

"كنتقطع بالحريق" ("أتمزق ألما")

التحديات والتقدم في ضمان حق الرعاية التلطيفية في المغرب

Copyright © 2016 Human Rights Watch

All rights reserved.

Printed in the United States of America

ISBN: 978-1-6231-33221

Cover design by Rafael Jimenez

تكرس هيومن رايتس ووتش جهودها لحماية حقوق الإنسان الخاصة بمختلف شعوب العالم. إننا نقف إلى جوار الضحايا والنشطاء ونعمل على منع التمييز، وكفالة الحقوق السياسية، وحماية الأفراد من التعامل اللاإنساني أثناء الحروب، وتقديم الجناة للعدالة. نحقق ونكشف انتهاكات حقوق الإنسان ونحمل المنتهكين المسؤولية. كما نواجه الحكومات وأصحاب السلطة كي يكفوا عن الممارسات المسيئة ويحترموا القانون الدولي لحقوق الإنسان. وندعو الجماهير والمجتمع الدولي إلى مساندة كفالة حقوق الإنسان للجميع.

هيومن رايتس ووتش منظمة دولية لها عاملين في أكثر من 40 دولة، ومكاتب في أمستردام وبيروت وبرلين وبروكسل وشيكاغو وجنيف وغوما وجوهانزبرغ ولندن ولوس أنجلوس وموسكو ونيروبي ونيويورك وباريس وسان فرانسيسكو وطوكيو وتورنتو وتونس وواشنطن وزورخ.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقعنا: <http://www.hrw.org/ar>

" كنتقطع بالحريق " ("أتمزق ألما")

التحديات والتقدم في ضمان حق الرعاية التلطيفية في المغرب

1	ملخص
5	التوصيات الرئيسية
5	لحكومة المغرب
6	المنهجية
7	I. خلفية
7	أهمية العناية التلطيفية وتخفيف الآلام
10	التوفر العالمي والإقليمي للرعاية التلطيفية
14	خلفية عن نظام الرعاية الصحية في المغرب
14	الرسم I: المرافق الصحية العامة
17	تاريخ الرعاية التلطيفية في المغرب
18	II. العناية التلطيفية في المغرب وتجارب المرضى
18	توفر الرعاية التلطيفية في المغرب
21	تجربة أشخاص بحاجة إلى علاج الألم
21	المعاناة التي يسببها الألم غير المعالج
22	الاستفادة المتأخرة من الرعاية التلطيفية
23	مسافات طويلة للوصول إلى مقدمي الرعاية التلطيفية
24	التأثير الإيجابي للرعاية التلطيفية على حياة المرضى
26	III. موانع الوصول إلى الرعاية التلطيفية في المغرب
26	دمج الرعاية التلطيفية في نظم الرعاية الصحية
30	دمج الرعاية التلطيفية في تمويل الرعاية الصحية
30	تغطية الرعاية التلطيفية بموجب مخططات التأمين في المغرب
31	تعليم العاملين في الرعاية الصحية على الرعاية التلطيفية
32	التعليم الطبي
33	التعليم الطبي المستمر

34	التدريب الوسيط.....
35	التدريب التخصصي.....
35	التعليم على التمريض.....
36	توفر الأدوية.....
36	توفر المسكنات الأفيونية والوصول إليها.....
37	تحليل الإطار التنظيمي.....
39	رُهاب الأدوية الأفيونية والفهم الخاطئ.....
41	توفر الأنواع الأخرى من المسكنات الأفيونية.....
43	IV. التزام المغرب بتحسين الرعاية التلطيفية.....
43	القانون الوطني.....
43	الحق في الصحة.....
44	الرعاية التلطيفية والحق في الصحة.....
44	لا تدخّل في الرعاية التلطيفية.....
45	ضمان إدماج الرعاية التلطيفية في الخدمات الصحية.....
45	أدوية علاج الألم والحق في الصحة.....
46	علاج الألم والحق في تجنب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.....
47	V. التوصيات الكاملة.....
47	في مجال دمج الرعاية التلطيفية في هيكل نظام الرعاية الصحية.....
48	في مجال دمج الرعاية التلطيفية في تمويل الرعاية الصحية.....
48	في مجال التعليم.....
49	في مجال توفر الأدوية.....
50	شكر وتقدير.....
51	الملحق 1: مقارنة بين أدوية علاج آلام الأعصاب.....
51	وقائمتي الأدوية الأساسية لكل من منظمة الصحة العالمية والمغرب.....

ملخص

"بسبب الألم لم أستطع النوم. لم أتمكن من التحدث مع أصدقائي. أردت ضرب رأسي عرض الحائط... كنت كنتقّطع بالحريق (كنت أتمزق ألما)".

عادل أكرم (29 عاما) عانى من السرطان في ساقه لسنوات، الرباط 1 أكتوبر/تشرين الأول 2014.

زيان إبراهيم (اسم مستعار)، طالب جامعي وطباخ في مطعم في مدينة تبعد حوالي 250 كيلومتر عن الرباط عاصمة المغرب، بدأ يعاني من الألم في عام 2013. بعد أن أساء طبيبان محليان تشخيص حالته وعالجه على أنه مصاب بالبواسير، أصبح الألم شديدا. كما يقول: "بدأ (الألم) يقودني إلى الجنون"، "أنا لا أنام" و"حتى عندما أكون متعبا جدا، أنام فقط لمدة ساعة واحدة (في كل مرة). ثم استيقظ بسبب الألم".

بناء على نصيحة من صيدلي محلي، سافر زيان إلى الرباط للحصول على مزيد من المساعدة الطبية. اكتشف طبيب هناك أنه مصاب بسرطان القولون. بدأ زيان العلاج في "المعهد الوطني للتكنولوجيا"، وتم تحويله أيضا إلى خدمة الرعاية التلطيفية لمعالجة الألم. هناك، تم أخيرا تقييم ألمه وعالجه بشكل مناسب.

ولكن أشهر المعاناة أثرت سلبا على زيان. تدهورت صحته وخسر ما يقارب 30 كيلوغرام من وزنه قبل تلقي العلاج المناسب. بينما كان يخبر "هيومن رايتس ووتش" بتجربته، انهار زيان باكيا عدة مرات، وعبر عن غضبه أحيانا بسبب خذلانه من قبل نظام الرعاية الصحية.

لا يزال زيان يواجه تحديات رغم أن خدمات الرعاية التلطيفية في الرباط استطاعت علاج ألمه أخيرا. بما أنه لا علاج للسرطان ولا الرعاية التلطيفية متوفرة في مسقط رأسه، اضطر إلى تغيير حياته بشكل جذري والانتقال إلى شقة صديق يعيش في الرباط.

يعاني في كل عام أكثر من 150 ألف مغربي من الأمراض المتقدمة، وغالبا غير قابلة للشفاء والمزمنة مثل السرطان، وأمراض القلب والرئة والكلية، والحرّف، والإيدز. يعاني أكثر من 62 ألف مغربي مصاب بهذه الأمراض، بينهم 6000 طفل، من أعراض مُنهكة مثل الألم، وضيق التنفس، والاكنتاب.

يمكن في كثير من الأحيان معالجة هذه الأعراض بشكل جيد من خلال الرعاية التلطيفية، والخدمات الصحية التي تركز على تخفيف أثرها، والتأكد من أن المصابين بأمراض تحد حياتهم، بالإضافة إلى أحبائهم، يمكنهم التمتع بأفضل حياة ممكنة أثناء مرضهم حتى لحظاتهم الأخيرة.

أصبح ضمان توفر الرعاية التلطيفية أولوية صحية عالمية هامة بشكل متزايد في السنوات الأخيرة. مع تقدم السكان في العمر، وانتشار الأمراض المزمنة في معظم البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، ازدادت الحاجة إلى الرعاية التلطيفية بشكل كبير. تقدّر "منظمة الصحة العالمية" أن أكثر من 40 مليون شخص يحتاجون سنويا إلى الرعاية التلطيفية عند نهاية الحياة.

المغرب ليس استثناء. الأمراض غير المعدية مثل السرطان، وأمراض القلب، والسكري، وأمراض الجهاز التنفسي تمثل السبب في وفاة 75 في المئة من حوالي 260 ألف حالة وفاة سنويا، ومن المرجح أن يرتفع عبء المرض المزمن. من المقدر أن تتضاعف نسبة الشريحة العمرية التي تتجاوز 65 عاما خلال السنوات الـ 15 المقبلة وهي الفئة الأكثر تضررا من هذه الأمراض. في الفترة نفسها، من المتوقع أن تتضاعف حالات السرطان 3 مرات تقريبا.

يحدد هذا التقرير التحديات التي يواجهها المصابون بأمراض تحد من الحياة في المغرب للحصول على الرعاية التلطيفية، مع التركيز بشكل خاص على الحصول على علاج للألم. يستند التقرير إلى أبحاث هيومن رايتس ووتش التي أجريت في المغرب من سبتمبر/أيلول 2014 إلى يناير/كانون الثاني 2015، ومقابلات مع 85 شخصا، منهم عاملون في الرعاية الصحية، ومسؤولون حكوميون، ومرضى وأفراد أسرهم في 5 مناطق. استعرضنا أيضا التشريعات ذات الصلة كسياسات التأمين، وقوائم الأدوية، ووثائق السياسات الأخرى.

وجدت أبحاثنا أن الحكومة المغربية اتخذت عدة خطوات إيجابية في السنوات الأخيرة لتطوير خدمات الرعاية التلطيفية وزيادة فرص الحصول على الأدوية المسكنة للألم. تجدر الإشارة إلى أن الحكومة قدمت برنامجا للسياسات الصحية الوطنية وضعا معا رؤية لتطوير الرعاية التلطيفية؛ أصلحت المناهج الدراسية في المرحلة الجامعية الأولى (قبل التخرج) لتشمل وحدة لمعالجة الألم والرعاية التلطيفية؛ وأزالت حاجز تنظيمي كبير للوصول إلى الأدوية الأفيونية القوية المسكنة والتي لا غنى عنها لمعالجة الألم.

ومع ذلك فإن توفر الرعاية التلطيفية في المغرب محدود للغاية. في الوقت الحاضر قام مستشفيان عموميان في البلاد فقط – كلاهما من المستوى الثالثي (أعلى مستوى من المستشفيات التخصصية) لعلاج السرطان – بإنشاء وحدات للعناية التلطيفية، ونتيجة لذلك يتوافر لمرضى السرطان بعض الفرص للحصول على الرعاية التلطيفية. لكن في كثير من الأحيان، عليهم السفر مسافات طويلة للحصول عليها، وهو عبء كبير وغالبا ما يصبح غير محتمل مع تقدم المرض، ودخوله المراحل النهائية.

وحدات العناية التلطيفية ليست متاحة للذين يعانون من أمراض غير الأورام، رغم أن منظمة الصحة العالمية و"منظمة العجزة الدولية" و"تحالف الرعاية التلطيفية" تقدر أن أكثر من 70 في المئة من البالغين المحتاجين إلى الرعاية التلطيفية في المنطقة التي تصنفها منظمة الصحة كشرق البحر المتوسط، لديهم أمراض مزمنة أخرى غير السرطان. بعبارة أخرى، حوالي 40 ألفا من البالغين في المغرب يحتاجون إلى رعاية تلطيفية كل عام لحالات أخرى غير السرطان.

لم تتمكن هيومن رايتس ووتش من تحديد أي خدمات رعاية تلطيفية في نظام الرعاية الصحية على مستويات أضيق، مثل المستشفيات الجهوية والإقليمية والمحلية، رغم أن هذه المرافق الصحية هي أقرب إلى الناس الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية.

رغم أن بعض مقدمي الرعاية الصحية، ولا سيما المستشفيات الثالثية، أضافوا مستوجبات الرعاية التلطيفية في عملهم، تعتقد هيومن رايتس ووتش أن هذا استثناء. معظم المرافق ببساطة ليس لديها عاملون مدربون في مجال الرعاية التلطيفية، ولا قدرة الحصول على الأدوية الأساسية للرعاية التلطيفية مثل المورفين.

علاوة على ذلك، ورغم أن استخدام المسكنات الأفيونية أخذ في الازدياد في المغرب، تشير بيانات الحكومة إلى أنه لا تزال هناك فجوة كبيرة في علاج الألم المتوسط والشديدة. فكمية المواد الأفيونية المستخدمة في المغرب تكفي فقط لتخفيف 1 من كل 5 من مرضى السرطان أو الإيدز، دون الأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات الأفيونية للمرضى الذين يعانون من أمراض مثل أمراض القلب، أو الرئة، أو السكري. النتيجة هي أن عشرات الآلاف من المغاربة المصابين بأمراض تحد من الحياة يقضون الأسابيع والأشهر الأخيرة من حياتهم في معاناة كبيرة لا داع لها.

رغم المعاناة الشديدة التي واجهها زيان بسبب الألم غير المعالج، إلا أنه أحد المغاربة المحظوظين الذين استطاعوا في نهاية المطاف الوصول إلى الرعاية التلطيفية، ولو أنها متأخرة وبعيدة عن منزله.

تعتبر منظمة الصحة العالمية الرعاية التلطيفية إحدى الخدمات الصحية الأساسية، كما حثت الدول على ضمان دمج هذه الخدمات في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية. وأوصت بأن تتفقد البلدان السياسات الصحية والتمويل الصحي لتعزيزها،

وضمن التدريب الكافي للمهنيين الصحيين، وجعل الأدوية المسكّنة الأساسية للرعاية التلطيفية متاحة، بما فيها المسكّنة الأفيونية، وتشجيع البحوث لتقييم الاحتياجات وتحديد معايير ونماذج الرعاية. بما أن الرعاية التلطيفية لا تحتاج إلى معدات أو أدوية باهظة الثمن، فإنه يمكن بشكل عام أن يتم تقديمها بتكلفة منخفضة نسبياً. يعكس قرار "جمعية الصحة العالمية" بشأن الرعاية التلطيفية بالإجماع يوم 23 مايو/أيار 2014 هذه التوصيات.

اتّخذ المغرب خطوات هامة في كل من المجالات الأربعة التي حددتها منظمة الصحة العالمية وجمعية الصحة العالمية باعتبارها أساسية لتطوير الرعاية التلطيفية، ومع ذلك يُظهر بحثنا أنه لا يزال هناك كثير يتعين القيام به.

السياسات: أدرجت الحكومة أهداف الرعاية التلطيفية المحددة في "الاستراتيجية القطاعية للصحة" 2012-2016 (الاستراتيجية القطاعية) و"استراتيجية الصحة الوطنية في المغرب"، وكذلك في "المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان" 2010-2019 (المخطط الوطني). تدعو الوثائق إلى إنشاء شبكات الرعاية التلطيفية وتطوير استشارات الرعاية التلطيفية الخارجية، وإضفاء الطابع المؤسسي على علاج الألم في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية، وجميع هذه الإجراءات تتماشى بشكل كبير جداً مع توصيات منظمة الصحة العالمية وجمعية الصحة العالمية.

مع ذلك لا يبدو أن أيًا من الخطتين تهدف إلى تحقيق النجاح، فهما لا تضعان جدولاً زمنياً محدداً ولا تحددان بوضوح الجهات المسؤولة عن تنفيذ التدابير. لا يبدو أن لدى الحكومة عملية واضحة لتتبع التقدم المحرز في التنفيذ. بينما يوضح المخطط الوطني أهدافه الشاملة في نقاط عمل محددة، تحتوي الاستراتيجية القطاعية على تدابير واسعة النطاق فقط، ولا تشمل الميزانية، بينما تشكل الرعاية التلطيفية 1 في المئة فقط من الميزانية العامة للمخطط الوطني.

بالنظر إلى ما سبق، فإنه ليس مفاجئاً أن تحليل هيومن رايتس ووتش لجهود التنفيذ وجد أن التقدم كان متفاوتاً ومحدوداً في عديد من المجالات، ويشمل التحليل النتائج الرئيسية التالية:

- تم إحراز تقدّم بسيط حتى الآن لتطوير شبكة الرعاية التلطيفية اللامركزية التي ينص عليها المخطط الوطني. في حين تم إنشاء مركز للرعاية التلطيفية في الدار البيضاء، لم يتم إنشاء أي مركز آخر في البلاد (رغم وجود خطط في المخطط الوطني للبدء في بناء مراكز في فاس ومراكش في 2011 و2012 على التوالي).
- لا تزال المسكنات الأفيونية خارج المرافق الصحية الثالثة غير متوفرة إلى حد كبير. تم تعديل قانون المواد الخاضعة للرقابة لزيادة فترة الاستخدام القصوى للمسكنات الأفيونية، ولكن تم اتخاذ خطوات قليلة فقط لمواجهة مخاوف الأطباء، والصيادلة، والمفاهيم الخاطئة لديهم حول هذه الأدوية، أو لزيادة عدد الأطباء القادرين على تقديم الوصفة الطبية.
- كان التقدم المحرز نحو تحقيق اللامركزية في معالجة الألم محدوداً. تشير أبحاثنا إلى أن لجان معالجة الألم في مستشفيات الجهات والأقاليم إما لم تنشأ بعد، أو لا تعمل على نحو فعال.

التأمين: منذ عام 2005 وضعت الحكومة إصلاحين رئيسيين للتأمين الصحي: "التأمين الإجباري عن المرض" - AMO لموظفي القطاعين العام والخاص الذين يتقاضون أجراً. ونظام تأمين عام، "نظام المساعدة الطبية" - RAMED الخاص بالفقراء. يغطي هذان البرنامجان قرابة 50 في المئة من المغاربة. ويغطي كل من البرنامجين توفير الرعاية التلطيفية، ومجموعة شاملة نسبياً من أدوية الرعاية التلطيفية الأساسية. ومع ذلك، من الناحية العملية، هذه التغطية التأمينية ليست فعالة لأن عدداً قليلاً جداً من مزودي الرعاية الصحية يقدمون الرعاية التلطيفية ولا يغطي نظام المساعدة أدوية مرضى العيادات الخارجية.

التعليم: ستبدأ كليات الطب في المغرب في سبتمبر/أيلول 2015 بتقديم 20 ساعة إلزامية عن الرعاية التلطيفية لطلاب الطب العام في السنة الخامسة، وهي خطوة كبيرة نحو ضمان حصول جميع الأطباء على الأقل على المعرفة الأساسية للرعاية

التلطيفية ومهاراتها. ومع ذلك فبرامج التعليم الطبي المستمر، وفرص التدريب المتوسطة والمتقدمة في مجال الرعاية التلطيفية تظل محدودة ولا تلبى سوى جزءا صغيرا من الحاجة.

توفر الدواء: عام 2013، غير المغرب قانون المواد الخاضعة للرقابة فتمت زيادة عدد الأيام التي تغطيها الوصفة الطبية للحصول على مُسكّن أفيوني من 7 أيام إلى 28 يوم، وأزيلت عقبة رئيسية أمام توفر هذه الأدوية. كان التقييد لمدة 7 أيام يعني أن المرضى المحتاجين إلى المسكنات الأفيونية أو أقاربهم كانوا مضطرين للسفر إلى الطبيب كل أسبوع لطلب وصفة جديدة والحصول عليها.

يُبيّن تحليلنا للوائح الأدوية في المغرب أنها أكثر تقييدا مما تقتضيه اتفاقيات الأمم المتحدة للأدوية، تزيد العبء على الأطباء، والصيدالدة، وإدارات المستشفى، لكن المتطلبات لا تبدو مرهقة للغاية.

ومع ذلك لا يزال استخدام المسكنات الأفيونية محدودا للغاية، فقليل من الصيدليات والمستشفيات تخزن المورفين الفموي، وجزء صغير فقط من الأطباء لديهم القدرة على وصف المواد الأفيونية. حددت الحكومة نفسها خوف الطبيب المبالغ فيه من المخاطر المرتبطة بالمسكنات الأفيونية، وهو ما يسمى برُهاب المورفين (أو الخوف من المورفين) باعتباره عائقا كبيرا لوصف الدواء المناسب. فعلا، وجدنا أن عددا من الأطباء والصيدالدة الذين قابلناهم كان لديهم مفاهيم خاطئة حول المسكنات الأفيونية. الإشكالية تبدو أيضا أن قانون المواد الخاضعة للرقابة في المغرب نفسه يصف هذه الأدوية بأنها "سموم" وهي تسمية قديمة مستخدمة في عديد من البلدان الفرنكوفونية (الناطقة بالفرنسية).

من أجل الوفاء بالتزاماتها بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، على الحكومات إزالة الحواجز غير الضرورية التي تواجه المرضى المحتاجين إلى الرعاية التلطيفية. يستلزم "العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية"، الذي يُعتبر المغرب طرفا فيه، أن تعمل الحكومة المغربية على وجه السرعة المتمثلة في ضمان الحصول على الرعاية والأدوية المخففة للألام.

حدّد المغرب بوضوح الرعاية التلطيفية كقضية صحية هامة، وألغى بالفعل عددا من العوائق الرئيسية لتوفير هذه الخدمات الصحية، وشرع في اتخاذ خطوات لتعزيز توفيرها، ولا سيما على مستوى التعليم العالي. يتطلب ذلك تنفيذ المهمة الضرورية لضمان الرعاية التلطيفية وإتاحتها لجميع المغاربة المحتاجين إليها.

لكن ذلك سيتطلب من الحكومة إزالة الحواجز المتبقية لتوفير الرعاية التلطيفية وتعزيز جهودها بشكل كبير لضمان تقديم خدمات الرعاية التلطيفية، لتصبح متاحة في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية العامة. بذلك يصبح لدى المغرب القدرة على أن يكون رائدا في أفريقيا.

التوصيات الرئيسية

لحكومة المغرب

- إنشاء مراكز الرعاية التلطيفية العامة في كل من المستشفيات الجامعية الخمس. هذه خطوة أساسية في جهود المغرب لدمج الرعاية التلطيفية في نظام الرعاية الصحية. لا يستفيد من هذه المستشفيات جميع المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وحسب، بل تلعب دورا رئيسيا في التدريب الأكاديمي والسريري للعاملين في الرعاية الصحية وإجراء البحوث، وبذلك تعالج 3 احتياجات عاجلة محددة في هذا التقرير.
- إنشاء مراكز الرعاية التلطيفية في جميع مراكز الأورام الإقليمية ومستشفى سرطان الأطفال في الرباط. التأكد من أن جميع مراكز السرطان الإقليمية العاملة حاليا، فضلا عن تلك التي سيتم افتتاحها، لديها وحدات العناية التلطيفية. يمكن أن تُشكّل هذه المراكز أساسا لتحقيق اللامركزية، لمزيد من الرعاية التلطيفية. ويمكن لوحدة العناية التلطيفية في وحدة أورام الأطفال في الرباط أن تشكل أساسا لتطوير الرعاية التلطيفية للأطفال وتحويلها إلى لامركزية مع مرور الوقت.
- دمج علاج الألم وضمان توفر المُسكّنات الأفيونية عن طريق الفم في مرافق الرعاية الصحية الثانوية. التأكد من أن جميع المستشفيات المحلية والإقليمية وعلى مستوى الجهات، لديها موظفين مدربين بشكل كافٍ لتقييم وإدارة الألم، وأن المورفين عن طريق الفم متاح. ينبغي أن تضمن وجود صيدليات بالقرب من هذه المستشفيات تُخزن المورفين عن طريق الفم، أو ينبغي على صيدليات المستشفيات توزيعها على مرضى العيادات الخارجية.
- إزالة ما تبقى من الحواجز الهيكلية أمام الرعاية التلطيفية، وعلى وجه الخصوص تفعيل برنامج التكوين (أو التعليم) الطبي المستمر للعاملين في مجال الرعاية الصحية، وضمان أن يغطي التأمين الصحي الأدوية لمرضى العيادات الخارجية التي تتطلب الرعاية التلطيفية. مقاومة سوء الفهم والخوف من المسكنات الأفيونية، وزيادة عدد الأطباء القادرين على تقديم الوصفة الطبية.

المنهجية

يستند هذا التقرير إلى تقييم أجري بين سبتمبر/أيلول 2014 ومارس/آذار 2015، بما في ذلك زيارات إلى المغرب في سبتمبر/أيلول 2014 ويناير/كانون الثاني 2015. أجريت تحقيقات ميدانية بشكل رئيسي في الدار البيضاء والرباط، بالإضافة إلى بحوث في العواصم الإقليمية والمدن الصغيرة في 4 مناطق شمال غرب البلاد. أجرينا أيضا بحوثا مكتبية واسعة النطاق بشأن توفر الرعاية التلطيفية في مناطق أخرى مختلفة من البلاد.

