المملكة المغربية

ICPC

الهيئة المركزية للوقـــاية من الرشوة

Instance Centrale de Prévention de la Corruption

دراسة ظاهرة الرشوة في قطاع الصحة :

تقييم وتشخيص

تقرير تركيبي

MAZARS

نسخة يونيو 2011

الفهرس

جدول الوثائق 3
لائحة الجداول..... 4
مقدمة..... 5

1.السياق العام للدراسة 5
2.الخطوط العريضة للمقاربة 6

1-السياسات والممارسات في مجال الوقاية من الرشوة ومحاربتها 9
1-1الوقاية من الرشوة ومحاربتها : التزام شامل 9
1-2 تدابير خاصة بقطاع الصحة..... 10

2- الرشوة في قطاع الصحة 14
2-1 مميزات الرشوة في قطاع الصحة..... 14
2-2-تورط الفاعلين في ممارسة الرشوة 22

3 العوامل المساعدة على انتشار الرشوة في قطاع الصحة ورافعات العمل..... 25
3-1سلوك عادي..... 25
3-2 تراجع الثقة في خدمات الصحة 29
3-3 علم المواطنين بالإجراءات المتخذة لا يزال محدودا 29
3-4 ضعف اليات التبليغ 31
3-5 تغطية غير متكافئة من حيث موظفي الصحة..... 32
3-6 ظروف العمل غير ملائمة..... 33
3-7 سوء تدبير المعدات والأدوات الطبية والأدوية 34
3-8 اليات المراقبة تحتاج الى دعم..... 35

4-اثار الرشوة على قطاع الصحة..... 37
4-1 الاثر الاقتصادي..... 37
4-2 الاثر على المبادئ الاساسية للمجتمع 39

5-خارطة مخاطر الرشوة وتحليل ترددها وحدتها في قطاع الصحة..... 41
5-1 تحديد المخاطر المحتملة للرشوة..... 42
5-2 تنقيط مخاطر الرشوة المحددة..... 44
5-3 تصنيف احتمال الوقوع مخاطر الرشوة 44
5-4-تسجيلات مخاطر الرشوة حسب طبيعة الاثر 45
5-5 تنقيط مستوى تأثير المخاطر 49
5-6 حرجية مخاطر الرشوة..... 49
5-7 تصنيف مخاطر الرشوة..... 52
5-8 معالجة المخاطر..... 53

6 خارطة الطريق من اجل الوقاية من الرشوة ومحاربتها في قطاع الصحة..... 57
7.خاتمة..... 64

جدول الأشكال

شكل 1: نسبة الرشوة حسب المجال

شكل 2:توزيع مبالغ الرشوة

شكل 3: توزيع نسبة الرشوة حسب المدن وحسب طبيعة الأداء

شكل 4:النسبة الإجمالية للرشوة حسب المجال

شكل 5:المرضى المتوفرون على تغطية صحية والذين قدموا رشاوى

شكل 6:تقديم الرشوة من اجل الحصول على شهادة الاحتياج وتوزيعها حسب نوعية الفاعل

شكل 7: الفاعل المحرك للرشوة

شكل 8 :مستويات تجريم المواطنين لموظفي الصحة

شكل 9:العوامل المؤثرة على مستوى الرشوة

شكل 10: نسب الرشوة المعاشة في مقابل نسب الرشوة المنظور إليها كممارسة "غالبا" و"دائما"

شكل 11: علم المواطنين بالتدابير المتخذة ضد الرشوة

شكل 12:تقييم المواطنين لمستوى فعالية تدابير مكافحة الرشوة

شكل 13:أسباب عدم التبليغ بالرشوة

شكل 14: توزيع الاداءات في حالة الأداء من لدن طرف ثالث حسب نوعية الخدمات العلاجية

شكل 15:توزيع عدد المخاطر المحللة حسب حرجيتها

شكل 16: توزيع تراكم الحرجية

شكل 17: توزيع تراكم الحرجية باتباع منهجية ABC

شكل 18:توزيع المخاطر حسب مستويات الحرجية

شكل 19:تموقع المخاطر حسب الحرجية واحتمال الوقوع

شكل 20:ترتيب المخاطر

شكل 21:مجموعات المخاطر المحددة

شكل 22:تدابير التحكم في المخاطر حسب طبيعتها

لائحة الجداول

الجدول 1 : توزيع مخاطر الرشوة حسب الالية
الجدول 2 :توزيع مخاطر الرشوة حسب نوع المؤسسة
الجدول 3 :توزيع مخاطر الرشوة حسب احتمال الوقوع
الجدول 4 :شبكة تنقيط الاثر الاقتصادي
الجدول 5 :توزيع المخاطر حسب المعايير المتبعة للتقييم
الجدول 6 : توزيع المخاطر حسب مستوى التأثير الاقتصادي
الجدول 7 : توزيع المخاطر حسب معايير تنقيط مستوى التأثير الاقتصادي
الجدول 8 : توزيع المخاطر حسب مستوى تأثيرها الاقتصادي
الجدول 9 :معايير تحليل مستوى التاثير الثقافي والسلوكي
الجدول 10 :توزيع عدد المخاطر حسب المعايير المتبعة لتقييم الاثر الثقافي والسلوكي المحتمل
الجدول 11 :توزيع عدد مخاطر الرشوة حسب مستوى تأثيرها
الجدول 12 :توزيع عدد المخاطر المحللة
الجدول 13 :توزيع المخاطر حسب الالية
الجدول 14: معايير تقييم مستوى التحكم في المخاطر
الجدول 15: توزيع مخاطر الرشوة حسب مستوى التحكم فيها
الجدول 16 : توصيات حسب مجموعات المخاطر

مقدمة

1.السياق العام للدراسة

قام المغرب بعدة إصلاحات تهم الحكامة الجيدة بالإدارة العمومية ارتكزت أساسا على تخليق الحياة العامة وبناء علاقة تقوم على الثقة والشفافية بين الإدارة والموطنين. وقد اعتمدت هذه الإصلاحات على التوجيهات السامية لصاحب الجلالة الملك محمد السادس من اجل الوقاية من الرشوة ومحاربتها، وعلى التوصيات الصادرة عن الهيئات الدولية (اتفاقيات الامم المتحدة حول محاربة الرشوة، واتفاقية محاربة الرشوة الصادرة عن بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ، واستراتيجية الحكامة ومحاربة الرشوة الصادرة عن البنك الدولي وصندوق النقد الدولي ووكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة الامريكية)، وعلى تقرير الخمسينية ومقترحات المجتمع المدني من خلال المنظمات غير الحكومية والجمعيات غير الربحية.

وتجسدت هذه الإصلاحات في إقدام الحكومة في سنة 2010 على وضع خطة عمل للوقاية من الرشوة ومحاربتها تتضمن إجراءات عاجلة ومتعددة المصادر للتنفيذ على المدى القريب وتدابير مواكبة من اجل تنفيذ التدابير السالفة الذكر على المدى المتوسط، فيما قام بعض الفاعلين باتخاذ تدابير خاصة. وقد تناولت خطة العمل ستة محاور للتدخل جاءت كما يلي :

1. التأسيس لعلاقة قائمة على الشفافية بين الإدارة والمواطن
2. تدعيم قيم النزاهة والاستحقاق داخل الإدارة
3. تعزيز المراقبة الداخلية في الإدارة العمومية
4. تعزيز الشفافية فيما يتعلق بالتدبير المالي وتدبير الصفقات العمومية
5. متابعة إصلاح المنظومة القانونية
6. تشجيع الشراكة والتعاون بين مختلف المتدخلين على المستويين الوطني والدولي

وفيما يخص قطاع الصحة بشكل خاص، فقد وضعت وزارة الصحة خطة عمل تضمنت التدابير الرامية للوقاية من الرشوة في المؤسسات الصحية. وساهمت بعض الإجراءات من قبيل التوعية والشفافية وكذا تعميم الولوج للمعلومات أهم محاور هذه الخطة. وقد تم تكليف لجنة "التخليق والشفافية والحكامة الجيدة بقطاع الصحة " المحدثة لهذا الغرض بتتبع وتقييم هذه الخطة.

ومن جهة ثانية، فالدراسات والأبحاث الميدانية خاصة تلك التي قامت بها الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة وترانسبرانسي ماروك كشفت عن الأبعاد الهامة لظاهرة الرشوة في هذا القطاع وتأثيرها على

أدائه. ووعيا منها بأهمية الرهانات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للرشوة في قطاع الصحة، قامت الهيئة بإجراء دراسة لفهم هذه الظاهرة كما وكيفا من اجل وضع إستراتيجية للقضاء عليها.

وتندرج هذه الدراسة في إطار التوجيهات الأولى للهيئة أي : **"تشخيص أولي لظاهرة الرشوة بالمغرب"** و **"تقييم السياسات والممارسات المتعلقة بالوقاية من الرشوة ومحاربتها بالمغرب"**. وتعد هاتان المرحلتان المتعلقتان بفهم الظاهرة وتحليلها ضروريتين وجد مهمتين لبلورة إستراتيجية وطنية للوقاية من الرشوة ومحاربتها.

2.الخطوط العريضة للمقاربة

اتبعت مستويات التحليل في إطار هذه الدراسة مقاربة شاملة أشركت كافة الفاعلين الأساسيين في القطاع (المسؤولون الكبار في وزارة الصحة، والمديرون والمسؤولون عن المراكز الصحية والفريق الطبي والمواطنون المستفيدون من الخدمات العلاجية)

وتتألف هذه الدراسة من شقين أساسيين : خصص الشق الأول لتحليل السياسات والاستراتيجيات والممارسات في ما يخص الوقاية من الرشوة ومحاربتها في قطاع الصحة. وتم تعزيز هذا التشخيص بمقارنته مع التوجهات الدولية في هذا المجال.

أما الشق الثاني فقد كرس لتحليل مظاهر وتردد وحدة الرشوة وكذا أسبابها وانعكاساتها. وقد سمح هذا التحليل بالوقوف على مخاطر الرشوة وتقييم آثارها وتحديد العوامل المساعدة على انتشارها. وسمحت خارطة المخاطر التي تم انجازها في هذا الإطار بتحديد الأسس التي ينبغي أن تقوم عليها إستراتيجية الوقاية من الرشوة ومحاربتها في قطاع الصحة.

إن المقاربة عبر المخاطر تسمح فعلا بأخذ بعين الاعتبار خصوصيات الظاهرة وتعقيداتها وانجاز دراسة موضوعية. فالحجم البشري والعملي لا يسمحان بمراقبة شاملة لكل حالات الرشوة المحتملة، كما أن بعض الأشخاص المعنويين أو الذاتيين يعتبرون، بالنظر لما يميزهم من خصوصيات، أكثر أو اقل عرضة لهذه الظاهرة. فينبغي إذن توجيه الجهود صوب العناصر الأكثر عرضة وصوب تلك التي تخلف اكبر حجم من الآثار. ولا يمكن من حيث المبدأ بلوغ الشمولية فيما يخص تحديد مخاطر الرشوة. لذا فالهدف يتمثل في الاقتراب ما أمكن من تحقيق هذه الشمولية من خلال الوقوف على أهم هذه المخاطر. ونقصد بمخاطر الرشوة هنا احتمال حدوث هذه الظاهرة في حالة ما. وتنجم عن دافع ما (مثلا : خرق القانون للحصول على خدمة) أو من خلال استغلال حالة من الضعف (مثلا : حرية التصرف غير مراقبة).

وتبين الخطاطة أسفله المراحل الأساسية لهذه الدراسة:

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على تعريف ترانسبرنسي انترناسيونال للرشوة أي **"استغلال النفوذ الممنوح من اجل تحقيق أهداف شخصية"**. وتتمثل بالنسبة للفاعل العمومي أو الخاص في قطاع الصحة في رفض القيام بمسطرة ما، أو تسهيلها ، أو تجميدها عبر استغلال منصبه مقابل الحصول على وعد أو هدية أو مبلغ من المال أو غير ذلك من الامتيازات ...

وتشكل هذه الوثيقة خلاصة لهذه الدراسة. وتهدف لما يلي:

- إعداد حصيلة لانجازات الحكومة في ما يتعلق بالوقاية من الرشوة ومحاربتها
- تقديم حصيلة الرشوة في قطاع الصحة تتيح فهما أفضل لخصائصها
- الإشكال ومستويات تعاطي الفاعلين لهذه الممارسات في قطاع الصحة

- تقييم مستوى تأثير هذه الظاهرة على مختلف الفاعلين المعنيين (الضحايا والدولة والطرف الثالث المؤدي) على المستويات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية
- تحليل العوامل التي تساعد على اللجوء للرشوة في القطاع واقتراح رافعات للحد منها
- تقديم النتائج فيما يخص تحديد وتصنيف المخاطر المرتبطة بقطاع الصحة
- وضع خارطة طريق للوقاية من الرشوة ومكافحتها بقطاع الصحة

نقط مهمة

اعتمد تحليل ظاهرة الرشوة في قطاع الصحة على مقاربة تشاركية أشركت كافة الفاعلين الأساسيين المتدخلين في القطاع. وتوخت الصدق في تقديم المعطيات المستقاة من مصادر مختلفة : توجيهات المسؤولين الكبار وتقييم المسؤولين بالمصالح الإدارية وآراء المهنيين بالقطاع وكذا رواية التجارب المعاشة من طرف المستجوبين. وتم في هذا الإطار انجاز بحث ميداني على مستوى 5 مدن بالمملكة

لكن هذه المقاربة تعاني رغم ذلك من بعض النواقص :

- اكتفى تحليل تجارب الرشوة المعاشة من طرف المواطنين باستقاء تجاربهم وتحليلها. ولم يتم القيام بافتحاص أو تحقيق للتأكد من صحة العناصر الواردة في أقوالهم . ويمكن لهذه الأقوال أن تكون مبالغ فيها أو "درامية" أو لا أساس لها من الصحة. لكن حجم العينة المعتمدة (أكثر من 3000 مستجوب) قد يسمح بالتخفيف من تأثير هذا الوضع.
- لم يتم تعزيز تقديرات المسؤولين المؤسساتيين المتدخلين في النقل الطرقي لبعض المظاهر بواسطة تشخيص معمق للتحقق من صحتها (مثلا : تعيين الموظفين وتنقيلهم، اختلاس المال العام ،...). وقد تم انجاز هذه الدراسة عبر تقنية "مجموعة التركيز" على مستوى مؤسسات الصحة (أكثر من 187 مهنيا في الصحة 65 في المائة من بينهم أطباء).

ويضمن التسجيل المتقاطع لمختلف الشهادات في هذا الإطار الحصول على مصداقية الخلاصات المقدمة.

1-السياسات والممارسات في مجال الوقاية من الرشوة ومحاربتها

1-1الوقاية من الرشوة ومحاربتها : التزام شامل

التزمت حكومة المملكة المغربية خلال السنوات الأخيرة بوضع الوقاية من الرشوة ومحاربتها في صلب سياساتها واستراتيجياتها الوطنية. وقد قامت في هذا الصدد بمجموعة من الإصلاحات في الإدارة العمومية ترمي لتحديث وتحسين الحكامة في تدبير الشأن العام.

ويندرج هذا الإصلاح في إطار وطني ودولي متسم ب:

- إعادة تحديد مهام الإدارة على ضوء الدور الجديد للدولة؛
- تعزيز اللامركزية الإدارية؛
- تبسيط المساطر الإدارية؛
- تطوير الإدارة الالكترونية؛
- الشفافية وتخليق الحياة العامة؛
- تخليق الإدارة العمومية وتدبير الموارد البشرية للإدارة؛
- تحديث النظام المالي للدولة عبر القيام بإصلاح مهم على مستوى الميزانية يرتكز على تقييم النتائج والأداء.

إن سياسات واستراتيجيات الوقاية من الرشوة ومحاربتها بالمغرب (خاصة تلك المرتبطة بتعزيز الشفافية وتخليق الحياة العامة) نابعة من التوجيهات السامية لصاحب الجلالة الملك محمد السادس ومن التزامات المغرب في إطار الاتفاقية الدولية للأمم المتحدة لمحاربة الرشوة والتي وقعت عليها المملكة في سنة 2003 وصودق عليها في سنة 2007.

كما أن خطط العمل سواء المعتمدة من طرف الحكومة أو من طرف قطاع الصحة تؤكد التزام الحكومة من اجل القضاء على هذه الظاهرة. وتندرج كلها في إطار مواكبة الرؤية الملكية وتفعيل اتفاقية الأمم المتحدة حول محاربة الرشوة. وهكذا عملت الحكومة على تنفيذ هذه التوجيهات على شكل برامج وطنية وإجراءات عملية متقاطعة وقطاعية .

وتم القيام بعدة مبادرات في إطار برامج وطنية من بينها:

- وضع نظام وطني لمحاربة الرشوة خلال سنة 1999 أدى إلى بلورة خطة وطنية للوقاية من الرشوة ومحاربتها خلال سنة 2005؛
- التوقيع في سنة 2003 على اتفاقية الأمم المتحدة المتعلقة بمحاربة الرشوة والمصادقة عليها في ماي 2007؛
- وضع مخطط وطني جديد للوقاية من الرشوة ومحاربتها في سنة 2010.

وقد توجت هذه المقاربة التشاركية بإعداد خطة عمل رسمية لسنوات 2010-2012 تتضمن إجراءات وقائية واستعجالية اللازم تنفيذها على المدى القصير لمكافحة الرشوة. وتتمحور هذه الخطة حول ست نقاط للتدخل :

- تأسيس علاقات شفافة بين الإدارة والمواطن؛
- تعزيز قيم النزاهة والاستحقاق داخل الإدارة؛
- تعزيز المراقبة الداخلية بالإدارات العمومية؛
- تعزيز الشفافية في التدبير المالي والصفقات العمومية؛
- متابعة إصلاحات الإطار التنظيمي؛
- تشجيع الشراكة والتعاون بين مختلف المتدخلين على المستويين الوطني والدولي.

وقد وضعت خطة العمل لسنوات 2010-2012 ضمن أهدافها تقوية المكاسب المحققة في مجال تنفيذ إجراءات خطة العمل لسنة 2005 واستعراض ما تحقق من تقدم، واقتراح تدابير متممة لتلك الواردة في خطة العمل لسنة 2005 وإشراك كافة مكونات المجتمع المدني في هذه الخطة.

