحة لكافة أفراد المجتمع المغربي:

- الوعي السياسي والاقتصادي بأن الميزانية المخصصة للقطاع الصحي (أقل من 5% من ميزانية الدولة) غير كافية لرفع وتجويد عرض العلاجات الصحية، الذي يظل غير كاف أمام ضغط وبائي مزدوج للأمراض المتنقلة وغير المتنقلة على المنظومة الصحية الوطنية. لذلك من الملح الرفع من النمو الاقتصادي بالبلاد، واستثمار الدولة في القطاع الصحي وعدم اعتباره قطاعا

مستهلكا. فقد أأمطت جائحة كورونا "covid-19" اللثام عن أثر الاعتلال الصحي في النشاط الاقتصادي الذي توقف في عدة قطاعاته بفعل الحجر الصحي والإجراءات الاحترازية للأمن الصحي .

- ترسيخ حضور وتدخل الدولة في تقديم العلاج لكافة أفراد المجتمع المغربي، كما أن الدولة يجب أن تتحمل مسؤوليتها وتعمل واجباتها المدنية والاجتماعية اتجاه مواطنيها ومجتمعها لتحديد الظروف السوسيواقتصادية المؤثرة في صحة السكان وتفاوتها، وفق مبادئ المساواة والعدالة الاجتماعية.

- تأسيس المجلس الأعلى للصحة مستقل عن وزارة الصحة و يضم كل الفاعلين في ميدان الصحة، أكاديميين وأطباء وخبراء في الأمن وتدبير الأزمات الصحية، و فاعلين في المجتمع المدني وحقوقيين وممثلين عن الأحزاب السياسية ... يناط به إعداد وتتبع ومواكبة الاستراتيجيات الهادفة لضمان الصحة للجميع وتحقيق الأمن الصحي. الذي لا يقل أهمية عن الأمن الغذائي والمائي والسياسي.

- تكوين جهاز إحصائي يعنى بإرساء قاعدة رقمية للبيانات وطنيا وجهويا تكشف عن الخصائص الكمي والنوعي في عرض العلاجات الصحية، ليس باعتبار عدد السكان فقط والحاجيات الصحية المحسوسة والمعبر عنها، والتي يصرح بها وتنشر في سجلات وتقارير وزارة الصحة ومصالحها الخارجية، بل كذلك وجب الانتباه لعدد ونوع الحاجيات الصحية المحسوسة وغير المعبر عنها، وبالتالي لا يمكن لوزارة الصحة أن تعمل لوحدها، بل يجب إشراك المجتمع المدني والجامعات والمعاهد للتعرف ميدانيا عن حقيقة الوضع الصحي للمغاربة، فلا تنمية للصحة وتجاوز لفوارقها الترابية دون تخطيط ولا تخطيط دون إحصاء.

- إنجاز وتحيين المخططات الجهوية لتنظيم عرض العلاجات الصحية بناء على الوضع الوبائي والديمقراطي والاجتماعي والاقتصادي لكل جهة، وكذا اعتبارا لبيئتها الطبيعية .

- تثمين البحث العلمي في قطاع الصحة، وتشجيع البحوث في العلوم الإنسانية والاجتماعية (الجغرافيا، علم الاجتماع الأنثروبولوجيا.....) المهمة بدراسة قضايا ومواضيع وإشكاليات القطاع الصحي، خاصة المتعلقة بصحة المجتمع المغربي ولوجية العلاجات الصحية، للإسهام في تحديد أولويات التدخل في عرض وتقديم العلاج وتدوير الفوارق الترابية والاجتماعية في الولوج والاستفادة منه.