أجرى 3 من باحثي هيومن رايتس ووتش 85 مقابلة خلال ما مجموعه 5 أسابيع في المغرب، مع شريحة واسعة من المعنيين، بما في ذلك 24 شخصا ممن يعانون من السرطان أو من أقاربهم؛ 35 من العاملين في الرعاية الصحية، بما في ذلك في أقسام الأورام، وأطباء التخدير، وأطباء الرعاية التلطيفية؛ و17 من صيادلة القطاع الخاص؛ وممثلين عن منظمة الصحة العالمية ووزارة الصحة؛ ومؤسسة "اللا سلمى"؛ و"لابروفان" وهي شركة أدوية؛ والجمعيات الصيدلانية الوطنية؛ و"الهيئة الوطنية للطببيات والأطباء".

أجريت مقابلات مع المرضى وأقاربهم في مجموعة متنوعة من المستشفيات. تم إجراؤها بشكل فردي عندما أمكن ذلك. كانت المقابلات شبه موجهة وغطت مجموعة من المواضيع المتعلقة بالرعاية التلطيفية وعلاج الألم. قبل كل مقابلة أبلغنا المتحدثين بغرضها، وأنواع القضايا التي ستشملها، وسألناهم عما إذا كانوا يريدون المشاركة. أبلغناهم أن بإمكانهم وقف المقابلة في أي وقت أو رفض الرد على أية أسئلة محددة، من دون أي عواقب.

لم يتم عرض أو تقديم أية حوافز للأشخاص الذين تمت مقابلتهم. حجبنا هويات جميع المرضى والأقارب والعاملين في مجال الرعاية الصحية الذين قابلناهم في هذا التقرير لحماية خصوصيتهم، إلا إذا وافقوا على وجه التحديد بإمكانية استخدام الاسم الحقيقي.

أجريت معظم المقابلات باللغة الفرنسية أو العربية بمساعدة مترجم، وقد أجريت بعض المقابلات باللغة الإنجليزية.

بين أكتوبر/تشرين الأول 2014 ويناير/كانون الثاني 2015، سعت هيومن رايتس ووتش مرارا إلى الحصول على إذن من المسؤولين الحكوميين في وزارة الصحة لمقابلة مسؤولين في وزارة الصحة، فضلا عن مقدمي الرعاية الصحية ومديري المستشفيات، والمرضى في المرافق الصحية الحكومية. رغم أن وزارة الصحة أشارت في البداية أنها سوف تصدر إذنا خطيا لنا لإجراء المقابلات في المستشفيات العامة، لم تصدر هذا الإذن حتى يونيو/حزيران 2015. نتيجة لذلك لم تتمكن من مقابلة جميع الأفراد الذين سعينا إلى الحصول على وجهات نظرهم.

في أبريل/نيسان 2015 قدّمت هيومن رايتس ووتش مذكرة مكتوبة مع النتائج الأولية لوزارة الصحة إلى جانب قائمة من الأسئلة المحددة.

في يونيو/حزيران 2015 تلقت هيومن رايتس ووتش ردا من الدكتور عبد العالي بلغيتي علوي، الكاتب العام لوزارة الصحة. أجاب الرد على عدد من أسئلتنا وسجل ملاحظات على بعض النتائج والتوصيات الأولية لدينا. أكدت استجابة الوزارة على التقدم الذي أحرزته المغرب في توسيع فرص الحصول على الرعاية التلطيفية حتى الآن، وذكر بالالتزام بالمزيد من الخطوات. أوردنا رد الوزارة في الأجزاء ذات الصلة من التقرير.

يستند هذا التقرير إلى بحث سابق لـ هيومن رايتس ووتش بشأن الحصول على الرعاية التلطيفية في المغرب، نُشر في تقرير عام 2011، "حالة علاج الألم في العالم: الرعاية التلطيفية كحق من حقوق الإنسان".

جميع الوثائق المذكورة في التقرير متاحة للجمهور أو محفوظة في ملفات لدى هيومن رايتس ووتش.

I. خلفية

أهمية العناية التلطيفية وتخفيف الألم

مع ارتفاع معدل الأعمار في جميع أنحاء العالم، يتزايد انتشار الأمراض غير المعدية والأمراض المزمنة بشكل متسارع.¹ تشكل الأمراض غير المعدية مثل السرطان وأمراض القلب والسكري وأمراض الجهاز التنفسي السبب الرئيسي للوفيات في العالم، وهو ما يمثل 63.5 في المئة من مجموع الوفيات.² هذه الأمراض والأمراض المزمنة الأخرى غالباً ما يصاحبها الألم والأعراض المؤلمة الأخرى مثل ضيق التنفس والغثيان والقلق والاكتئاب (انظر الجدول 1).

الجدول 1: انتشار أعراض الأمراض المزمنة ³									
أعراض	السرطان	داء الانسداد الرئوي المزمن	فشل القلب المزمن	أمراض الكلى	الزفر	الإيدز	باركنسون	داء العصبون الحركي	التصلب المتعدد
الألم	30-94%	21-77%	14-78%	11-83%	14-63%	30-98%	42-85%	52-76%	68%
ضيق التنفس	16-77%	56-98%	18-88%	11-82%	12-52%	43-62%	--*	81-88%	26%
الغثيان	2-78%	4%	2-48%	8-52%	8%	41-57%	--	--	26%
التعب	23-100%	32-96%	42-82%	13-100%	22%	43-95%	42%	--	80%
الارتباك	2-68%	14-33%	15-48%	35-70%	--	--	24%	24%	--
الإمساك	4-64%	12-44%	12-42%	8-65%	40%	19-35%	24%	52-56%	46%
الإسهال	1-25%	--	12%	8-36%	--	29-53%	--	--	--
الاكتئاب	4-80%	17-77%	6-59%	2-61%	46%	17-82%	15-50%	23%	15%
القلق	3-74%	23-53%	2-49%	7-52%	8-72%	13-76%	5-62%	19%	24%

* يشير إلى غياب أي بيانات متاحة لهذا العرض المحدد.
متوسط أدنى وأعلى البيانات المتاحة عن مدى انتشار الأعراض المحددة بنسبة 50 في المئة أو أكثر.
متوسط أدنى وأعلى البيانات المتاحة عن مدى انتشار الأعراض المحددة بنسبة 25 في المئة أو أكثر.



تسعى الرعاية التلطيفية إلى تحسين نوعية حياة المرضى، من البالغين والأطفال، الذين يواجهون مرضاً مستقلاً أو يحد من الحياة. الغرض من هذه الرعاية ليس شفاء المريض أو المريضة أو تمديد الحياة، بل تخفيف الألم والمشاكل الجسدية والنفسية والاجتماعية الأخرى. في كلمات أغلبها مقتبسة عن السيدة سيزلي سوندرز، التي أسست أول ماوى حديث للمسنين ودافعت طوال حياتها عن الرعاية التلطيفية: تهتم الرعاية التلطيفية بـ "إضافة حياة إلى الأيام وليس أياماً إلى الحياة". رغم توافر العلاج في بعض الأحيان إلا أن الرعاية التلطيفية تخفف العبء وتأثير هذه الأعراض الجسدية بغض النظر عما إذا كان يمكن علاج السبب وراءها.

¹ United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNDESA) Population Division, "World Population Prospects: The 2012 Revision," 2013, p. 4, http://esa.un.org/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_20KEY%20FINDINGS.pdf (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

² UNDESA Population Division, "Changing Levels and Trends in Mortality: the Role of Patterns of Death by Cause," 2012, p. 7, <http://www.un.org/esa/population/publications/levelsandtrendsinmortality/Changing%20levels%20and%20trends%20in%20mortality.pdf> (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

³ Katrien Moens, MSC, et al., "Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living With Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review," *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 48, no. 4 (2014), pp. 667-669. تعكس الأرقام الدنيا والقصى الإحصاءات في المصادر الأكاديمية. يتضمن المقال تفاصيل مهمة عن المصادر الأكاديمية التي أخذت منها النسب المئوية.

تعترف منظمة الصحة العالمية بالرعاية التلطيفية باعتبارها جزءاً لا يتجزأ من الرعاية الصحية التي يجب أن تُتاح لمن يحتاج إليها.⁴ غالباً ما ترتبط الرعاية التلطيفية بمرض السرطان، إلا أن دائرة أوسع بكثير من المرضى يمكنها الاستفادة منها، بمن فيهم المرضى في مراحل متقدمة من الاضطرابات العصبية وأمراض القلب والرئة والكبد وأمراض الكلى.⁵ تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية وتحالف العناية التلطيفية في الواقع إلى أن أكثر من 65 في المئة من البالغين الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية لديهم أمراض مزمنة أخرى غير السرطان.⁶

تعتبر معالجة الأمراض المزمنة وشديدة الألم جانباً هاماً من جوانب الرعاية التلطيفية. فالألم المستمر له تأثير عميق على نوعية الحياة ويمكن أن يكون له آثار جسدية ونفسية واجتماعية. ويمكن أن يؤدي إلى خفض القدرة على التنقل؛ فقدان القوة؛ إضعاف الجهاز المناعي؛ والتأثير في قدرة الشخص على تناول الطعام والتركيز والنوم أو التفاعل مع الآخرين.⁷ يمكن للتأثير الجسدي للألم المزمن والضغط النفسي الذي ينتج عنه أن يؤثر حتى على مسار المرض: بحسب منظمة الصحة العالمية في المبادئ التوجيهية لمكافحة السرطان، "الألم يمكن أن يقتل".⁸ تشمل العواقب الاجتماعية عدم القدرة على العمل، والاهتمام بالذات والأطفال أو غيرهم من أفراد الأسرة، والمشاركة في الأنشطة الاجتماعية وإيجاد نهاية مرضية في آخر الحياة.⁹

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية: "معظم الألم الذي يسببه السرطان، إن لم يكن كله، يمكن أن يزول إذا نفذنا المعرفة الطبية والعلاجات القائمة" (التشديد من المصدر).¹⁰ الدعامة الأساسية لعلاج الألام المتوسطة والشديدة هو المورفين، وهو مادة أفيونية غير مكلفة مصنوعة من أحد مستخرجات نبات الخشخاش. المورفين دواء خاضع للرقابة، ما يعني أن تصنيعه وتوزيعه منظم بشكل صارم على المستويين الدولي والوطني.

اعترف الخبراء الطبيون بأهمية مسكنات الألم الأفيونية لعقود من الزمن. "الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961"، المعاهدة الدولية التي تحكم استخدام العقاقير المخدرة، تنص صراحة على أن "الاستخدام الطبي للمخدرات لا يزال ضرورياً لتخفيف الألم والمعاناة".¹¹ اعترفت منظمة الصحة العالمية بأن المواد الأفيونية القوية مثل المورفين هي "ضرورة قصوى".¹²

بينما الألم عارض رئيسي لدى المصابين بأمراض تحد من الحياة، فالرعاية التلطيفية أوسع من مجرد الراحة من الألم الجسدي. على سبيل المثال، يعاني كثير من المصابين بأمراض ضيق التنفس المزمنة، من أعراض مؤلمة تجعل المريض يشعر أنه لا يمكنه أبداً الحصول على ما يكفي من الهواء.¹³ يمكن للآثار الجسدية والنفسية الناتجة عن ضيق التنفس أن تسبب الاكتئاب، القلق، والأرق.¹⁴ الآثار النفسية لضيق التنفس واضحة بشكل خاص، حتى التغيرات الخفيفة في أنماط التنفس قد تُفسّر معرفياً

⁴ World Health Organization (WHO), "National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines, Second Edition," 2002, pp. 86-87, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>. (تم الاطلاع في 31 مارس/آذار 2015).

⁵ WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment Throughout the Life Course," 2013, EB134/28, para. 7. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf. (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

⁶ WHO and Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance (WHPCA), "Global Atlas of Palliative Care at the End of Life," January 2014, p. 14, <http://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>. (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

⁷ Frank Brennan, et al., "Pain Management: A Fundamental Human Right," *Anesthesia & Analgesia*, vol. 105, no. 1 (2007), pp. 205-221.

⁸ WHO, "National Cancer Control Programmes," p. 83, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.

⁹ Randall Daut, et al., "Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to Assess Pain in Cancer and Other Diseases," *Pain*, vol. 17, no. 2 (1993), pp. 197-210.

¹⁰ WHO, "Achieving Balance in Opioid Control Policy: Guidelines for Assessment," 2000, p. 1, http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_edm_qsm_2000.4.pdf. (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹¹ المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، "الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة 1972، المعدل للاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961" https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_ar.pdf. (تم الاطلاع في 31 آذار/مارس 2015).

¹² السابق.

¹³ A-L Jennings, et al., "A Systematic Review of the Use of Opioids in the Management of Dyspnoea," *Thorax*, vol. 57 (2002), p. 939, <http://thorax.bmj.com/content/57/11/939.full.pdf+html>. (تم الاطلاع في 31 مارس/آذار 2015).

¹⁴ Amy P Abernethy, et al., "Randomized, Double Blind, Placebo Controlled Crossover Trial of Sustained Release Morphine for the Management of Refractory Dyspnoea," *BMJ*, vol. 327 (2003), p. 1, <http://www.bmj.com/content/327/7414/523.full.pdf+html>. (تم الاطلاع في 31 مارس/آذار 2015).

وعاطفيا على أنها تهديدات خطيرة للصحة والحياة...".¹⁵ ثبت أن بروتوكولات العلاج مثل تقنيات التنفس والأوكسجين والاسترخاء تقدم إغاثة كبيرة لبعض المرضى الذين يعانون من ضيق التنفس.¹⁶ تتم التوصية بالمورفين على نحو متزايد لتخفيف أعراض ضيق التنفس.¹⁷

الأشخاص الذين يعانون من أمراض تحد من الحياة، وأقاربهم أيضا، يواجهون في كثير من الأحيان أسئلة نفسية واجتماعية وروحية عميقة مع مواجهتهم لأمراض تهدد الحياة وغير قابلة للشفاء، وفي الغالب تسبب الوهن. يُعتبر القلق والاكتئاب من الأعراض الاعتيادية،¹⁸ وقد تبين أن تدخلات الرعاية التلطيفية مثل تقديم المشورة النفسية والدعم الروحي تقلل إلى حد كبير من حدوث هذه الأعراض وشدتها وتحسن نوعية حياة المرضى وأسرهم.¹⁹

حَنَّت منظمة الصحة العالمية الدول، بما فيها تلك ذات الموارد المحدودة، على جعل خدمات الرعاية التلطيفية متاحة. توصي منظمة الصحة العالمية بأن تضع البلدان تنفيذ خدمات الرعاية التلطيفية ضمن الأولويات. يكون ذلك سواء في المؤسسات الطبية التي تتعامل مع أعداد كبيرة من المرضى الذين يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية، أو في المجتمعات حيث يمكن توفيرها بتكلفة منخفضة للأشخاص الذين يعانون من قدرة محدودة على الوصول إلى المرافق الطبية.²⁰

لاحظت منظمة الصحة العالمية أن تكلفة هذه التدابير قليلة جدا ولكن يمكن أن يكون لها تأثير كبير.²¹ في الواقع تواجه عديد من الدول صعوبة في استيعاب الطلب المتزايد على خدمات الأمراض غير المعدية.²² وجدت بعض الدراسات أن تقديم الرعاية التلطيفية يؤدي إلى توفير في التكلفة الإجمالية للأنظمة الصحية من خلال تقليل الضغط على النظم الطبية.²³

¹⁵ James Hallenbeck, M.D., "Pathophysiologies of Dyspnea Explained: Why Might Opioids Relieve Dyspnea and Not Hasten Death?" Journal of Palliative Medicine, vol. 15, no. 8 (2012), p. 849.

¹⁶ American College of Chest Physicians, "Consensus Statement on the Management of Dyspnea in Patients with Advanced Lung and Heart Disease," 2010, pp. 675-76. <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22082/chest.09-1543.pdf> ; British Columbia Medical Association, et al., "Guidelines & Protocols, Palliative Care for the Patient with (2015 آذار/مارس) Incurable Cancer of Advanced Disease Part 2: Pain and Symptom Management Dyspnea," 2011, pp. 1-3. http://www.bcguidelines.ca/guideline_palliative2.html (تم الاطلاع في 31 مارس/آذار 2015).

¹⁷ American College of Chest Physicians, "Consensus Statement on the Management of Dyspnea in Patients with Advanced Lung and Heart Disease," pp. 675-76; Darcy D Marciniuk, et al., "Managing Dyspnea in Patients with Advanced Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline," Canadian Respiratory Journal, vol. 18 (2011), p. 4. ; Jennings, "A Systematic Review of the Use of Opioids in the Management of Dyspnoea," Thorax, p. 941; Abernethy, "Randomized, Double Blind, Placebo Controlled Crossover Trial of Sustained Release Morphine for the Management of Refractory Dyspnoea," BMJ, p. 3.

¹⁸ Joao Paulo Solano, et al., "A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease," Journal of Pain and Symptom Management, vol. 31, no. 1 (2006).

¹⁹ WHO, "National Cancer Control Programmes," pp. 83-91, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf> راجع مثلا:

²⁰ WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment Throughout the Life Course," paras. 19-20, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf; WHO, "National Cancer control Programme," pp. 91-92, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.

²¹ WHO, "Cancer Pain Relief, With a Guide to Opioid Availability, Second Edition," 1996, p. 43. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf> (تم الاطلاع في 14 مايو/أيار 2015).

²² وزارة الصحة، "الاستراتيجية القطاعية للصحة (2012-2016)"، ص 8، <http://www.sante.gov.ma/Documents/annonces/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202012-2016.pdf> (تم الاطلاع في 9 سبتمبر/أيلول 2015).

²³ Rolfe Sean Morrison, et al., "Cost Savings Associated with US Hospital Palliative Care Consultation Programs," Arch Intern Med, vol. 168 (2008), <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=414449> (تم الاطلاع في 27 يونيو/حزيران 2015).

حثّ البنك الدولي ومنظمة الصحة العالمية في السنوات الأخيرة الدول على تنفيذ التغطية الصحية الشاملة مجاناً لضمان حصول جميع الناس على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون أن يعانون ضائقة مالية.²⁴ والرعاية التلطيفية هي إحدى الخدمات الصحية الأساسية التي تقول منظمة الصحة العالمية إنها يجب أن تكون متاحة في إطار التغطية الصحية الشاملة.²⁵

التوفر العالمي والإقليمي للرعاية التلطيفية

رغم أهمية الرعاية التلطيفية، كان مستوى الحصول على هذه الرعاية الصحية الأساسية دون مستوى تطور الخدمات الصحية الأخرى، بسبب حواجز موثقة جيداً في مجالات سياسة الرعاية الصحية وتعليم الرعاية الصحية، وتوافر الدواء.²⁶ يفيد تقرير مشترك بين منظمة الصحة العالمية وتحالف الرعاية التلطيفية بأن 98 بلداً لا تُعرف فيها خدمات الرعاية التلطيفية.²⁷

وقال لـ "الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات"، المكلفة برصد "الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961": "حوالي 5.5 مليار شخص، أو ثلاثة أرباع سكان العالم... ليس لديهم إمكانية مناسبة للحصول على العلاج من الألام المتوسطة والشديدة...".²⁸ نظراً إلى محدودية فرص الحصول على الأدوية الأساسية، تقدر منظمة الصحة العالمية أن عشرات الملايين في جميع أنحاء العالم، بما في ذلك نحو 5.5 مليون مريض سرطان في المرحلة الأخيرة من المرض ومليون شخص مصاب بمرض الإيدز، يعانون كل عام من الألام المتوسطة والشديدة من دون علاج.²⁹

تطور الرعاية التلطيفية ضعيف بشكل خاص في بلدان أفريقيا الفرنكوفونية. وجدت دراسة عام 2012، على سبيل المثال، أن 16 من أصل 22 بلداً في أفريقيا الفرنكوفونية ليس لديه أي مزود خدمات رعاية صحية تقدم الرعاية التلطيفية. في المقابل، وجدت الدراسة نفسها أن البلدان الأفريقية الأنغلوфонونية جميعها لديها بعض خدمات الرعاية التلطيفية على الأقل (انظر الجدول 2).

كما أن معدل استهلاك المورفين في أفريقيا الفرنكوفونية من أدنى المعدلات على الصعيد العالمي. تصنف الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات كل الدول في المنطقة، باستثناء تونس، بأن توافر المواد الأفيونية فيها "غير كاف إلى حد كبير".³⁰ أكثر من ثلثي الدول في المنطقة والتي توافرت البيانات عنها لديها تستخدم المورفين بشكل قليل جداً بحيث يكون غير كافٍ حتى لعلاج 5 في المئة من الناس الذين يموتون من شدة الألم من مرض السرطان والإيدز (انظر الجدول 3). في عام 2013، وثقت هيومن رايتس ووتش الأثر المدمر الناتج عن نقص خدمات الرعاية التلطيفية على المرضى وأسره في السنغال. قال عديد من المرضى إنهم شعروا أنهم تم التخلي عنهم في محتنتهم.³¹

²⁴ تعريف التغطية الصحية الشاملة: World Bank, http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/ (accessed June 3, 2014); World Bank, "Universal Health Coverage Study Series," <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-study-series> (تم الاطلاع في 11 مارس/آذار 2015).

²⁵ WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment Throughout the Life Course," para 20(ii), http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf.

²⁶ مثلاً: WHO and WHPCA, "Global Atlas of Palliative Care at the End of Life," pp. 27-29, <http://www.who.int/nmh/GlobalAtlasofPalliativeCare.pdf>.

²⁷ السابق، ص 36. تركز النتائج على دراسة نُشرت في *Journal of Pain and Symptom Management*, Thomas Lynch, PhD, et al., "Mapping Levels of palliative Care Development: A Global Update," *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 45, no. 6 (2013).

²⁸ INCB, "Report 2014," 2015, p. 3, https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/English/AR_2014.pdf (تم الاطلاع في 23 مارس/آذار 2015).

²⁹ WHO Briefing Note, "Access to Controlled Medications Programme," 2012, http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/ACMP_BrNote_Genr_EN_Apr2012.pdf?ua=1.

³⁰ INCB, "Availability of Opioids for Pain Management (2010-2012 average)," 2012, https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Availability/total_2010_2012_final.pdf (تم الاطلاع في 14 مايو/أيار 2015).

³¹ Human Rights Watch Report, "Abandoned in Agony: Cancer and the Struggle for Pain Treatment in Senegal," (New York: Human Rights Watch, November 2013), http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/senegal1013_forinsert_ForUpload.pdf (تم الاطلاع في 14 مايو/أيار 2015).

الجدول 2: مقارنة تنمية الرعاية التلطيفية في أفريقيا الأنغلو فونية (الناطقة بالإنجليزية) وأفريقيا الفرنكوفونية³² (الناطقة بالفرنسية)

أفريقيا الفرنكوفونية مستوى تنمية الرعاية التلطيفية حسب التحالف العالمي للرعاية التلطيفية ورعاية المسنين/منظمة الصحة العالمية		أفريقيا الأنغلو فونية ³³ مستوى تنمية الرعاية التلطيفية حسب التحالف العالمي للرعاية التلطيفية ورعاية المسنين/منظمة الصحة العالمية	
بنين		ليبيريا	
بوركينافاسو		موريتانوس	
بوروندي		سيشيل	
جمهورية الكونغو الديمقراطية		بوتسوانا	
تشاد		غامبيا	
جزر القمر		غانا	
جيبوتي		ليسوتو	
غابون		ناميبيا	
غينيا		نيجيريا	
موريتانيا		رواندا	
النيجر		سييرا ليون	
سينغال		السودان*	
توغو		سوازيلند	
الجزائر		كينيا	
جمهورية الكونغو الديمقراطية		مالاوي	
مدغشقر		جنوب أفريقيا	
كاميرون		تنزانيا	
كونغو		زامبيا	
مالي		زيمبابوي	
المغرب		أوغندا	
تونس			
ساحل العاج			

* تم جمع البيانات عام 2011، قبل استقلال جنوب السودان في سبتمبر/أيلول من ذلك العام.