1-2 تدابير خاصة بقطاع الصحة

وحرص المغرب في مجال الصحة على وجه الخصوص على تشجيع السياسات الصحية الملائمة للسياقات التاريخية والسياسية والاقتصادية عبر تجاوز بعض الاكراهات المرتبطة بالنمو الديمغرافي المتزايد وانتشار الأوبئة المتنقلة والفتاكة، وضعف الخدمات العلاجية وتركزها بالمدن الكبرى وضعف تطاير الموارد البشرية في المجال الطبي والشبه الطبي والنقص الحاد في التمويل وأخيرا عدم انسجام الهياكل التنظيمية لإدارة القطاع.

ويتجسد هذا العجز بالنسبة للمريض في ضعف الولوج لخدمات الصحة وانعدام التكافؤ في الاستفادة منها وضعف جودتها وفعاليتها. ويؤدي هذا الوضع في العديد من الحالات إلى ظهور ممارسات للرشوة.

وهكذا تم وضع إستراتيجية وطنية لوزارة الصحة بتشاور مع كافة المؤسسات التابعة لوزارة الصحة وتمت ترجمتها في شكل خطة عمل شملت سنوات 2008-2012. وتنم هذه الجهود المبذولة عن إرادة لتدبير العجز المسجل في أنظمة التدبير، ومواجهة النقص الحاد في إعداد الموارد البشرية الطبية والخصاص المسجل في الأدوية والمعدات شبه الطبية.

وسعيا لرفع هذه التحديات وتمكين المواطن من خدمات صحية جيدة و بشكل عادل وضعت وزارة الصحة إستراتيجية جديدة تهدف لمصالحة المواطن مع منظومة الصحة. وشكل "تخليق قطاع الصحة عبر إعداد خطة لمكافحة الرشوة بمؤسسات العلاج" احد الاوراش ذات الأولوية في هذه الخطة. وتم تفعيل هذا الورش من خلال وضع برنامج للخطوات ذات الأولوية تمحور أساسا حول هدفين : تعزيز التوعية بمخاطر الرشوة ودعم الشفافية وتسهيل ولوج المواطن للمعلومات داخل المؤسسات التابعة لوزارة الصحة.

وقد تمحور دعم العمليات الرامية للتوعية ودعم الشفافية حول العمليات التالية :

- تنظيم حملات تحسيسية لفائدة عموم الناس تعرفهم بحقوق وواجباتهم إزاء المؤسسات التابعة لقطاع الصحة؛
- احداث رقم اخضر يوضع رهن إشارة المواطنين للتبليغ والإخبار بالتعرض لمحاولات الرشوة بالمستشفيات؛
- إحداث شبابيك خاصة بالمستشفيات لاستقبال شكايات المواطنين وتظلماتهم؛
- إحداث لجان محلية شفافة بالمستشفيات؛
- استخدام الوسائل المعلوماتية في تدبير تحمل مصارف المرض بالمستشفيات (المواعيد، الرقود، التسعيرة...).

فيما تركزت التدابير المرتبطة بتعميم المعلومات وتسهيل ولوج المواطن إليها على :

- إعداد ووضع مسارات بالمستشفيات مخصصة لاستقبال وتوجيه المرضى؛
- تحفيز الفاعلين الخواص على إشهار أسعار خدماتهم الصحية وأسماء الأطباء الذين يمارسون داخل مؤسسات الصحة العمومية والخاصة؛
- إشهار الأسعار داخل مؤسسات الصحة العمومية؛
- إشهار لائحة الأشخاص المسؤولين والأشخاص المكلفين بالحراسة داخل مؤسسات الصحة العمومية.

كما وضعت خطة العمل من جهة ثانية تدابير أخرى لا ترتبط مباشرة بالوقاية من الرشوة ومحاربتها لكنها تساهم بشكل كبير في الحد منها نورد أهمها كما يلي :

- وضع مؤشرات لقياس أداء المؤسسات الصحية كما تم الاتفاق عليه خلال اللقاء الوطني الأول للمستشفيات، وكذا تتتبع وتقييم أنشطة المستشفيات على أساس هذه المؤشرات؛
- مواكبة وتعزيز مهام التفتيش داخل مؤسسات الصحة العمومية؛
- تحديد مساطر اشتغال مكاتب القبول والتسعيرة داخل مجموع المستشفيات العمومية؛
- تنظيم مسار العلاج داخل المستشفى يراعي نوع المرض. وقد تم تحديد ستة مصالح علاجية : المستعجلات ، الولادة ،العيادة المتخصصة الخارجية، الاختبارات الخارجية (الصور الإشعاعية المختبر، االكشف)....
- وفرة الأدوية والآليات الطبية الحيوية بمصالح المستعجلات؛
- إحداث صيدليات بكافة المستشفيات العمومية يتم تدبيرها من طرف صيادلة وبمقرات تحترم المعايير اللازمة؛
- إنشاء اللجنة المكلفة بتحديد أسعار الأدوية؛
- ....

وعلى مستوى التتبع الإجرائي لتنفيذ العمليات المبرمجة، فقد تم تفويض هذه المهمة للجنة المحدثة لهذا الغرض : **"لجنة التخليق والشفافية والحكامة بوزارة الصحة"**. ويتمثل دورها في ضمان تنفيذ وتتبع ومراقبة الأنشطة المرتبطة بهذه العمليات وذلك في إطار مقاربة تقوم على التشاور مع باقي الأطراف المعنية وإشراكها وخاصة اللجان المكلفة بتتبع تطبيق باقي تدابير هذا البرنامج العملي.

وقد صادف تطبيق مخطط العمل هذا عدة عراقل ليست بالضرورة مرتبطة بقطاع الصحة. بالإضافة إلى اختلالات أخرى تم رصدها خلال مرحلة التشخيص (مثلا : نقص آليات القيادة والمراقبة وضعف التآزر بين المؤسسات العلاجية والمصالح التنسيق التابعة لوزارة الصحة،...) وساهمت في تعطيل انجاز بعض الاوراش.

اما فيما يخص تنفيذ مختلف المشاريع المتعلقة بالوقاية من الرشوة، فقد اثر على فعاليتها نقص معرفة المواطنين بمختلف الاجراءات المتخذة بشانها. كما ان تنفيذ هذه الاجراءات اتسم ببعض الثغرات نورد اهمها اسفله (هذه اللائحة ليست جامعة):

- ضعف جاذبية مكاتب الاستقبال والتوجيه قلل من اقبال المرضى عليها وجعلهم يفضلون اللجوء لموظفي الامن من اجل الحصول على معلومات؛

- موظفو الاستقبال غير قادرين عموما على تحديد حاجيات المرضى كي يستطيعوا توجيههم نحو المصالح المكلفة. ذلك ان تكوينهم لا يتضمن وحدة تربوية متعلقة بخدمات العلاج المقدم من طرف المؤسسة الصحية ولا التخصصات او برامج العيادات. كما انهم لا يتوفرون كذلك على تاهيل فيما يخص تدبير الضغط وعنف بعض المرضى وهو سلوك غالبا ما يلاحظ عند مستعملي المراكز الصحية؛
- تنظيم الاستقبال على مستوى المستشفى يقتصر على الاستقبال المباشر ولا ينظر اليه كعرض مندمج (الاستقبال عبر الهاتف، الاستقبال عبر الاعلاميات والاستقبال المباشر)؛
- يتم اعلان الخدمات العلاجية المعمول بها بالمستشفيات باستعمال مفردات تقنية لا يفهما المرضى. علاوة على ان المعلومات المتوفرة حول الدواء تخص الجزيئة الام للدواء او الجزيئة الجنيسة؛
- قواعد النشر غير متناسقة على مستوى كافة مؤسسات العلاج (سبورات النشر، نوع الحروف، حجم الخط،...)؛
- حمل شارة من طرف موظفي الصحة غير منظم ومعمم؛
- إشهار الأسعار وأسماء الموظفين الطبيين على مستوى القطاع الخاص لا يخضع لأي إجراء زجري؛
- المساطر والطرق العملية لمعالجة وتتبع التظلمات المرتبطة بالتبليغ بالرشوة غير محددة بشكل رسمي سواء على مستوى الرقم الأخضر أو على مستوى الشبابيك المحدثة لذلك؛
- ....

لكن لابد رغم ذلك من الإشارة إلى أن الوقاية من الرشوة ومحاربتها ورش يتطلب نفسا طويلا ومساهمة كافة الفاعلين. وينبغي لذلك ان يندرج تحليل هذه الظاهرة وتقييم اثار المجهودات المبذولة للوقاية منها ومحاربتها على المديين البعيد والمتوسط.

ويتفق اليوم مهنيو الصحة والمواطنون عموما على اهمية التقدم المحقق في هذا المجال. لكن لا زالت بعض مظاهر هذه الافة تهم عدة جوانب وعدة مستويات.

2- الرشوة في قطاع الصحة

-الظاهرة لا تزال منتشرة

تندرج المجهودات المبذولة من طرف الادارة من اجل مكافحة الرشوة على المديين القصير والمتوسط. وبالفعل فقد أدخلت وزارة الصحة عدة إجراءات من اجل تحديث القطاع ومحاربة الرشوة. وتهم هذه الإجراءات مجالات تنظيم الخدمات (مسار العلاج، الاستقبال، الإعلان...) وتدبير الموارد البشرية (التوظيف والترقية الحركية...) وتدبير الادوية (مركزة الاقتناءات/ تشجيع الادوية الجنيسة، بناء مستودعات جهوية للادوية...) كما تهم عمليات المراقبة والتفتيش (افتحاص الخدمات ، تفتيش المصحات الخاصة...). وبالمقابل لا زال المواطنون لم يلمسوا بما يكفي الاثار المنتظرة من وراء هذه الاجراءات.

تتجلى ظاهرة الرشوة في قطاع الصحة عبر ممارسات مختلفة. ويمكن ان تختلف تجلياتها حسب نوع المؤسسة والمدينة وطبيعة الخدمة الطبية المقدمة والطبقة السوسيومهنية التي ينتمي اليها المريض.

وقد اعتمدنا في تحليل الرشوة بهذا القطاع على بحث ميداني يرمي لتجميع تجاربهم للرشوة وتصورهم لهذه الظاهرة في القطاع المذكور. وتهدف هذه الدراسة لتحقيق الاهداف التالية:

- قياس تردد وحدة مختلف عمليات الرشوة في القطاع؛
- تقييم تصور المواطنين لاسباب الرشوة ونتائجها وانعكاساتها؛
- تقييم مستوى علم المواطنين بالتدابير المتخذة لمكافحة الرشوة؛
- سبر تقييمهم لفعالية هذه الإجراءات.

وقد اعتمدنا **نسبة الرشوة** كمؤشر لتحليل هذه الظاهرة. ويدل هذا الأخير على عدد الاشخاص الذين صرحوا بأنهم لجأوا للرشوة للاستفادة من خدمة ما أو حق ما أو التغاضي على تجاوز القانون من مجموع الاشخاص المستجوبين الذين استفادوا من نفس الخدمة.

2-1 مميزات الرشوة في قطاع الصحة

يشهد قطاع الصحة عدة انواع من الرشوة. وقد حصرت هذه الدراسة الانواع الاكثر انتشارا فيما يلي:

- **التعويض او المبالغ المالية** : تتجلى في دفع مبلغ مالي مقابل الحصول على علاج/خدمة/اداء مجاني او من حق المواطن (الاستقبال والتوجيه، والنظافة والغذاء، تغيير الستارة،...). كما يمكن ان تنتج عن مبادرة من المريض او من يرافقه او عن ابتزاز ممارس من طرف موظف الصحة.

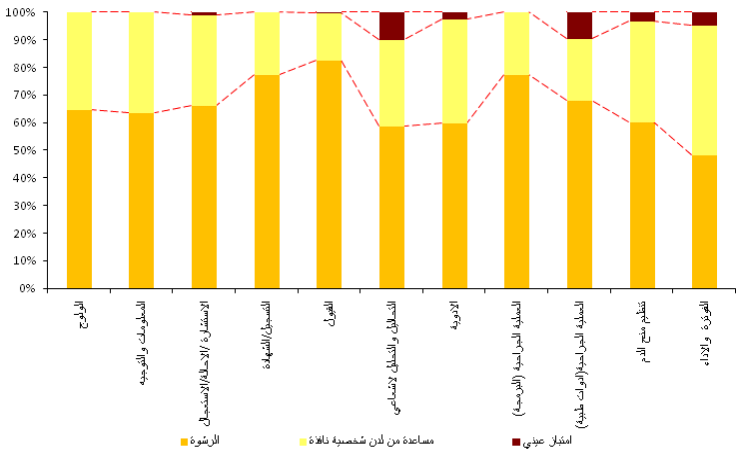
- **المحاباة (او محاباة الاقارب):** تتجلى في مختلف المزايا الممنوحة من لدن موظفي الصحة مباشرة لافراد عائلاتهم واصدقائهم وزملائهم او بشكل غير مباشر من خلال وسيط او شخصية ذات نفوذ (الادارة المركزية ، السلطات المحلية، المنتخبين،...) بغض النظر عن الاستحقاق او الانصاف او القدرات والكفاءات. وتتمثل الامتيازات الممنوحة في الخدمات العلاجية (الاستقبال، المعاملة التفضيلية، القبول،...) او طرق افقية للتدبير (تعيين الموارد البشرية للصحة، الانتقالات، الصفقات العمومية،...)
- **المنح (او الهدايا):** تتجلى في اداء طوعي لمبلغ مالي من طرف المريض دون طلب من موظف الصحة مقابل الاستفادة من معاملة تفضيلية بالمقارنة مع المرضى الاخرين (البحث عن الجودة/معاملة تفضيلية او بكل بساطة لاجل تقديم تعويض بعد العلاج).
- **العلاجات القسرية** :عندما يتلقى المريض علاجات /خدمات/اداءات غير ضرورية. ويتم اللجوء لهذه العلاجات من اجل رفع مبلغ فاتورة الخدمات.
- **زيادة في فاتورة (الخدمات والخدمات المقدمة)**: عندما يؤدي المريض ثمنا اكثر مما يجب ان يدفع مقابل الخدمة التي استفاد منها (جيوب الدم، كيت الولادة،...) او في اطار العلاجات القسرية.
- **تسعير احتيالي لعلاجات خيالية** : تسعير خدمات او خدمات علاجية لم يتم اجراؤها (حقن الدم، حقنات،...).
- **الاداء مقابل خدمات واداءات غير مطابقة/غير مشروعة**: عندما يؤدي المريض مقابل الحصول على خدمة او اداء لا يجوز له الاستفادة منها (شهادة المرض، عملية الاجهاض، شهادة السلامة الجسدية،...).
- **اختلاس الاموال او المال العام** : استعمال الثروات او المال العام لاغراض شخصية (اختلاسات الصفقات العمومية لشراء المعدات، الادوية ، الترخيص بالدواء،....)
- **استغلال الوقت والمعدات والمقرات العامة لقضاء اغراض شخصية** : تتجلي في الاستغلال غير المشروع للأملاك الاجتماعية عندما يتم استغلال الوقت والمعدات ومحلات المؤسسات العمومية لأغراض شخصية. وتتجسد خاصة في :

– **ممارسة موظفي الصحة** (الاطباء والممرضين) لانشطة طبية في المصحات بشكل غير قانوني ودون الحصول على ترخيص مما يؤثر على المؤسسات العمومية بسبب الغيابات والتاخرات.
– **استعمال التجهيزات والمستهلكات** المتوفرة بالمؤسسات العمومية من طرف مختبرات التحاليل البيولوجية والإشعاعية الخاصة.
– **بيع الأدوية من طرف الصيادلة** العاملين بالمستشفيات العمومية للصيدليات الخاصة.

<u>وقد تكتسي الرشوة عدة أشكال</u>

يمكن حصر أشكال الرشوة في قطاع الصحة في ثلاث فئات : المبالغ المالية، ومساعدة الاشخاص دوي النفوذ (التفضيل) والمنافع العينية. وتشكل المبالغ المالية والإكراميات الصغيرة أهم أشكال الرشوة انتشارا في المؤسسات الصحية. ويحمل موظفي الصحة المسؤولية للمواطن في هذا الشكل من الرشوة .

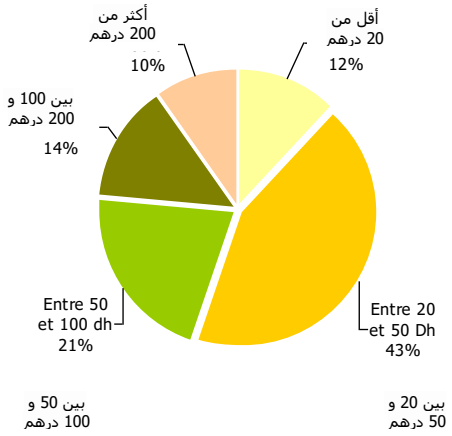
شكل 1: توزيع أشكال الرشوة حسب المجال



ويقل مبلغ الرشوة المبالغ المالية عن 100درهم في 75 في المائة من الحالات. و يتفق الفاعلون المستجوبون على أن أغلب المبالغ تتراوح ما بين 20 و50 درهم. أما الإكراميات الصغرى (اقل من 20 درهم) فهي أكثر انتشارا في المستشفيات العمومية.

أما المساطر التي تشهد أكثر انتشارا للرشوة فهي تلك المرتبطة الاستقبال وتقديم المعلومات والتوجيه وتسليم الشواهد الطبية.

شكل 2:توزيع مبالغ الرشوة



وتعتبر برمجة العمليات الجراحية من أكثر المساطر كلفة من حيث الرشوة سواء في المؤسسات العمومية أو الخاصة.

وباستثناء برمجة العمليات فالمستشفيات العمومية تسجل اكبر مبالغ للرشوة في مجالات منح المعدات الطبية والحقن الدموي والقبول والتسعير.

أما في المراكز الصحية بالعالم القروي، فالمنافع العينية تعتبر أحد

أشكال الرشوة الأكثر انتشارا نسبيا.