## قائمة المصادر والمراجع:

- أيت لعسري بدر الدين (2014)، التباينات الجغرافية للوضع الصحية، حالة الدار البيضاء الكبرى، أطروحة لنيل الدكتوراه في الجغرافيا، جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء، كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالمحمدية .
- أنفلوس محمد (2011)، معجم تفسير المصطلحات في جغرافية الصحة، دفا تر البحث العلمي رقم: 2 كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالمحمدية، مطبعة FOLIO، تمارة.
- أنفلوس محمد (2007)، تحولات المجال المغربي والمجتمع، دراسة في جغرافية الصحة بالوسط الحضري، أطروحة لنيل دكتوراه الدولة في الجغرافية، جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء، كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالمحمدية.
- أنفلوس محمد (2006)، الصحة وإستراتيجية إعداد التراب الوطني في المغرب، المؤتمر الرابع للجغرافيين العرب بالرباط .
- أنفلوس محمد (2000)، تحولات البيئة الحضرية المغربية: مدخل لمستقبل جغرافية الصحة، المدينة المغربية في أفق القرن 21 بين الهوية الوطنية والبعد المتوسطي، سلسلة ندوات رقم 12 منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة الحسن الثاني بالمحمدية.
- الرفاص محمد (2008)، التنمية البشرية والتفاوتات الجهوية، الملتقى الرابع للجغرافيين العرب، منشورات الجمعية الوطنية للجغرافيين المغاربة .
- الأسعد محمد (2008)، الإقليمية ومسألة العدالة الاجتماعية في التخطيط المكاني بالمغرب، الملتقى الرابع للجغرافيين العرب، منشورات الجمعية الوطنية للجغرافيين المغاربة .
- المرصد الوطني للتنمية البشرية (2012)، الفوارق في الاستفادة من الرعاية الطبية بالمغرب. دراسة حالات.

[http://www.ondh.ma/sites/default/files/documents/mlkhs\\_ldrs\\_0.pdf](http://www.ondh.ma/sites/default/files/documents/mlkhs_ldrs_0.pdf).

d'accès: 20-03-2020

- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي (2014)، التقرير السنوي

<http://www.ces.ma/Documents/PDF/Rapports%20annuels/2014/RA-2014-VA.pdf> date d'accès: 20-03-2020

- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي (2018)، التقرير السنوي..

<http://www.ces.ma/Documents/PDF/Rapports%20annuels/2018/RA-2014-VA.pdf> date d'accès: 20-03-2020

- المجلس الأعلى للحسابات (2018)، التقرير السنوي. ص 249-251

<http://www.courdescomptes.ma/ar/Page-27/-/-/25-243>. 20-03-2020

-توفيق بن أحمد خوجة، المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية: الرعاية الصحية الأولية \_ الطبعة الثالثة \_ شعبان 1426 هجرية الموافق لسبتمبر 2005م، الرياض، المملكة العربية السعودية .

-زيلاف نورالدين و يشو عبد الكريم(1998)، توزيع التجهيزات الصحية وعلاقتها بالتراتب الحضري بالجهة الاقتصادية الوسطى، مجلة المجال الجغرافي والمجتمع المغربي، العدد 3.

-علي محمد حسن أمين(2006)، التحليل المكاني للخدمات الصحية في الجمهورية اليمنية دراسة في جغرافية الخدمات، كلية الآداب جامعة عدن .

- منظمة الأمم المتحدة للتنمية(2016)، تقرير التنمية البشرية. التنمية للجميع.

[http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2016\\_arabic.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_arabic.pdf)

-منظمة الأمم المتحدة للتنمية(2019)، تقرير التنمية البشرية، التنمية للجميع.

[http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr\\_2019\\_arabic.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_arabic.pdf)

- وزارة الصحة (2013)، الكتاب الأبيض من أجل حكامه جديدة في قطاع الصحة، المناظرة الوطنية.

- A.Belghiti Alaoui(2007),Réseaux de soins: quelle mission, quelle organisation, Syndicat national de la santé publique- FDT 6 éme congrès national, Bouznika.