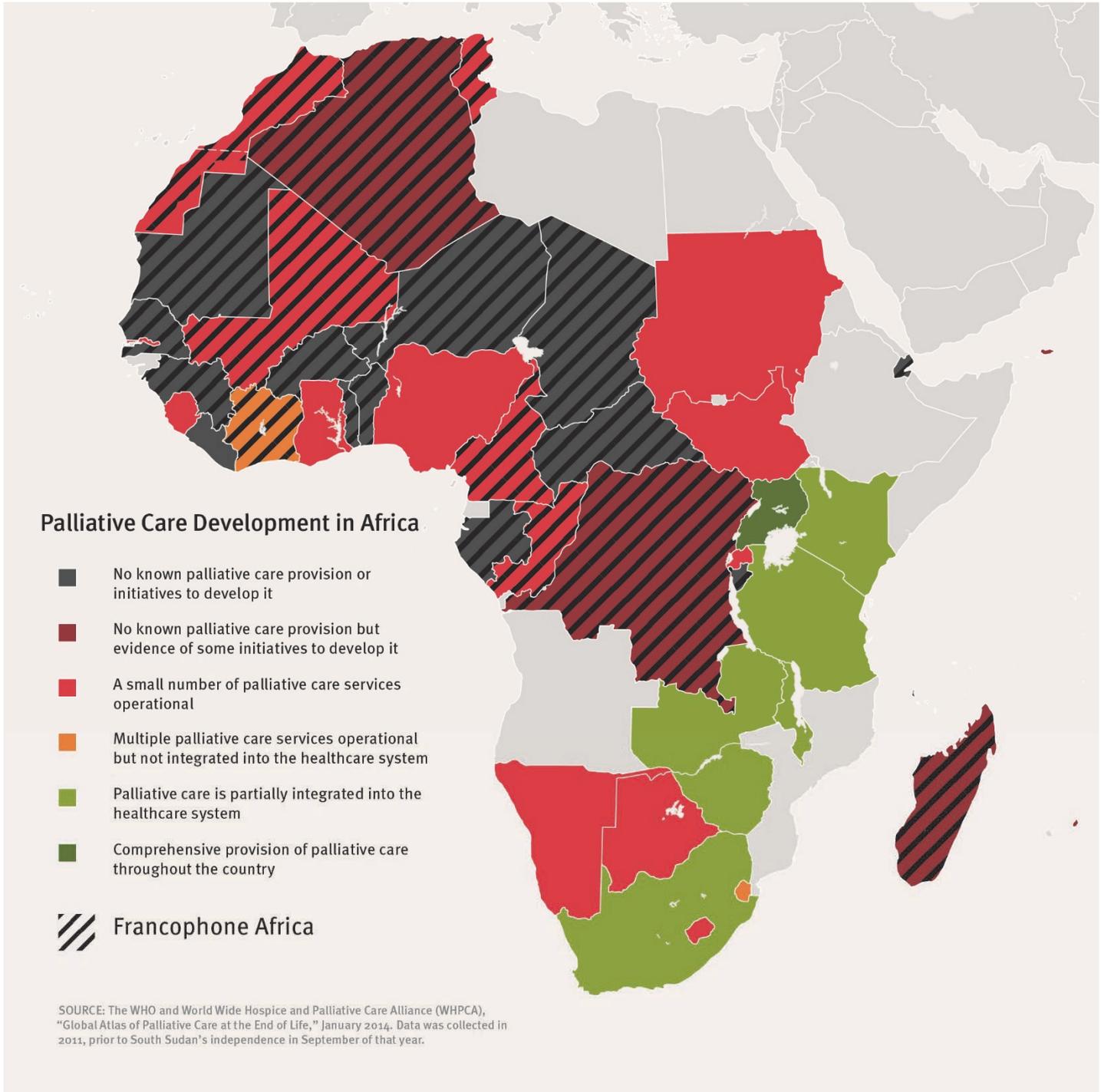
لا يوجد توافر معروف للرعاية التلطيفية أو مبادرات لتطويرها
لا تقديم معروف للرعاية التلطيفية باستثناء دليل على بعض المبادرات لتطويرها
عدد قليل من الخدمات التشغيلية للرعاية التلطيفية
خدمات الرعاية التلطيفية متعددة ولكن ليست مدمجة في نظام الرعاية الصحية
تم دمج الرعاية التلطيفية جزئياً في نظام الرعاية الصحية

تقديم شامل للرعاية التلطيفية في جميع أنحاء البلاد



³² WHO and WHPCA, "Global Atlas of Palliative Care at the End of Life," p. 36, http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf. Thomas Lynch, PhD, et al., "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update," *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 45, no. 6, June 2013. مراكز الرعاية التلطيفية، الإحصاءات عن توفر الأدوية الأفيونية، الخبراء الأساسيون داخل البلاد، وجمعيات الرعاية التلطيفية الإقليمية. جمعت البلدان في 6 فئات قدمت أعلاه.

³³ لتصنيف البلاد كفرنكوفونية أو أنغلو فونية، نظرنا إلى سيطرة اللغة المحكية الفرنسية أو الإنجليزية في كل بلد. في البلدان حيث يتم التكلم بكل اللغتين، اعتبرنا المعايير التالية في التحديد: اللغة المعترف بها رسمياً من قبل الحكومة؛ اللغة المستخدمة في الشؤون الحكومية؛ اللغة المستخدمة في التعليم؛ والتاريخ الاستعماري. مستوى تطور الرعاية التلطيفية و/أو استهلاك المورفين في البلد المعين لم يؤخذ في عين الاعتبار عند التحديد.



الجدول 3: بيانات استهلاك المسكنات الأفيونية في أفريقيا القرنفونوية³⁴

البلد	الوفيات المقدرة الناتجة عن السرطان والإيدز السنوية المترافقة بالأم متوسطة الى شديدة (2012)	العدد التقديري لمرضى السرطان والإيدز غير القابلين للشفاء الذين:	
		لا يتلقون علاجاً مناسباً للألم (العدد الأدنى)	يمكن معالجتهم بجميع المواد الأفيونية القوية المستهلكة (نسبة مئوية)
بوروندي	6933	-	-
جمهورية أفريقيا الوسطى	7237	-	-
جزر القمر	329	-	-
كونغو	3796	-	-
جيبوتي	848	-	-
غينيا	5931	-	-
موريتانيا	1576	-	-
النيجر	5.419	-	-
بوركينافاسو	7722	7681	>1%
ساحل العاج	22939	22,827	>1%
غابون	1645	1637	>1%
تشاد	10787	10634	1%
جمهورية الكونغو الديمقراطية	40626	40122	1%
مالي	7991	7915	1%
توغو	5808	5732	1%
كاميرون	25049	24497	2%
مدغشقر	13473	12269	2%
سنغال	4832	4757	2%
بنين	4568	4402	4%
المغرب	18838	15163	20%
الجزائر	17860	13971	22%

البلد لم يُبلغ استهلاك المواد الأفيونية إلى الهيئة خلال 2010-2012. استهلاك أقل أو يساوي 2 في المئة من اللازم لعلاج جميع مرضى السرطان والمناعة البشرية / الإيدز الذين يعانون من الألم. استهلاك ما بين 2.1 و 5 في المئة من اللازم لعلاج جميع مرضى السرطان وفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز المترافق مع الألم. استهلاك ما بين 5.1 و 25 في المئة من اللازم لعلاج جميع مرضى السرطان وفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز الذين يعانون من الألم. استهلاك ما بين 25.1 و 99 في المئة من اللازم لعلاج جميع مرضى السرطان وفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز الذين يعانون من الألم. استهلاك مساوي أو أكبر من 100 في المئة من اللازم لعلاج جميع مرضى السرطان وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز الذين يعانون من الألم.

34. المنهجية: يرجع البحث أن 80 بالمئة من مرضى السرطان في المراحل الأخيرة و 50 بالمئة من مرضى الإيدز في المراحل الأخيرة سيعانون من الألم المتوسط إلى الشديد. (تم الاطلاع في 3 مايو/أيار 2015).
Kathleen M.

Foley, et al., "Pain Control for People with Cancer and AIDS," in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, ed. Dean T Jamison, et al., vol. 2 (Washington (DC): World Bank, 2006). فولي وآخرون يقدرون أن معدل مرضى السرطان أو الإيدز في المراحل الأخيرة الذين يعانون من الألم المتوسط إلى الشديد سيحتاجون إلى 60 - 75 ملغم من المورفين يوميا لمعدل زمني 90 يوما. اعتمادا على المعدل من الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات خلال السنوات الثلاث الأحدث لبيانات استهلاك الأدوية الأفيونية (2010-2012) ومعدل الوفيات لمرضى السرطان والإيدز، احتسبت الجمعية الأمريكية للسرطان النسبة المئوية للأشخاص الذين يعانون من السرطان والإيدز في مراحل متقدمة الذين كانوا يمكن أن يعالجوا بأدوية أفيونية. هذه تقديرات محافظة جدا للحاجة الفعلية إلى معالجة الألم. تركز هذه الحسابات على المرضى بالسرطان والإيدز في المراحل المتقدمة الذين يموتون كل سنة دون قدرة الوصول إلى أدوية مناسبة للألم. بما أن المورفين يستخدم أيضا لمعالجة أمراض أخرى عديدة والراحة من الألم بعد الجراحة، وأن المرضى بأمراض عدة أخرى يعانون أيضا من ألم شديد يحتاج إلى علاج بالأدوية الأفيونية، الحاجة الحقيقية التي لم يتم تلبيتها أكبر بكثير. حساباتنا لا تشمل الميتادون، لأنه يستخدم عادة في علاج إدمان المواد الأفيونية.

خلفية عن نظام الرعاية الصحية في المغرب

يتألف نظام الرعاية الصحية في المغرب من قطاع عام، وقطاع خاص غير ربحي، وقطاع خاص ربحي.³⁵ يشكل القطاع العام الجزء الأكبر من مجمل نظام الرعاية الصحية، رغم أن القطاع الخاص ينمو بسرعة، ويمثل الآن 32 في المئة من نظام الرعاية الصحية.³⁶ يشمل القطاع العام المستشفيات الخاصة والمستشفيات الجامعية والمستشفيات الإقليمية والمحلية والجهوية، ومراكز الرعاية الصحية الأساسية.³⁷ ورغم توفر خيارات القطاع الخاص وتقديم رعاية صحية عالية الجودة مقارنة مع نظيره العام، فالخدمات أكثر تكلفة بكثير، لا سيما بالنسبة إلى حوالي 21 مليون مغربي ليس لديهم تأمين صحي أو تأمينهم لا يغطي سوى الرعاية في المرافق الصحية العامة.³⁸

الرسم 1: المرافق الصحية العامة³⁹

يتألف نظام الرعاية الصحية العامة في المغرب من 3 مستويات للرعاية (انظر الرسم البياني الأول).⁴⁰ المستشفيات الجامعية والمستشفيات المتخصصة، وجميع مرافق الرعاية الثالثية، هي مرافق الرعاية الصحية الأكثر تطوراً ولديها عموماً صيدليات مجهزة جيداً ومجموعة واسعة من المتخصصين والمعدات الطبية المتطورة وخيارات العلاج. تقع هذه المرافق فقط في المدن الكبرى. هناك عديد من المستشفيات الإقليمية والمحلية والجهوية في المدن الأصغر. مرافق الرعاية الثانوية هذه لديها مرافق تسهيلات للمرضى الداخليين والخارجيين ولكن قد يكون فيها عدد محدود من الموظفين الرئيسيين. فالمستشفيات المحلية على سبيل المثال، لديها التخصصات الطبية الأساسية مثل التوليد والطب العام والجراحة العامة، ولكن لا متخصص في طب العيون أو أمراض الجهاز الهضمي أو أمراض القلب.⁴¹ أخيراً، في المراكز الصحية المتاحة في المدن الصغيرة، قد يكون هناك طبيب رعاية عام واحد فقط أو ممرضة زائرة أو قابلة تقدم الرعاية الأساسية.

³⁵ Hassan Semlali, "The Moroccan Practice Case Study: Positive Practice Environments in Morocco," 2010, p. 16, http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/PPE_Morocco_CaseStudy.pdf (تم الاطلاع في 31 مارس/أذار 2015).

³⁶ وزارة الصحة، "الاستراتيجية القطاعية للصحة (2012-2016)"، ص 11، <http://www.sante.gov.ma/Documents/annonces/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202012-2016.pdf> (تم الاطلاع في 9 سبتمبر/أيلول 2015).

³⁷ السابق، ص 12-13، Décret relatif à l'organisation hospitalière, No. 2-06-656, art. 7, 2007, http://www.sante.gov.ma/Reglementation/Organisation_Minist/Documents/ORGANISATION%20HOSPITALIERE.pdf (تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015).

³⁸ Hassan Semlali, "The Moroccan Practice Case Study: Positive Practice Environments in Morocco," 2010, p. 16، مقابلة هيومن رايتس ووتش جراح أورام في القطاع الخاص (تم حجب الاسم)، 14 يناير/كانون الثاني 2014.

³⁹ وزارة الصحة، "الاستراتيجية القطاعية للصحة (2012-2016)"، ص 10، <http://www.sante.gov.ma/Documents/annonces/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202012-2016.pdf> (تم الاطلاع في 9 سبتمبر/أيلول 2015). لأعراض حساسية، افترضنا أن المستشفيات الـ 102 "العمومية" المذكورة في التقرير تشمل المستشفيات الخمس الجامعية.

⁴⁰ Ministry of Health and Lalla Salma Foundation, "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer") pp. 29-30, http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf (تم الاطلاع في 31 مارس/أذار 2015).

⁴¹ Décret relatif à l'organisation hospitalière, no. 2-06-656, art. 7, 2007,

http://www.sante.gov.ma/Reglementation/Organisation_Minist/Documents/ORGANISATION%20HOSPITALIERE.pdf. Local المستشفيات المحلية، الجهوية والإقليمية لها بنية هرمية بدورها، وتزيد قدراتها وتأثيرها كلما كانت في أعلى السلسلة. بالإضافة إلى الخدمات في المستشفيات المحلية، من المفترض أن تتمتع المستشفيات الجهوية بأخصائيين إضافيين، مثل الأطباء النفسيين، وأخصائيي الجهاز الهضمي وأمراض القلب. من المفترض أن يكون في المستشفيات الإقليمية أخصائيين إضافيين، مثل جراحي التجميل والترميم، أخصائيي المسالك البولية، وجراحي الأعصاب.

المستشفيات الجامعية والمستشفيات المتخصصة

45

المستشفيات الإقليمية، والجهوية والمحلية

97

المراكز الصحية الأساسية

2,689

عدد العاملين في مجال الرعاية الصحية وعدد مرافقها منخفض بالنسبة إلى عدد السكان في المغرب. وفقا لبيانات منظمة الصحة العالمية الأخيرة، كان لدى المغرب عدد أقل بكثير من أسرة المستشفيات والأطباء والممرضات والقابلات لكل مواطن مقارنة بجيرانه في شمال أفريقيا.⁴² في 2005-2012، على سبيل المثال، تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أنه لدى المغرب ما يقرب من 6 أطباء لكل 10 آلاف فرد، مقارنة بـ 12 طبيب لكل 10 آلاف في الجزائر وتونس، و19 في ليبيا، و28 في مصر.⁴³

منذ عام 2012، كان نصيب الفرد من الإنفاق الصحي في المغرب 190 دولار أمريكي للشخص الواحد وبلغ مجموع النفقات الصحية 6 في المئة من الناتج المحلي الإجمالي.⁴⁴ رغم أن الإنفاق على الصحة في المغرب مشابه نسبيا لمثيله في الدول المجاورة في شمال أفريقيا، إلا أن نسبة أقل بكثير تأتي من الأموال العامة. في عام 2012 على سبيل المثال بلغت ميزانية الدولة المغربية ما يقرب من 34 في المئة من إجمالي النفقات الصحية، مقارنة بـ 59٪ في تونس و77 في المئة في ليبيا، و84 في المئة في الجزائر.⁴⁵

منذ عام 2005، سعت الحكومة المغربية إلى توسيع نطاق تغطية التأمين الصحي لسكانها. قبل الإصلاحات التي بدأت تلك السنة، كانت تغطية التأمين الصحي الرسمي في المغرب طوعية، و17 في المئة فقط من السكان تم تأمينهم؛ كان أكثر من ثلثهم موظفي حكومة استفادوا من خطة التأمين العام.⁴⁶

⁴² WHO, "World Health Statistics: 2013," 2013, pp. 120-127, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf?ua=1

(تم الاطلاع في 23 آذار/مارس 2015)؛ WHO, "World Health Statistics: 2010," 2010, p. 117, http://www.who.int/entity/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf?ua=1؛ (تم الاطلاع في 23 آذار/مارس 2015). نقلت نسبة الأسرة في الجزائر بناء على تقرير 2010، بما أن الإحصاءات غير متوفرة من العام 2013.

⁴³ WHO, "World Health Statistics: 2013," 2013, pp. 120-127.

⁴⁴ Global health expenditure data can be found here: apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en (تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015).

⁴⁵ السابق.

⁴⁶ Driss Zine-Eddine El-Idrissi, et al. "Constraints and Obstacles to Social Health Protection in the Maghreb: The Case of Algeria and Morocco," *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, issue 11 (2008), [who.int/bulletin/volumes/86/11/08-053736/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/86/11/08-053736/en/) (تم الاطلاع في 6 نوفمبر/تشرين الثاني 2014)؛

تمت تغطية نسبة صغيرة من السكان من خلال التأمين الخاص، في حين أن الغالبية العظمى من السكان لم يكن لديهم تأمين صحي. المواطنون ذوو الدخل المحدود يمكنهم الحصول على "شهادة العوز" من حكومتهم المحلية، التي وفرت لهم إما رعاية صحية مجانية أو منخفضة التكلفة في المرافق العامة. غير المؤهلين للحصول على هذه الشهادة يمكنهم تلقي الرعاية الصحية في المرافق العامة بتكلفة مدعومة.⁴⁷

وضعت الحكومة منذ عام 2005 إصلاحين رئيسيين للتأمين الصحي. أولاً: قدمت برنامج "التأمين الإجباري عن المرض" - AMO الذي يغطي كلا من موظفي القطاع العام والخاص العاملين بأجر.⁴⁸ يتم تقسيم أقساط البرنامج بين الموظفين وأرباب العمل بشكل غير متساو. يغطي التأمين الإجباري نسبة ثابتة تتراوح بين 70-90 بالمائة من تكلفة عدد من التدخلات الطبية والأدوية.⁴⁹ وبحلول عام 2012، تمت تغطية 7.6 مليون من المغاربة بهذا البرنامج (ما يقارب 23 في المائة من السكان).⁵⁰

أطلقت الحكومة في عام 2011 إصلاحاً رئيسياً آخر وهو إنشاء "نظام المساعدة الطبية" - RAMED، التأمين العام الذي يوفر تغطية لذوي الدخل المنخفض. يستبدل هذا البرنامج إلى حد كبير "شهادة العوز" بنظام رسمي لتقديم خدمات مجانية أو منخفضة للرعاية الصحية لأولئك الذين يعيشون في الفقر. يُقسم المؤهلون للبرنامج إلى فئتين، مُدنية وريفية، ويعتمد على عوامل مثل دخل الأسرة أو الأحوال المعيشية. يمكن لسكان المدن على سبيل المثال، الحصول على خدمات الرعاية الصحية المجانية إذا كانوا يجنون 3767 درهم (423 دولار أمريكي) في السنة، من بين المؤهلات الأخرى.⁵¹

نظراً، يمكن للمؤهلين لهذا البرنامج الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية في المستشفيات العامة والمراكز الصحية العامة في جميع أنحاء البلاد، ولكن المرافق التي يستطيعون الوصول إليها قد لا توفر لهم دائماً الرعاية والأدوية التي يحتاجون إليها.⁵² بالفعل، غالباً ما تعاني مرافق الصحة العامة من نقص التمويل،⁵³ وسوء نوعية الاستقبال والرعاية،⁵⁴ ويصعب على المغاربة الريفيين الوصول إليها.⁵⁵ وبالمثل، لا يغطي البرنامج سوى الأدوية الموزعة من الصيدليات العامة. مع استثناءات قليلة، تزود الصيدليات العامة الأدوية للمرضى أثناء العلاج فقط في المستشفيات.⁵⁶ هكذا، تمتد تغطية البرنامج فقط إلى "الأدوية والمستحضرات الدوائية خلال العلاج (المرضى الداخليين)".⁵⁷ أما مرضى العيادات الخارجية فعليهم طلب وصفاتهم الطبية ودفع ثمنها في الصيدليات الخاصة.

Jennifer Prah Ruger and Daniel Kress, "Health Financing and Insurance Reform in Morocco," *Health Affairs*, vol. 26, no. 4, (2007) p. 1010, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2898512/pdf/nihms-216679.pdf> (تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015).

Ruger and Kress, "Health Financing and Insurance Reform in Morocco," *Health Affairs*, pp. 1010-1011.⁴⁷
السابق، ص 1012؛⁴⁸

El-Idrissi, et al. "Constraints and Obstacles to Social Health Protection in the Maghreb: The Case of Algeria and Morocco," 2008.

تفاصيل عن النسبة المئوية لكل خدمة يقدمها التأمين الإجباري: http://www.anam.ma/anam.php?id_espace=5&id_srub=12 (تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015).⁴⁹

Agence Nationale de l'Assurance Maladie, "Feuille De Route: 2014-2018," p. 12, <http://www.anam.ma/upload/document/feuillederoute.pdf>⁵⁰
(تم الاطلاع في 1 أبريل/نيسان 2015).

على سكان المدن أيضاً أن يكون لديهم رصيد في مقياس الأوضاع الاجتماعية-الاقتصادية يبلغ 11 على الأقل. *Fixant les variables liées aux conditions de vie, les coefficients de pondération du revenu déclaré, les indices de calcul du score patrimonial, les indices de calcul des scores des conditions socioéconomiques ainsi que la méthode de calcul desdits scores pour le bénéfice du régime d'assistance médicale*, no. 836-08 of 2008, art. 4, http://www.ramed.ma/SInformer/DocTelecharger/arrête_%20critères_deligibilit-FR.pdf (تم الاطلاع في 14 مايو/أيار 2015). سكان المدن الذين يجنون ما بين 3767 و5650 درهما مغربياً (423-634 دولار أمريكي) في السنة يدفعون مساهمة سنوية تبلغ 120 درهما مغربياً (13 دولار) عن الشخص، مع قيمة قصوى تبلغ 600 درهما مغربياً (67 دولار) عن العائلة. *Portant application des dispositions du livre I de la loi n° 65-0 relatives au régime d'assistance médicale*, no. 2-08-77 of 2008, art. 25, https://www.ramed.ma/SInformer/DocTelecharger/Decret_2-08-177.pdf

(14 مايو/أيار 2015). على سكان الريف، بالمقابل، الإثبات أن لديهم رصيد النقاط المتعلقة بالثروات (*score patrimonial*) أقل من أو يساوي 28 ورصيد اجتماعي-اقتصادي أقل من أو يساوي 6. تفاصيل حول كيفية احتساب النقاط في الرصيدين: القانون 836.08، المادتين 6 و5.⁵²
لائحة بالعلاجات والخدمات الطبية المغطاة في نظام المساعدة: <https://www.ramed.ma/ar/SInformer/Pages/PanierSoins.html> (تم الاطلاع في 9 سبتمبر/أيلول 2015).⁵³

WHO, "Country Cooperation Strategy for WHO and Morocco: 2008-2013," 2009, p. 14. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_mar_en.pdf (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).⁵⁴

Ruger and Kress, "Health Financing and Insurance Reform in Morocco," *Health Affairs*, p. 1010; Semlali, "The Moroccan Practice Case Study," 2010, p. 22.⁵⁵

Seamlali, "The Moroccan Practice Case Study," 2010, p. 17.