"في العالم القروي يجب على موظفي الصحة الحضور 24/24 ساعة في نظر ساكنة الدواوير والمنح التي يقدمونها للموظفين هي بمثابة تعويض لهم على الجهود الذي يبذلونه

ولاقتناعهم بالوضعية المزرية لموظفي الصحة، فان الساكنة تعتبر المنح بمثابة وسيلة لتحفيزهم والابقاء على وفائهم لخدمة الساكنة"

الظاهرة أكثر انتشار في المؤسسات العمومية

كشفت نتائج هذه الدراسة أن، بصرف النظر عن شكلها (مبالغ مالية مساعدة شخص نافذ...)، كل 3 اشخاص من بين 10 صرحوا بأنهم لجأوا للرشوة للحصول على بعض الخدمات العلاجية.

وعموما فممارسات الرشوة تنتشر بالمؤسسات العمومية (المستشفيات العمومية والمراكز الصحية) أكثر من الخاصة (المصحات الخاصة). وكشفت الدراسة أن نسبة الاختلاف تمثل الضعف.

فيما يرى موظفو الصحة ان العوامل الثقافية والسلوكية للمواطنين هي أهم محركات الرشوة في المؤسسات العلاج العمومية.

"يعتبر ضعف الجابية والمجانية بعض الخدمات التي تقدمها بعض مؤسسات الصحة التابعة للدولة بمثابة العوامل التي تحد من قيمة الخدمات في نظر المواطنين. والمريض الذي يبدي الصبر والحس المدني العالي عند تواجده في المصحات العمومية قد يشعر بالغضب اذا طلبت منه ممرضة الانتظار قليلا"

طبيب اخصائي في امراض النساء بالدار البيضاء

اما في القطاع الخاص فتجليات الرشوة تتجسد خاصة في عمليات الزيادة في فاتورة الخدمات، او فرض العلاجات القسرية او غير الضرورية على المريض وكذا تسعير علاجات خيالية. فيما تنجم ممارسات اخرى عن تعامل القطاع الخاص مع القطاع العمومي. وتتجسد اساسا في التواطؤات بين موظفي الصحة العمومية والقطاع الخاص:

- توجيه المرضى صوب المصحات ومختبرات التحليلات البيولوجية والاشعاعية الخاصة.
- اشتغال بعض الاطباء الموظفين في مؤسسات صحية خاصة لحسابهم الخاص
- استغلال الموارد العمومية لاغراض شخصية (المقرات، معدات الرايو ،الكاشف...)

" تهم ظاهرة الرشوة بالدرجة الاولى المستشفيات. وفيما يخص المراكز الصحية فعملية التطبيب ووضع قواعد صارمة للاقتفاء في تدبير الأدوية سمحت بالقضاء على ممارسات اختلاس الأدوية"

طبيب رئيس لأحد المراكز الاستشفائية الاقليمية بمراكش

تعاني منها المستشفيات العمومية اكثر من المراكز الصحية

بلغت نسبة انتشار الرشوة بناء على تصريحات المواطنين 32 في المائة في المستشفيات العمومية مقابل 20 في المائة في المراكز الصحية. ويعتبر تعقيد مسطرة تحمل المرضى وتنوع المتدخلين في مساطر التدبير على مستوى المستشفيات اهم الاسباب المساعدة على تنامي ممارسات الرشوة في المستشفيات.

ويمكن تفسير الفارق بين هاتين المؤسستين بطبيعة العلاجات المقدمة في المراكز الصحية والتي تتركز اساسا على العلاجات الوقائية والتوليد في بعض الحالات. كما ان المراكز الصحية اتخذت عدة تدابير لتعزيز اجراءات المراقبة الداخلية سمحت بالتحكم في مخاطر الرشوة (سجل منح الأدوية مثلا).

...وتتمكز في المدن الكبرى

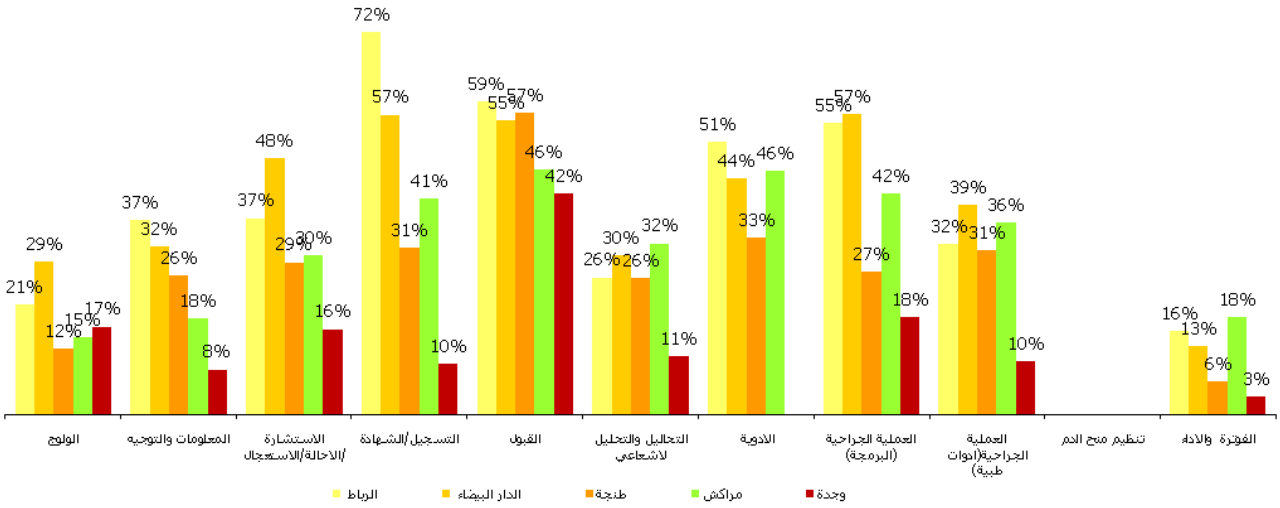
ويشير تحليل انتشار الرشوة حسب المدن وحسب طبيعة الأداء ان هذه الظاهرة تتركز بالمدن الكبرى. وهكذا فمدن الدار البيضاء والرباط تسجل كبر نسب الرشوة على التوالي ب 33 و 32 في المائة حسب نتائج سبر اراء المواطنين.

وترتبط هذه الوضعية خاصة باهمية الاعداد التي تستقبلها المستشفيات. وبالفعل فتغطية هذه المدن لاكبر عدد من التخصصات بالاضافة الى المستوى المتقدم للتجهيزات الطبية المتوفرة بها (الدارالبيضاء الرباط مراكش...) يجعلها اكثر جذبا للمواطنين القاطنين بالمدن المحادية. وتؤدي هذه التدفقات التي ينضاف اليها النقص الحاصل في الموارد البشرية والادوية والمعدات الطبية الى الزيادة في احتمال التعرض للرشوة.

وتختلف نسبة الرشوة داخل كل مدينة حسب طبيعة الخدمة (الاستقبال والمعلومات والعيادة الشهادات...).

فالرشوة في الرباط التي ترتبط خاصة بخدمة تقديم الشواهد الطبية(72في المائة) والقبول بالمؤسسات العلاج (59 في المائة) وببرمجة العمليات الجراحية (55في المائة). بينما بالدار البيضاء تسجل نسب الرشوة الأعلى في مجالات برمجة العمليات الجراحية (57 في المائة) متبوعة بالقبول ب نسبة (55 في المائة) ثم العيادات بنسبة (57 في المائة). بالمقابل تسجل مدينة وجدة اقل نسبة من حيث التعاطي للرشوة.

شكل 3: توزيع نسبة الرشوة حسب المدن وحسب طبيعة الأداء



تهم الرشوة كافة خدمات تحمل مصاريف المرض لكن بدرجات متفاوتة....

تتجلى ممارسات الرشوة في مختلف مساطر تحمل مصاريف المرض.

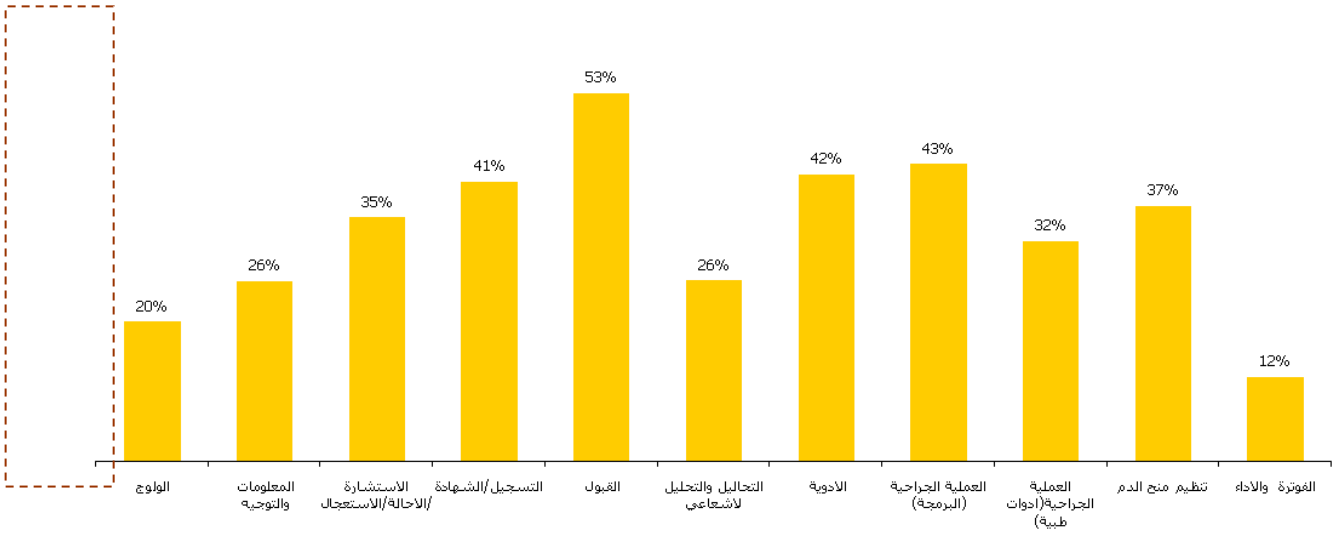
"تبدا الرشوة منذ مدخل المستشفى"

طبيب للاطفال بمستشفى بالدار البيضاء

هذه التجليات تنتشر على مستوى كافة التخصصات / الخدمات العلاجية مع تمركز على مستوى الخدمات المسماة بالساخنة (المستعجلات، والتوليد ، والرقود).

وبالنظر لطابعها العاجل والحرج للعمليات الجراحية على صحة المواطن فان خدمات القبول أو برمجة العمليات الجراحية تعتبر أهم النقط التي يشعر فيها المواطن بالضعف أمام إغراء الرشوة بنسبة تقديم رشوة تبلغ على التوالي 53 في المائة و43 في المائة. يبدي المواطن ضعفا اكثر ويستسلم للرشوة.

شكل 4:النسبة الإجمالية للرشوة حسب المجال



يتعاطى لها عددا كبير من المرضى

كشفت الدراسة ان حوالي 3 اشخاص من اصل 10 لجاوا للرشوة بالمؤسسات الصحية العمومية. وفي نظر الموظفين فان المرضى او مرافقيهم هم من يحرك هذه العملية. وترتبط مبالغ هذه الرشوة واشكالها بالفئة السوسيومهنية للمريض وسنه مع تكافؤ بين الرجال والنساء. وفي هذا الصدد نجد ان المسنين والأشخاص ذوي الدخل المحدود هم الاكثر عرضة لهذه الآفة.

يرى المرتفقون ان الرشوة أصبحت أمرا عاديا في قطاع الصحة العمومية. ويرى أكثر من نصف الأشخاص المستجوبين انها أصبحت سلوكا عاديا ومعمولا به.

أما دواعي الرشوة فيمكن أن تتخذ عدة ابعاد حسب طبيعة الأداء المقدم(الاستقبال، والتوجيه، الدواء برمجة العملية الجراحية،...) والفئة السوسيومهينة للاشخاص المعنيين بها. وقد صرح اكثر من ربع العينة المستجوبة بأنهم لجأوا للرشوة من اجل الاستفادة من معاملة مناسبة. بينما يرى 30 في المائة انهم قدموا رشاوى من اجل الحصول على خدمات ليست من حقهم (الحصول على أدوية أكثرمن تلك الموصوفة من طرف الطبيب، عدم الانتظار بالطابور، الحصول على شهادة طبية غير مبررة، تقديم تاريخ موعد العيادة...). كما يمكن للرشوة أن تنجم عن دوافع أخرى: الاستفادة من خدمة ذات جودة عالية، التتبع من طرف الطبيب المفضل للمريض، الاستفادة من خدمات تفضيلية، ....

...حتى اولئك الذين يتمتعون بتغطية صحية

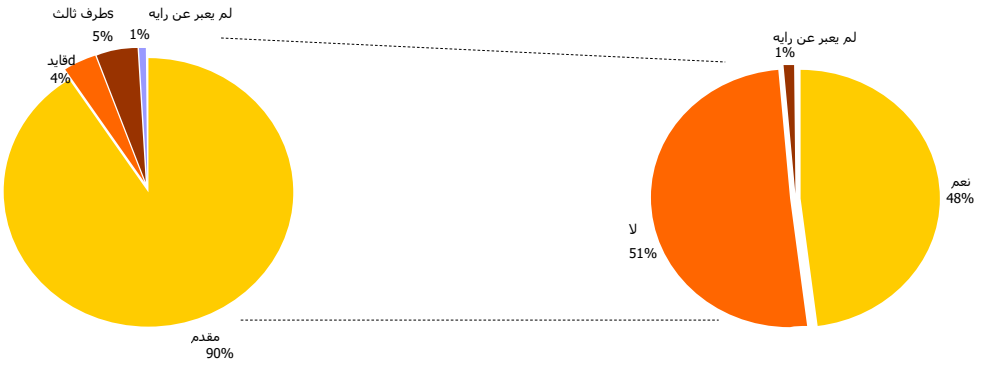
كشفت الدراسة أن 45 في المائة من المواطنين المتوفرين على تغطية صحية قدموا رشاوى في شكل مبالغ مالية سواء بالمستشفيات العمومية أو بالمصحات الخاصة.

شكل 5:المرضى المتوفرون على تغطية صحية والذين قدموا رشاوى

أما بخصوص المرضى ذوي الدخل المحدود فان الحصول على شهادة الاحتياج هي الوسيلة الوحيدة للاستفادة من تحمل مصاريف المرض بالمستشفيات العمومية. وفي هذا الإطار تعاني آلية تحديد الأشخاص المعوزين عدة اختلالات تجعلها غير ملائمة (مساطر غير رسمية حول أبحاث التحقق من الوضع الاجتماعي، ضعف التنسيق بين السلطات المحلية لتجميع المعطيات على المستوى المركزي،...) مما يؤثر سلبا على الفعالية الاجتماعية لهذا النظام.

و بالفعل فقد صرح 48 في المائة بأنهم قدموا رشاوى من اجل الحصول على شهادة الاحتياج. وتراوح نصف هذه المبالغ المقدمة ما بين 100 و 200 درهم . وبحسب المستجوبين فان المقدمين الذين لديهم سلطة تقديم هاته الشهادات يستفيدون من هذه الرشاوى في 90 في المائة من الحالات.

شكل 6:تقديم الرشوة من اجل الحصول على شهادة الاحتياج وتوزيعها حسب نوعية الفاعل



وبحسب موظفي الصحة فالاختلالات المرتبطة بتدبير الشواهد الاحتياج تؤثر بشكل كبير على مداخيل مؤسسات الصحة العمومية.

"المرضى المعوزون يمثلون حوالي 70 في المائة من الحالات المعالجة بالمستشفى وهو ما يشكل عائقا امام تحسين المداخيل وبالتالي جودة الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة. كثير من المستفيدين الذين لا يستحقون هذه المساعدة يلجاون لارشاء المؤسسة المعنية للحصول عليها"

مدير المركز الاستشفائي الاقليمي لمراكش

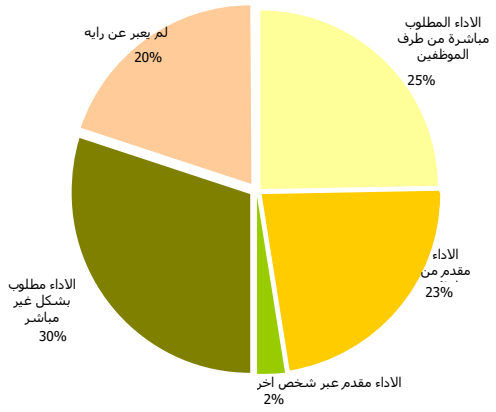
2-2-تورط الفاعلين في ممارسة الرشوة

قد يتورط في ممارسة الرشوة متدخلين اثنين (الراشي والمرتشي) أو أكثر (الراشي والمرتشي والرائش) ومن الصعب التمييز بين الفاعل وضحية الرشوة.

<u>مواطنون ضحايا ومتواطئون</u>

تختلف الآراء حول المسؤولية عن بدء ممارسة الرشوة في قطاع الصحة.

شكل 7: الفاعل المحرك للرشوة



ويرى موظفو الصحة ان الموظف هو "المحرك الأول لكل ممارسة للرشوة". ويتحمل المسؤولية في اغلب حالات ممارسة الرشوة.

وبالمقابل يندد المواطنون بالابتزاز الممارس من طرف موظفي الصحة : حيث صرحوا بنسبة 55 في المائة بان المبالغ المقدمة كرشاوي ناجمة عن طلب من موظفي قطاع الصحة وان 25 في المائة من هذه الطلبات تمت بشكل صريح.

كما أن عدم التبليغ عن هذه الممارسات من طرف موظفي الصحة يمكن تفسيرها كتواطؤ ضمني من طرف المواطن. ومن شان التردد في التبليغ ان يشجع الفاعلين على التمادي في ممارسة الابتزاز والابتزاز التهديدي عند الاقتضاء.