- A.Belghiti Alaoui(2007),Système de santé marocain, réalité et perspectives. Syndicat national de la santé publique- FDT 6 éme congrès national, Bouznika.
- Alaoui Md(1980), L'expérience du service médical au Maroc, Mémoire DEA droit de la santé- bordeaux I – faculté de droit et des sciences sociales et politique.
- Béatrice MENARD(2003), LA géographie de la santé. Université de Caen esplanade de la paix.
- Begin j(1969), Elaboration d'un plan directeur et impact sur le système de santé. Exposé présenté a la session de l'association des hôpitaux de Québec, manoir du lac Delage, Québec.
- Blum H.L(1981), planning for health, generics for the eighties. Sciencehuman. Presse new york.
- Henri PECHERAL ( 1984), La géographie de santé et des maladies , In BAILLY, éd, Les concepts de la géographie humaine, paris, A, COLIN. CHAP 17, p. 229-240.
- <https://fr.numbeo.com/soins-de-sant%C3%A9/classements-par-pays>

## الملحق: جدول تراكمي للمعطيات الإحصائية لمتغيرات الدراسة عن دليلي عرض العلاجات الصحية والحالة الصحية سنة 2019

1-الدار البيضاء-سطات، 2-الرباط-سلا-القنيطرة، 3-طنجة تطوان-الحسيمة، 4- فاس-مكناس، 5- مراكش-أسفي، 6-الشرقية، 7-بني ملال-خنيفرة، 8- درعه-تافيلالت، 9- سوس-ماسة، 10-كلميم-واد نون، 11- العيون-الساقية الحمراء، 12-الداخلة-وادي الذهب.

المجموع	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الجهات	
													مؤشرات الدراسة	
298	3	8	8	20	20	22	28	29	32	38	39	51	عدد المستشفيات	
22686	80	397	315	1503	880	1355	2126	3025	2904	2073	3755	4273	عدد الأسرة	
113	1	3	3	9	7	9	12	10	9	15	13	22	مراكز تصفية الدم	
17	1	1	0	1	2	1	1	2	2	3	1	2	مراكز تحاقن الدم	
10	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2	1	2	مستشفى الأمراض النفسية	
7	0	0	0	1	0	1	1	0	2	2	0	0	مركز استشفائي للأورام(السرطان)	
1398	2087	739	1288	1847	1439	1563	1054	1285	1379	1741	1227	1503	عدد السكان لكل سرير استشفائي بالقطاع العام	
2888	16	42	94	300	228	264	207	443	415	269	245	365	عدد المؤسسات الصحية الوقائية	



المجموع	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الجهات	مؤشرات الدراسة
12264	10436	9304	4728	9467	7410	9855	11683	10678	10548	13955	19593	19763	معدل التأطير بالمؤسسات الصحية الوقائية	
359	0	0	1	23	4	26	22	45	37	31	57	113	عدد المصحات	
25025	44	178	170	1621	383	1370	1795	2523	2549	1905	3898	8589	عدد البنيات الصحية بالقطاع الخاص	
11334	80	181	216	584	395	575	1048	1658	1749	870	1688	2990	عدد أطباء القطاع العام	
222	1	2	5	8	8	7	22	41	24	12	20	72	عدد أطباء الأمراض النفسية-قطاع عام	
211	2	2	5	8	9	6	20	33	45	10	29	42	عدد أطباء أمراض الجلد-قطاع عام	
3103	2197	2299	2179	5099	4505	4730	2380	2918	2576	4578	3040	2625	معدل التأطير الطبي قطاع عام	
13545	13	45	43	732	157	502	645	1373	1242	1076	2847	4870	عدد أطباء القطاع الخاص	
237	0	0	0	10	0	4	10	24	25	21	60	84	عدد أطباء الأمراض النفسية قطاع خاص	
73	0	0	0	5	0	2	4	7	10	6	12	27	عدد أطباء جراحه الأطفال قطاع الخاص	
357	0	1	0	18	0	8	18	36	28	28	83	137	عدد أطباء أمراض الجلد قطاع الخاص	

المجموع	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	الجهات	مؤشرات الدراسة
29726	55	200	287	1880	392	1434	1503	2827	3762	4599	4968	7440	عدد حالات مرض السل	
29726	0	0	4	85	2350	722	172	930	369	207	161	38	عدد حالات اللشمانيا	
167	0	0	2	22	14	12	13	16	19	10	31	28	وفيات الأمهات أثناء الولادة	
6938	49	39	100	474	452	298	319	1185	1063	860	1071	1028	وفيات الأطفال حديثي الولادة	

المصدر: وزارة الصحة. الخريطة الصحية. 2019.

## الخريطة 1 : توزيع عدد المستشفيات جهويا بالمجال المغربي سنة 2019