هناك استثناء لهذه القاعدة العامة لمرضى العيادات الخارجية الذين يتلقون الرعاية في مراكز الأورام الإقليمية. هؤلاء المرضى يمكنهم الاستفادة من برنامج مشترك بين مؤسسة لا سلمى ووزارة الصحة، اسمه برنامج أكسس، وهو مصمم لمرضى السرطان من ذوي الدخل المحدود. يمكنهم صرف وصفاتهم الطبية مجاناً في صيدليات مراكز علاج الأورام.⁵⁶

لائحة بالعلاجات والخدمات الطبية المغطاة في نظام المساعدة: <https://www.ramed.ma/ar/SInformer/Pages/PanierSoins.html> (تم الاطلاع في 9 سبتمبر/أيلول 2015).⁵⁷

منذ عام 2013، تمت تغطية 5.6 مليون من المغاربة بنظام المساعدة، أي ما يقرب من 17 في المئة من مجموع المغاربة، ليصل عدد السكان الذين يستفيدون من التأمين الصحي إلى أكثر قليلا من 50 في المئة من السكان.⁵⁸ النصف الآخر من سكان المغرب ليس لديهم تأمين. على وجه الخصوص، تأمين المؤهلين الذين لا يستفيدون من هذا البرنامج (ما يقرب من 2.5 مليون شخص) وأولئك الذين يعملون في الاقتصاد غير الرسمي (ما يقرب من 10 مليون شخص)، لا يزال عقبات كبيرة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة.⁵⁹

يعتزم المغرب في السنوات المقبلة مواصلة جهوده لتوسيع التغطية الصحية لقطاعات أوسع من السكان، بما في ذلك تلك المشار إليها أعلاه.⁶⁰ الجدير بالذكر أن الحكومة سعت إلى جمع، وتلقت، ما مجموعه 166 مليون دولار كتمويل من "بنك التنمية الأفريقي" و"الاتحاد الأوروبي" للجهود المستمرة لإصلاح التأمين الصحي.⁶¹

تاريخ الرعاية التلطيفية في المغرب

في أوائل تسعينات القرن الماضي، كانت الرعاية التلطيفية وعلاج الألم شبه معدومين في المغرب.⁶² في عام 1994، أشار الدكتور المعطي نجمي رئيس قسم التخدير في المعهد الوطني للتكنولوجيا إلى الحاجة الملحة لهذه الخدمة الصحية وشارك صنّاع السياسة الصحية في المغرب والمجموعات الدولية في محاولة لإدخال خدمات الرعاية التلطيفية في المغرب. وعلى مدى

السنوات التالية، حقق هذا العمل عددا من المحطات الهامة، بما فيها:

- إدخال المورفين عن طريق الفم لأول مرة في المغرب (1995)
- افتتاح الجمعية المغربية لدراسة الألم (1996)؛
- إنشاء أول وحدة للعناية التلطيفية في المغرب، بقرب المعهد الوطني للتكنولوجيا في الرباط (2005)؛
- تطوير الاستراتيجية القطاعية للصحة" (2012) (الاستراتيجية القطاعية) و"المخطط الوطني للوقاية ومراقبة السرطان" (2010)، ويشملان أهدافا محددة للرعاية التلطيفية.⁶³

توضح هذه التحسينات أن المغرب في وضع جيد لتولي مهمة هامة وضرورية وهي ضمان توافر الرعاية التلطيفية وعلاج الألم لجميع المغاربة المحتاجين إلى هذه الخدمات. وبالقيام بذلك، يمكن أن يصبح المغرب من الدول الرائدة على المستوى الإقليمي في أفريقيا الفرنكوفونية، المنطقة حيث الرعاية التلطيفية محدودة للغاية.

⁵⁸ Agence Nationale de l'Assurance Maladie, "Feuille De Route: 2014-2018," p. 12, <http://www.anam.ma/upload/document/feuillederoute.pdf>

(تم الاطلاع في 1 أبريل/نيسان 2015). قرابة 4 مليون مغربي تشملهم تغطية خطط أصغر أو التأمين الخاص.

⁵⁹ المصدر السابق؛ WHO, "Country Cooperation Strategy for WHO and Morocco," p. 15.

⁶⁰ African Development Bank, "Medical Coverage Reform Support Program (PARCOUM III)," 2013,

http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Project-and-Operations/Morocco_-_Medical_Coverage_Reform_Support_Programme%20%80%93Phase_3__PARCOUM_III_-_Appraisal_Report.pdf

(تم الاطلاع في 1 أبريل/نيسان 2015). عام 2007، قدم المغرب نظام "عناية"، الذي يهدف إلى توفير التأمين الصحي للعاملين المستقلين. بينما تأمل الحكومة أن تغطي هذه الخطة 10 ملايين مغربي (ثلث السكان)، لم

يحقق حتى الآن تغطية حقيقية. 6-7, 2011, pp. 6-7, "Reussir le statut avance" ("Kingdom of Morocco, "Advanced Status Success Program")

<http://www.bmwi.de/Dateien/BMWi/PDF/Twinning/fiche-de-jumelage-programme-reussir-le-statut-avance-accompagner-la-mise-en-place-de-observation-et-le-sui-vi-des-indicateurs-de-protection-sociale.property=pdf,bereich=bmwi2012,sprache=de,rwb=true.pdf>

(تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

⁶¹ معلومات عن مساهمة البنك الأفريقي للتنمية: <http://www.afdb.org/en/news-and-events/article/afdb-approves-eur15-million-for-inclusive-and-universal-health-coverage-in-morocco-12712/>

(تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015). معلومات عن مساهمة الاتحاد الأوروبي: <http://www.maroc.ma/en/news/morocco-eu-sign-eu-50-million-financing-agreement-government-medical-coverage-reform-policy>

(تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015).

⁶² مجموعة دراسات الألم والسياسات في جامعة ويسكونسن The Pain and Policy Studies Group، وهي مركز متعاون مع منظمة الصحة العالمية، وفر رسما بيانيا لاستهلاك

المواد الأفيونية في المغرب على مر السنين، في الرابط:

http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/country_files/morphine_equivalence/morocco_me.pdf

(تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015).

⁶³ Mati Nejmi, M.D. and Leyla Hessissen, M.D., "Moroccan Experience," in Palliative Care to the Cancer Patient: The Middle East as a Model

for Emerging Countries, ed. Michael Silberman (New York: Nova Publishers, 2014), pp. 145-46.

II. العناية التلطيفية في المغرب وتجارب المرضى

توفر الرعاية التلطيفية في المغرب

مثل العديد من البلدان المحدودة والمتوسطة الدخل، يشهد المغرب حاليا مرحلة انتقالية للأمراض مع انتشار متناقص للأمراض المعدية وتزايد عبء الأمراض غير السارية والأمراض المزمنة الأخرى. في عام 2013، قدرت منظمة الصحة العالمية أن الأمراض غير المعدية كانت مسؤولة عن 75 في المئة من الوفيات في البلاد.⁶⁴ ونتيجة لذلك، أكثر من أي وقت مضى، يتعرض المغاربة لحالات مزمنة تصاحبها آلام وأعراض أخرى، إذا تركت دون علاج يمكن أن تقوض نوعية حياتهم بشكل خطير.

من المرجح أن يرتفع عبء المرض المزمن. ومن المتوقع أن تتضاعف تقريبا خلال السنوات الـ 15 المقبلة نسبة الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65، وهم الشريحة من السكان الأكثر تضررا من هذه الأمراض.⁶⁵ في الفترة نفسها من المتوقع أن يتضاعف عدد المصابين بالسرطان 3 مرات.⁶⁶ كما تنص استراتيجية الصحة المغربية، "هذا يؤدي إلى زيادة مطردة في الطلب على الرعاية الصحية في المستشفيات الكبرى لتوفير العلاج للأمراض المزمنة والتكسبية".⁶⁷ أدى هذا التحول إلى زيادة كبيرة ومطرودة في الحاجة إلى الرعاية التلطيفية.⁶⁸

استناد إلى تقديرات منظمة الصحة العالمية لتلبية احتياجات الرعاية التلطيفية في الشرق الأوسط، يحتاج حوالي 62 ألف مغربي، من بينهم 6 آلاف طفل، إلى رعاية تلطيفية في كل عام.⁶⁹ سيعاني عشرات الآلاف منهم من الألم البالغ وربما يحتاجون إلى العلاج بالمسكنات الأفيونية مثل المورفين. يتسبب السرطان والإيدز وحدهما بآلام متوسطة وشديدة لدى ما يقرب من 19 ألف مغربي سنويا.⁷⁰

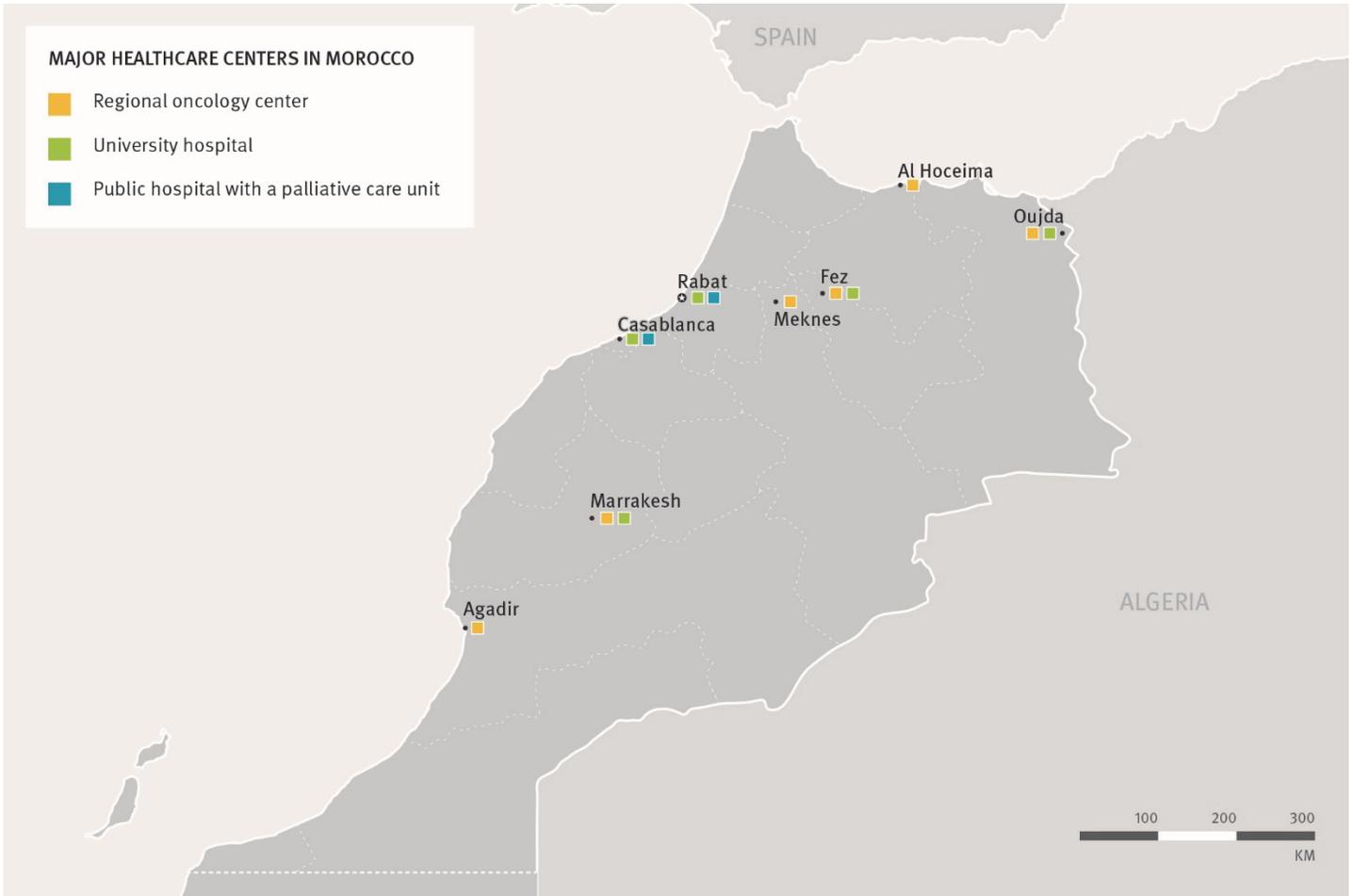
حاليا ليس لدى نظام الرعاية الصحية في المغرب القدرة الكاملة على تقديم الرعاية التلطيفية لجميع هؤلاء المرضى. حددت أبحاثنا وحدتين للعناية التلطيفية في نظام الرعاية الصحية العام في المغرب، في الدار البيضاء والرباط. تقع كلاهما في مستشفى ثالثي للسرطان، ويستقبل فقط مرضى السرطان (انظر الخارطة الأولى أدناه).

64. WHO, "Morocco-Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles," 2014, http://www.who.int/nmh/countries/mar_en.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في 12 نوفمبر/تشرين الثاني 2014). عام 2013، وفقا لمنظمة الصحة العالمية، توفي 70040 شخص بسبب مرض القلب والأوعية الدموية في المغرب، و24720 بسبب مرض السكري، و22798 بسبب السرطان، و8240 بسبب مرض الانسداد الرئوي المزمن، و1200 بسبب الإيدز. "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer"), p. 4 (تقديرات بأن الأمراض غير المعدية مسؤولة عن 56 في المئة من مجموع الوفيات في البلاد).
65. تقدير البيانات السكانية للأمم المتحدة: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm. وزارة الصحة "الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016" ص. 10.
66. <http://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>. وزارة الصحة ومؤسسة لالة سلمى، "الخطة الوطنية للوقاية من السرطان والتحكم به" ص 1 - http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf.
67. وزارة الصحة "الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016" ص 8، <http://www.sante.gov.ma/Documents/annonces/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202012-2016.pdf> (تم الاطلاع في 22 يناير/كانون الثاني 2016).
68. المرجع السابق، ص 66، 69-70.
69. تم احتساب هذا الرقم بضرب عدد السكان البالغين والأطفال في المغرب بالنسبة المئوية التقديرية للبالغين والأطفال المحتاجين إلى الرعاية التلطيفية في شرق البحر الأبيض المتوسط (إقليم منظمة الصحة العالمية الذي تشمل المغرب). WHO and WHPCA, "Global Atlas of Palliative Care at the End of Life," January 2014, pp. 98-99. <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/mo.html> (تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015).
70. هناك حوالي 22798 حالة وفاة بالسرطان في المغرب عام 2012، يمكن الاطلاع عليها هنا: <http://globocan.iarc.fr/ia/World/atlas.html> (تم الاطلاع في 12 نوفمبر/تشرين الثاني 2014). وفقا لمنظمة الصحة العالمية هناك ما يقدر بنحو 1200 حالة وفاة بسبب فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز؛ يمكن الاطلاع عليها هنا: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22600?lang=en> (تم الاطلاع في 29 يوليو/تموز 2015). تشير الأبحاث إلى أن ما يقرب من 80 في المئة من المرضى بالسرطان و50 في المئة من المرضى بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز يعانون من الآلام المتوسطة والشديدة. "Pain Control for People with Cancer and AIDS." Foley, يقدر فولي وآخرون أن مريض السرطان أو الإيدز الذي يعاني من الآلام المتوسطة والشديدة يحتاج بشكل وسطي ما بين 60 و75 ملغ من المورفين يوميا لمدة وسطية حوالي 90 يوما. من هذه المعلومات، تشير التقديرات إلى أن ما لا يقل عن 18838 من المغاربة في حاجة إلى علاج الألم سنويا.

في حين توصي منظمة الصحة العالمية بأن على البلدان إدماج الرعاية التلطيفية في جميع مستويات الرعاية، بما في ذلك المجتمع المحلي، لم نجد من خلال بحثنا أي مقدمين للرعاية التلطيفية في المستويات الثانوية للرعاية. في الواقع، أظهرت المقابلات مع العاملين الطبيين في 8 مرافق رعاية صحية ثانوية في 8 مدن وبلدات مختلفة، بعضها يبعد بما يقدر بـ 150 كيلومتر عن أقرب مركز للرعاية المرتبطة بالتعليم العالي، أن أيا منها لم يقدم الرعاية التلطيفية وليس لديها مورفين القوي.

كشفت بحثنا أيضا أن عددا قليلا من المرافق الخاصة تقدم خدمات الرعاية التلطيفية.⁷¹ في عام 2013، افتتح الدكتور المعطي نجمي، الرئيس السابق لقسم التخدير في المعهد الوطني للأنكولوجيا، أول عيادة للرعاية التلطيفية الخاصة في البلاد في الدار البيضاء.⁷² هذا يعني أن هناك أجزاء كبيرة من المغرب، خصوصا في جنوب وشمال شرق البلاد من دون أي مقدمي للرعاية التلطيفية على الإطلاق.

رغم أن بعض مقدمي الرعاية الصحية قاموا بدمج تدخلات الرعاية التلطيفية في ممارساتهم العامة والمستشفيات على مستوى التعليم العالي بشكل خاص، تعتقد هيومن رايتس ووتش أن هذا استثناء حيث أن معظم المرافق ببساطة ليس لديها العاملين المدربين في مجال الرعاية التلطيفية أو قابلية الحصول على أدوية الرعاية التلطيفية الرئيسية مثل المورفين.



⁷¹ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور المعطي نجمي، الرئيس السابق لقسم التخدير المعهد الوطني للأنكولوجيا في الرباط، الرباط، 29 سبتمبر/أيلول 2014.

⁷² Youssef Sourgo, "Creation of the First Unit for Palliative Care in a Private Clinic in Casablanca," Morocco World News, June 5, 2013, <http://www.morocoworldnews.com/2013/06/93462/creation-of-the-first-unit-for-palliative-care-in-a-private-clinic-in-casablanca> (تم الاطلاع في 21 مارس/آذار 2015).

تشير البيانات عن استخدام المسكنات الأفيونية إلى وجود فجوة كبيرة في علاج الآلام المتوسطة والشديدة في المغرب. وتشير أحدث البيانات المتاحة أن المغرب يستهلك كمية سنوية من المورفين كافية لعلاج ما يقرب من 3700 من المرضى الذين يعانون من سرطان مزمن أو مرض الإيدز وهي نسبة 20 في المئة من أولئك الذين في حاجة إليه.⁷³ لا يأخذ هذا التقدير بعين الاعتبار احتياجات المورفين للأشخاص الذين يعانون من الألم بسبب أمراض مثل أمراض القلب والرئة أو السكري، على الرغم من أنه عارض مشترك بين هذه الحالات. بما أن المورفين يُستخدم أيضا لعلاج الألم الناجم عن الصدمات النفسية والجراحة، فإن نسبة كبيرة من المورفين المستخدم في المغرب لا تستهلك فعليا في الرعاية التلطيفية.

رغم هذه الثغرة الكبيرة، حقق المغرب تقدما كبيرا في زيادة توافر المورفين. زاد الاستهلاك باستمرار منذ عام 1995، عندما قُدم المورفين لأول مرة في المغرب (انظر الرسم البياني الأول أدناه). من المهم الإشارة إلى أنه بين عامي 2012 و2013، تضاعف تقريبا استهلاك المغرب للمورفين. مع ذلك، وتصنيف الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، لا يزال استهلاك المورفين في المغرب 2013 "غير كافٍ إلى حد بعيد".⁷⁴

CONSUMPTION OF MORPHINE IN MOROCCO



Sources: International Narcotics Control Board; World Health Organization population data; 2013 morphine consumption data obtained from the Ministry of Health; Pain & Policy Studies Group, University of Wisconsin/WHO Collaborating Center, 2015.

⁷³. انظر الحاشية 70. "Morocco—Treat the Pain: A Country Snapshot," Treat the Pain, <http://www.treatthepain.org/Assets/CountryReports/Morocco.pdf> (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015). لم تتضمن احصاءاتنا مادة الميثادون، لأنها تستخدم حصرا في العلاج من إدمان المواد الأفيونية في المغرب.

⁷⁴. شرح كيف قامت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات بتحديد كفاية استهلاك المورفين: <https://www.incb.org/incb/en/narcotic-drugs/Availability/availability.html> (تم الاطلاع في 26 يونيو/حزيران 2015).

مصير المرضى الذين يعانون من الأمراض غير السرطانية

بينما يستطيع المرضى الذين يعانون من السرطان في مراحله المتقدمة الوصول بشكل محدود للغاية إلى الرعاية التلطيفية في المغرب، لا يحصل أولئك الذين يعانون من أمراض غير ورمية متقدمة على أي شيء تقريبا. ومع ذلك، فإن منظمة الصحة العالمية والتحالف العالمي للرعاية التلطيفية ورعاية المسنين يقدران أن أكثر من 70 في المئة من البالغين ممن هم بحاجة إلى الرعاية التلطيفية في شرق المتوسط لديهم أمراض مزمنة أخرى غير السرطان. بعبارة أخرى، حوالي 40 ألف بالغ في المغرب يحتاجون إلى الرعاية التلطيفية كل عام لحالات غير السرطان.

حددت منظمة الصحة العالمية الأمراض التالية من غير الأورام كحالات يمكن أن تتطلب الرعاية التلطيفية: أمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الانسداد الرئوي المزمن والفشل الكلوي وأمراض الكبد المزمن والتصلب المتعدد ومرض باركنسون والتهاب المفاصل الروماتويدي والأمراض العصبية والزهايمر وأمراض الخرف الأخرى، والتشوهات الخلقية والأمراض المعدية مثل فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، والسل المقاوم للأدوية.

يوضح الجدول I أن الأشخاص الذين يعانون من هذه الحالات غالبا ما يواجهون عددا من الأعراض التي تقوض نوعية حياتهم. على سبيل المثال، يعاني من الألم ما يصل إلى 78 في المئة من المصابين بفشل القلب المزمن في مرحلته الأخيرة، وهو القاتل رقم واحد في المغرب؛ يعاني ما يصل إلى 88 في المئة من ضيق التنفس؛ و48 في المئة من الغثيان؛ و59 في المئة من الاكتئاب.

تجربة أشخاص بحاجة إلى علاج الألم

جمعنا خلال بحثنا شهادات من 24 مريضا وأسرهم، حول التحديات التي يواجهونها أثناء الوصول إلى الرعاية التلطيفية. في حين أن عدد قليل من المرضى أفادوا بحصولهم على الرعاية التلطيفية الشاملة، ومعظمهم من الرباط والدار البيضاء، استطاع أكثرهم حصول على هذه الرعاية بشكل محدود أو بصعوبة، وغالبا مع فترات تأخير طويلة وبعد معاناة كبيرة من الألم والأعراض الأخرى.

ومع ذلك، كانوا محظوظين لأنهم استطاعوا في نهاية المطاف الحصول على الرعاية التلطيفية. مع وصول جزء صغير من المواد الأفيونية إلى من يحتاج إليها، يقضي عديد منهم الأسابيع والأشهر الأخيرة من حياتهم دون الحصول على الرعاية الكافية، وغالبا ما يتوفون في ظروف مؤلمة.

المعاناة التي يسببها الألم غير المعالج

كانت والدتي تكي من شدة الألم. أمي امرأة قوية جدا. أرادت أن تمد يدها إلى داخل جسدها لتزيل الألم.

دانيا قاسم ابنة امرأة مصابة بسرطان في البطن 75

كما ذكر أعلاه، فالألم لديه آثار مدمرة بدنيا ونفسيا واجتماعيا على من يعانیه وأحبائهم. في مقابلات مع هيومن رايتس ووتش، وصف المرضى في المغرب الذين عانوا آلام هذه العواقب والمعاناة الناجمة عن ذلك بكلمات قاسية.

عادل أكرم، رجل يبلغ من العمر 29 عاما قاوم السرطان في ساقه لسنوات، قال لـ هيومن رايتس ووتش: "منذ 4 أشهر بدأت أشعر بالألم... بسبب الألم لم أستطع النوم. لم أتمكن من التحدث مع أصدقائي. أردت سحق رأسي بالحائط والاهتزاز... ألمي نار".⁷⁶ قال إن الألم تسبب بصعوبة في النوم والتحرك وتناول الطعام، وأجبره على التوقف عن العمل. أصبح منعزلا اجتماعيا، ولم يعد يريد أن يجتمع مع الأصدقاء أو الأحباء.

ردد حبيب سعد، وهو رجل يبلغ من العمر 59 عاما لديه سرطان الرئة، قصة عادل قائلا: " تحملت الألم بحيث بالكاد أستطيع النوم أو مشاهدة التلفزيون، أو التحدث مع عائلتي.... (عندما أكون في حالة الألم)، لا أستطيع التفكير في أي شيء. أفكر فقط بنفسني".⁷⁷

⁷⁵ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع دانيا قاسم (اسم مستعار)، 1 أكتوبر/تشرين الأول 2014.

⁷⁶ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع عادل أكرم (اسم مستعار)، 1 أكتوبر/تشرين الأول 2014.

⁷⁷ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع حبيب سعد (اسم مستعار)، 30 سبتمبر/أيلول 2014.

يشكل الألم أيضا عبئا ثقيلا على مقدّمي الرعاية. على سبيل المثال، وصفت مايا ابنة حيدر جلالي، وهو رجل مصاب بسرطان في البطن، العبء الثقيل من مشاهدة والدها يتألم دون أن تتمكن من المساعدة. وقالت لـ هيومن رايتس ووتش:

قبل استخدام المورفين، لم يكن يستطيع النوم، أو حتى الجلوس.... اعتاد أن يصرخ طوال الوقت، ويطلب منا البقاء معه.... عندما ترى شخص يشعر بالألم، تشعر بالألم أيضا. هو والدك وأنت لا تعرفين ماذا تفعلين لمساعدته. أودّ لو أستطيع أن أخذ جزءا من الألم.78

الاستفادة المتأخرة من الرعاية التلطيفية

تلقي بعض المرضى علاج الألم قبل وصولهم هنا، ولكن هناك خوف تجاه المورفين في المغرب. كان المرضى يأتون هنا من قبل، وعادة كانوا يحصلون فقط على الباراسيتامول أو ترامادول أو الكوديين. في بعض الأحيان لم يكن ذلك كافيا، وفي كثير من الأحيان نحتاج إلى وصف المورفين. - متخصص في الأورام، مركز الأورام الإقليمي 79

وصف كثير من الناس الذين قابلناهم تأخيرات كبيرة في الحصول على الرعاية التلطيفية. بما أنها لا تتوفر إلا في عدد قليل من المدن الكبرى، سعى هؤلاء الناس في البداية إلى الحصول على الرعاية في المستشفيات التي لم يكن لديها أي موظفين مدربين بشكل كاف لتوفير هذه الخدمات الصحية ولم يستطيعوا نتيجة لذلك تقييم أو علاج الأعراض بشكل صحيح. وصف هؤلاء الناس معاناة شديدة وآلام مبرحة بينما كافح الأطباء في هذه المؤسسات الصحية لتلبية احتياجاتهم الصحية العاجلة. وتوضح ذلك حالة زيان إبراهيم في الملخص.