<u>وسطاء يستغلون ثغرات نظام المراقبة</u>

" هؤلاء الوسطاء سبق لهم احيانا او لأقاربهم ان استفادوا من علاج بالمستشفى و قد يكونون من ساكنة الحي الذي يتواجد به المستشفى وقد تمكنوا من نسج علاقات مقربة مع اعضاء الفريق الطبي

طبيب باحد المراكز الاستشفائية بالدار البيضاء

"يتجولون في ممرات المستشفى او بالمداخل وقد نجدهم ايضا في المقهى المقابل"

مدير مركز استشفائي اقليمي بالرباط

وقد يسهل جهل المواطنين بمساطر تحمل مصاريف علاج المرضى ظهور بعض الوسطاء. ويشكل هؤلاء حسب موظفي الصحة حجر الأساس لممارسات الرشوة بالمستشفيات العمومية. هؤلاء الذين يسمون أيضا ب "الوسطاء" بالمستشفى يستغلون خوف المرضى وضعفهم ليقترحوا عليهم مسالك اخرى موازية. فهم يتحكمون في مساطر الاستفادة من الخدمات ويعرفون أعضاء الفريق الطبي وتخصصاتهم.

ويمكن يؤدي دور الرائش كل من :

- مهنيو الصحة (الممرض الماجور، الممرض،....)
- مهنيو الصحة المستخدمون عن طرق المناولة (المنظفات، حراس الامن،....)
- مساعدو الفريق الطبي (الهلال الاحمر، عمال سيارات الاسعاف، موظفو الجماعات،....).

ويعمل هؤلاء إما لحسابهم الخاص او لحساب الفاعل "المرشي" مقابل الحصول على نسبة من المبالغ المستلمة.

ويتسلمون هذه المبالغ في الغالب من مواطنين مقابل تقديمهم للأطباء على انهم من افراد عائلاتهم وتمكينهم من الاستفادة من معاملة تفضيلية (القبول المباشر، علاج جيد،...).

مهنيو الصحة المحتمل استفادتهم من الرشوة

يستفيد مهنيو الصحة (الاطباء والممرضون) مباشرة من الرشوة لكنهم يصرحون بان الاشخاص المعنيين بهذه الممارسة هم قلة قليلة بالمقارنة مع باقي الموظفين النزهاء.

كما ان المتورطين من مهنيي الصحة في الرشوة معروفون لدى المواطنين والوسطاء (الفاعلون "المرجعيون" للرشوة).

يرى المرضى انهم عاشوا تجربة الرشوة مع الموظفين بنسبة 63 في المائة مع الممرضين، تليها تجربتهم مع الاطباء بنسبة 16 في المائة، واخيرا مع عمال الامن بنسبة 8 في المائة.

كما كشفت الدراسة تورط عمال سيارات الاسعاف في ممارسة الرشوة. حيث يمارسون الابتزاز على مرافقي المرضى المنقولين / المسعفين (مثلا : اداء ثمن الوقود السيارة الاسعاف). وكشفت التعاليق المستقاة خلال هذه الدراسة ان هذه الممارسات تهم سيارات الاسعاف في القطاعين العام والخاص على حد سواء.

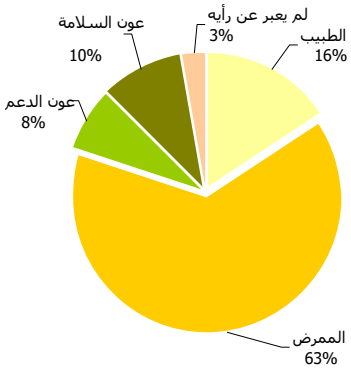
"اليوم يتم يوميا اجراء مفاوضات بين بعض الاطباء والمرضى لبيع خدمات اضافية/غير شرعية (عملية قيصرية او تقديم المواعيد في اغلب الحالات)"

ممرضة بمركز استشفائي اقليمي بالدار البيضاء

للاستفادة من ولادة قيصرية تلج بعض النساء المستعجلات في الوقت الذي يكون فيه الاطباء "المتوطئون في الرشوة "خلال فترة الحراسة. حيث يتم تسجيل المريضة على انها تحتاج لتدخل جراحي مستعجل ويتم اعداد الملف الطبي لهذه العملية بتسجيل اعراض طبية غير صحيحة"

مندوب اقليمي لوزارة الصحة

شكل 8 :مستويات تجريم المواطنين لموظفي الصحة



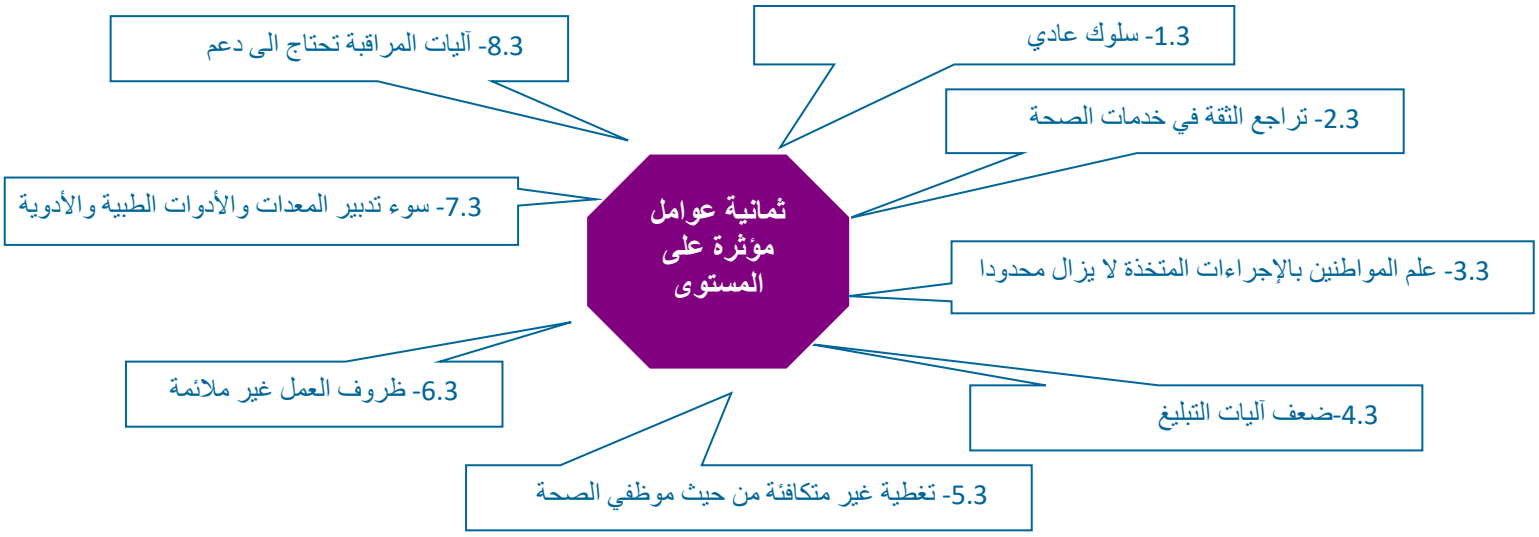
"يتم تحديد سعر الرحلة من طرف سائقي سيارات الاسعاف. ويقوم باختيار الزبناء على اساس امكاناتهم المادية. ويتم توجيه المتوفرين على تغطية صحية نحو المصحات الخاصة. ويتم دفع 500 درهم مقابل كل زبون يتم احضاره لهذه المصحات"

طبيب بمركز استشفائي اقليمي بالدار البيضاء

3 العوامل المساعدة على انتشار الرشوة في قطاع الصحة ورافعات العمل

تساهم عدة عوامل في تفشي ممارسة الرشوة على كافة مستويات قطاع الصحة. وقد تم حصرها خلال هذه الدراسة في ثمانية عوامل. وتشكل مكافحتها الرافعات التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار للوقاية من هذه الآفة.

شكل 9:العوامل المؤثرة على مستوى الرشوة



3-1سلوك عادي

أصبحت الرشوة بمختلف اشكالها سلوكا تعاني منه كافة القطاعات ويمكن اعتبارها "مرضا من أمراض المجتمع".

استعداد لتقديم الرشوة.

يساهم تأثير المحيط المباشر وغير المباشر (الاسرة، المحيط، الاعلام،...) الذي تعيش فيه ضحية الرشوة في انتشار هذه الظاهرة وانتقالها للاجيال القادمة. ويتجسد هذا التاثير في الامثال الشعبية السائرة والنكث المتداولة حول هذه الظاهرة والتي تسيء لسمعة مهنة الصحة.

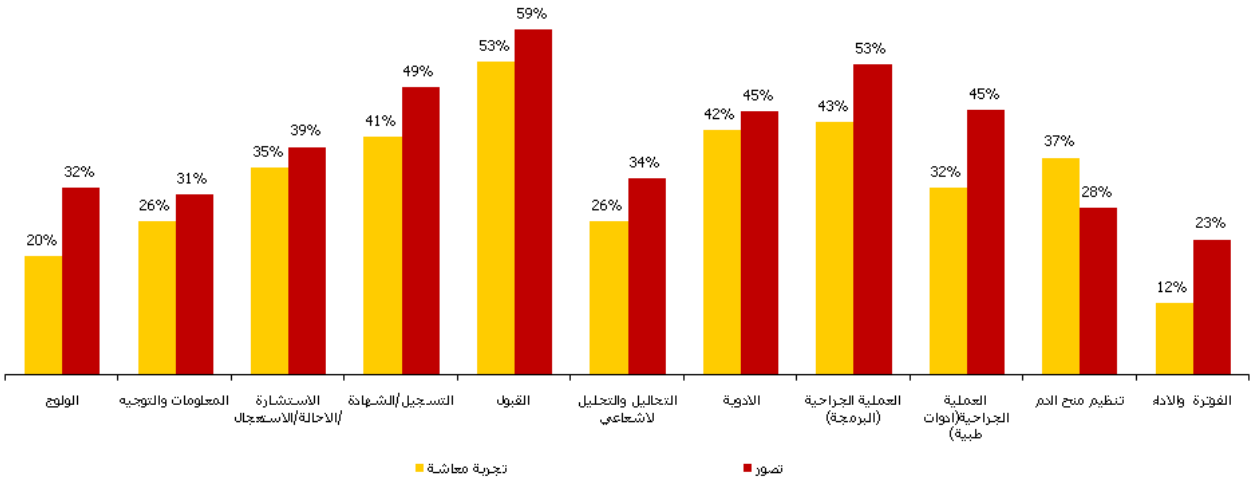
وينظر المواطنون الرشوة اليوم كممارسة روتينية وضرورية لدوران عجلة المصالح العمومية على احسن وجه.

وتفيد المقارنة بين نسبة تصور الظاهرة من طرف المواطنين مع نسبة التجارب المعيشة التي صرحوا بها ان هذه الظاهرة مقبولة من طرف المواطنين.

"...ياتي المرضى ومرافقوهم مستعدين لتقديم الرشوة مقابل الاستفادة من معاملة تفضيلية او خدمات ليس لهم الحق فيها"

ممرضة بمركز استشفائي اقليمي بالدار البيضاء

شكل 10: نسب الرشوة المعاشة في مقابل نسب الرشوة المنظور اليها كممارسة "غالبا" و"دائما"



ومن جهة أخرى يرى المواطنون ان "تقديم هدايا بسيطة " يدخل في اطار الممارسات اليومية للمغاربة كتعبير في اغلب الحالات عن امتنان مقابل الاستفادة من خدمة ما. وتختلف اشكال وقيمة هذه الهدايا حسب الطبقة السوسيومهنية التي ينتمي اليها مقدم الرشوة ومدى الرضى بالخدمة المقدمة.

كما يساعد عدم معرفة موظفي الصحة لأشكال الرشوة او رفضهم للتعرف عليها على ظهور هذه الآفة. ويرفض موظفو الصحة من حيث المبدا كل ممارسة للرشوة لكنهم "يسمحون بشرعية" ما يسمونها الهدايا والمنح .

"يمكن ان نتحدث عن رشوة الا اذا تلقى الطبيب المعالج /الممرض مقابلا ماديا للعمل العلاجي او لخدمة تفضيلية غير مستحقة للمريض. لكن عندما يتلقى هذا التعويض بعد هذه الخدمة ومقابل خدمة عادية مؤداة فالامر يتعلق "بهدية " وهو امر مشروع"

طبيب رئيس بمركز استشفائي اقليمي بطنجة

ومن جهة اخرى لا يتم دائما التنديد بالمعاملة التفضيلية كممارسة للرشوة. ويتم اعتبارها احيانا من طرف الموظفين كتعبير عن التضامن معهم.

"قدمت لي المنظفة مريضة من اقاربها اتت من مدينة اخرى قصد العلاج والتي لم تتمكن من المرور عبر المسطرة العادية (الاستقبال، الموعد,,,) لقلة الامكانيات، واخبرتني بانها رشت المنظفة للحصول على هذه المعاملة الاستثنائية.

عاش زملائي تجارب مماثلة مع موظفي الصحة (الممرض الماجور، الممرض،...) وكذا مع اعوان الخدمة المشتغلين في اطار المناولة (اعوان السلامة، المنظفات، الحراس،....)

طبيب بمركز استشفائي اقليمي بالرباط

الضغوطات الممارسة من طرف الشخصيات النافذة

يساهم بعض الشخصيات النافذة في استمرار الرشوة داخل قطاع الصحة الذي يعرف بالمغرب تدخل عدة فاعلين في اطار تنفيذ مساطر المريض. وتؤدي الضغوط الممارسة من طرف الاشخاص والمؤسسات الضاغطة الى زعزعة المسار الطبيعي للأنشطة وتكرس ظهور شبكات تسويق معاملات تفضيلية.

ويسيء تدخل الاشخاص النافذين او الوسطاء للمؤسسات العلاجات ويطرح لها مشاكل من حيث احترام برامج أنشطتها (مثلا : برنامج العمليات الجراحية).

الادارة المركزية

يرى موظفو الصحة ان تدخل الشخصيات النافذة بالإدارة المركزية يتم على مستوى مدينة الرباط.

"نتلقى دائما طلبات من اشخاص نافذين وأحيانا من مسؤولين في وزارة الصحة كي يستفيد المريض من معاملة تفضيلية (تقديم الموعد، ظروف قبول احسن، العناية،.....)"

"الاشخاص النافذون يطلبون منا ضمان تتبع المريض عن كثب. ونتلقى دائما مكالمات هاتفية كي نتفقد الاشخاص الراقدين بالمستشفى"

ونستجيب لهذه الطلبات بالقبول كي لا نقع في المشاكل فيما بعد"

طبيب بمركز استشفائي اقليمي بالرباط.

شركة الصناعة الصيدلية

"يتطلب مجرد التسجيل في مؤتمر دولي 800 اورو وفي غياب مصاحبة من لدن الوزارة المعنية للمشاركة في هذه المؤتمرات الدولية والوطنية فان مهنيي الصحة يضطرون للموافقة على عروض شركات صناعة الادوية لتحمل مصاريف التسجيل" .

جراح بمركز استشفائي اقليمي بالرباط

. "انهم يدللوننا وسيكون من غير المنصف ان لا نصف للمرضى ادويتهم"

جراح بمركز استشفائي اقليمي بالدارالبيضاء

يشكل تمويل المؤتمرات وتحمل مصاريف الأطباء من طرف شركات تصنيع الادوية وسائل للتاثير على الفريق الطبي ودفعه لوصف الادوية / او الادوية الجنيسة التي تصنعها هذه المختبرات.

ويرى موظفو الصحة ان المؤتمرات الطبية فرصة سانحة لتحيين المعارف المهنية خاصة بالنسبة للأطباء الاخصائيين. كما تعتبر كذلك فضاء لتبادل المعارف بين مختلف حقول هذه المهنة.

وتشكل عينات الادوية المجانية بدورها وسيلة للتأثير على الأطباء وحثهم على وصف هذه الادوية.

شخصيات اخرى مؤثرة.

يمكن للرشوة ان تتم في اطار تبادل للخدمات بين الفاعلين المؤسساتيين (مسؤولو الجماعات، الشرطة،...) الذين يتعاملون مع المؤسسات العلاجية. ويتدخل هؤلاء الفاعلون بصفتهم اشخاص نافذين لضمان تحمل المستشفى لعلاج اقاربهم وأصدقائهم وجيرانهم.

"ان عدم وصف علاج متميز للمريض الذي احيل علينا من طرف شخصية نافذة يمكن ان ينجم عنه رفض المسؤولين الجماعيين للتعاون مع المستشفى" .

"بالنسبة للمرضى المحالين من طرف مصالح الامن قد يؤدي عدم مساعدتهم الى تاخر في تدخل قوات حفظ الامن "

طبيب بمركز استشفائي اقليمي بالدار البيضاء.

ويعد تعزيز قيم المواطنة في هذا الاطار من اهم الرافعات التي ينبغي العمل عليها للحد من هذه الظاهرة على عدة مستويات:

- الوعي بخطورة هذه الافة التي تعطل مسيرة التنمية الاقتصادية والاجتماعية للبلاد
- تحسين المعرفة بمختلف اشكال الرشوة والحد من دوافع اللجوء اليها

- رفع قدرات موظفي الصحة فيما يتعلق بمواجهة الضغوطات التي تمارسها شبكات المحسوبية واللوبيات.

3-2 تراجع الثقة في خدمات الصحة

يتسم القطاع الصحي بالمغرب بتراجع ثقة المواطن في جودة خدمات الصحة المقدمة من طرف الدولة.

"المرضى او مرافقوهم لا يأخذون وقتهم لقراءة الاعلانات"

"لم نتلق اي شكاية على مستوى صندوق الشكايات المقترحات التي وضعناها منذ سنتين"

اطباء بالمراكز الاستشفائية الاقليمية بالرباط

وبالفعل يتم اليوم فهم كل سلوك موظفي الصحة على انه ممارسة لضغط اخلاقي او دعوة ضمنية لتقديم الرشوة (ابتسامة او نكتة، رسالة استقبال موجهة للمواطن، تطبيق صارم للمساطر والقواعد المعمول بها،...).

وقد عبر المواطنون المستجوبون خلال هذه الدراسة عن عدم رضاهم بجودة الخدمات الصحية للدولة بنسبة 66 في المائة.