حتى في المستشفيات التي لديها أطباء مدربين على الرعاية التلطيفية، قد يعاني المرضى من ألم كبير غير معالج عندما لا يتم تحويلهم في الوقت المناسب. فعلى سبيل المثال آدم خليل، وهو إمام بالغ من العمر 75 عاما لديه سرطان جلد انتشر إلى البروستات والعظام، عانى الألم لعدة أشهر قبل أن يرسله طبيبه في أحد مراكز علاج الأورام الإقليمية المغربية إلى وحدة العناية التلطيفية. قابلنا محمود، صهر آدم لأن الأخير لا يستطيع الكلام بسبب مرضه.

قال محمود لـ هيومن رايتس ووتش أن آدم كان يتلقى علاج المرض في مركز الأورام في المنطقة عندما بدأ الألم الشديد. رغم أن المستشفى كان لديه مختص بالرعاية التلطيفية، لم يحوّل طبيبه في البداية ولكن حاول علاج الأعراض بنفسه. قال محمود:

كان لديه ألم في ذراعيه وأعضائه الحميمة. لا يبكي إلا عندما يتألم. لا يستطيع الكلام.... وكان يعاني من آلام لمدة 6 أشهر قبل الحصول على المورفين. وصف الأطباء أنواعا أخرى من الأدوية قبل المورفين، ولم تكن كافية، فكانت تسكّن الألم لبضع دقائق.⁸⁰

عندما شاهدت هيومن رايتس ووتش آدم كان في نهاية المطاف قد تم إرساله إلى اختصاصي الرعاية التلطيفية. وقال محمود إن معالجة ألم آدم كانت في تحسن، ولكن لم يكن ألمه تحت السيطرة الكاملة.

ردد الأطباء هذه الشهادة، وقال الدكتور زكريا بلخضير، رئيس قسم التخدير في المعهد الوطني للتكنولوجيا في الرباط لـ هيومن رايتس ووتش: نرى كثير من المرضى الذين يتناولون الباراسيتامول ولكنهم بحاجة إلى أدوية أقوى للألم. ولكن الأطباء (خاصة خارج المدينة الرئيسية) لا يصفون المورفين "81. قالت الدكتورة

78. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع مايا جلالي (اسم مستعار)، 12 يناير/كانون الثاني 2015.

79. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع أخصائي أورام (تم حجب الاسم)، مركز الأورام الإقليمي، 26 يناير/كانون الثاني 2015.

80. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع محمود مصطفى السيد (اسم مستعار)، 19 يناير/كانون الثاني 2015.

81. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور زكريا بلخضير، رئيس قسم التخدير، المعهد الوطني للتكنولوجيا، الرباط، 28 يناير/كانون الثاني 2015.

ليلي حسيبين من مستشفى الأطفال في الرباط: " عندما يأتي المرضى من مناطق أخرى غالبا ما يأتون (إلى المستشفى) وهم يعانون من الألم. وأول ما يطلبوه هو علاج الألم "82.

مسافات طويلة للوصول إلى مقدمي الرعاية التلطيفية

لانزال في بداية هدفنا فقط، وهو تزويد الناس الذين يعانون أصعب الأوقات في حياتهم بفرصة الحصول على الرعاية المناسبة في مكان قريب من أسرهم. المعطي نجمي، الرئيس السابق لقسم التخدير بالمعهد الوطني للتكنولوجيا في الرباط⁸³

بما أن عددا قليلا فقط من المستشفيات المتخصصة في المغرب تقدم الرعاية التلطيفية، يعيش عديد من المرضى الذين يحتاجون إليها بعيدا عن أقرب مزود. هذا يعني أنهم في كثير من الأحيان عليهم السفر مسافات طويلة للوصول إلى الرعاية التلطيفية، غالبا باستخدام وسائل النقل العام. للحصول على الرعاية العلاجية، قد لا يكون هناك مفر من التكلفة والازعاج من هذا السفر إلى المرافق الأساسية، بسبب عدم وجود المتخصصين ومعدات التشخيص، و/أو القدرات المختبرية لإدارة المرضى الذين يعانون من أمراض معقدة بشكل مناسب. لا ينطبق هذا الأمر على الرعاية التلطيفية بالنسبة لمعظم المرضى لا يتطلب ذلك أي تدخلات معقدة ويمكن بسهولة وتكلفة زهيدة تقديمها في المستويات الأدنى من الرعاية.

الاستراتيجية القطاعية والمخطط الوطني يدعوان بشكل واضح إلى اللامركزية في توفير الرعاية التلطيفية وإنشاء شبكات لها. ومع ذلك لم يتم حتى الآن تحقيق اللامركزية في خدمات الرعاية التلطيفية، ما يجعل من المستحيل بالنسبة إلى الكثير من الناس تلقيها في مكان قريب من ديارهم.

تفرض المسافة البعيدة معضلة على المرضى، وخاصة الذين يعانون من أمراض متقدمة بحيث يصبح السفر صعبا على نحو متزايد، إن لم يكن مستحيلا. وغالبا ما ينتهي الأمر إلى الاختيار بين 3 خيارات لا يحسدون عليها:

- أعباء ومشاق السفر، وحتى في حالة وهن، من أجل الحصول على الرعاية المثلى؛
- إرسال الأقارب - في كثير من الأحيان يكونون مقدمي الرعاية - للحصول على الأدوية. في مثل هذه الحالات، فإن المرضى لا يرون الطبيب بأنفسهم، ما يمس بقدرة فريق الرعاية التلطيفية على توفير الرعاية المناسبة؛
- البقاء في المنزل وعدم الحصول على أي رعاية على الإطلاق.

تكاليف السفر هي المعضلة الثانية، فالمرضى وأسرهم في كثير من الأحيان يتكبدون بالفعل تكاليف كبيرة، وكثيرا ما تتراكم ديون كبيرة عليهم، جراء دفع تكاليف الفحوصات التشخيصية والرعاية العلاجية. حتى عندما يتم تقديم خدمات الرعاية التلطيفية والأدوية مجانا، غالبا ما تدفعهم تكاليف السفر إلى مزيد من الفقر.

وصف مختلف الناس الذين قابلتهم هيومن رايتس ووتش معاناة السفر مسافات طويلة للوصول إلى الرعاية التلطيفية وعلاج الألم. وقالت مايا جلالي - هيومن رايتس ووتش إنها اضطرت إلى قطع مسافة 120 كم من منزلها في وسط المغرب لتلقي أدوية الرعاية التلطيفية لوأدها:

أسافر للحصول على الدواء فقط، أو عندما تصعب السيطرة على ألمه. أستقل الحافلة، وعندما أصبح والدي، استقل سيارة خاصة لان الحافلة غير مريحة له والمحطة بعيدة عن المستشفى.... عندما آتي لوحدي أدفع 150 درهم (15.71 دولار أمريكي). وأكثر من ذلك عندما يأتي والدي معي.

⁸² مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتورة ليلي حسيبين، طبيبة أورام الأطفال، الرباط، 30 سبتمبر/أيلول 2014.

⁸³ Youssef Sourgo, "Creation of the First Unit for Palliative Care in a Private Clinic in Casablanca," Morocco World News, June 5, 2013

قالت إنها قد توقفت عن العمل عندما أصبح والدها مريضا، ما يجعل تكلفة النقل تزيد من العبء.⁸⁴ راجية عزام، ابنة لوجا عزام التي تبلغ من العمر 75 عاما ولديها سرطان البنكرياس من منطقة بني ملال، وسط المغرب، عكست هذا الشعور وقالت:

لا بد لي من المجيء هنا للحصول على الأدوية. لا يوجد مكان بالقرب مني للحصول عليها. في كل مرة آتي يختلف الأمر قليلا، فأحيانا كنت استأجر سيارة، وأحيانا أستطيع اقتراض سيارة، وأحيانا كنت أستقل الحافلة. يستغرق السفر حوالي 3 ساعات بالسيارة، و4 ساعات بالحافلة.⁸⁵

بسبب مسافات السفر الطويلة للحصول على خدمات الرعاية التلطيفية، كثير من المرضى لا يأتون إلى المستشفى على الإطلاق، أو في كثير من الأحيان عند الضرورة. وهذا يخلق تحديات كبيرة لمقدمي الرعاية التلطيفية ويمكن أن يؤدي إلى انخفاض جودة الرعاية الصحية المقدمة إلى المريض. كما لاحظت الدكتورة أسماء الأزهرى، رئيسة وحدة العناية التلطيفية في مركز الأورام الإقليمي في الدار البيضاء:

إلى جانب صعوبة الأمر على المرضى الذين عليهم قطع الطريق إلى الدار البيضاء، لا بد لي من إدارة هؤلاء المرضى عن طريق الهاتف. إذا اتصل ابن مريض وقال: "الألم ازداد سوءا". لا أعرف لماذا ازداد سوء الألم وما يجب أن أقوم به لعلاج.⁸⁶

إحدى النتائج الهامة لعدم وجود نهج اللامركزية في الرعاية التلطيفية هو أن مقدمي الرعاية الصحية المتخصصين في المستشفيات الثالثة يقدمون الخدمات لمرضى يعانون من مشاكل صحية يمكن تقديمها في المستويات الدنيا من نظام الرعاية الصحية. يحد ذلك من قدرة هذه المستشفيات على علاج المرضى الذين يعانون من أعراض معقدة، أو إجراء البحوث، أو تعليم جميع المهام الحيوية للمتخصصين كما هو محدد في المخطط الوطني.⁸⁷

نظرا للعبء الثقيل الذي يعانيه المرضى من السفر، توصي منظمة الصحة العالمية بتوفير الرعاية التلطيفية في المجتمع المحلي. وتماشيا مع هذا الهدف، قال البروفيسور عبد اللطيف بيندر، أخصائي الأورام الرئيسي في مركز الأورام الإقليمي بالدار البيضاء: "في المغرب، ما يميز الأسرة هو أنها تظهر التضامن، وتفضل أن يتوفى المريض في منزله. لكنها بحاجة إلى مساعدة الأطباء".⁸⁸ البروفيسور خالد حسوني، رئيس قسم الأورام في مركز الأورام الإقليمي بفاس، يصف رغبته في تطوير الرعاية المنزلية في هذه المدينة ويقول: "أنا لا أريد أن أرى المرضى يعانون. أنا لا أحتمل هذا. فمن الأفضل علاج المرضى في منازلهم مع أسرهم. من الصعب عليهم أن يأتوا إلى المستشفى".⁸⁹

التأثير الإيجابي للرعاية التلطيفية على حياة المرضى

أشكر الله على المورفين. حياتي أفضل.

رابيل المنان، امرأة عمرها 30 عاما ولديها سرطان عنق الرحم⁹⁰

⁸⁴. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع مايا جلالي (اسم مستعار)، 12 يناير/كانون الثاني 2015.

⁸⁵. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع راجية عزام (اسم مستعار)، 12 يناير/كانون الثاني 2015.

⁸⁶. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع د. أسماء الأزهرى، رئيس وحدة العناية التلطيفية في مستشفى الأورام الإقليمي في الدار البيضاء، الدار البيضاء، 1 أكتوبر/تشرين الأول 2014.

⁸⁷. Ministry of Health and Lalla Salma Foundation, "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer"), measure 70, http://www.contreleccancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf.

⁸⁸. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع البروفيسور عبد اللطيف بيندر، رئيس قسم الأورام، ومركز السرطان الإقليمي، الدار البيضاء، 21 يناير/كانون الثاني 2015.

⁸⁹. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع البروفيسور خالد حسوني، رئيس قسم الأورام، ومركز الأورام الإقليمي، فاس، 28 يناير/كانون الثاني 2015.

⁹⁰. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع رابيل المنان (اسم مستعار)، 1 أكتوبر/تشرين الأول 2014.

كما ذكر أعلاه، يمكن لمقدمي الرعاية التلطيفية بشكل عام السيطرة على أعراض الأمراض التي تحد من الحياة، وفي كثير من الأحيان مع الأدوية والتدخلات الأساسية. المورفين والمسكنات الأفيونية الأخرى فعالة جدا في تخفيف آلام السرطان. وبالمثل، فإن تقديم المشورة الأساسية وتدخلات الرعاية التلطيفية الأخرى يمكن أن يمنع أو يخفف إلى حد كبير المعاناة الناتجة عن الأعراض النفسية والاجتماعية وغيرها. قال لنا العديد من الأشخاص الذين قابلناهم كيف تغيرت نوعية حياتهم بشكل كبير وتحسنت عندما استطاعوا الحصول على خدمات الرعاية التلطيفية وأصبحت الأهم أو الأعراض الأخرى تحت السيطرة.

حبيب سعد على سبيل المثال، هو رجل مصاب بسرطان الرئة، قال له هيومن رايتس ووتش: "ربما أموت من دونها (وحدة العناية التلطيفية). ليس هناك مكان آخر يمكنني أن أذهب إليه... أنا سعيد لأنني (تقريبا) لا أتألم".⁹¹

جليل المنان، امرأة تبلغ من العمر 40 عاما ولديها سرطان الثدي، تتشارك هذه المشاعر:

بسبب الألم، لم أستطع النوم. لم أستطع حتى شرب الماء. بدأ الألم في بطني ونزل إلى قدمي... كان ألمي 10 والآن 5. لولا الأدوية لم أكن لأستطيع البقاء هنا والتحدث إليكم. الآن أشعر بالألم من وقت لآخر، ولكنه لا يماثل ذلك الألم الذي كنت أعانيه قبل تلقي المورفين.⁹²

⁹¹ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع حبيب سعد (اسم مستعار)، 30 سبتمبر/أيلول 2014.

⁹² مقابلة هيومن رايتس ووتش مع جليل المنان (اسم مستعار)، 12 يناير/كانون الثاني 2015.

III. موانع الوصول إلى الرعاية التلطيفية في المغرب

توصي منظمة الصحة العالمية والهيئة المقررة فيها، جمعية الصحة العالمية، بدمج الرعاية التلطيفية ضمن الأنظمة الصحية الوطنية. لتحقيق هذا، توصي المنظمة بعمل الحكومات على صياغة وتنفيذ عدد من السياسات المحددة التي تعتبرها ضرورية لتوسيع نطاق الرعاية التلطيفية، ومنها:

- سياسات للنظم الصحية تضمن دمج الرعاية التلطيفية في هياكل نظم الرعاية الصحية الوطنية وتمويلها على مستويات الرعاية كافة؛
- سياسات لتدعيم وتوسعة الموارد البشرية، بما فيها تعليم وتدريب العاملين في الرعاية الصحية، بغية ضمان الاستجابة الكافية لاحتياجات الرعاية التلطيفية، إضافة إلى تدريب المتطوعين وتوعية الجمهور العام؛
- سياسة دوائية بغية ضمان توافر الأدوية الضرورية لمعالجة الأعراض، بما فيها الألم والكرب النفسي، وبوجه خاص المسكنات الأفيونية لتسكين الألم والكرب التنفسي؛
- سياسة لإجراء الأبحاث على احتياجات الرعاية التلطيفية والتعرف على المعايير ونماذج الخدمة الفاعلة، وخاصة في سياق محدودية الموارد.⁹³

لاحظت منظمة الصحة العالمية أن مثل تلك التدابير، الضرورية لتطوير الرعاية التلطيفية، "تكلف القليل إلا أنها قد تحدث أثرا ملحوظا".⁹⁴ كما أن أحد قرارات جمعية الصحة العالمية، تم تبنيه بالإجماع في 23 مارس/أذار 2014، يعكس تلك التوصيات عن كثب.⁹⁵

ثمة تقابل وثيق بين هذه التوصيات وعدد من الالتزامات المندرجة تحت الحق في الصحة. ارتأت "اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية"، وهي الهيئة الرائدة لتنفيذ "العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية"،⁹⁶ أن على البلدان تبني وتنفيذ استراتيجية وخطة عمل وطنية في مجال الصحة العامة، وضمان الوصول إلى الأدوية الأساسية بحسب تعريفها من قبل منظمة الصحة العالمية.⁹⁷ كما أشارت اللجنة إلى توفير التدريب الملائم للعاملين في المجال الصحي كالتزام "ذي أولوية مماثلة".⁹⁸ ومن شأن الإخفاق في اتخاذ خطوات في تلك المجالات أن ينتهك الحق في الصحة.

دمج الرعاية التلطيفية في نظم الرعاية الصحية

على سياسات نظم الرعاية الصحية الوطنية، بحسب منظمة الصحة العالمية، أن تعزز دمج الرعاية التلطيفية في هيكل النظم الوطنية للرعاية الصحية وتمويلها على جميع مستويات الرعاية. وينبغي في تلك السياسات التشديد على الرعاية الأولية والمجتمعية والمنزلية.⁹⁹

⁹³ WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course," no. 19, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf

⁹⁴ WHO, "Cancer Pain Relief," p. 3, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>

⁹⁵ WHA resolution 67.19, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care throughout the Life Course," May 14, 2014, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf

⁹⁶ تم الاطلاع في 26 يونيو/حزيران 2015).
العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (د-21) المؤرخ في 16 ديسمبر/كانون الأول 1966 تاريخ بدء النفاذ: 3 كانون الثاني/يناير 1976، وفقا للمادة 27، المادة 12؛ اتفاقية حقوق الطفل، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة 25/44 المؤرخ في 20 تشرين الثاني/نوفمبر 1989، تاريخ بدء النفاذ: 2 أيلول/سبتمبر 1990، وفقا للمادة 49، المادة 12.

⁹⁷ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, "Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights," General Comment No. 14, The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C.12/2000/4 (2000), para. 43, <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29E.C.12.2000.4.En> (تم الاطلاع في 14 مايو/أيار 2015).

⁹⁸ السابق، (f) 44 para.

⁹⁹ WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course," p 20(i), http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf

الحق في الصحة يلزم الدول باتخاذ الخطوات اللازمة لـ "تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض" (التشديد مضاف).¹⁰⁰ ارتأت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن للناس الحق في "نظام للوقاية الصحية يوفر للأشخاص تكافؤ الفرص للتمتع بأعلى مستوى يمكن بلوغه من الصحة".¹⁰¹ بعبارة أخرى فإن الخدمات الصحية يجب أن تتاح لجميع الحالات الصحية، بما فيها الأمراض المزمنة والميؤوس منها، على قدم المساواة.

الفكرة الأساسية من وراء قرار جمعية الصحة العالمية وتوصيات منظمة الصحة العالمية هي ضرورة حصول المرضى على الرعاية التلطيفية في أقرب موضع ممكن من منازلهم. المريض الذي يتلقى علاج السرطان في منشأة للرعاية التلطيفية يمكنه تلقي الرعاية التلطيفية في المنشأة أثناء خضوعه للعلاج الشفائي، لكن من اللازم إحالته إلى مقدم الرعاية الأولية بالقرب من منزله إذا سمحت حالته، عند استعصاء شفاؤه من السرطان. وبالعكس فإن مريض الرعاية التلطيفية الذي يعالج على المستوى الأولي، لكنه يعاني من أعراض معقدة لا يستطيع مقدم الرعاية الأولية التصدي لها، تنبغي إحالته إلى مستويات الرعاية الثانوية أو الثالثية.

لكي يتسنى للمرضى تلقي الرعاية التلطيفية قرب منازلهم، من اللازم وصولهم إلى طبيب مدرب على الأقل على معالجة الأعراض الأساسية المشتركة بين المرضى الذين يعانون من أمراض تحد من الحياة، وقادر على وصف الأدوية الضرورية لمعالجة تلك الأعراض. أما في مستويات الرعاية الأعلى، حيث تتم معاينة الكثير من المرضى ذوي الأعراض المعقدة، فينبغي توافر فرق متعددة التخصصات للرعاية التلطيفية.

وقد أوضح المغرب أنه ينظر إلى تطوير الرعاية التلطيفية كأولوية. الاستراتيجية القطاعية والمخطط الوطني يسفران عن رؤية لتطوير نظام للرعاية التلطيفية يتفق في خطوطه العريضة مع توصيات منظمة وجمعية الصحة العالميتين. تدعو الوثيقتان إلى إنشاء شبكات للرعاية التلطيفية؛ تطوير خدمات الاستشارة للرعاية التلطيفية الخارجية؛ وإدراج علاج الألم ضمن جميع مستويات نظام الرعاية الصحية.

يلاحظ المخطط الوطني أن "النظرة الشاملة إلى الرعاية التلطيفية تكشف عن مشكلات كبرى" تتطلب التصدي لها، مشيراً ضمن أمور أخرى إلى:

- عدم كفاية تدريب العاملين في مجال الرعاية التلطيفية؛
- غياب الموارد البشرية من أطباء ممرضين ومعالجين فيزيائيين وممرضين معاونين، إلخ؛
- غياب مراكز الاستشفاء المعدة لاحتياجات الرعاية التلطيفية العامة أو في نهاية الحياة؛
- عدم كفاية متابعة الرعاية التلطيفية بعد العودة إلى المنزل؛ و
- غياب الرعاية المساندة والثقافة المدنية المتعلقة بقضايا نهاية الحياة والوفاة.¹⁰²

يحدد المخطط الوطني هدفين طموحين لتحقيقهما بحلول سنة 2019، هما "امتلاك شبكة تغطي البلاد للرعاية التلطيفية" و"دعم مئة بالمئة من مرضى [السرطان] المحتاجين إلى رعاية تلطيفية".¹⁰³ أما الاستراتيجية القطاعية فلا توفر أي تحليل لوضع الرعاية التلطيفية الراهن، ولا تضع أهدافاً محددة، رغم أن نقاط العمل التي تشير إليها تماثل النقاط الواردة في المخطط الوطني (انظر مربع الاستراتيجية القطاعية للصحة).

ويحتوي المخطط الوطني على تفصيل للتدابير المحددة المطلوبة لتحقيق الرؤية العريضة لنظام الرعاية التلطيفية المغربي الخاص بمرضى السرطان، موزعة على 4 فئات: تطوير علاج الألم؛ ضمان المساعدة الأسرية والاجتماعية؛ ضمان تطوير وتوسيع شبكات الرعاية في مجال الرعاية التلطيفية؛ وتطوير أبحاث الرعاية التلطيفية.

¹⁰⁰. العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المادة 12(2).

¹⁰¹. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para 8.

¹⁰². Ministry of Health and Lalla Salma Foundation, "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer"), p. 45, http://www.contreleccancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf

¹⁰³. السابق.

تعمل نقاط العمل هذه على تغطية كل مجال من المجالات الأربعة - السياسة والتعليم وإتاحة الدواء والأبحاث - التي أشارت إليها منظمة الصحة العالمية باعتبارها ضرورية لتطوير الرعاية التلطيفية ودعم التوجه اللامركزي في تقديمها. على سبيل المثال، تعمل التدابير المطروحة تحت فئة علاج الألم على تغطية إضفاء الطابع المؤسسي على هذا العلاج في مختلف قطاعات نظام الرعاية الصحية، والتغييرات القانونية والتنظيمية اللازمة لتحسين الوصول إلى أدوية علاج الألم، وتطوير المواد والبروتوكولات التعليمية، وحملات التثقيف العامة بغرض توعية الجمهور.

ومع ذلك فإن المخطط الوطني لا يوضح إطاراً زمنياً محدداً ولا يعين الجهات الحكومية أو غير الحكومية المسؤولة عن تنفيذ تلك التدابير، باستثناء إنشاء وحدات الرعاية التلطيفية في الدار البيضاء ومراكش وفاس، التي كانت مزمنة في 2011-2013 (ولم يتم إنشاء مراكز الرعاية التلطيفية في مراكش وفاس حتى الآن).¹⁰⁴

يخصص المخطط الوطني ما يبلغ مجمله 86 مليون درهما مغربياً (أو ما يقارب 8.7 مليون دولار أمريكي) لتنفيذ مكونات الرعاية التلطيفية على مدار فترة السنوات العشر التي يغطيها، بما فيها 5 ملايين درهما مغربياً لتطوير علاج الألم، و6 ملايين للدعم الاجتماعي، و75 مليوناً لتطوير شبكة الرعاية التلطيفية.¹⁰⁵ ولم تخصص أية موازنة لأبحاث الرعاية التلطيفية، كما لا تشير الموازنة إلى هوية الجهات الحكومية التي ستلقى تلك الأموال.

تمثل مخصصات الموازنة للرعاية التلطيفية 1 بالمئة من إجمالي الموازنة بموجب المخطط الوطني - مقارنة بـ 88 بالمئة للتدخلات التشخيصية والعلاجية.¹⁰⁶ ويبدو هذا المبلغ هزئياً، بالنظر إلى أن المخطط الوطني نفسه يعترف بأن صعوبة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية تؤدي بالعديد من المرضى إلى "تشخيص إصابتهم في مراحل شديدة التقدم من المرض"، حينما تكون التدخلات الشفائية محدودة الفائدة.¹⁰⁷ بحسب الدكتور المعطي نجمي والدكتورة ليلى حسيب فإن 60-70 بالمئة من مرضى السرطان يتم تشخيص إصابتهم في مراحل متأخرة من المرض.¹⁰⁸ ويلاحظ المخطط الوطني أن 96 بالمئة من المصابين بسرطان الرئة، وهو أشيع أنواع السرطان عند الرجال في المغرب، يتم تشخيصهم في المرحلتين الثالثة والرابعة.¹⁰⁹

على عكس المخطط الوطني المغربي، أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أنه في "البلدان محدودة الموارد، من غير المنطقي أن تتوفر علاجات باهظة الثمن تفيد قلة من المرضى، بينما تضطر أغلبية المرضى في مراحل مرضية متقدمة والمحتاجين إلى السيطرة على الأعراض للمعاناة من دون إغاثة".¹¹⁰

بالنظر إلى ما تقدم، قد لا يكون مفاجئاً أن تحليل هيومن رايتس ووتش للجهود التنفيذية - بقدر ما استطعنا تفقد أوجه التقدم، مع مراعاة القيود المفروضة على وصولنا إلى منشآت الرعاية الصحية والمسؤولين الحكوميين - وجد أن التقدم الحادث متفاوت ومحدود في مجالات عديدة، بعد انقضاء أكثر من نصف مهلة المخطط الوطني. وتشمل النتائج المحورية:

- حدوث تقدم صغير حتى الآن في تطوير الشبكة اللامركزية للرعاية التلطيفية التي يرمي إليها المخطط الوطني. رغم إنشاء مركز للرعاية التلطيفية في الدار البيضاء إلا أن أيًا من أرجاء البلاد الأخرى لم يشهد إنشاء مركز آخر؛
- تظل المسكنات الأفيونية غير متاحة إلى حد بعيد خارج المنشآت الصحية الثالثة. تم تعديل قانون المواد المخدرة لزيادة مهلة الوصف القسوى للمسكنات الأفيونية، ولكن لم تتخذ إلا خطوات قليلة لطمأننة مخاوف

¹⁰⁴. السابق، ص 59.

¹⁰⁵. السابق، ص 68.

¹⁰⁶. لا يتضمن هذا الرقم الأموال المنفقة على الموارد البشرية، مثل أطباء الرعاية التلطيفية في المعهد الوطني للتكنولوجيا (خطاب الدكتور عبد العالي بلغيثي العلوي، الكاتب العام لوزارة الصحة، إلى هيومن رايتس ووتش بتاريخ 4 يونيو/حزيران 2015). ومن المرجح أيضاً أن يكون في الموارد المخصصة للتشخيص والعلاج بعض الفائدة للمرضى المحتاجين إلى الرعاية التلطيفية. فعلى سبيل المثال، من شأن إنشاء مراكز جديدة للسرطان، وإن انصبت بالأساس على الرعاية التشخيصية والعلاجية، أن يتكفل أيضاً بالمرضى المحتاجين إلى رعاية تلطيفية. وبالمثل فمن الممكن شراء الأدوية الأساسية للرعاية التلطيفية تحت بند مخصصات الموازنة للأدوية.

¹⁰⁷. Ministry of Health and Lalla Salma Foundation, "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer"), p. 45, http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf

¹⁰⁸. Nejmi and Hessissen, "Moroccan Experience," p. 143

¹⁰⁹. Ministry of Health and Lalla Salma Foundation, "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer"), p. 28, http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf

¹¹⁰. WHO, "National Cancer Control Programme," p. 86, <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

الأطباء والصيادلة وتصحيح المفاهيم المغلوطة المحيطة بتلك الأدوية، أو زيادة أعداد الأطباء المتمتعين بامتياز وصفها؛

- محدودية التقدم في اتجاه لامركزية علاج الألم. توحى أبحاثنا بأن لجان علاج الألم في المستشفيات الإقليمية والجهوية إما لم تتشكل بعد أو لا تعمل بفعالية؛
- رغم أن المخطط الوطني يشير إلى أبحاث متنامية عن احتياجات الرعاية التلطيفية وممارساتها كجمال للعمل، إلا أننا عجزنا عن تحديد أية جهود من قبل الحكومة لإجراء أبحاث عن الرعاية التلطيفية. لا يخصص المخطط الوطني أية موازنة لأبحاث الرعاية التلطيفية.

مع بقاء 4 أعوام ونصف من مهلة تنفيذ استراتيجيات السرطان، ما زال أمام الحكومة الفرصة لإعادة تركيز جهودها وتحقيق تقدم ملحوظ نحو أهدافها في مجال الرعاية التلطيفية. وجدير بالذكر أن وزارة الصحة أبلغت هيومن رايتس ووتش بأنها تتولى مراجعة تقدم المخطط الوطني حتى الآن، وتتوقع بزوغ الرعاية التلطيفية كقضية ذات أولوية.¹¹¹

الاستراتيجية القطاعية للصحة

في 2012، تبنى المغرب الاستراتيجية القطاعية للصحة 2012-2016. تركز الاستراتيجية على عدد من الأولويات الصحية المحورية في البلاد، ومنها الوصول إلى الخدمات الصحية، صحة الأم والطفل، رعاية الفئات الضعيفة، الرصد الوبائي، الأمراض غير السارية، تطوير الموارد، والحكومة الصحية. وتصور الاستراتيجية نقاط عمل لكل مجال من تلك المجالات.

يحدد القطاع المختص بالأمراض غير السارية عددا من نقاط العمل بشأن علاج الألم والرعاية التلطيفية، فيقرر بوجه خاص:

الإجراء 80: استراتيجية للتكفل بالألم

- مأسمة التكفل بالألم على جميع مستويات التدخل (المستشفيات، المؤسسات الأساسية، المنزل)؛
- تكوين وإعلام موظفي الصحة لمكافحة استعمال المورفين (أي تدريبهم على التعامل مع الخوف من المورفين)؛
- تطوير مراكز ضد "الألم" على مستوى المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- إحداث لجان لمكافحة الألم في المستشفيات الإقليمية والجهوية؛
- وضع شبكات ترابية للصحة في مجال مكافحة الألم والرعاية الملطفة والداعمة.

الإجراء 81: وضع استراتيجية لتطوير العلاجات الملطفة

- تطوير الاستشارة الخارجية للعلاجات الملطفة، وإحداث أرقام هاتفية جهوية متخصصة في النصيحة؛
- الدعم الاجتماعي والمصاحبة الأسرية؛
- إنشاء الشبكات الترابية للرعاية الصحية الملطفة والرعاية الداعمة.¹¹²

يتسم الإجراءان رقم 80 و 81 بأهمية حاسمة للتصدي لاحتياجات المرضى غير المصابين بالسرطان المحتاجين إلى رعاية تلطيفية، وقد رحبت بهما الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات.¹¹³ لكن رغم أنهما يحددان أركان الرعاية التلطيفية واستراتيجيات علاج الألم، إلا أن هوية الجهة المسؤولة عن تطوير الاستراتيجيات الفعلية وتنفيذها غير واضحة. كما أن الاستراتيجية القطاعية لا تحدد موازنة للقيام بهذا. وحتى الآن لم يتم تطوير تلك الاستراتيجيات.

¹¹¹ خطاب الدكتور عبد العالي بلغيثي العلوي، الكاتب العام لوزارة الصحة، إلى هيومن رايتس ووتش، 4 يونيو/حزيران 2015.

¹¹² وزارة الصحة، "الاستراتيجية القطاعية للصحة (2012-2016)"، الإجراءان 80 و 81، <http://www.sante.gov.ma/Documents/annonces/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202012-2016.pdf> (تم الاطلاع في 9 سبتمبر/أيلول 2015).

¹¹³ INCB, Annual Report, 2012, p. 19, https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2012/AR_2012_E.pdf (تم الاطلاع في 8 يوليو/تموز 2015).

دمج الرعاية التلطيفية في نظام الرعاية الصحية: بنما

من خلال حزمة من الإصلاحات القانونية والتنظيمية خطت بنما، وهي بلد متوسط الدخل، خطوات واسعة نحو تحسين الوصول إلى الرعاية التلطيفية. القانون في هذا البلد يمنح المرضى حق تلقي الرعاية التلطيفية، ويلزم جميع المستشفيات بإيجاد وحدات للرعاية التلطيفية، ويحمل مراكز الرعاية الصحية الأولية مسؤولية توفير الرعاية التلطيفية للمرضى المحتاجين إليها على مدار فترات زمنية ممتدة. في 2011 تبنت وزارة الصحة البنمية استراتيجية وطنية للرعاية التلطيفية للمساعدة على تطبيق القانون.

تتمثل الفلسفة الكامنة خلف الاستراتيجية في أن المرضى يجب أن يحصلوا دائما على الرعاية قرب منازلهم بقدر الإمكان. تضع الاستراتيجية نموذجا يربط بين المستويات المختلفة لنظام الرعاية الصحية بحيث يمكن للمرضى الانتقال بينها بسهولة على حسب أوضاعهم. وتختص مستشفيات بنما الإقليمية بدور محوري في هذا النموذج، إذ ينبغي تمتعها جميعا بفرق متعددة التخصصات للرعاية التلطيفية. لا تقدم هذه الفرق الرعاية السريرية وحسب، بل إنها أيضا مسؤولة عن تدريب العاملين في الرعاية الصحية على مستوى الرعاية الأولية، وتقديم الدعم المستمر لهم في رعاية المرضى، والعمل مع الهيئات غير الحكومية، مثل المنظمات الأهلية والكنائس، لتطوير الدعم المجتمعي للرعاية التلطيفية. كما أن الفرق متعددة التخصصات هي حلقة الوصل بين مستويات الرعاية المختلفة، مما يسهل عمليات الإحالة عبر السلسلة صعودا وهبوطا.

حققت بنما تقدما ملحوظا في تطبيق الاستراتيجية، فيوجد في كل إقليم من أقاليم البلاد التسعة منسق للرعاية التلطيفية، ويتمتع أكثر من نصف الأقاليم ببرنامج نشط للرعاية التلطيفية، وقد ارتفعت أعداد المرضى الذين يحصلون على الرعاية التلطيفية باطراد. مع هذا، ما تزال بعض التحديات ماثلة، وخاصة في الأقاليم النائية، ضمن نظام الضمان الاجتماعي وفي توفير الرعاية التلطيفية للأطفال.

دمج الرعاية التلطيفية في تمويل الرعاية الصحية

رغم أن الحق في الصحة لا يلزم الدول بتقديم الرعاية الصحية والأدوية مجانا بغير مقابل، إلا أنها يجب أن تكون "في متناول الجميع".¹¹⁴ تصنيف منظمة الصحة العالمية أن الاستفادة من خدمات الرعاية التلطيفية "يجب ألا تؤدي إلى مصاعب مالية، وخاصة وسط... الفئات التي تعيش في أوضاع هشة". كما توصي بأن تعمل النظم الصحية الوطنية على تعزيز دمج الرعاية التلطيفية في تمويل الرعاية الصحية ضمن جهود تعزيز التغطية الصحية الشاملة.¹¹⁵ بدأ دستور المغرب منذ 2011 يعترف صراحة بالحق في التغطية الصحية لجميع مواطنيه، لكن مخططات التأمين الصحي حتى الآن لا تغطي سوى نحو 50 بالمئة من السكان.¹¹⁶ أما بقية السكان فيضطرون لدفع تكاليف الخدمات الصحية من جيوبهم الخاصة.

تغطية الرعاية التلطيفية بموجب مخططات التأمين في المغرب

من حيث المبدأ، يتكفل مخطط التأمين الصحي العموميين في المغرب، وهما نظام المساعدة والتأمين الإجباري، بتغطية تقديم الرعاية التلطيفية. ومع ذلك فقد وجدت أبحاثنا أن تغطية الرعاية التلطيفية للعديد من المسجلين في البرنامجين لا تتسم بالفعالية. وبعبارة أخرى، فإنهم يعجزون عن الحصول عليها أو أن بعض المكونات الرئيسية غير مشمولة بالتغطية، رغم تغطية الرعاية التلطيفية نظريا.

ولعل العقبة الرئيسية الكبرى أمام التغطية التأمينية الفعالة للرعاية التلطيفية هي أن عدد مقدمي الرعاية الصحية الذين يوفرونها محدود جدا. ليس أمام مرضى السرطان المقيمين خارج المدن الكبرى سوى السفر بغرض تلقي الرعاية. أما المرضى المحتاجين إلى رعاية تلطيفية بسبب أمراض أخرى، فالخدمة بأكملها تقريبا غير متاحة لهم. يجوز لمرضى التأمين الإجباري التماس الرعاية من موفري الرعاية التلطيفية في القطاع الخاص، فتأمينهم يغطي الخدمات التي تقدمها المستشفيات الخاصة، لكن لا يوجد في البلاد سوى مركز خاص واحد معروف للرعاية التلطيفية.

وكما ذكر أعلاه، يغطي نظام المساعدة الأدوية المستخدمة أثناء الإقامة بالمستشفيات طالما كانت مدرجة على قائمة الأدوية مدفوعة الثمن. لكنه لا يوفر تغطية للأدوية الموصوفة في العيادات الخارجية (ويمكن لمرضى السرطان الذين يحصلون على

¹¹⁴ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para. 12.

¹¹⁵ WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course," no. 10.

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf

¹¹⁶ دستور المملكة المغربية، 2011، المادة 34، <http://www.ism.ma/basic/web/ARABE/Textesdeloiarabe/DocConst.pdf> (تم الاطلاع في 21 أكتوبر/تشرين الأول

(2015).

رعاية العيادات الخارجية تلقي أدوية مجانية من خلال برنامج "أكسس" المشترك بين مؤسسة للاسلي ووزارة الصحة).¹¹⁷ وهكذا يضطر مرضى العيادات الخارجية المتمتعين بتغطية نظام المساعدة إلى صرف وصفاتهم من صيدليات خاصة حتى بالنسبة للأدوية الموجودة على قائمة نظام المساعدة. بما أن معظم مرضى الرعاية التلطيفية يتلقون جُل رعايتهم في العيادات الخارجية، يفرض ذلك قيود لا يستهان بها على تغطية الرعاية التلطيفية من خلال مخطط نظام المساعدة.¹¹⁸ أما التأمين الإجباري فهو يغطي الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية ويزود المرضى بتعويضات كبيرة عما دفعوه.

أخيراً، فإن نظام المساعدة والتأمين الإجباري على السواء لا يغطيان أية تكاليف يتحملها المريض المضطر للسفر إلى مدن أخرى لتلقي رعاية أو علاج غير متاحين في محل إقامته. وكما أسلفنا فكون خدمات الرعاية التلطيفية متاحة في المدن الكبرى فقط يعني اضطراب الكثيرين من المرضى أو أقاربهم إلى السفر لمسافات طويلة، تبلغ 5 ساعات في بعض الأحيان، لتلقي الرعاية التلطيفية. لاحظت إحدى المريضات أن رحلاتها الشهرية إلى مركز الأورام الإقليمي تكلفها 150 درهما مغربياً (15.71 دولاراً أمريكياً) أو أكثر، وهو ما يقارب ثلثي تكلفة المورفين الذي كانت تشتريه.¹¹⁹ يعترف الإجراء رقم 68 من المخطط الوطني بعبء نفقات السفر الذي يتحملة المرضى، ويدعو إلى "التغطية المالية للانتقال الآمن من المستشفى إلى المنزل، ومن المنزل إلى المستشفى".¹²⁰

تعليم العاملين في الرعاية الصحية على الرعاية التلطيفية

لا يعي (الأطباء) أهمية الرعاية التلطيفية، وعلينا الآن أن نضيف الرعاية التلطيفية إلى تدريب الأطباء... إذا بدأنا الآن فسوف يكون الجيل التالي من الأطباء كله على علم بكيفية (تقديم) الرعاية التلطيفية.
- الدكتور المعطي نجمي، رئيس قسم التخدير سابقاً بالمعهد الوطني للتكنولوجيا في الرباط 121

يعد التدريب والتعليم (أو التكوين) الكافيين للعاملين الطبيين في مجال الرعاية التلطيفية ضرورة لإطلاق تلك الخدمة الصحية.¹²² بل إن غياب هذا التدريب يمثل في العديد من البلدان أكبر الموانع التي تحول دون تقديم الرعاية التلطيفية.

تعتبر اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن التدريب المناسب للعاملين في الرعاية الصحية هو التزام يتمتع بأهمية محورية.¹²³ توصي منظمة الصحة العالمية بـ "تقديم التعليم المتعلق بالرعاية التلطيفية (بما في ذلك جوانبه الأخلاقية) للطلبة في المرحلة الجامعية الأولى في كليات الطب والتمريض، ولمقدمي الرعاية الصحية على جميع مستوياتها...".¹²⁴ يدعو قرار جمعية الصحة العالمية الصادر في مايو/أيار 2014 البلدان إلى إدراج الرعاية التلطيفية كـ "جزء لا يتجزأ من التعليم والتدريب المستمر المقدم إلى مقدمي الرعاية"، كما يحدد:

- ¹¹⁷ Lalla Salma Foundation, "Results 2006-2010" ("Bilan 2006-2010"), pp. 54-57, http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/ALSC_-_Bilan_2006-2010.pdf
- ¹¹⁸ لا تتفرد الرعاية التلطيفية بهذه المشكلة، فعلى سبيل المثال، يزيد أميني، وهو زوج سيدة مصابة بسرطان عنق الرحم، تحدث لـ هيومن رايتس ووتش عما وجده من صعوبة في الحصول على العلاج الكيميائي، وقال: "أنا حاصل على تغطية (نظام المساعدة)، والمفروض أن تكون الأدوية مجانية، لكن حين أخذت الوصفة إلى صيدلية المستشفى، قالوا إنه غير متوفر. (ذهبت) إلى منظمة خيرية للحصول على المساعدة في تكلفة الدواء، لكنه لم يكن متاحاً لديهم أيضاً. إذا لم أحصل على الدواء قبل الغد، سيضطرون لتأجيل العلاج الكيميائي لزوجتي". مقابلة هيومن رايتس ووتش مع يزيد أميني (اسم مستعار)، 26 يناير/كانون الثاني 2015.
- ¹¹⁹ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع مايا جلالي (اسم مستعار)، 12 يناير/كانون الثاني 2015. وكان والد مايا يتلقى 10 ملغ من المورفين مؤقتة الإطلاق مرتين يومياً. وتتكلف العبوة المحتوية على 12 قرصاً فئة 10 ملغ من المورفين مؤقتة الإطلاق 46 درهما مغربياً في صيدلية خاصة بالرباط. وقد تكفل برنامج "أكسس" بتغطية أدوية والد مايا، ولكن ليس بنفقات السفر.
- ¹²⁰ Ministry of Health and Lalla Salma Foundation, "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer"), p. 28, http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf
- ¹²¹ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور المعطي نجمي، الرباط، 29 سبتمبر/أيلول 2014.
- ¹²² European Association for Palliative Care (EAPC), "Specialization in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014: A Supplement to the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe," 2014, preface, http://www.eapcnet.eu/Portals/0/Organization/Development%20in%20Europe%20TF/Specialisation/2014_SpecialisationPMPPhysicianInEurope.pdf; David Clark, "International Progress in Creating Palliative Medicine as a Specialized Discipline," in *Oxford* (2015 مايو/أيار) df (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015) (London: Oxford University Press, 2010), p. 10
- ¹²³ التعليق العام رقم 14 للجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الفقرة 44.
- ¹²⁴ WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course," para. 20, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf

- ضرورة دمج التدريب الأساسي والتعليم المستمر المتعلق بالرعاية التلطيفية كعنصر روتيني في التكوين المهني لجميع المراحل الجامعية الأولى في الطب والتمريض، وكجزء من التدريب العملي لمقدمي الرعاية على مستوى الرعاية الأولية، بمن فيهم العاملين في الرعاية الصحية، ومقدمي الرعاية المكرسين لاحتياجات المرضى الروحية، والأخصائيين الاجتماعيين؛
- ضرورة توفير التدريب الوسيط لجميع العاملين في الرعاية الصحية الذين يعملون بشكل روتيني مع مرضى بأمراض تهدد الحياة، بمن فيهم العاملين في الأورام والأمراض المعدية وطب الأطفال وطب المسنين والأمراض الباطنية؛
- ضرورة إتاحة التدريب على الرعاية التلطيفية التخصصية لإعداد المهنيين الصحيين الذين سيتولون الرعاية المتكاملة للمرضى ذوي الاحتياجات التي تتجاوز علاج الأعراض الروتيني.¹²⁵

وضعت الجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية مقررا دراسيا نموذجيا لتدريب طلبة المرحلة الجامعية الأولى وتدريب متخصصي الرعاية التلطيفية. وهي توصي بحصول طلبة الطب في المرحلة الجامعية الأولى على 40 ساعة من التدريب على الرعاية التلطيفية وعلاج الألم، بما في ذلك بعض الجوانب السريرية، وضرورة اختبار معرفتهم بالمادة العلمية.¹²⁶ كما توصي الجمعية أيضا بحصول الأخصائيين على 40 ساعة إضافية من التدريب النظري و160 ساعة من التدريب السريري بعد التخصص في مجال آخر، مثل الأمراض الباطنية.¹²⁷ ولم تقدم الجمعية الأوروبية أية توصيات بشأن محتوى التدريب على المستوى الوسيط.

هذا التوجه التدريجي في التعليم في مجال الرعاية التلطيفية ضروري لدمج الرعاية التلطيفية عبر جميع مستويات نظام الرعاية الصحية، كما يوصي قرار جمعية الصحة العالمية. فنظام الرعاية الصحية الذي يتمتع جميع العاملين فيه بتدريب على الرعاية التلطيفية المناسبة لدورهم يتيح للمرضى تلقي الرعاية قرب منازلهم بقدر الإمكان، ما يريحهم من عناء السفر إلى الأخصائيين، وما يستهلكه من مال ووقت. كما يتيح للأخصائيين التركيز على الحالات الأعمق بينما يمكن لممارسي الطب العام التكفل بالحالات الروتينية، ما يحسن من كفاءة النظام.¹²⁸ وكما لاحظت الدكتورة حسيسن، وهي اختصاصية أورام الأطفال بمستشفى أورام الأطفال في الرباط، فإن "أفضل الأطباء لمعالجة المرضى هو الطبيب القريب. (لكنه) يجب أن يكون مدربا".¹²⁹

التعليم الطبي

التعليم في المرحلة الجامعية الأولى

توجد بالمغرب 5 جامعات حكومية بها كليات للطب، في الرباط والدار البيضاء ومراكش وفاس ووجدة. ينطوي الحصول على شهادة في الطب من إحدى هذه الجامعات على برنامج تعليمي وتدريب يستمر لسبع سنوات.¹³⁰ تتمثل سنوات البرنامج الأولى أساسا في التلقين النظري في العلوم الأساسية والطبية.¹³¹ وفي السنتين السادسة والسابعة، يخرط الطلبة في العمل بدوام كامل كمتدربين.¹³²

¹²⁵. WHA resolution 67.19, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course."

¹²⁶. EAPC, "Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of Undergraduate Curricula in Palliative Medicine at European Medical Schools," 2013, p. 10

¹²⁷. EAPC, "Recommendations of the European Association of Palliative Care for the Development of Postgraduate Curricula Leading to Certification in Palliative Care," 2009, p. 9, <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=2DHXbM1zaMI%3D> (تم الاطلاع في 29 يوليوز/تموز 2015).

¹²⁸. Timothy E. Quill, M.D. and Amy P. Abernethy, M.D., "Generalist Plus Specialist Palliative Care—Creating a More Sustainable Model," *New England Journal of Medicine*, vol. 368, no. 13 (2013), pp. 1173-74; http://www3.med.unipmn.it/papers/2013/NEJM/2013-03-28_nejm/nejmp1215620.pdf (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015)؛ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتورة أسماء الأزهرى، الدار البيضاء، 1 أكتوبر/تشرين الأول 2014.