ومن شان إرساء ثقة المواطن في خدمات الصحة ان يتيح :

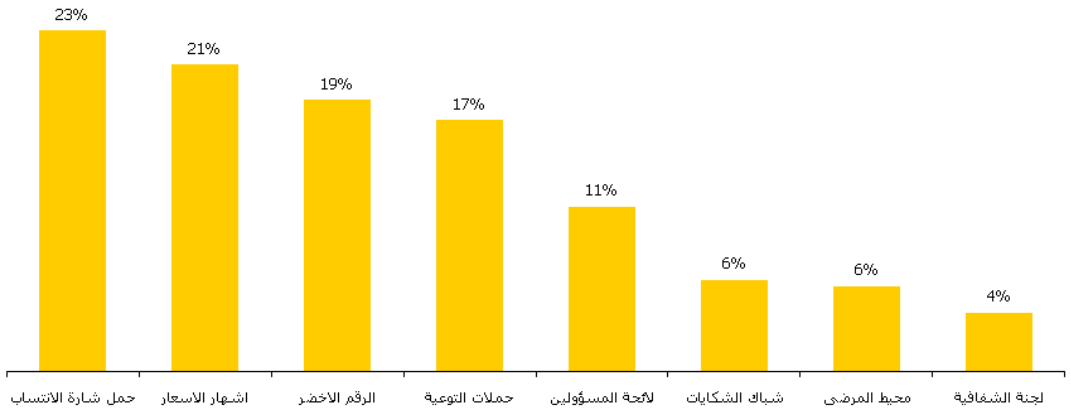
- رفع مصداقية خدمات الصحة في نظر المواطنين
- تقدير احترافية وجودة خدمات موظفي الصحة
- تقدير الجهود المبذولة من اجل تحسين الخدمات والحد من الرشوة بالقطاع.

3-3 علم المواطنين بالإجراءات المتخذة لا يزال محدودا

وضعت وزارة الصحة باسم "جعل المقرات أكثر إنسانية " وتحسين خدمات الدولة اجراءات ترمي لتحسين الاستقبال وتقديم المعلومات (مكاتب الاستقبال والتوجيه بالمدخل، كناش الاستقبال، صندوق المقترحات،...).لكن علم المواطنين بهذه الاجراءات لا يزال محدود نسبيا.

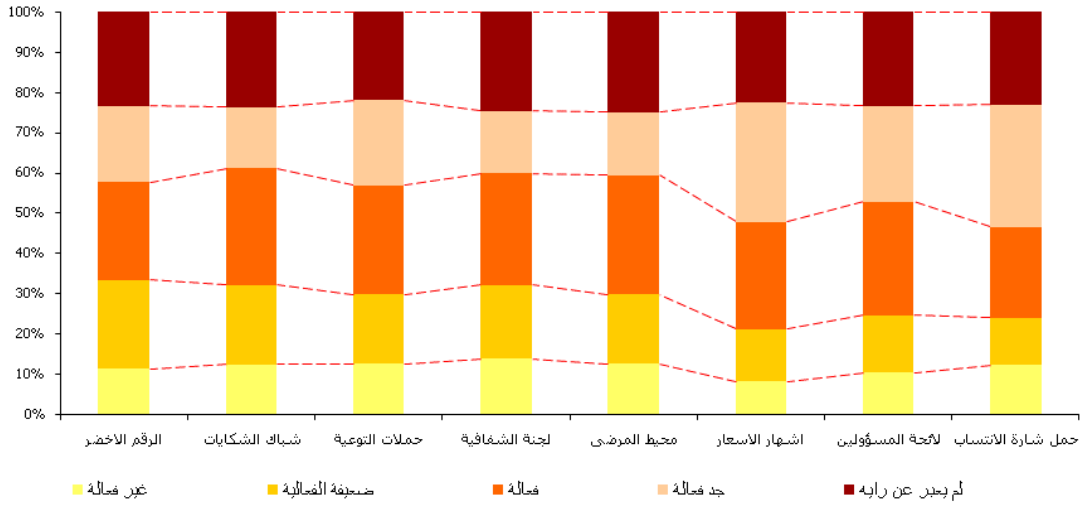
ويمكن تفسير هذ الوضع بارتفاع نسبة الامية ونقص وسائل التواصل بخصوص حقوق المستعملين وواجباتهم.

شكل 11: علم المواطنين بالتدابير المتخذة ضد الرشوة



اما المواطنون الذين يعلمون بوجود بهذه التدابير فيرون ان فعاليتها لا تزال ضعيفة. وبالفعل يرى ثلث المستجوبين الذين لهم علم بوجود اجراءات الوقاية من الرشوة انها غير فعالة ا وضعيفة الفعالية.

شكل 12:تقييم المواطنين لمستوى فعالية تدابير مكافحة الرشوة



كما أن بعض الإجراءات المتخذة من طرف وزارة الصحة لصالح المواطن لا تفهم على نحو صحيح. حيث يفسرون عدم استجابة الدولة لتحقيق مطالبهم التي يعتبرونها حقا من حقوقهم تشجيع على ممارسة الرشوة.

"يرفض بعض المرضى اداء الخدمات المقدمة مبررين ذلك بمجانية خدمات الدولة. شهد المستشفى تجارب وفضائح وتهديدات بالسلاح الابيض للموظفين في حال مطالبتهم بالاداء او في حال عدم توفر الادوية"

مدير بأحد المراكز الاستشفائية الاقليمية بالدار البيضاء

"نجد انفسنا كل مرة نقسم بالله بعدم وجود الادوية او العلاجات كي يصدقنا المريض. ويم احيانا تفسير رفض الرشوة على انه تعبير عن عدم الرضى بالمبلغ الممنوح. "

صيدلي بأحد المركز الاستشفائية الاقليمية بالدار البيضاء

3-4 ضعف اليات التبليغ

وفي غياب اطار تنظيمي للتبليغات بممارسة الرشوة والمساطر الشكلية لمعالجة وتتبع الشكايات فان المؤسسات العلاجية تجد نفسها مضطرة لارتجال مساطر للتحقيق غالبا ما يتخلى عنها المبلغ نفسه.

وكشفت الدراسة الميدانية أن نسبة التبليغ من طرف المواطنين بممارسة الرشوة ضعيفة جدا بحيث لا تتجاوز نسبة 1 في المائة من المستجوبين.

وترتبط اغلب تبليغات المستجوبين بالرشوة بالمصحات الخاصة. ولم يتم تسجيل أي تبليغ بالرشوة داخل المراكز الصحية (الحضرية والقروية).

"المواطن هو المحرك الرئيس للرشوة في اغلب الاحيان ويجعل تواطؤه من الصعب تحديد مستويات تورط فاعلي الرشوة.....

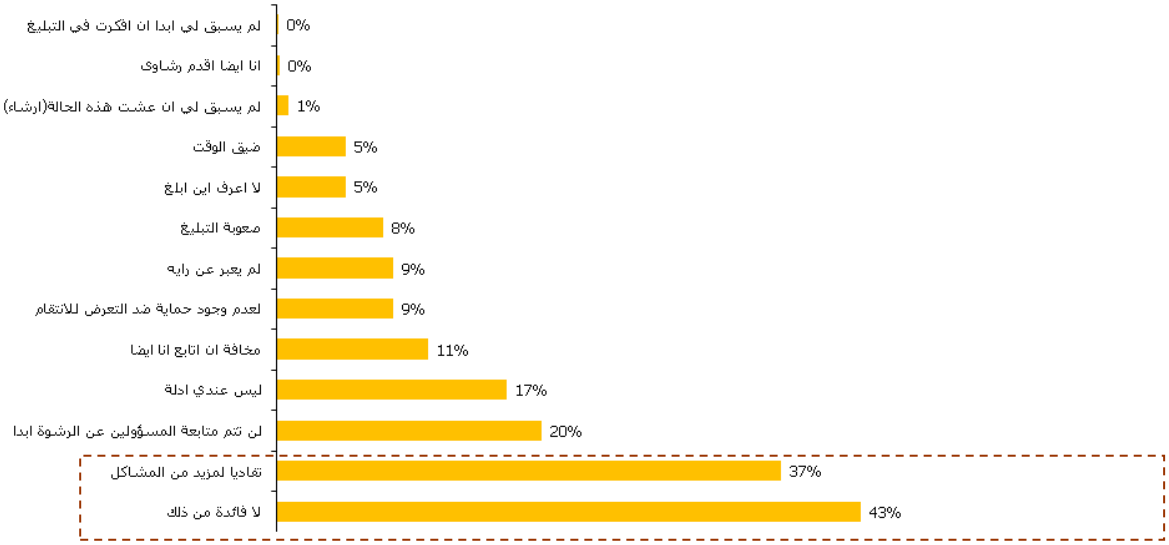
وفي الحالات النادرة التي تلقينا فيها شكاية بالابتزاز ضد مهنيي الصحة يقوم المبلغون بالتراجع عن شكاياتهم. ويمكن تفسير هذا التردد بعدم صحة هذا الممارسة او بالخوف من المتابعة بتهمة التحريض على الرشوة (الراشي والمرشي)".

مدير باحد المراكز الاستشفائية الاقليمية بالدار البيضاء

وبالنسبة لعموم الناس فإفلات بعض الفاعلين المضبوطين في حالة تلبس بالرشوة من العقاب هو الذي يكرس الشك في نجاعة المنظومة التنظيمية والقانونية ويثبط عزيمتهم في التبليغ بالرشوة.

وبينما يرى حوالي 63 في المائة بان تبليغ الرشوة لا فائدة منه وان المسؤولين المضبوطين في حالة رشوة لن تتم متابعتهم أبدا ، يختار 37 في المائة التزام الصمت لأنهم لا يريدون الوقوع في المشاكل.

شكل 13:اسباب عدم التبليغ بالرشوة



3-5 تغطية غير متكافئة من حيث موظفي الصحة

يتسم نظام الصحة في المغرب بنقص حاد في الموظفين خاصة الاطباء والمولدات والممرضين من جهة وبنقص في آليات التدبير الأداء من جهة ثانية.

امام الخصاص المسجل في الموارد البشرية لا يتردد المواطنون في اتهامنا بالتساهل. ويتم تفسير قلة موظفي الصحة بانه تحريض على الرشوة"

ممرضة بمركز استشفائي اقليمي بالرباط

ومن شان تطوير تدبير الموارد البشرية ان يسمح بتجاوز :

- النقص المسجل في قدرات التكوين والتوظيف مقارنة مع الحاجيات
- الحاجيات الملحة في بعض التخصصات الطبية مثل التخدير والامراض النسائية ....والجراحة العامة وطب الاطفال والامراض العقلية وحاجيات بعض التخصصات الجديدة من قبيل طب الشيخوخة و السرطان وامراض الكلي.
- التوزيع غير المتكافئ لمختلف التخصصات عبر المدن بحيث تتركز في المدن الكبرى خاصة الدار البيضاء والرباط والقنيطرة ومراكش واكادير وطنجة (حوالي 51 في المائة من التخصصات يتم ممارستها داخل العمالات).

وقد سمح وضع وزارة الصحة لخارطة صحية والبرنامج الجديد لانتقال موظفي الصحة بتحسين التغطية الجغرافية بكل التخصصات الطبية سواء من حيث عدد الاطباء او من حيث التخصصات.

3-6 ظروف العمل غير ملائمة

يعتبر مناخ العمل احد العوامل المساعدة على انتشار الرشوة. ويتجلى تاثيره في عدة مستويات :

- الحد من جودة الخدمات في نظر المرضى الذين يظنون انه من دون الرشوة لن يحصلوا على خدمات جيدة
- انعدام التحفيز لموظفي الصحة
- خلق اكتضاضات داخل المشافي تكون مصطنعة احيانا وتجعل المرضى يلجاون للرشوة
- صعوبة تدبير تدفق المرضى على المداخل والمخارج مما يضعف الامن بمقرات المؤسسات الصحية ويسمح بظهور "الوسطاء"
- طول المساطر يجعل المرضى يشعرون بالملل ويلجاون للرشوة

"اماكن العمل لا تليق لممارسة مهنة الصحة. ولابد ان تضع وزارة الصحة استراتيجية وطنية لانسنة اغلب مؤسساتها"

اطباء المراكز الاستشفائية بوجدة

وبالفعل يرى موظفو الصحة ان قدم وضعف مستوى تجهيزات المؤسسات الصحية يحد من جودة الخدمات في نظرهم . ولا يوفر اطار العمل الشروط الصحية والنظافة والسلامة الاساسية لممارسة الانشطة.

كما ان تهيئة اغلب المستشفيات بالمغرب يجعل من الصعب تدبير تدفقات مستعملي المستشفى. ومن شان الربط بين مختلف الخدمات (الأمومة، التشخيص، العيادة،...) ان يخلق تدفقات مختلفة وغير مضبوطة في الدخول والخروج.

ويؤدي هذا الوضع الى خلق ازدحام وفوضى تسبب انزعاج المرضى لكنها تشكل بالنسبة للمتعاطين للرشوة فرصة سانحة "لخلق مسالك موازية".

" يحتضن المستشفى عدة مصالح يتم الولوج اليها عبر بوابة واحدة. ويؤدي هذا الى حدوث تدفق كبير يصعب تدبيره.

يلج المرضى/الزوار المستشفى بسبب او بغير سبب مقبول (مثلا : ادعاء المرض من اجل ولوج المستشفى). يتجولون داخل الممرات والمصالح. ويستغلون احيانا فرصة تواجدهم بالمستشفى ليزوروا اقاربم في انتظار موعد عيادتهم "

وهو السلوك ذاته الذي ينتج عنه خلق "مجموعات للنقاش" بين مختلف المرضى حول الممارسات التي تسمح بالحصول على معاملة تفضيلية".

اطباء باحد المراكز الاستشفائية الاقليمية بالدار البيضاء

مدير مستشفى بمراكش

"كما ان مستعملي المستشفى الذين لا يعرفون بما يكفي اماكن مراكز العلاج يجدون انفسهم امام عالم مجهول مقلق ومعادي، لا يجدون فيه معالم تهديهم مما يشعرهم بالنقص نفسانيا وثقافيا. ويؤدي هذا الوضع الى قلقهم وشعورهم بالضعف امام اغراء الرشوة.

اطباء باحد المراكز الاستشفائية الاقليمية بالدار البيضاء

" المستفيدون من الرشوة في اغلب الحالات اشخاص من خارج الفريق الطبي (الهلال الاحمر، موظفو الجماعات، المنظفات....) . ويعتقد المواطنون خطا بسبب غياب زي يسمح بالتمييز بين موظفي الصحة وباقي الموظفين ان موظفي الصحة هم الذين يستفيدون من الرشوة. ويستلم هؤلاء الرشوة من المواطنين مقابل تقديمهم للاطباء على اساس انهم امن افراد عائلاتهم والاستفادة بالتالي من معاملة تفضيلية (الولوج المباشر ، حسن المعاملة،....)"

اطباء باحد المراكز الاستشفائية الاقليمية بالدار البيضاء

ان تنظيم الخدمات ببعض مراكز الاستشفائية لا ينسجم مع اجراءات تحمل المرضى. ويؤدي هذا النقص التنظيمي عموما إلى تمديد المسطرة وبالتالي زيادة مخاطر الرشوة.

"للاستفادة من موعد الرقود بالمستشفى ينبغي على المريض ان يعد حصيلة طبية طبقا للأجل المحدد من طرف الطبيب المعالج. لكن التحاليل اللازم اعدادها تتطلب الحصول على موعد ايضا مشروط بوفرة المعدات والفريق الطبي. ومن شان غياب التنسيق بين مختلف المواعيد ان يؤدي بالمرضى الى تقديم رشاوى لموظفي الصحة كي يبرمجوا هذه الاختبارات قبل تاريخ الرقود بالمستشفى طبقا لتوصيات الطبيب المعالج"

قسم الطب الاشعاعي بمستشفى بطنجة

كما ان البعد الجغرافي بين مختلف المراكز الصحية التي تقدم خدمات تكميلية يمكن ان يزيد من تعقد المسالك.

3-7 سوء تدبير المعدات والأدوات الطبية والأدوية

"تلاحظ هذه الحالة خاصة في مناطق الشمال والشرق وتعكس ضعف تنظيم مسالك توزيع الادوية . كما يمكن ان تعكس ايضا تفاهمات بين الادارة المركزية مع شركات انتاج الادوية من اجل بيع الادوية التي اوشكت تواريخ صلاحيتها على الانتهاء"

صيدلي بمستشفى بطنجة

نقوم بوصف ادوية تختلف عن الادوية الجنيسة المتوفرة بالصيدليات والمستشفيات ونتساءل دائما لماذا سمحت وزارة الصحة بوجود هذه الادوية"

صيدلي بمركز استشفائي اقليمي بالدار البيضاء

"...مسطرة الترخيص بالادوية الجنيسة لا يتم احترامها من طرف بعض الاطباء. ولا تعتمد وزارة الصحة من اجل الترخيص بهذه الادوية الجنيسة الا على شهادات المعادلة البيولوجية التي يتحتم على شركات الصناعة الصيدلية الادلاء بها"

طبيب رئيس بمركز استشفائي اقليمي بوجدة

كما ان سوء تدبير الموارد المادية (الادوات الطبية الأدوية،...) يساهم بدوره في ندرتها ويخلق اجواء ملائمة لتنامي الرشوة.

وعلى مستوى مسالك الادوية يشتكي بعض الموظفين من التأخير في تسلم الأدوية مما يؤثر على تاريخ صلاحيتها. كما عبروا من جهة أخرى عن عدم ثقتهم في بعض الادوية الجنيسة.

ان تجويد هذا التدبير قد يسمح بالفعل بالتخفيف من ضعف المواطن امام اغراء الرشوة والناجم اساسا عن :

- النفاد المزعوم للادوية والادوات الطبية بالمستشفيات
- الاعطاب التي تصيب المعدات الطبية باستمرار

3-8 آليات المراقبة تحتاج الى دعم

ان النقص المسجل في آليات مراقبة ملاءمة الخدمات للمعايير المطلوبة والمقتضيات التنظيمية التي تنظم مهنة الطب تهم في الواقع القطاعين العام والخاص على حد سواء.

ومن شان تعزيز هذه الآليات ان يخفف من انتشار الرشوة بالقطاع.

"يعود تاريخ اخر مراقبة لمطابقة شروط ممارسة مهنة طبيب الى سنتيتن. وينبغي بدل ذلك اللجوء لتفتيش على مستوى الجهات وتنسيقها مركزيا"

مدير مستشفى بطنجة

"لا نتمتع على أي سلطة للمراقبة على المصحات الخاصة. وتخضع مراقبة هذه المؤسسات لمساطر طويلة معقدة وتستدعي تدخل مختلف الفاعلين (وزارة الصحة، المديرية العامة للصحة، الهيئة الوطنية للاطباء، المديرية الجهوية للصحة)".