¹²⁹. مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتورة ليلي حسيسن، الرباط، 30 سبتمبر/أيلول 2014.

¹³⁰. Fixant la Régime des Etudes et des Examens en vue de l'Obtention du Diplôme de Docteur en Médecine, no 2.82.356 of 1983, art. 2. http://www.enssup.gov.ma/doc_site/documents/Txt_juridiques/etudes/dec_2_82_356.pdf (تم الاطلاع في 3 ديسمبر/كانون الأول 2014).

¹³¹. السابق، المواد 8-10.

¹³². السابق، المواد 22-23.

قبل 2015، كما لاحظنا في تقرير هيومن رايتس ووتش لسنة 2011 عن الوضع العالمي لعلاج الألم، لم تكن الرعاية التلطيفية مدمجة رسمياً في مقررات المراحل الجامعية الأولى لطلبة الطب.¹³³ بينما كانت بعض كليات الطب تقدم محتوى يتطرق إلى الرعاية التلطيفية، لم تكن هناك دورات إجبارية عن الموضوع.¹³⁴ نتيجة لهذا فإن معظم الأطباء الحاليين في المغرب يتمتعون بمعرفة محدودة أو لا تذكر عن الرعاية التلطيفية، ويفتقرون إلى التعامل السريري مع هذه الخدمة الصحية، ما يعقد جهود دمج الرعاية التلطيفية في نظام الرعاية الصحية إلى حد كبير.

بيد أن هذا يوشك أن يتغير؛ استناداً إلى توصيات أصدرتها لجنة مشتركة من وزارتي الصحة والتعليم العالي، تشكلت في 2005 لإصلاح التعليم الطبي في المغرب، تعمل الحكومة حالياً على تغيير المقرر الطبي الوطني، الذي يتعين اتباعه في كليات الطب الحكومية الخمس، وكليتين خاصتين في الدار البيضاء والرباط. بموجب المقرر الجديد، الذي يبدأ تدريسه في أواخر 2015، سيحصل جميع طلبة الطب على 20 ساعة من التلقين الإجمالي في علاج الألم والرعاية التلطيفية أثناء السنة الخامسة من دراستهم.¹³⁵

وبقدر علم هيومن رايتس ووتش وقت كتابة هذا التقرير، لم يتحدد بعد المحتوى الدقيق لمكونات الرعاية التلطيفية ضمن المقرر التعليمي الجديد. لنجاح التطبيق، من الضروري أن يشارك في العملية خبراء من مقدمي الرعاية التلطيفية، ويدرسوا المحتوى لطلبة الطب، وأن تندرج الرعاية التلطيفية في اختبارات الطلبة. كما أن المقرر الجديد لا يشمل العمل السريري الإجمالي في مجال الرعاية التلطيفية لطلبة الطب في سنتيهم الأخيرتين. ينبغي إدراج العمل السريري بالتدرج في تدريب طلبة الطب.

ورغم أن دخول الأطباء الذين تلقوا هذا المقرر إلى قوة العمل بأعداد يعتد بها سيتطلب بعض الوقت، إلا أن المقرر الجديد من شأنه إحداث أثر ملحوظ في الوصول إلى الرعاية التلطيفية وعلاج الألم في المغرب. تم تطبيق مقرر مشابه من 20 ساعة في فرنسا في منتصف تسعينات القرن العشرين.¹³⁶ وبحسب الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، فإن إصلاحات فرنسا التعليمية كانت من أهم مكونات جهودها الناجحة في زيادة الوصول إلى المسكنات الأفيونية.¹³⁷

التعليم الطبي المستمر

رغم أن المقرر الجديد المخصص للمراحل الجامعية الأولى يمثل قفزة هائلة إلى الأمام، إلا أنه من الضروري للمغرب أيضاً أن يستثمر في تدريب الأطباء الممارسين في الوقت الحاضر لكنهم لم يحصلوا على أي تدريب في مجال الرعاية التلطيفية. كان تطوير التعليم المستمر في مجال الرعاية التلطيفية من الأجزاء المحورية في "خطة العمل المغربية" التي تم تبنيها أثناء ورشة عمل عن الرعاية التلطيفية استضافتها منظمة الصحة العالمية بالتعاون مع الجمعيتين المغربية والأفريقية للرعاية التلطيفية في 2010.¹³⁸

في التعليم (أو التكوين) المستمر، على عكس التدريب الوسيط الموصوف أدناه، ينبغي تقديم تدريب أساسي على علاج الألم والرعاية التلطيفية لقطاعات عريضة من المجتمع الطبي. أجرت الجمعية المغربية لدراسة الألم والعلاجات التلطيفية دورات تدريبية في مدن عديدة بالمغرب في 2006-2007، وعقدت الدورات التدريبية في عدد من المدن الكبرى في المغرب، واجتذبت

¹³³ Human Rights Watch Report, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Rights* (New York: Human Rights Watch, 2011), p. 52, <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hhr0511W.pdf> (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹³⁴ المصدر السابق، الملحق؛ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور المعطي نجمي، 29 سبتمبر/أيلول 2014.

¹³⁵ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع محمد أدناوي، عميد كلية الطب والصيدلة بالرباط، الرباط، 21 يناير/كانون الثاني 2015؛ مراسلة هيومن رايتس ووتش الإلكترونية مع العميد محمد أدناوي، 4 أبريل/نيسان 2015؛ Ministry of Higher Education, Nationale Chargée Du Projet De Reforme Des Etudes Médicales, Pharmaceutiques et Odontologiques, Pour Une Nouvelle Reforme Des Etudes Médicales Au Maroc (في سجلات هيومن رايتس ووتش).

¹³⁶ Renée Sebag-Lanoë, et al., "Palliative Care in a Long-term Care Setting: a 25-year French Experience," *Journal of Palliative Care* (2003), p. 209؛ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع ماريلين فيليب، الرئيسة السابقة لوحدة الرعاية التلطيفية بالمستشفى الجامعي في ليون بفرنسا، والرئيسة السابقة لمجلس إدارة الجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية، 4 نوفمبر/تشرين الثاني 2014.

¹³⁷ INCB, "Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access to Medical and Scientific Purposes," 2010, p. 45.

¹³⁸ WHO, et al., "Assuring the Availability and Accessibility of Opioids Medicines in the Eastern Mediterranean Region," 2010, p. 27.

ما يزيد على ألفين من ممارسي الطب.¹³⁹ رغم أن هذه الدورات التدريبية ماهرة من حيث مداها التواصلية، إلا أنها انصبت على علاج الألم بدلا من الرعاية التلطيفية بشكل أوسع، ولم تعقد منذ سنوات.

من المزمع في سبتمبر/أيلول 2015 أن تقوم الجمعية الأمريكية لعلم الأورام السريري، ومركز الأورام الإقليمي في فاس، بالتعاون مع مؤسسة للا سلمى، باستضافة ورشة عمل للرعاية التلطيفية هي الأولى من نوعها في فاس. ستغطي الورشة التي تستمر 3 أيام طيفا من الموضوعات، تشمل علاج الألم وغيره من الأعراض الشائعة، ونقل التشخيص إلى المريض.¹⁴⁰ رغم انعقاد الورشة بعد كتابة هذا التقرير إلا أنها قد تقدم نموذجا يمكن التوسع فيه لبلوغ قطاعات أوسع من العاملين الطبيين.

التدريب الوسيط

هناك نقص ملحوظ في التدريب الوسيط الإجمالي في مجال الرعاية التلطيفية. تمكنت هيومن رايتس ووتش من إيجاد برنامج واحد من هذه النوعية للأطباء المتخصصين في التخدير بجامعة محمد الخامس (سويسري) في الرباط. وفي هذا البرنامج يطلب من مقيمي التخدير الانضمام إلى برنامج أطباء التخدير المقيمين لمدة 6 أشهر بالمعهد الوطني للتكنولوجيا في الرباط، يشمل دورة مدتها شهران في وحدة الرعاية التلطيفية.¹⁴¹

أما الأطباء المتخصصون في فروع الطب الأخرى الذين يعاينون العديد من مرضى الرعاية التلطيفية، مثل الأورام والأمراض الباطنية وأمراض القلب، فلا يحصلون على أي تدريب إجباري أكاديمي أو سريري في مجال الرعاية التلطيفية. بل إن الأطباء المتخصصين في التخدير خارج الرباط لا يحصلون عليها بدورهم.

تمكنت أبحاثنا من تحديد 3 برامج اختيارية لمنح شهادات أو دبلومات توفر التدريب الوسيط لممارسي الطب العام والمتخصصين في علاج الألم و/أو الرعاية التلطيفية في كليات الطب في الرباط والدار البيضاء وجدة. ففي الرباط تقدم الجامعة شهادة مدتها عام واحد في علاج الألم والرعاية التلطيفية، مكونة من 60 ساعة من الدراسة النظرية إضافة إلى بعض التعامل السريري مع الرعاية التلطيفية داخل المعهد الوطني للتكنولوجيا.¹⁴²

أما في وجدة فالجامعة تقدم برنامج دبلوم علاج الألم لـ 30 مرشحا. رغم احتواء البرنامج على ساعات تدريب أطول من برنامج الرباط - 120 ساعة نظرية و20 من "التدريب العملي" - إلا أنه لا يوفر تدريباً على الرعاية التلطيفية.¹⁴³ وبالمثل فإن برنامج شهادة معالجة الألم في الدار البيضاء لا يقدم ساعات دراسية في الرعاية التلطيفية.¹⁴⁴ رغم أهمية هذه البرامج التي تمنح شهادة أو دبلوم لمن يستفيدون منها فهناك حاجة إلى بذل جهد أكبر لضمان حصول الممارسين الذين يكثر تعاملهم مع مرضى الرعاية التلطيفية على تدريب في علاج الألم والرعاية التلطيفية على السواء.

من أكبر موانع زيادة برامج التدريب الوسيط في مجال الرعاية التلطيفية للأطباء، الذين يتعاملون بشكل مستمر مع مصابين بأمراض تحد من الحياة، هي قلة مراكز الرعاية التلطيفية في البلاد القادرة على توفير الموارد لمثل تلك البرامج. مع زيادة المغرب أعداد المستشفيات التي تقدم الرعاية التلطيفية، كما هو مزمع بموجب المخطط الوطني، سيتسنى إنشاء المزيد من برامج التدريب الوسيط.

¹³⁹ Nejmi and Hessissen, "Moroccan Experience," p. 151

¹⁴⁰ يمكن العثور على معلومات عن ورشة العمل هنا: <http://www.workshopascofez.org> (تم الاطلاع في 18 مايو/أيار 2015).

¹⁴¹ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع حمزة سليمان، مقيم التخدير، الرباط، 10 يناير/كانون الثاني 2015.

¹⁴² Nejmi and Hessissen, "Moroccan Experience," p. 151. ويمكن العثور على وصف للبرنامج هنا:

http://www.jamiati.ma/formation_continue/selon_domaine/pages/Resultat.aspx?Id_frct_cod=54 (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁴³ يمكن العثور على وصف للبرنامج هنا: http://fmpo.ump.ma/?page_id=168 (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁴⁴ يمكن العثور على وصف للبرنامج هنا: http://www.jamiati.ma/Formation_continue/Selon_Universite/Pages/Resultat.aspx?Id_frct_cod=40134 (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

التدريب التخصصي

يسرد قرار وزاري من سنة 1993 سرد قائمة حصرية بالتخصصات الطبية المتاحة في المغرب¹⁴⁵ في 2008 تمت إضافة الأمراض الباطنية، وطب الطيران، والمعلوماتية الطبية، وطب نفس الأطفال كتخصصات طبية، من خلال قرار أصدره وزير التعليم العالي.¹⁴⁶

أما الرعاية التلطيفية فهي ليست في الوقت الحاضر ضمن التخصصات الطبية في المغرب. وبدءا من عام 2015 تنوي جامعة محمد الخامس تقديم دبلوم في علاج الألم والرعاية التلطيفية تتضمن 152 ساعة من التدريب النظري على علاج الألم و28 ساعة عن الرعاية التلطيفية، إضافة إلى تدريب سريري مدته 40 ساعة في وحدة الرعاية التلطيفية بالمعهد الوطني للتكنولوجيا في الرباط.¹⁴⁷ من شأن هذا البرنامج الجديد لمنح درجة الدبلوم أن يمثل أقرب فرصة تعليمية من التخصص الطبي في الرعاية التلطيفية في المغرب، رغم أنه لن يؤدي إلى حمل لقب أخصائي في الرعاية التلطيفية، وبظل دون مستوى توصيات الجمعية الأوروبية للرعاية التلطيفية، التي تحدد 160 ساعة من التدريب السريري للأخصائيين في هذا المجال.

التعليم على التمريض

يوصي قرار جمعية الصحة العالمية بحصول جميع أعضاء هيئات التمريض على تدريب في الرعاية التلطيفية.¹⁴⁸ فعلا، غالبا ما يكون أعضاء هيئة التمريض الأقرب من المرضى وأسرها، والأكثر وعيا بالأعراض البدنية والذهنية التي يمر بها المرضى.¹⁴⁹ بهذا يقومون بدور حيوي في تحديد المرضى الذين تجب إحالتهم إلى تدخلات أكثر تعقيدا، وفي توفير الرعاية الأساسية، وتقييم الألم، وتقديم الدعم والمواساة الاجتماعيين. في أوغندا يجوز للممرضات والممرضين ذوي التدريب المتخصص وصف المسكنات أفيونية للمرضى، ما وسع بشكل كبير الوصول إلى الرعاية التلطيفية في المجتمعات الريفية التي لا يتاح فيها أطباء.¹⁵⁰

المصاد المنشورة بشأن تعليم الرعاية التلطيفية لأعضاء هيئة التمريض في المغرب قليلة. ومع ذلك فإن استقصاء ضيق النطاق، تم إجراؤه في مركز الأورام الإقليمي في الرباط، يوحي بأن تدريب الممرضين والممرضات على الرعاية التلطيفية في المدينة لم يكن كافٍ وقتذاك. من الممرضين/الممرضات الـ 21 الذين سئلوا، قال 20 منهم إنه لا توجد دورات دراسية متاحة في المراحل الجامعية الأولى لتدريب العناية بمرضى الرعاية التلطيفية، ذكر 16 انطبعا أنهم شعروا بنقص التدريب مجال الرعاية في نهاية الحياة. من بين جميع الممرضات/الممرضين المستجوبين، قال 5 فقط إنهم شاركوا في أي شكل من أشكال التدريب المستمر على رعاية المرضى في نهاية الحياة.¹⁵¹

¹⁴⁵ Fixant le régime des études et des examens en vue de l'obtention de diplôme de spécialité médicale, no. 2-92-182 of 1993, art. 2, <http://www.fmpm.ucam.ac.ma/data/tleg/4207.pdf> (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁴⁶ Complétant la liste des spécialités médicales et leurs durées d'études prévues dans l'article 2 de décret no. 2-92-182 du 22 kaada 1413 (14 mai 1993), no. 412-08 of 2008, p. 478, art. 1, https://www.google.com/url?sa=t&rc=1&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cabinetseddik.com%2Factualites%2Fbulletin-officiel%2FBFO_5644_Fr.pdf&ei=r9kVVaK1H4PLsASbIICoBg&usg=AFQjCNGYYZEvQLWvL6CozxMBsb-ugTO34w&bvm=bv.89381419.d.cWc (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁴⁷ مرانلة هيومن رايتس ووتش الإلكترونية مع الدكتور زكريا بلخضير، الرباط، 10 مارس/آذار 2015.

¹⁴⁸ WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course," para 20 (iv), http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf

¹⁴⁹ Bridget M. Johnson, "Introduction to Palliative Care: Overview of Nursing Developments," in *Palliative Care: The Nursing Role*, second edition, ed. Jean Lugton and Rosemary McIntyre (Hong Kong, Elsevier Limited, 2005), pp. 14-28

¹⁵⁰ Jake Jagwe, et al., "Uganda: Delivering Analgesia in Rural Africa: Opioid Availability and Nurse Prescribing," *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 33, no. 5 (2007), p. 549, [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00118-2/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00118-2/pdf) (accessed May 15, 2015);

Jan Stjernsward, "Uganda: Initiating a Government Public Health Approach to Pain Relief and Palliative Care," *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 24, no. 2 (2002), p. 262, [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(02\)00451-7/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(02)00451-7/pdf) (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁵¹ Ali Ikrou, "La prise en charge des patients en fin de vie par le personnel infirmier cas de l'Institut National d'Oncologie sidi Mohammed ben Abdallah de Rabat," (2008), tbl. 4, 5, http://www.memoireonline.com/12/10/4183/m_La-prise-en-charge-des-patients-en-fin-de-vie-par-le-personnel-infirmier-cas-de-linstitut-national-0.html (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

توفر الأدوية

توصي منظمة الصحة العالمية بتبني البلدان "سياسة دوائية بغية ضمان توافر الأدوية الأساسية للسيطرة على الأعراض، بما فيها الألم والكرب النفسي، والمسكنات الأفيونية بوجه خاص لتسكين الألم والكرب التنفسي".¹⁵² وفي 2013 أضافت المنظمة أقساماً خاصة بالألم والرعاية التلطيفية في "القائمة النموذجية للأدوية الأساسية" و"القائمة النموذجية لأدوية الأطفال الأساسية". تحتوي تلك الأقسام على أدوية وتركيبات صيدلانية محددة تعتبرها منظمة الصحة العالمية ضرورية لعلاج الألم والرعاية التلطيفية.

لتلبية الحق في الصحة، على البلدان أن تضمن توافر جميع الأدوية المدرجة بقائمة الأدوية الأساسية الخاصة بالمنظمة وسهولة الوصول إليها. ارتأت لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية أن توفير الأدوية الأساسية كما حددتها منظمة الصحة العالمية من الالتزامات الأساسية التي لا يمكن تقييدها بدعوى محدودية الموارد.¹⁵³

توفر المسكنات الأفيونية والوصول إليها

المسكنات الأفيونية ضرورية لعلاج الألم وضيق التنفس والعديد من الأعراض الأخرى الشائعة بين المحتاجين إلى الرعاية التلطيفية. لأن الأدوية الأفيونية من المواد المضبوطة، فإن الدول تلتزم بتنظيم كيفية إنتاجها وتوزيعها ووصفها وصرفها. في عديد من البلدان، بما فيها المغرب، الوصول إلى هذه الأدوية محدود جداً. كما ورد أعلاه، لاحظت الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في تقريرها السنوي لعام 2014 أن 5.5 مليار شخص يعيشون في بلدان حيث الوصول إلى هذه الأدوية محدود أو معدوم.¹⁵⁴

تحتوي الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961، وهي الاتفاقية الدولية التي توفر الإطار للجهود الوطنية في مجال الرقابة على المخدرات، على 4 شروط أساسية لعمليات التنظيم الوطني للأدوية المضبوطة:

- على الأفراد الذين يصرفون الأدوية أن يكونوا مرخصين، إما بحكم تراخيصهم المهنية أو من خلال عملية ترخيص خاصة؛
- لا يجوز تناقل الأدوية إلا بين مؤسسات أو أفراد مرخص لهم بهذا؛
- لا يجوز صرف الأدوية للمريض إلا بوصفة طبية؛
- تحفظ السجلات الخاصة بتحركات هذه الأدوية لمدة لا تقل عن عامين.¹⁵⁵

تنص الاتفاقية تحديداً على السماح للبلدان بإقرار اشتراطات إضافية، منها نماذج طبية خاصة لصرف المواد المضبوطة. ومع ذلك على البلدان التزام مزدوج فيما يتعلق بتلك الأدوية: عليها أن تضمن توافرها الكافي للاستخدامات الطبية والعلمية، مع منع إساءة استخدامها والانحراف بها عن قصد.¹⁵⁶ على البلدان أن تحرص ألا تعمل أية اشتراطات إضافية تتجاوز المنصوص عليه في هذه الاتفاقية على تعويق الوصول الطبي دون مسوغ.¹⁵⁷

المعايير الدولية لحقوق الإنسان تلزم البلدان بضمان توافر المسكنات الأفيونية المدرجة في قائمة الأدوية الأساسية الخاصة بمنظمة الصحة العالمية والوصول إليها. بما أن تصنيع الأدوية المضبوطة ووصفها وصرفها يخضع لتنظيم صارم من قبل الحكومات فإن الدول ملزمة بضمان ألا تعمل هذه التنظيمات دون مسوغ على تقييد وصول المرضى إليها لأغراض طبية. أما التنظيمات التي تتعسف في عرقلة الحصول على تلك الأدوية وصرفها لأغراض طبية فقد تنتهك الحق في الصحة.

¹⁵² WHO, "Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course," para. 19, http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_28-en.pdf

¹⁵³ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para. 43.

¹⁵⁴ INCB, "Report 2014," 2015, pp. 3-4, https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2014/English/AR_2014.pdf

¹⁵⁵ ECOSOC, "Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961," arts. 30(1)(b)(i), 30(1)(b)(ii), 30(2)(b)(i), 34 (b).

¹⁵⁶ INCB, "Report of the International Narcotics Control Board on the Availability of Internationally Controlled Drugs: Ensuring Adequate Access for Medical and Scientific Purposes," 2011, p. iii, http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2010/Supplement-AR10_availability_English.pdf (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁵⁷ WHO, "Cancer Pain Relief," p. 9, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>.

أوضحت الحكومة المغربية أن زيادة الوصول إلى المسكنات الأفيونية من أولوياتها. تحتوي الاستراتيجية القطاعية على نقطة عمل محددة من أجل "تدريب العاملين في القطاع الصحي وتزويدهم بالمعلومات، ومكافحة رهاب المورفين".¹⁵⁸ تعكس هذه النقطة بشكل وثيق التدابير الواردة في المخطط الوطني.¹⁵⁹

إلا أن توفر المسكنات الأفيونية والوصول إليها لا يزالان محدودين للغاية. وجدت أبحاثنا أن معظم مراكز الأورام الإقليمية وبعض الصيدليات في محيطها المباشر يتاح فيها المورفين، وأن بعض الأطباء على الأقل يمكن لهم وصفه.¹⁶⁰ ومع ذلك فإن زيارتنا إلى 4 أقاليم وجدت أن قلة قليلة من منشآت الرعاية الثانوية يتوافر بها المورفين، وأن الأطباء بها لا يمتلكون نماذج الوصف الطبي الخاصة بوصف المسكنات الأفيونية، وأن الصيدليات لا تخزنها.

تحليل الإطار التنظيمي

قمنا بتحليل تفصيلي لتنظيمات المغرب المتعلقة بالمسكنات الأفيونية وتطبيقها بالممارسة، لتحديد مدى مساهمتها في الحد من توافر تلك الأدوية.

غيّر المغرب في 2013 قانونه الخاص بالمواد المضبوطة لزيادة عدد الأيام التي تغطيها وصفة المسكنات الأفيونية من 7 إلى 28 يوماً، ما أزال مانعا رئيسيا يحول دون الوصول إلى تلك الأدوية.¹⁶¹ فقد كان قيد الأيام السبعة يعني اضطراب المرضى المحتاجين إلى المسكنات الأفيونية، أو أقاربهم، إلى السفر للطبيب كل أسبوع للحصول على وصفة جديدة وصرفها. تقرير هيومن رايتس ووتش لسنة 2011 عن الوضع العالمي للرعاية التلطيفية أشار إلى هذا الشرط التنظيمي كمانع هام يحول دون الوصول إلى المسكنات الأفيونية.¹⁶²

تظهر أبحاثنا أن تنظيمات المغرب الحالية تتجاوز اشتراطات الاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961. رغم أن الاشتراطات الإدارية الإضافية، حسب تعريفها، من شأنها إيجاد عقبات إضافية في وجه استخدام تلك الأدوية، إلا أننا لم نجد أنها فرضت عبئا مفرطا على الأطباء أو الصيادلة، وخاصة من العاملين في نظام الرعاية الصحية العام.

هناك قانون مغربي من سنة 1922، حين كانت البلاد ما تزال تحت الحكم الفرنسي، يحكم تداول المسكنات الأفيونية ووصفها وصرفها. بموجب هذا القانون، لا يجوز إلا للأطباء وصف المسكنات الأفيونية، رغم قدرة جميع الأطباء على حيازة الحق في وصفها.¹⁶³

نماذج الوصف الخاصة: يشترط القانون المغربي تدوين جميع وصفات المسكنات الأفيونية لمرضى العيادات الخارجية على نماذج خاصة.¹⁶⁴ ورغم أن الاتفاقية الوحيدة تنص تحديدا على السماح للبلدان باشتراط استخدامها، إلا أن منظمة الصحة

¹⁵⁸ وزارة الصحة، "الاستراتيجية القطاعية للصحة (2012-2016)"، الإجراءات 80 و 81، <http://www.sante.gov.ma/Documents/annonces/%D8%A7%D9%84%D8%A7%D8%B3%D8%AA%D8%B1%D8%A7%D8%AA%D9%8A%D8%AC%D9%8A%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D9%82%D8%B7%D8%A7%D8%B9%D9%8A%D8%A9%20%D9%84%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%202012-2016.pdf> (تم الاطلاع في 9 سبتمبر/أيلول 2015).