مندوب اقليمي للصحة

وبالفعل فالرشوة تتخذ عدة اشكال بحسب القطاع المعني .

- ففي قطاع العام تتجلى في ممارسة الاطباء الموظفين لمهنة الطب لحسابهم الخاص واختلاسهم للموارد والأدوية والمعدات،...
- وفي القطاع الخاص تتجلى ممارسة الرشوة في عدم احترام التسعيرة الوطنية، وتوجيه المرضى،...

4-آثار الرشوة على قطاع الصحة

تسيء ظاهرة الرشوة لحسن تدبير الموارد وتعرقل مجهودات الدولة الرامية لتحسين جودة الخدمات وتحقيق التنمية البشرية والعدالة الاجتماعية. وتؤدي لظهور تفاوتات اجتماعية وبالتالي اقصاء فئة عريضة من المجتمع و حرمانها من حقوقها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

4-1 الأثر الاقتصادي

تشمل الاثار الكارثية للرشوة في اغلب الحالات عدة فاعلين ووحدات (المرضى ومرافقيهم، والادارة العمومية، والطرف الدافع الثالث،...).

<u>للرشوة اثر اقتصادي على الضحية</u>

الصحة لاثمن لها في نظر عامة الناس. وعندما يخشى المواطن على صحته او حياته او صحة احد اقاربه، فانه يضطر لقيام ببعض السلوكات غير الشرعية اذا اقتضى الامر ذلك.

ان ثمن الرشوة الذي يتراوح بين 10 دراهم لولوج مؤسسة علاجية و 300 درهم للاستفادة من تقديم تاريخ اجراء عملية جراحية يشكل عبئا اضافيا على ميزانية المواطن.

ويتجلى الاثر الاقتصادي الاخر في زيادة تكاليف الخدمات والمواد. وتهم هذه الزيادة كل المواطنين وليس فقط ضحايا الرشوة. وتنجم عن مختلف النتائج الرشوة خاصة :

- النقص الحاد في الموارد بسب اختلاس المال العام والموارد المادية بدل استخدامها في الغرض الذي اقتنيت لأجله
- شراء مواد ومعدات غير ملائمة لحاجيات المرضى وذلك في اطار مشاريع اقتناء يتم تحديدها بناء على مصالح المرتشين.

<u>...الاثر على الدولة</u>

"البلدان التي تتخذ اجراءات لمكافحة الرشوة وتشجيع احترام الشرعية يمكنها ان ترفع الناتج الوطني بنسبة 400 في المائة"

البنك الدولي

ويتجلى اثر الرشوة على الدولة من الناحية الاقتصادية في تسجيل خسائر هامة للموارد العمومية (اختلاس المعدات والادوية، الحد من مداخيل مؤسسات العلاج،...) او المصاريف الزائدة والتي كان من المفروض ان تستخدم في انتاج موارد وخدمات هامة.

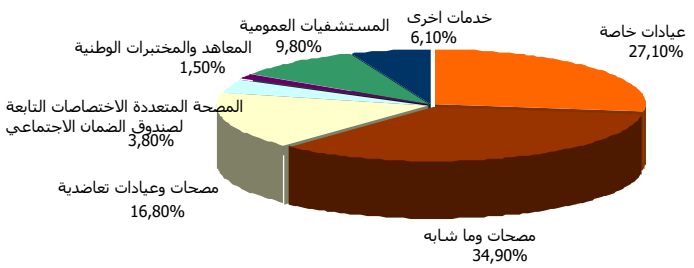
كما تؤثر الرشوة على حسن تدبير الشؤون العمومية وتشكك في ثقة المواطن ازاء خدمات الدولة. كما تؤثر على مصداقية المنافسة واتخاذ القرار واختيار المشاريع والممونين وتحديد الاسعار.

وبشكل عام فهي تؤدي الى تراجع مؤشرات الاداء بالبلاد. ففي سنة 2007 وحسب ترتيب ترانسبرانسي انترناسيونال احتلت المملكة المغربية الصف 72 من بين 180 بلدا بنقطة 3.5 . وبعد سنة على ذلك احتفظ المغرب بنفس النقطة لكنه انتقل الى الصف 80. وفي سنة 2009 تراجع بتسع رتب حيث انتقل من الصف 80 ب 3.5 الى الصف 89 ب 3.2 نقطة واتسمت سنة 2010 بربحه اربع نقاط جعلته ينتقل الى الصف 85 بمجموع 3.4 نقاط.

الاثر على الطرف الثالث المؤدي...

تعتمد انظمة التغطية الصحية (المنظمات المسيرة للتغطية الصحية الإجبارية، والتعاضديات ومقاولات التامين على المرض) في سداد مصارف المرض لمنخرطيها على اساس ما يقدمونه في فواتير العلاج. ويتم الاعتماد في السداد على اساس نسبة التغطية وعلى تسعيرة التعويض. لكن تفاديا لتقديم المنخرطين لمصاريف العلاج تقوم هذه الانظمة التي تصبح بمثابة الطرف الثالث المؤدي بعقد اتفاقيات مع اصحاب الخدمات العلاجية خاصة خدمات الرقود بالمستشفيات والعلاجات الثقيلة.

شكل 14: توزيع الاداءات في حالة الاداء من لدن طرف ثالث حسب نوعية الخدمات العلاجية



وتشكل الزيادة في فاتورة الخدمات العلاجية، والعلاج القسري او غير الضروري، والعلاجات الخيالية اهم ممارسات الرشوة التي تؤثر على ميزانية الطرف الثالث المؤدي. وتهم هذه الممارسات في غالب الاحيان القطاع الخاص.

وعلى سبيل الاشارة فان التعويض عن مصاريف العلاجات الطبية في المؤسسات العلاجية التابعة للقطاع (المصحات الخاصة وما شابهها، العيادات التعاضدية) شكلت في سنة 2009 اكثر من 75 في المائة من تعويضات التغطية الصحية الاجبارية التي انفقت في اطار التعويضات التي دفعها الطرف الثالث المؤدي.

4-2 الاثر على المبادئ الاساسية للمجتمع

تسبب الرشوة توزيعا غير متكافئ للثروات العمومية بين مختلف الفئات الاجتماعية. ويشكل المريض الضحية الاولى والأخيرة.

تراجع العدالة الاجتماعية

"لا بد من منح اكرامية او معرفة احد العاملين بالمستشفى للاستفادة من مساعدة معينة. كما ان ابداء الكرم يعتبر الصيغة الثالثة للاستفادة من خدمة مطابقة او تفضيلية. ويتم الحصول على هذه المزايا على حساب المرضى المنحدرين من اوساط متواضعة والذين يتحملون اثار هذه الممارسات (تاخير المواعيد، قلة الموارد....)".

طبيب للاطفال بمستشفى بمراكش

يؤدي انتشار هذه الظاهرة بقطاع الصحة الى تدهور صحة المرضى المنحدرين من اوساط متواضعة عبر العلاجات غير الملائمة والتاخرات في الحصول على المواعيد وعدم توفر الموارد (المعدات والادوية،...). ويمكن لتدهور جودة العلاجات والمبالغة في منحها لبعض الاشخاص الاخرين الى حرمان البعض الاخر منها.

وتتجلى في انتشار علاقة تتسم بهيمنة الاشخاص ذوي النفوذ وذوي حرية التصرف والتي تغير طبيعة المساطر الجاري بها العمل على حساب الاشخاص المعوزين.

"...ليس من النادر ان نجد مرضى يتألمون او يسبحون في دمائهم دون مبالاة احد فقط لانهم لم يقدموا الاكراميات الصغرى او لا يرافقهم شخص من ذوي النفوذ "

ممرضة بمركز استشفائي اقليمي بالرباط

حقوق الانسان

يشكل الحق في العلاج حقا انسانيا، ويحق لكل انسان ان يستفيد منه في ظروف عادلة. وتعتبر مختلف اشكال الرشوة (المحاباة ومحاباة الاقارب، والابتزاز التهديدي،...) عوائقا امام تنمية سياسة صحية تقوم

على العدالة الاجتماعية والديمقراطية. وتتسبب في ظهور عدة توثرات بين الضحايا المباشرين وغير المباشرين للرشوة.

ومن شان تضخم الرشوة ان يؤدي إلى حرمان الأشخاص المعوزين من حقوقهم الاساسية.

تدهور الصحة العمومية

تسبب ممارسات الرشوة عدة ماسي للمرضى وتنعكس سلبا على راحتهم وربما تتسبب في وفاتهم.

وفي ما يخص الادوية فان الممارسات المنافية لأخلاقيات المهنة تؤدي لانخفاض مخزونات الادوية المتوفرة بالمؤسسات الصحية بسبب اختلاسات المنتجات وكذا عرض ادوية خطيرة وعديمة المنفعة للبيع.

تراجع ثقة المواطن في الخدمات الصحية

" اليوم وبعيدا عن مسالة التعويضات، اصبح طلب اوقبول الرشوة سلوكا طبيعيا بالنسبة لبعض مهنيي الصحة. ولا يمكن ان نعتقد اننا سنقضي عليها من خلال تحسين الاجور، لانه سيتم فتح ابوب اخرى لممارسة الرشوة"

طبيب بمستشفى بمدينة وجدة

تؤثر الرشوة على معنويات المواطن الذي لم يعد يتق في خدمات الصحة العمومية وينتهي به الامر الى الشك حتى في مشروعيتها.

وتصبح بناء على ذلك اداة مهمة للاستفادة من الخدمات سواء المشروعة وغير المشروعة. وتشجع الخصوصيات السوسيوثقافية للمغرب انتشار "عقدة الرشوة" وانتقالها للأجيال المقبلة.

5-خارطة مخاطر الرشوة وتحليل ترددها وحدتها في قطاع الصحة

تعتبر الرشوة في قطاع الصحة ظاهرة معقدة تختلف اشكالها وابعادها حسب السياق والاطار الذي تمارس فيه وحسب الدوافع المرتبطة بممارستها.

وتبين النقط التالية هذا التعقيد وابعاد التحليل المتبع في اطار هذه الدراسة:

- تختلف ممارسات الرشوة حسب دوافع اللجوء اليها. بينما يكتسي بعضها طابعا استعجاليا او حيويا (الحصول على موعد لاجراء عملية جراحية)، يبقي الاخر اقل حرجية (عدم الانتظار في الصف للاستفادة من خدمة ما). وتختلف مستويات التعرض لخطر الرشوة. كما يختلف تردد كل دافع من دوافع الرشوة والتاثيرات الناجمة عنه. ولابد من اخذ هذا المكون بعين الاعتبار خلال تحليل النتائج.
- الخدمات المقدمة من طرف المؤسسات الصحية، ومهامها وطريقة تسييرها كلها عوامل تجعل ممارسة الرشوة ترتبط ارتباطا وثيقا بنوعية المؤسسة الصحية (المستشفى، المركز الصحي، المصحة،...).
- تتسم ممارسة الرشوة بالبعد الجهوي والثقافي. وترتبط ارتباطا قويا بالنسيج السوسيواقتصادي وخاصية التنوع التي تميز المدن المغربية.

اذا كانت مختلف مظاهر الرشوة تلقى نفس درجات الاستنكار من الناحية الأخلاقية الا ان اثارها الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والسلوكية متنوعة ومختلفة.

يمكن الحد من ممارسات الرشوة وانتشارها من خلال استخدام وسائل متنوعة ومختلفة. وفي هذا الاطار اتخذت والحكومة والجهات الوصية مجموعة من التدابير للحد من هذه الظاهرة او الوقاية منها اما بشكل مباشر او غير مباشر.

ان دراسة ظاهرة بهذه الدرجة من التعقيد يتطلب تعميق التحليل على مستوى مختلف ابعادها المذكورة اعلاه لجمع كافة المعطيات الضرورية من اجل تحديد الاستراتيجيات والاجراءات الوقائية او العقابية اللازمة.

وفي هذا السياق يمكن للمقاربة عبر المخاطر ان تأخذ بعين الاعتبار هذه الصعوبات من اجل تحديد مختلف التجليات المحتملة او الملاحظة للرشوة في قطاع الصحة وتنظيمها وترتيبها حسب درجة احتمال وقوعها وحسب حدة الانعكاسات والاثار الناجمة عنها.

وقد تم استكمال هذا التحليل بتقييم فعالية التدابير المتخذة لمكافحة الرشوة التي تمت ملاحظتها ومناقشتها خلال لقاءات مهنيي قطاع الصحة. وقد اتاح ذلك تحديد الاستراتيجيات والإجراءات اللازم اتخاذها بناء على حرجية خطر الرشوة وعلى مستوى فعالية التدابير المطبقة لمحاربة للرشوة.

وهكذا فوضع هذه الخارطة يهدف الى توصيف الرشوة بالقطاع وتحليل العوامل المساعدة عليها وتقييمها. كما يهدف ايضا لتقديم اقتراحات بشان وضع استراتيجية جديدة للوقاية من الرشوة في قطاع الصحة وتحديد التدابير الملموسة الملائمة والعملية للتحكم فيها.

وقد اعتمدنا في وضع خارطة المخاطر هذه في البداية على احصاء مخاطر الرشوة (التجليات المحتملة او المسجلة) المرتبطة بمختلف المساطر المدروسة (الاستقبال والتوجيه، البرمجة، تدبير الادوية،...). اما الخطوة الثانية فخصصت لتصنيف هذه المخاطر بالاعتماد على جدول للتنقيط من اجل تقييم اثرها واحتمال وقوعها. وقد سمح لنا هذا التوصيف تقييم درجة حرجية مختلف المخاطر التي تم تحليلها.

قد اتاحت لنا مقارنة مستوى حرجية المخاطر مع فعالية التدابير المتخذة التحكم في هذه المخاطر (المساطر، المراقبة الداخلية، نقط المراقبة،...) وفي النهاية تحديد برامج المعالجة الملائمة لكل مجموعة من المخاطر.

وتبين الخطاطة اسفله المراحل الاساسية لانجاز خارطة هاته المخاطر:

5-1 تحديد المخاطر المحتملة للرشوة

لقد اعتمدنا من اجل تحديد مخاطر الرشوة على إحصاء وتحليل مختلف الدوافع التي تتسبب في القيام بهذا السلوك. وقد تم انجاز هذه المهمة من خلال تحليل مختلف المجالات والمساطر المرتبطة بقطاع الصحة وحاول تحديد الثغرات الاختلالات (من قبيل : ضعف مستوى القواعد المسطرية، غياب /ضعف اليات المراقبة والتتبع،...). التي قد تساهم في انتشار هذه الظاهرة وذلك باتباع مقاربة عبر المخاطر.

وقد سمح تحليل مختلف الاليات المدروسة بتحديد 87 خطرا موزعة على الشكل التالي:

الجدول 1: توزيع مخاطر الرشوة حسب الالية

الالية	عدد المخاطر الرشوة المسجلة
الولوج والقبول	1
شراء الادوية	4
شراء وصيانة التجهيزات	4
القبول	10
التحاليل والمعالجة الاشعاعية	7
العيادات /العلاج	17
تسجيل الادوية	4
الاخبار والتوجيه	6
الادوية	7
العمليات	5
الوصفات/الشهادات	12
الموارد البشرية	2
التسعيرة/السداد	5
نقل الدم	3
المجموع	**87**

الجدول 2: توزيع مخاطر الرشوة حسب نوعية المنظمة

نوع المنظمة	عدد المخاطر المسجلة
الادارة المركزية لوزارة الصحة	14
مركز صحي	15
مصحة	12
المركز الجهوي لتحاقن الدم	2
مستشفى	42
مختبر خاص	2
المجموع	**87**

5-2 تنقيط مخاطر الرشوة المحددة

تعتبر مرحلة تنقيط مخاطر الرشوة المحددة سلفا مرحلة اساسية قبل اعداد خارطة مخاطر الرشوة التي تعتبر اداة اساسية في مجال اتخاذ القرار بشان التدابير والاستراتيجيات اللازم اتباعها للوقاية من آفة الرشوة.

ويتجلى الهدف من وراء تنقيط المخاطر في ترتيبها من حيث درجة التعرض للرشوة/احتمال الوقوع ، ومن حيث درجة التاثير المحتمل لهذه المخاطر.

وتتخذ الاثار المرتبطة بمخاطر الرشوة اشكالا ودرجات متباينة حسب الممارسة في حد ذاتها وحسب السياق الذي تمت فيه:

- الاثر الاقتصادي: على المتورطين في الرشوة وعلى الطرف الثالث المؤدي (المجتمع...)
- الاثر الاجتماعي : العدالة- الانصاف- حقوق الانسان- الثقة في المؤسسات...
- الاثر السلوكي والثقافي : التشبع بالثقافة وانتقال السلوكيات...

5-3 تصنيف احتمال الوقوع مخاطر الرشوة

تهدف هذه العملية لتصنيف مخاطر الرشوة التي تم تحليلها ووضعها على سلم من 1 الى 4 (1 اقل مستوى و 4 اعلى مستوى) يعكس درجة التعرض للرشوة/درجة احتمال وقوع الرشوة حسب المخاطر.

طريقة الاحتساب

- يتم جمع المعطيات المطلوبة لتقييم هذا البعد التحليلي بفضل الدراسة الميدانية وينم استكمالها بواسطة ورشات التي يتم تنظيمها مع مهنيي قطاع الصحة
- تم تقييم تردد كل خطر بناء على البحث الميداني
- يتم مقارنة هذا التردد المحتسب مع اكبر تردد مسجل

يتم توزيع مخاطر الرشوة حسب احتمال الحدوث كما يلي:

الجدول 3 : توزيع مخاطر الرشوة حسب احتمال الوقوع

احتمال الوقوع	المجموع
1	61
2	14
3	10
4	2
المجموع	**87**

5-4-تسجيلات مخاطر الرشوة حسب طبيعة الاثر

يتمثل الهدف من عملية التنقيط في تقييم مستويات اثر مخاطر الرشوة على المجالات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسلوكية:

← الاثر الاقتصادي:

قد تتسبب الرشوة في بعض الاثار الاقتصادية ل :

- ضحايا الرشوة وتتجلى هذه الاثار في المبالغ المالية التي يقدمونها كرشوة (في حالة الابتزاز) او كمصاريف يؤدونها للمؤسسات الصحية الخاصة في حال رفضهم اللجوء للرشوة في القطاع العام او لعدم رضاهم بمستوى الخدمات المقدمة؛
- الدولة من خلال اختلاس الاموال المخصصة للصالح العام؛
- الاطراف الثالثة المؤدية في حالة التزوير او خرق القانون.

<u>طرق التقييم</u>

لتقييم الاثار الاقتصادية للرشوة يتم الاعتماد على المعايير التالية:

- العجز المسجل او الخسائر المحتملة بالنسبة للدولة او للطرف الثالث المؤدي
- كلفة الرشوة على ميزانية الاسر (اخذا بعين الاعتبار معدل المستوى السوسيواقتصادي للاشخاص المتورطين في هذه الممارسة)

ويتم تحديد درجة اثر كل خطر اقتصادي للرشوة على المواطن الضحية المحتمل من جهة ، وعلى الدولة والطرف الثالث المؤدي من جهة اخرى.

الجدول 4 : شبكة التنقيط الاثر الاقتصادي

	على المواطن	على الدولة والطرف الثالث المؤدي
1-ضعيف الخطورة	قليل الخطورة	قليل الخطورة
2-متوسط الخطورة	قليل الخطورة	خطير
3-خطير	خطير	قليل الخطورة
4خطير جدا	خطير	خطير

توزيع عدد المخاطر المحللة حسب المعايير المتبعة لتقييم الاثر الاقتصادي للمخاطر .

الجدول 5 : توزيع المخاطر حسب المعايير المتبعة للتقييم

مستوى التاثير	قليل الخطورة	خطير
على الضحايا المحتملين للرشوة	55	32
على الدولة والطرف الثالث المؤدي	44	43

الجدول 6: توزيع مخاطر الرشوة حسب مستوى التاثير الاقتصادي

التنقيط	المجموع
1	24
2	31
3	19
4	13
المجموع	**87**

← الاثر الاجتماعي

من الناحية الاجتماعية تسبب الرشوة :

- نتائج سلبية على معنويات المواطنين الذين يفقدون الثقة في المؤسسات
- التوزيع غير المتكافئ للثروات والمال العام بين مختلف طبقات المجتمع
- ظهور فوارق كبيرة ولامساواة وبالتالي الحرمان النسبي من حق اساسي الا وهو الولوج للخدمات العلاجية بالنسبة للفئة الاجتماعية المقصية بسبب الرشوة.

طرق التقييم

يتم تقييم الاثر الاجتماعي للرشوة اعتمادا على المعايير التالية :

- التشكيك في تطبيق قيم الانصاف والعدالة في معاملة المواطن
- الاثار السلبية على صحة المواطن
- الحرمان من حق الاستفادة من خدمة مشروعة
- التشكيك في ثقة المواطن في المؤسسة المعنية

ويتم بالنسبة لكل خطر تقييم المعايير السالفة الذكر بمنحها 0 او 1 (0 لاقل اثر او للاثر الضعيف و1 للاثر مهم او الكبير) وذلك حسب سياق الخطر وطبيعته.

ويشكل التنقيط النهائي للاثر الاجتماعي مجموع التقييمات التي اعطاها المستجوبون للمعايير الاربعة المحللة.

الجدول 7 : توزيع المخاطر حسب المعايير المتبعة لتنقيط الاثر الاجتماعي

المعيار	0	1
حقوق الانسان	**45**	**42**
الثقة	**5**	**82**
الانصاف والعدالة	**11**	**76**
حالة الصحة	**55**	**32**

الجدول 8 : توزيع المخاطر حسب مستوى تاثيرها الاجتماعي

التنقيط	المجموع
1	9
2	31
3	27
4	20
المجموع	**87**

← الاثر الثقافي والسلوكي

تتسبب الرشوة في انعكاسات ثقافية وسلوكية ما دام كل سلوك مرتبط بها يبقى مسجلا بالذاكرة الفردية للاشخاص المتورطين فيها او بالذاكرة الجمعية للاشخاص الذين عاينوا هذا السلوك. وتؤثر كل حالة على

نظرتنا لهذا السلوك المرفوض، كما تؤثر على سلوكنا في المستقبل في حال تعرضنا لحالة ارتشاء. وقد كشفت الدراسة الميدانية عن حالات اشخاص يخلطون بين الرشوة والاكراميات ويعتبرونها سلوكا مشروعا نسبيا.

ويتناسب الاثر الثقافي والسلوكي للرشوة تناسبا وثيقا مع طبيعة الممارسة وشكلها من جهة (ابتزاز، تجاوز القانون،) ومدى ارتباطها بالحاجيات الطبيعية للحياة اليومية للمواطن.

طرق التقييم

لتقييم الانعكاسات الثقافية والسلوكية للرشوة تم اعتماد المعايير التالية:

- طبيعة مخاطر الرشوة (الابتزاز، التغاضي عن تطبيق القانون..)
- ارتباطها بحاجيات دائمة او ظرفية للمواطن

ويتم تقييم الخطر المحلل من اجل معرفة إن كان يسبب حرمانا من احد الحقوق المشروعة، أو إن كان يتعلق بحاجة من الحاجات اليومية. ويقدم الجدول اسفله ملخصا لهذا التحليل :

الجدول 9 : معايير تحليل مستوى الاثر الثقافي والسلوكي لمخاطر الرشوة

	الرشوة المتسببة في الحرمان من احد الحقوق	تتعلق بحاجيات يومية دائمة
1 ضعيف الخطورة	لا	لا
2-متوسط الخطورة	لا	نعم
3-خطير	نعم	لا
4-خطير جدا	نعم	نعم

ويتناول الجدول التالي توزيع عدد المخاطر المحللة بالاعتماد على معيارين لتقييم اثر الثقافي والسلوكي

الجدول 10 : توزيع عدد المخاطر الرشوة حسب المعايير المعتمدة لتقييم الاثر الثقافي والسلوكي المحتمل

	نعم	لا
رشوة تتسبب في الحرمان من احد الحقوق	42	45
تتعلق بحاجيات دائمة	37	50

الجدول 11 : توزيع عدد المخاطر الرشوة حسب مستوى التاثير

تنقيط التأثير الثقافي والسلوكي	عدد المخاطر
1	34
2	11
3	16
4	26
المجموع	**87**

5-5 تنقيط مستوى تأثير المخاطر

تتخذ مظاهر الرشوة واثارها اشكالا ومستويات مختلفة بسبب تعقد هذه الظاهرة. ومن اجل مقارنة ابعادها، فاننا نعتبر ان التنقيط الاجمالي لأحد مخاطر الرشوة هو اعلى تنقيط يمنح للاثر الاقتصادي والاجتماعي والثقافي والسلوكي.

الجدول 12 : توزيع عدد المخاطر المحللة حسب مستوى تاثيرها الاجمالي

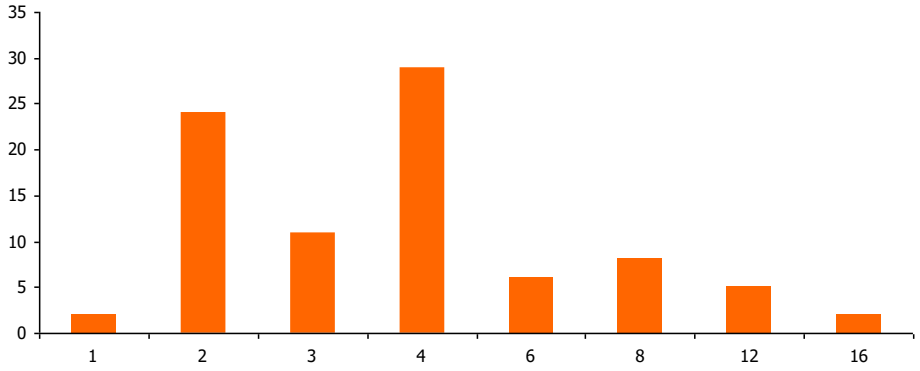
مستوى التاثير الاجمالي (التنقيطات)	المجموع
1	3
2	32
3	12
4	40
المجموع	**87**

5-6 حرجية مخاطر الرشوة

يتم قياس حرجية مخاطر الرشوة من خلال احتمال وقوعها ومستوى تاثيرها.

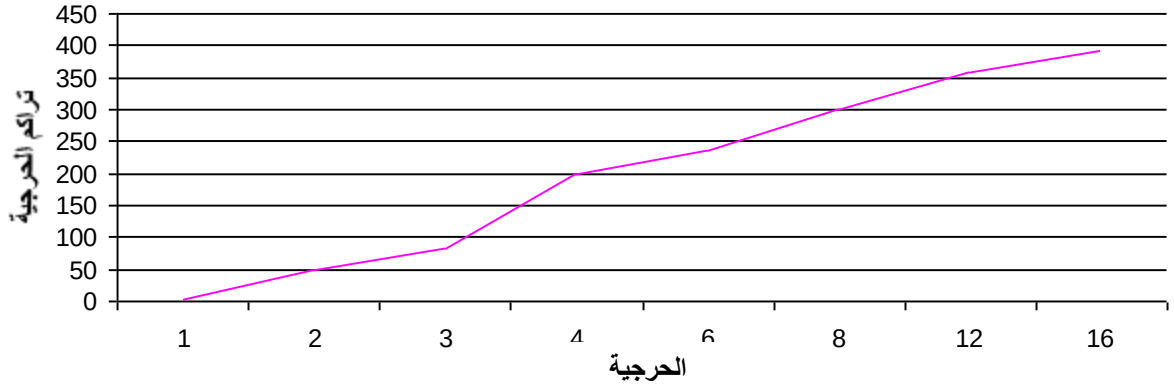
وتقتضي المقاربة عبر المخاطر تحليل هذين البعدين عبر حرجية المخاطر والتي ما هي الا نتيجة لجمع احتمال وقوع المخاطر مع مستوى التاثير الاجمالي المقدر.

شكل 15:توزيع عدد المخاطر المحللة حسب حرجيتها



وتبين الخطاطة اسفله توزيع تراكم حرجية المخاطر المحللة.

شكل 16: توزيع تراكم الحرجية



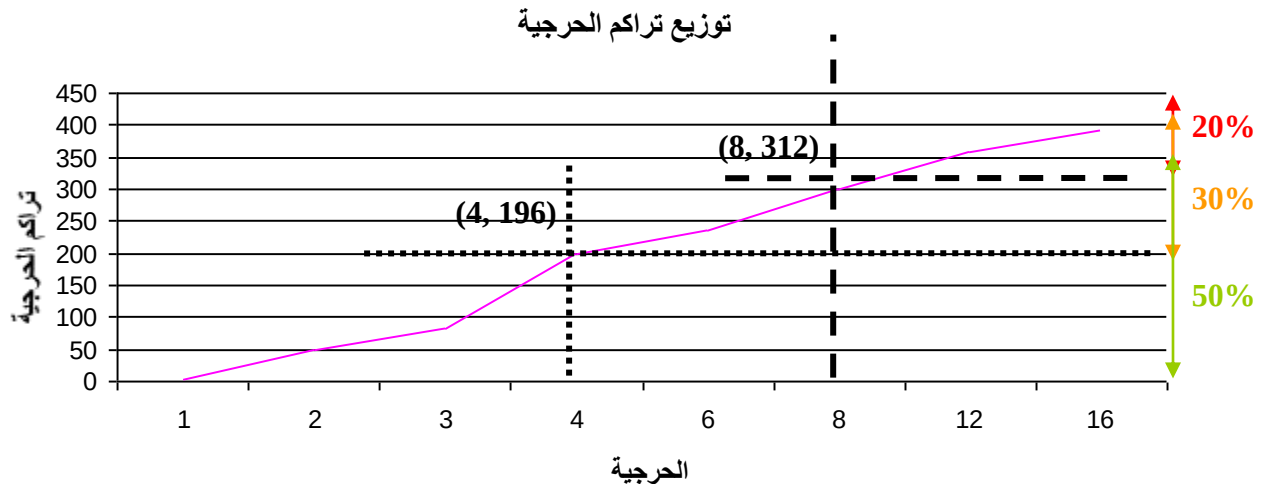
ويعتمد ترتيب المخاطر حسب مستوى حرجيتها على قاعدة ABC التي تحدد مستويات الحرجية بناء على درجة المخاطر : الكبرى والمتوسطة والضعيفة.

A: 20 في المائة من الحرجية الاجمالية

B : 30 في المائة من الحرجية الاجمالية

C: 50 في المائة من الحرجية الاجمالية

شكل 17: توزيع تراكم الحرجية باتباع منهجية ABC

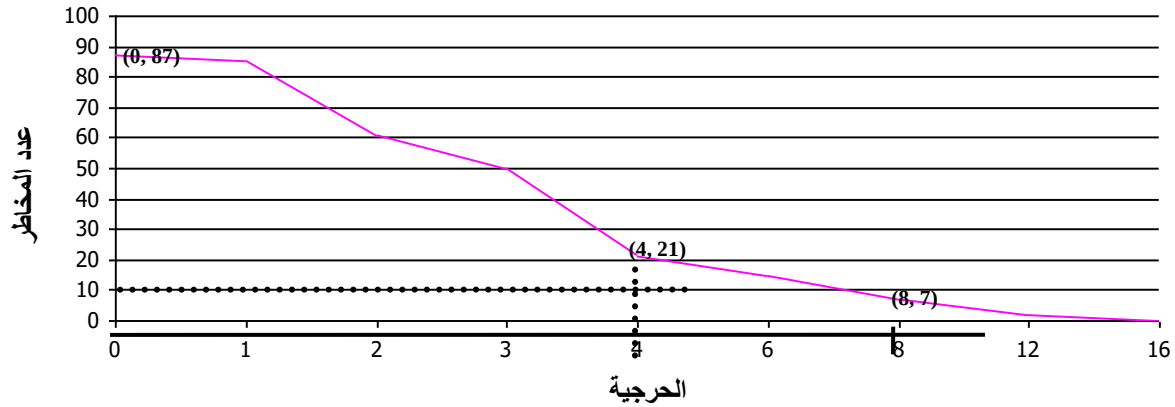


ويبين الرسم البياني اسفله توزيع عدد المخاطر حسب مستوى الحرجية

محور X: مستوى الحرجية

محور Y: عدد المخاطر ذات مستوى حرجية اعلى من x

شكل 18:توزيع المخاطر حسب مستويات الحرجية



يبدو من خلال الرسمين البيانيين ما يلي:

- المخاطر التي تتجاوز درجة حرجيتها 8 وعددها 7 تساهم نسبة 20 في المائة في التراكم الاجمالي للحرجية؛
- المخاطر التي تتجاوز درجة حرجيتها 4 وعددها 21 تساهم بنسبة 50 في المائة في التراكم الاجمالي للحرجية؛
- المخاطر التي تتروح حرجيتها ما بين 1و4 وعددها 66 وتساهم فقط بنسبة 50 في المائة في التراكم الاجمالي للحرجية.

ويبين الرسم البياني اسفله موقع عدد المخاطر بحسب مستوى حرجيتها واحتمال حدوثها :

شكل 19:تموقع المخاطر حسب الحرجية واحتمال الوقوع

احتمال الوقوع	4				2
	3		5		5
	2	1	4	1	8
	1	2	23	11	25
		1	2	3	4
		مستوى الاثر			

خطر من الدرجة A

خطر من الدرجة B

خطر من الدرجة C

5-7 تصنيف مخاطر الرشوة

ينبغي ان يجسد تصنيف مخاطر الرشوة حدتها، لذا اعتمدنا المعايير التكميلية التالية :

- مساهمة المخاطر في التراكم الاجمالي للحرجية (توزيع المخاطر حسب منهجية ABC)
- المستوى المقدر لتاثير المخاطر

شكل 20:ترتيب المخاطر

احتمال الوقوع	4				2
	3		5		5
	2	1	4	1	8
	1	2	23	11	5
		1	2	3	4
		مستوى الاثر			

خطر من الدرجة A

خطر من الدرجة B

خطر من الدرجة C

توزيع المخاطر حسب درجتها (عالي/ متوسط /ضعيف):

الجدول 13 : توزيع المخاطر حسب الالية

الالية	ضعيف	متوسط	كبير	المجموع
الولوج والقبول			1	1

شراء الادوية	1		3	4
شراء وصيانة التجهيزات	1		3	4
القبول	3	2	5	10
التحاليل والتحاليل الإشعاعية	5		2	7
العيادات/العلاج	7	3	7	17
تسجيل الادوية	1		3	4
الاخبار والتوجيه	3		3	6
الادوية	2	3	2	7
العمليات	1	1	3	5
الوصفات/الشهادات	5	4	3	12
الموارد البشرية	1	1		2
التسعيرة/السداد		2	3	5
نقل الدم		1	2	3
المجموع	**30**	**17**	**40**	**87**

5-8 معالجة المخاطر

تاخذ استراتيجيات معالجة المخاطر بعين الاعتبار درجتها (عالي/ متوسط/ ضعيف) ومستوى التحكم فيها. ويتم تقييم هذا الاخير بناء على تدابير مكافحة الرشوة التي تم تحليلها خلال المرحلة "الوسطى" ومرحلة ما قبل الدراسة.

وقد تم تقييم مستوى التحكم في مختلف مخاطر الرشوة وفق الشبكة اسفله:

الجدول 14 : معايير تقييم مستوى التحكم في المخاطر

فعالية معايير مكافحة الرشوة	تنقيط مستوى التحكم
فاشل /غير موجود	1
قليل الفعالية	2
يحتاج للتعزيز	3
فعال	4

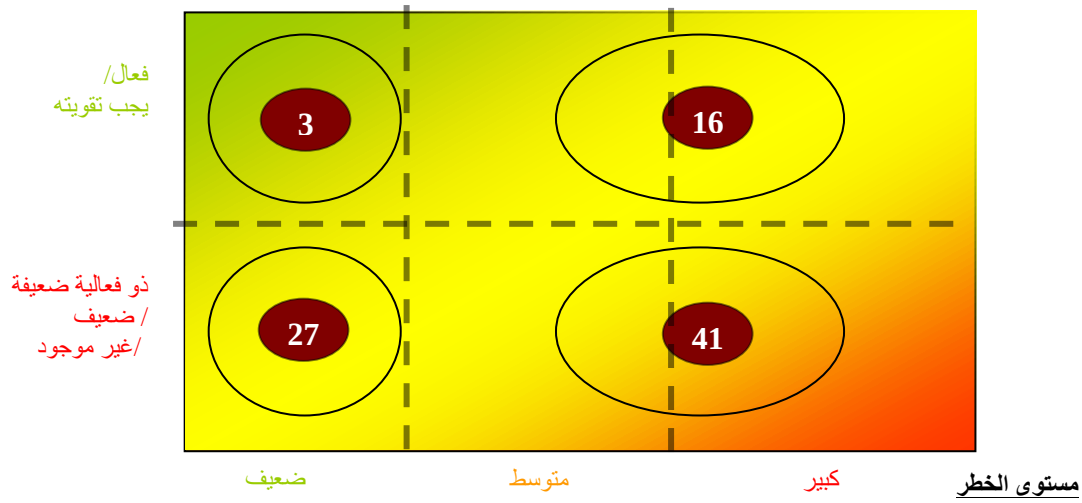
ويبين الجدول التالي توزيع المخاطر حسب نسبة التحكم فيها :

الجدول 15: توزيع مخاطر الرشوة حسب مستوى التحكم فيها

عدد نقط المخاطر	مستوى التحكم				
الالية	1	2	3	4	المجموع
الولوج والقبول	0	1		0	1
شراء الادوية	0	1	3	0	4
شراء وصيانة التجهيزات	0	1	3	0	4
القبول	5	5	0	0	10
التحاليل والتحاليل الاشعاعية	4	3	0	0	7
العيادات/العلاج	13	3	1	0	17
تسجيل الادوية	0	0	4	0	4
الاخبار والتوجيه	4	2	0	0	6
الادوية	0	4	3	0	7
العمليات	1	4	0	0	5
الوصفات/الشهادات	3	8	1	0	12
الموارد البشرية	0	0	2	0	2
التسعيرة/السداد	0	4	1	0	5
نقل الدم	0	2	1	0	3
المجموع	30	38	19	0	87

سمحت لنا عملية مقاطعة تصنيف المخاطر ومستوى التحكم فيها بتحديد اربع مجموعات من المخاطر. وتبين الخطاطة التالية هذه المجموعات وتشير الى عدد المخاطر المرتبطة بها.

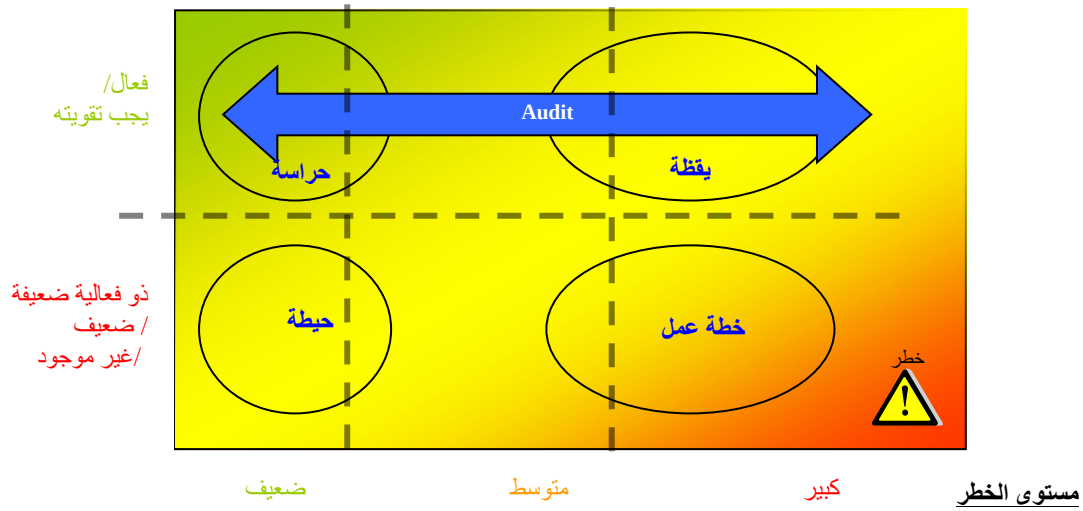
شكل 21:مجموعات المخاطر المحددة



وقد حددنا لكل مجموعة من هذه المجموعات الأربع نوعا من المعالجة الخاص بها:

- التحقق من مستوى التحكم المصرح به من خلال مخطط الافتحاص
- التحقق فيما اذا كانت هناك بعض الاستثمارات الزائدة لتغطية بعض المخاطر الضعيفة
- وضع اليات اليقظة
- وضع اليات لمراقبة المخاطر
- وضع خطط عمل لمواجهة المخاطر

شكل 22:تدابير التحكم في المخاطر حسب طبيعتها



الجدول 16: توزيع التوصيات حسب فئات المخاطر

المراقبة	الحيطة
تعزيز مخطط الافتحاص بنقط ثابتة للمراقبة تتيح : ▪ التاكد من مستوى التحكم في المخاطر بواسطة اليات المراقبة المستعملة ▪ معرفة ان كان هناك استثمار زائد في مجال المراقبة الداخلية فيما يتعلق بحرجية المخاطر (المزايا/الكلفة) وفي هاته الحالات تحديد امكانات تخفيف المراقبات (تسهيل المساطر) دون زيادة التعرض للمخاطر بشكل ملحوظ	تعزيز مخطط الافتحاص بنقط ثابتة للمراقبة تتيح : ▪ التاكد من مستوى التحكم في المخاطر بواسطة اليات المراقبة المستعملة ▪ التاكد من مدى ملاءمة المراقبة المعمول بها لحرجية المخاطر والتوصية باجراء بعض التحسينات عند الاقتضاء

اليقظة	خطة العمل
مراقبة تطور حصول هذه المخاطر عبر قاعدة الحوادث من اجل التاكد ان كانت هذه المخاطر تبقى في نفس مستوى الحرجية. ينبغي ان تكون التطورات المحتملة للحدوث بمثابة المحرك لوضع مراقبة وقائية او تصحيحية اضافية لمكافحتها	المخاطر المرتبطة بهذه المجموعة ينبغي اخضاعها لمعالجة مقربة وتخصصية من خلال تحديد خطط عمل ذات اهداف ذكية.

6 خارطة الطريق من اجل الوقاية من الرشوة ومحاربتها في قطاع الصحة

تم بناء على التحاليل السابقة وضع إستراتيجية شاملة وخارطة طريق للوقاية من الرشوة ومحاربتها في قطاع الصحة.

وشكل التحكم في **الأسباب** المساعدة على انتشار الرشوة بهذا القطاع المدخل الرئيس لتحديد هذه الإستراتيجية التي أولت هذه الأسبقية للتدخل على مستوى هذه الأسباب، وتمحورت حول ما يلي:

- ترسيخ قيم المواطنة،
- استعادة الثقة في مصالح الدولة؛
- تطوير تدبير الموارد البشرية في المؤسسات؛
- ملاءمة شروط العمل؛
- تحسين تدبيرالتجهيزات والأدوات؛
- تدبير وقيادة الأنشطة (الأداء بالأهداف ومؤشرات الأداء،...)؛
- وضع الأسس (المراقبة والتقنين،...).

وقد تم إدراج أسس هذه الإستراتيجية في إطار مقاربة نظامية شاملة ومندمجة. ولابد من الإشارة من جهة أخرى إلى أنها تستثمر عددا من التدابير التي سبق أن شرعت وزارة الصحة في تطبيقها والتي يتم حاليا إنهاء احد أجزائها. وهكذا فقد أخذنا بعين لاعتبار عدة جوانب :

- التوجهات الإستراتيجية وخطط عمل الحكومة في مجال الوقاية من الرشوة ومحاربتها؛
- التوجهات الإستراتجية وخطط عمل وزارة الصحة في مجال الوقاية من الرشوة ومحاربتها؛
- الاختلالات والمخاطر التي تم رصدها خلال مرحلة التشخيص؛
- فشل/ضعف فعالية بعض التدابير الوقائية لمكافحة الرشوة؛
- تقييم المواطنين للخدمات المقدمة عن طريق الرشوة.

وقد تمت ترجمة هذه الإستراتيجية إلى خطة عمل مفصلة. وتم إعداد بطاقات تتضمن أهدافا خاصة وقابلة للقياس حول ال55 مشروعا المبرمجة على مدى 5 سنوات. ويمكن أن يتم نشر هذه الإستراتيجية عبر تقسيم كل مشروع في إطار خطة العمل هذه إجرائيا إلى وحدات ، وعبر التتبع الصارم لتنفيذها والتقييم البعدي من اجل قياس مستوى بلوغ النتائج المنتظرة .

وتبين الخطاطة أسفله أهم وراش العمل للوقاية من الرشوة ومكافحتها.

قائمة المشاريع المختارة في إطار خارطة الطريق وكذا الجدول الزمني لتنفيذها معروضة في الجدول أدناه:

المحور	الورش	المشروع	2011	2012	2013	2014	2015
ترسيخ قيم المواطنة	التحسيس والاخبار	اطلاق حملة لتحسيس عموم الناس بقيم المواطنة					
		تشجيع اشهار وتعزيز الشفافية بمؤسسات العلاج					
	التربية	اعداد برامج التربية حول اخلاقيات المهنة والاستقامة على كافة مستويات التعليم					
	المشاركة	اشراك الجمعيات غير الحكومية وجمعيات المجتمع المدني في الوقاية من الرشوة ومكافحتها					
استعادة الثقة في مصالح الصحة	الاستقبال	تعزيز الية الاستقبال بالمؤسسات العلاجية					
		وضع برنامج لتكوين الموظفين في الاستقبال					
		وضع كتيب للاستقبال واخبار المرضى بالمستشفيات ومؤسسات العلاج					
		وضع الية للاستقبال والتوجيه بالمستعجلات					
	تدبير تدفق المرضى	وضع الية لتنظيم المواعيد					
		وضع الية لتدبير الطوابير					
		وضع الية مندمجة للتشوير الداخلي بمؤسسات العلاج					
	تحيد التسعيرة والسداد	تعزيز وتنسيق الية اشهار التسعيرات					

المحور	الورش	المشروع	2011	2012	2013	2014	2015
		دعم الشفافية فيما يخص التسعير على مستوى المؤسسات العلاجية الخاصة					
	التبليغ والشكايات	وضع مساطر رسمية للتبليغ وتبسيطها					
		دعم الاخبار والتواصل حول مساطر التبليغ					
		نطور قنوات التواصل ووسائل التبليغ					
		تطوير الية التبليغات بالرشوة واعلان نتائج التحقيقات المنجزة في هذا الصدد					
	تحسين السمعة	تحسين سمعة الوزارة الوصية فيما يخص الوقاية من الرشوة ومحاربتها					
		وضع الميكانيزمات المرتبطة بتدبير الازمة الناجمة عن المزاعم واشعات انتشار الرشوة في القطاع					
تطوير وتدبير الموارد البشرية	تنظيم العمل	وضع دليل مرجعي بوظائف كل مؤسسة علاجية					
		احصاء الموارد والحاجيات حسب كل وظيفة وكل مؤسسة					
		وضع الية للحركية في اطار تطوير الوظيفة					
	التسيير و الاداء	وضع اليات تدبير الاداء تاخذ بعين الاعتبار بعد الوقاية من الرشوة ومحاربتها					
		وضع مؤشرات الاداء					

المحور	الورش	المشروع	2011	2012	2013	2014	2015
		وضع الية تدبير واستعمال زمن موظفي الصحة					
	القيم والاخلاق والمهنية	وضع اخلاقيات المهنة وحسن السلوك					
		تطوير الشعور بالانتماء لدى موظفين الصحة					
		اطلاق حملات للتحسيس والاخبار وتبادل الخبرات في مجال الوقاية من الرشوة ومحاربتها					
		وضع الية للتصريح بالممتلكات بالنسبة للموظفين المسؤولين					
تكييف مناخ العمل	تهيئة الفضاءات	وضع برنامج للتهيئة/اعادة تهيئة المؤسسات الصحية حول تنظيم الولوج					
		نشر استراتيجية تنظم "مسار العلاج" وتعميمها على كافة المستشفيات					
	سلامة المقرات والاشخاص	وضع الية لتتبع مراقبة انشطة مقدمي الخدمات بالمناولة (اعوان الامن والنظافة والاستقبال...)					
		وضع ميثاق مشترك لتحديد الفاعلين في مجال الصحة (الالوان، شارات الانتماء...)					
	النظافة	وضع برنامج يهدف لتوحيد معايير النظافة الاساسية داخل مؤسسات الصحة					
تجويد تدبير المعدات والتجهيزات	تدبير الادوية والادوات الطبية	وضع الية ترمي لتحسين مساطر شراء وتسليم الادوية والمعدات الطبية					

المحور	الورش	المشروع	2011	2012	2013	2014	2015
والادوات الطبية		وضع الية لتحسين وتامين عمليات تدبير الادوية والمعدات الطبية					
	تدبير المعدات الطبية	وضع الية لتحسين عمليات شراء وتسليم المعدات والتجهيزات الطبية					
		تحسين تدبير واصلاح المعدات والتجهيزات الطبية					
تدبير وقيادة الانشطة	تدبير العيادات	وضع الية لقيادة وتتبع الانشطة المرتبطة بخدمات العيادات					
	تدبير القبول	وضع نظام لقيادة وتتبع الانشطة المرتبطة بتدبير الاستقبال					
	البرمجة والرقود بالمستشفى	وضع نظام لقيادة وتتبع الانشطة المرتبطة ببرمجة الرقود بالمستشفى					
	تنظيم الدم	وضع نظام لقيادة وتتبع الانشطة المرتبطة بتدبير تحاقن الدم وحمل عينات دموية					
وضع الاسس	التقنين	وضع الية لقنين التبليغ من طرف الموظفين					
		وضع ترسانة قانونية لحماية الشهود					
		وضع الية قانونية لتنظيم الرشوة الردعية					
	نظام معلوماتي	وضع نظام معلوماتي مندمج لتدبير خدمات وعروض العلاج					
	الاعضاء والوحدات	تطوير لجان لأخلاقيات المهنة على مستوى مؤسسات الصحة					
		احداث لجان للتحقيق على مستوى مؤسسات العلاج					
		احداث لجان للافتحاص على مستوى مؤسسات العلاج					
	اليات المراقبة	وضع تنظيمات بشان شروط					

المحور	الورش	المشروع	2011	2012	2013	2014	2015
		ممارسة المهنة					
		وضع الية لتفتيش دوري لمساطر التدبير					
		دليل مرجعي للمراقبة الداخلية					
	نشر خارطة الطريق	وضع الية لتحسيس الاطر اف المعنية واشراكها					
		وضع خلية لتتبع وقيادة المشاريع					
		وضع الية مستعرضة لتتبع الاداء					

7.خاتمة

تعتبر الرشوة ظاهرة متفشية ومعقدة وذات انعكاسات سلبية على كافة القطاعات. ورغم اتخاذ عدة تدابير للتحكم فيها بشكل عام وفي قطاع الصحة بشكل خاص، لا زالت تعرف انتشارا واسعا. ويمكن لهذه الممارسة أن تقتصر على متدخلين (الراشي والمرشي) أو تتعداهما الى عدة متدخلين (الراشي، الرائش والمرشي). ومن الصعب التمييز بين الفاعل والضحية.

وتلخص هذه الوثيقة نتائج التقريرين المنجزين بخصوص تحليل ظاهرة الرشوة في قطاع الصحة بالمغرب ويتعلق الأمر ب:

- ""التقرير الخاص بتقييم الممارسات المتعلقة بالوقاية من الرشوة ومحاربتها في قطاع الصحة"
- "دراسة تجليات وتردد وحدة الرشوة وكذا أسبابها وانعكاساتها على قطاع الصحة".

كما يقدم بشكل موجز مميزات ظاهرة الرشوة في هذا القطاع بمختلف مصالحه وخدماته العلاجية كما يقدم إشكالها ومختلف العوامل المساعدة على تفشيها.

كما يقدم هذا الملخص نتائج التحليل الكمي والكيفي لتجلياتها وترددها وحدتها وكذا أسبابها وانعكاساتها على القطاع.

ويتضمن الجزء الأخير من هذه الخلاصة محاور مخطط العمل الذي تم وضعه بناء على خارطة مخاطر الرشوة في قطاع الصحة. ويأتي هذا المخطط كتكملة لمختلف المبادرات المتخذة من طرف وزارة الصحة في مجال الوقاية من الرشوة ومحاربتها. ولابد من الإشارة في هذا الإطار إلى أن بعض المشاريع/الإجراءات المقترحة في هذه الدراسة تم الشروع فيها من قبل من طرف وزارة الصحة أوهي الآن في طور الإنهاء. وهكذا فقد تم إدراج خارطة الطريق في إطار مواصلة وتعزيز واستكمال مختلف الإجراءات المتخذة سابقا أو التي هي في طور الانجاز حاليا.

إن وضع خارطة الطريق هذه يظل مرتبطا بوضع مختلف الشروط المسبقة بما فيها :

- استغلال وزارة الصحة للخلاصات المتوصل إليها في إطار هذه الدراسة وإدماج المشاريع الجديدة لمخطط عملها في صيغته المقبلة

- التنسيق بين مختلف الفاعلين في إطارلجان للعمل موسعة من اجل تنفيذ المشاريع ويتعلق الأمر ب: وزارة الصحة، الهيئة الوطنية للأطباء، وزارة الداخلية (مثلا : طرق تسليم ومعالجة شهادات الاحتياج، الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة،....)
- إشراك ممثلي المجتمع المدني (النقابات، الجمعيات،....) في الإجراءات المرتبطة بالتواصل و تحسيس المواطنين
- تنفيذ آليات التتبع والتقييم

هكذا وبالنظر للتنوع الذي يميز المشاريع والإطراف المشاركة، وسعيا للإحاطة بظاهرة الرشوة إحاطة شاملة ومندمجة بات من الضروري انشاء خلية لتبع المشاريع يعهد لها بتتبع وتنسيق وقيادة المشاريع. ويتيح وضع هذه الالية تحقيق ما يلي :

- الحرص على تحديد الشروط الضرورية لتنفيذ المشاريع
- مركزة التدبير وتتبع المشاريع
- اعداد التقارير الاستراتيجية والعملية وبشكل الي
- الاخبار بتقدم المشاريع

للاتصال

Nabil Bayahya – Executive Partner

nabil.bayahya@mazars.ma
06 79 28 28 28