¹⁵⁹ Ministry of Health and Lalla Salma Foundation, "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer"), mesures 63-64, http://www.contreleccancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf

¹⁶⁰ استنادا إلى مقابلات أجريت مع عاملين في القطاع الطبي في 4 مراكز إقليمية للأورام.

¹⁶¹ Dahir portant promulgation de la loi n° 92-12 modifiant l'article 34 du dahir du 12 rabii II 1341 (2 décembre 1922) portant règlement sur l'Importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, no. 1-13-56 du 8 chaabane 1434 of 2013, art. 34, <http://adala.justice.gov.ma/production/html/Fr/183968.htm> (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁶² Human Rights Watch Report, *Global State of Pain Treatment: Access to Palliative Care as a Human Rights* (New York: Human Rights Watch, 2011), p. 51, <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/hr0511W.pdf>

¹⁶³ Jim Cleary, et al., "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in the Middle East: A Report from the Global Opioid Policy Initiative," *Annals of Oncology*, vol. 24, supp. 11, 2013, p. xi54, http://annonc.oxfordjournals.org/content/24/suppl_11/xi51.full.pdf+html (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁶⁴ Arrête pris en application de l'article 34 du dahir du 2 décembre 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, June 21, 1955

العالمية لاحظت أن اشتراط نماذج الوصف الخاصة بيزيد العبء الإداري على العاملين في المجال الصحي وسلطات الرقابة على الأدوية.¹⁶⁵ كما قررت أن هذه المشكلة "تتفاقم إذا لم تكن النماذج متاحة في المتناول، أو إذا اضطر العاملون في القطاع الصحي إلى دفع ثمنها". توصي المنظمة بأن "تضمن البلدان ألا يعمل هذا النظام على عرقلة توافر الأدوية المضبوطة وسهولة الوصول إليها".¹⁶⁶

على الأطباء الحصول على دفاتر الوصف الخاصة، المسماة "الدفاتر ذات القسائم" (carnet à souche) من إدارة الأدوية والصيدلة بوزارة الصحة. وجدير بالذكر أنه يجوز للأطباء طلب الدفاتر الخاصة بالبريد بدلا من الاضطرار إلى الذهاب بشكل شخصي. كما يجوز لهذه الإدارة صرف دفترين في المرة الواحدة، يحتوي كل منهما على 50 وصفة. وتجب إعادة الدفتر المستهلك إلى وزارة الصحة قبل أن يتسنى صرف دفتر جديد، لكن السماح للأطباء بصرف دفترين في المرة يساعد على درء خطر بقاء الطبيب بدون نماذج وصف للمسكنات الأفيونية أثناء عملية الطلب.¹⁶⁷

قد قال أطباء في عدد من المستشفيات العامة من الثالثة لـ هيومن رايتس ووتش إن إجراءات الحصول على دفاتر الوصف الخاصة سهلة نسبيا وكثيرا ما يقوم بها إداريو المستشفى نيابة عنهم. اللافت أن العديد من مراكز الأورام الإقليمية تطلب أعدادا كبيرة من دفاتر الوصفات الخاصة دفعة واحدة، ما يضمن توافرها.¹⁶⁸

لكن عملية الحصول على دفاتر الوصفات الخاصة تمثل عقبة أكبر أمام الأطباء خارج نظام الرعاية الصحية العام. فعلى عكس الأطباء العموميين، يتعين على الأطباء الخاصين التقدم بطلب هذه الدفاتر في البداية من خلال وسيط: رئيس الهيئة الوطنية للطببات والأطباء، وهي جمعية مهنية. على الرئيس بدوره أن يتقدم بطلب مكتوب إلى وزارة الصحة.¹⁶⁹ وبحسب الدكتور المعطي نجمي، الذي اشغل بالممارسة الخاصة منذ 2013، يمكن لهذه العملية أن تستغرق أكثر من شهر.¹⁷⁰ رغم أن أطباء القطاع الخاص بوسعهم الحصول على دفاتر لاحقة بالتراسل المباشر مع وزارة الصحة، إلا أن العملية المبدئية قد تقوم بمثابة رادع.

في 2014 صرفت وزارة الصحة 409 من دفاتر الوصف الخاصة، منها 310 لأطباء عموميين و99 لأطباء من القطاع الخاص.¹⁷¹ لا تعرف هيومن رايتس ووتش كم يبلغ عدد الأطباء الأفراد الحائزين على دفاتر القسائم، لكن بالنظر إلى أن الكثيرين منهم يستهلكون أكثر من دفتر واحد في العام فمن المرجح أن يكون العدد أدنى بكثير من 409.

حقق المغرب مؤخرا تقدما ملحوظا في زيادة امتيازات وصف المسكنات الأفيونية - فقد زادت أعداد الدفاتر المنصرفة بمقدار 32 بالمئة بين 2013 و2014. ومع ذلك فإن نسبة ضئيلة فقط من أطباء المغرب البالغ عددهم 20500 تمتلك تلك الدفاتر.¹⁷² يسبب ذلك مشكلة للمرضى لدى محاولة إيجاد طبيب يمتلك مجرد القدرة على وصف المسكنات الأفيونية.

تنظيمات المسكنات الأفيونية بالنسبة للصيدليات: بموجب القانون المغربي، يجوز لأية صيدلية تخزين المسكنات الأفيونية.¹⁷³ إلا أن عليها الامتثال لعدد من الشروط التنظيمية.¹⁷⁴ وصف الصيدالونات اشتراطات بضرورة الاحتفاظ بسجلات تفصيلية لأي

¹⁶⁵ ECOSOC, "Single Convention on Narcotic Drugs of 1961, as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961," art. 30(2)(b)(ii).

¹⁶⁶ WHO, "Ensuring balance in national policies on controlled substance: Guidance for availability and accessibility of controlled medicines," (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015), p. 28, http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564175_eng.pdf?ua=1.

¹⁶⁷ Arrête pris en application de l'article 34 du dahir du 2 décembre 1922 portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, June 21, 1955, art. 5.

¹⁶⁸ خطاب من الدكتور عبد العالي بلغيثي العلوي، الكاتب العام لوزارة الصحة، إلى هيومن رايتس ووتش، 4 يونيو/حزيران 2015.

¹⁶⁹ المصدر السابق.

¹⁷⁰ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور المعطي نجمي، 29 سبتمبر/أيلول 2014.

¹⁷¹ خطاب من الدكتور عبد العالي بلغيثي العلوي، الكاتب العام لوزارة الصحة، إلى هيومن رايتس ووتش، 4 يونيو/حزيران 2015.

¹⁷² WHO, "World Health Statistics: 2013," 2013, pp. 120-127, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في 23 مارس/أذار 2015).

¹⁷³ Jim Cleary, et al., "Formulary Availability and Regulatory Barriers to Accessibility of Opioids for Cancer Pain in the Middle East," p. xi56.

¹⁷⁴ Dahir portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, no. 12 rebia II 1341 of 1922, art. 26.

عمليات شراء أو بيع في عدد من دفاتر الأحوال، يحتوي أحدها على وصف تفصيلي لجميع عمليات البيع، ويتولى آخر تسجيل المخزون الحالي، ويتولى ثالث تسجيل عمليات شراء الأدوية المضبوطة.¹⁷⁵

ينبغي شراء كل دفتر بشكل شخصي على حدة (بواسطة الصيدلي أو من ينوب عنه) من جهة مختلفة - المجلس الوطني للصيادلة، والمجلس الإقليمي للصيادلة، ونقابة الصيادلة - رغم وقوعها جميعا في نفس المبنى بالرباط. وعلى الصيادلة أيضا سداد ثمن الدفاتر، الذي يتراوح بين 200 و500 درهما مغربيا (21-53 دولار أمريكي).¹⁷⁶ ينبغي حفظ الدفاتر الثلاثة جميعا لمدة تصل إلى 10 سنوات تحسبا للمراجعة الحكومية.¹⁷⁷

رغم تعقيد العملية فإن معظم الصيادلة الذين أجرت معهم هيومن رايتس ووتش المقابلات قالوا إنهم لا يشعرون بأن هذه الشروط تثقل كاهلهم بشكل غير ضروري. أوحث المقابلات مع 16 صيدلية خاصة في 6 مدن، وكانت 14 منها لا تخزن المورفين، بأن الاشتراطات التنظيمية ليست السبب الأساسي لامتناع الصيدليات عن عرض هذا الدواء. قال عدد من الصيادلة إنهم يمتلكون جميع الدفاتر الضرورية لبيع المورفين وصرفه، لكنهم لا يعرضونه بسبب مخاوف من إدمان المخدرات واحتمالات إساءة الاستعمال وغياب الطلب على الدواء. كما شعر الصيادلة الذين كانوا يعرضون المسكنات الأفيونية ويصرفونها بانتظام بأن إساءة الاستعمال من جانب العملاء يمكن التغلب عليها من خلال الإدارة السليمة، لكنهم رددوا بعض المخاوف الاقتصادية التي أثارها صيادلة آخرون، بما فيها انخفاض هوامش الأرباح وقلة الطلب.¹⁷⁸

على سبيل المثال، الدكتور الأغدف الرحوتي، وهو صاحب صيدلية تقع أمام المعهد الوطني للتكنولوجيا وتخزن المورفين، أوضح لـ هيومن رايتس ووتش أنه يعرض المورفين رغم انخفاض ربحيته:

"أعرض المورفين لأنه واجبي المهني... إنه عمل إنساني... أليس هذا عملي كصيدلي؟ أليس هذا ضميري كإنسان؟... أنا لا أفكر في الربح وحده، بل أفكر في احتياج الجمهور إلى تلك الأدوية".¹⁷⁹

ومع ذلك فالأغلبية الساحقة من الصيادلة تفضل الامتناع عن عرض تلك الأدوية، كما أن ندرتها في المدن الصغرى من أكبر موانع استخدامها. لتلبية الحق في الصحة، على الحكومة ضمان توافر هذه الأدوية الأساسية للمرضى، حتى إذا كانت قوى السوق تعمل على تقليل جاذبيتها بالنسبة للصيديات الخاصة.

رُهاب الأدوية الأفيونية والفهم الخاطئ

أشار العديد من محاورينا إلى الخوف من المسكنات الأفيونية ونقص التدريب على استخدامها على أنهما السببين الرئيسيين لمحدودية توافر تلك الأدوية في معظم أرجاء البلاد. تشير الحكومة نفسها في الاستراتيجية القطاعية والمخطط الوطني إلى هذا الواقع على أنه مانع لا يستهان به.¹⁸⁰

قال كثيرون من الأطباء ومديري المستشفيات الذين أجرينا معهم المقابلات في منشآت الرعاية الثانوية إنهم لا يطلبون دفاتر الوصفات الخاصة لاقتادهم أن المسكنات الأفيونية تسبب الإدمان ولا يجوز وصفها إلا من أخصائيين أو في مراكز الرعاية الثالثية.¹⁸¹ في معظم تلك المنشآت كان المورفين يستخدم حصريا من جانب أطباء التخدير ولأغراض جراحية.

¹⁷⁵ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور الأغدف الرحوتي، كبير صيادلة صيدلية الرحوتي، الرباط، 14 يناير/كانون الثاني 2015.

¹⁷⁶ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع أحد ممثلي المجلس الوطني للصيادلة؛ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع أحد ممثلي نقابة الصيادلة.

¹⁷⁷ Dahir du 12 rebia II 1341, arts. 30, 31.

¹⁷⁸ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور الأغدف الرحوتي، كبير صيادلة صيدلية الرحوتي، الرباط، 14 يناير/كانون الثاني 2015؛ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور محمد جمال زنبر، كبير صيادلة صيدلية الرباط، الرباط، 15 يناير/كانون الثاني 2015.

¹⁷⁹ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور الأغدف الرحوتي، الرباط، 14 يناير/كانون الثاني 2015.

¹⁸⁰ Ministry of Health, "Sectoral Strategy for Health 2012-2016" ("Strategy Sectorielle de Santé 2012-2016"), action 80, <http://www.sante.gov.ma/Docs/Documents/secteur%20sant%C3%A9.pdf>

¹⁸¹ استنادا إلى مقابلات أجريت في 8 من منشآت الرعاية الثانوية في 8 مدن 4 أقاليم. ولم يكن مستشفى واحد من المستشفيات التي تمت زيارتها يقدم المورفين الفموي.

زيادة الوصول إلى المسكنات الأفيونية: كولومبيا وفيتنام

تعد ندرة الصيدليات التي تخزن المورفين القوي من أكبر التحديات في العديد من البلدان. ورغم أن صيدليا واحدا في المغرب قال إنه يعرض المورفين لأنه يعتبر من "التزامه المهني" أن يضمن وصول الجمهور إلى الدواء، فإن الاشتراطات الإدارية وقلة الطلب والمخاوف من احتمالات إساءة الاستعمال أو الانحراف، واحتمالات التدقيق من قبل أجهزة إنفاذ القانون، قد تردع الكثير من الآخرين عن تخزينه.

حاولت عدة بلدان التصدي الفاعل لتلك المشكلة، ففي كولومبيا على سبيل المثال، أدت الشراكة المكثفة بين الحكومة والمنظمات غير الحكومية والأكاديميين إلى مراجعة التنظيمات الخاصة بشراء الأدوية على المستوى الإقليمي في 2008. بموجب التنظيمات الجديدة، بتعيين على ولايات كولومبيا الـ 32 جميعا أن يوجد بكل منها مكان واحد على الأقل يكفل توافر المسكنات الأفيونية طوال الوقت.¹⁸² عُرِّز الالتزام بتوفير المسكنات الأفيونية في المادة الثامنة من قانون الرعاية التلطيفية الذي تم تبنيه مؤخرا في كولومبيا.¹⁸³ في أعقاب هذه الجهود وغيرها من الجهود الرامية لزيادة الوصول إلى الرعاية التلطيفية في كولومبيا، تزايد استهلاك المسكنات الأفيونية على نحو ملحوظ. أفادت الحكومة بحدوث تصاعد قدره 270 بالمائة في استهلاك المسكنات الأفيونية بين 2006 و2012.¹⁸⁴

اضطلعت فيتنام بجهود مماثلة لزيادة الوصول إلى الرعاية التلطيفية وعلاج الألم. في 2005 أطلقت وزارة الصحة هناك مبادرة وشكلت فريق عمل معني بالرعاية التلطيفية، يضم ممثلين للوزارة وللأطباء وخبراء دوليين.¹⁸⁵

استنادا إلى نتائج فريق العمل، نفذت وزارة الصحة إصلاحات تعليمية وتنظيمية بدءا من 2006. وجدير بالذكر أنها خففت في 2008 عددا من الموانع التنظيمية الحائلة دون الوصول إلى المسكنات الأفيونية: تم إلغاء الحد الأقصى لجرعة المسكنات الأفيونية اليومية، وزيدت فترة وصفها من 7 إلى 30 يوما. منح مساعدي الأطباء في المناطق النائية سلطة الحصول على ترخيص لوصف المورفين، ومنحت المستشفيات الجهوية والأهلية سلطة وصف المورفين وصرفه.¹⁸⁶

على غرار كولومبيا، تنص التنظيمات الجديدة في فيتنام أيضا على ضرورة توافر المسكنات الأفيونية في كل مديرية، وتكلف صيدليات المستشفيات بتوفير المورفين القوي لمرضى العيادات الخارجية عند عدم توافره في شكل آخر.¹⁸⁷ في أعقاب هذه الجهود وغيرها لزيادة الوصول إلى الرعاية التلطيفية في فيتنام، تزايد استهلاك المسكنات الأفيونية بما يزيد على 400 بالمائة بين 2005 و2012.¹⁸⁸

قد لا يكون الخوف من المورفين وغيره من المسكنات الأفيونية مفاجئا بالنظر إلى أن القانون الذي ينظمها يدعى "الظهير الشريف بشأن تنظيم استيراد المواد السامة والاتجار فيها وإسماها واستعمالها" (التشديد مضاف).¹⁸⁹ فيموجب القانون، تندرج المسكنات الأفيونية ضمن جدول يسمى "الجدول ب للمواد السامة". ورغم أن المغرب يشترك في ممارسة هذه التسمية مع

¹⁸² Marta Leon, et al., "Integrating Palliative Care in Public Health: The Colombian Experience Following an International Pain Policy Fellowship," *Palliative Medicine* (2011), p.3, http://www.painpolicy.wisc.edu/sites/www.painpolicy.wisc.edu/files/Leon_2011_Integrating%20palliative%20care_0.pdf

(تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015)؛
Marta Leon, et al., "Improving the Availability of and Access to Opioids in Columbia: Description and Preliminary Results of an Action Plan for the Country," *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 28, no. 5 (2009), [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(09\)00705-2/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(09)00705-2/pdf) (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁸³ Pain Policy, "Celebrating Success: A Palliative Care Law for Colombia," <https://painpolicy.wordpress.com/2014/10/23/celebrating-success-a-palliative-care-law-for-colombia/> (تم الاطلاع في 11 مارس/أذار 2015).

¹⁸⁴ INCB, "Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2009, Statistics for 2007," 2008, p. 236, https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2008/Narcotics_drugs_publication2008.pdf; (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015)؛

Treat the Pain, "Colombia—Treat the Pain: A Country Snapshot," 2014, <http://treatthepain.org/Assets/CountryReports/Colombia.pdf> (تم الاطلاع في 11 مارس/أذار 2015).

¹⁸⁵ Eric L. Krakauer, "Vietnam's Palliative Care Initiative: Successes and Challenges in the First Five Years," *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 40, no. 1 (2010), [http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(10\)00360-X/pdf](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(10)00360-X/pdf) (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁸⁶ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتور إريك كراكاور، 3 نوفمبر/تشرين الثاني 2009.
¹⁸⁷ مرانسة هيومن رايتس ووتش الإلكترونية مع الدكتور إريك كراكاور، 4 أبريل/نيسان 2015. لكن بحسب معارف الدكتور كراكاور في فيتنام فإن اشتراط قيام صيدليات المستشفيات بتخزين المسكنات الأفيونية عند عدم توافرها بطريق آخر في المديرية لم يعد يتم إنفاذه حاليا.

¹⁸⁸ INCB, "Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2009, Statistics for 2007," p. 236, https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2008/Narcotics_drugs_publication2008.pdf; Treat the Pain, "Vietnam—Treat the Pain: A Country Snapshot," 2014, <http://www.treatthepain.org/Assets/CountryReports/Viet%20Nam.pdf> (تم الاطلاع في 11 مارس/أذار 2015).

¹⁸⁹ Dahir portant règlement sur l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, no. 12 rebia II 1341 of 1922.

بعض البلدان الفرنكوفونية الأخرى،¹⁹⁰ إلا أن العديد من هذه البلدان تستخدم لفظ المخدرات (*stupéfiants*)،¹⁹¹ وهو اللفظ المستخدم في الاتفاقية الوحيدة.¹⁹²

تأثير تنظيمات المواد المضبوطة الموروثة من العهد الاستعماري في الدول الفرنكوفونية

في أوائل القرن العشرين، تبنت فرنسا تنظيمات صارمة بشأن توفير الأدوية الأفيونية، تشترط استخدام دقاتر الوصفات الخاصة وقصر كل وصفة على مدة طولها 7 أيام. كما فرضت التنظيمات نفسها على العديد من مستعمراتها.

منذ أواخر ثمانينات القرن العشرين قامت فرنسا تدريجياً بتبسيط اشتراطاتها التنظيمية بغرض ضمان إتاحة المسكنات الأفيونية لعلاج الألم والرعاية التلطيفية. وفي 1999 ألغت دفتر الوصفات الخاصة برمتها، وسمحت بتدوين الوصفات على نماذج الوصفات الشائعة، ورفعت الحد الزمني لوصف المسكنات الأفيونية إلى 28 يوماً. ورغم أن فرنسا بسطت اشتراطاتها التنظيمية إلى حد بعيد، فإن العديد من البلدان الفرنكوفونية تواصل التعايش مع التنظيمات الصارمة التي ورثتها من العهود الاستعمارية.

حتى 2013 كان المغرب بدوره يحتفظ بحد الأيام السبعة على وصفات المسكنات الأفيونية، ما يعني اضطراب المرضى أو أقاربهم إلى زيارة الطبيب أسبوعياً للحصول على وصفة جديدة، وهو عبء ثقيل بالنسبة للمصابين بمرض يحد من الحياة، وكذلك لعائلاتهم. إلا أن المغرب، في خطوة هامة، أزال هذا المانع القانوني فرقع مهلة وصفة المسكنات الأفيونية من 7 إلى 28 يوماً.

وتشجع هيومن رايتس ووتش سائر الدول الفرنكوفونية التي تحتفظ بهذا الحد على أن تحذو حذو المغرب، فترجع تنظيماتها وتعديلها لتحسين الوصول إلى تلك الأدوية الضرورية.

من الواضح أن وصف أدوية ضرورية بأنها سموم يلحق بها وصمة ويناقض إرشادات منظمة الصحة العالمية بشأن سياسات المواد المضبوطة، التي تدعو الدول إلى التخلص في سياساتها الوطنية لضبط الأدوية من المصطلحات التي "من شأنها إحداث خلط بين الاستخدام الطبي للمسكنات الأفيونية في علاج الألم، وبين إساءة استخدام العقاقير أو إدمانها".¹⁹³

توفر الأنواع الأخرى من المسكنات الأفيونية

لاحظ العديد من الأطباء والصيادلة أن بدائل المورفين، مثل الأوكسيكودون والميثادون، غير متوافرة لعلاج الألم في المغرب. الميثادون متاح لعلاج إدمان المواد الأفيونية ولكن ليس لعلاج الألم. ونتيجة لهذا لا يجد الأطباء بدائل للمورفين مما يعقد معالجة المرضى الذين لا يتحملون العقار أو لا تستجيب الأمهم له. وكما علق أحد المتخصصين في علاج الأورام:

عدم توفر طيف عريض من أدوية الألم يمثل مشكلة أيضاً إذا أظهر المريض عدم تحمل المورفين أو ظهرت عليه أعراض جانبية لاستخدامه، مثل الغثيان أو الدوار. لدينا المورفين، ومن ثم فإن بوسعنا معالجة الألم المبرح، لكننا نواجه مشكلة إذا احتجنا إلى البحث عن دواء آخر للألم.¹⁹⁴

¹⁹⁰ تونس: <http://faolex.fao.org/docs/pdf/tun93217.pdf>، law no. 69-54 of 1969، *Portant règlementation des substances vénéneuses*، (تم الاطلاع في 29 يونيو/حزيران 2015). فرنسا: يمكن العثور على الجزء المعني من تنظيمات فرنسا الخاصة بالمواد المضبوطة هنا:

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=9C2A8530885827DD24E8C492FB33299A.tpdila24v_2?idSectionTA=LEGISCTA0000 06171376&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150626. (تم الاطلاع في 29 يونيو/حزيران 2015).

¹⁹¹ الجزائر: *Fixant les modalités de prescription et de dispensation de l'ordonnance des médicaments contenant des substances classées comme stupéfiants*، law no. 20 of 2013، <http://www.joradp.dz/FTP/JO-FRANCAIS/2013/F2013067.pdf>

(تم الاطلاع في 29 يونيو/حزيران 2015)؛ الكاميرون: *Relative au contrôle des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs et à l'extradition et à l'entraide judiciaire en matière de trafic des stupéfiants, des substances psychotropes et des précurseurs*، law no. 97-019 of 1997، <http://policy.mofcom.gov.cn/GlobalLaw/english/flaw/fetch.action?libcode=flaw&id=6e99a79f-e188-448e-ad59-f9c5d634d168&classcode=200>. (تم الاطلاع في 29 يونيو/حزيران 2015).

¹⁹² ECOSOC، *Convention unique sur les stupéfiants de 1961, telle que modifiée par le Protocole de 1972 portant amendement de la Convention* unique sur les stupéfiants de 1961، https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_fr.pdf (تم الاطلاع في 29 يونيو/حزيران 2015).

¹⁹³ WHO، "Achieving Balance in National Opioids Control Policy," guideline 14, p. 22، http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/who_edm_qsm_2000.4.pdf

¹⁹⁴ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع اختصاصي علاج الأورام الطبي (تم حجب الاسم)، أحد المراكز الإقليمية للأورام، 26 يناير/كانون الثاني 2015.

تم إدراج الأوكسيكودون في القسم الخاص بالألم والرعاية التلطيفية من قائمة منظمة الصحة العالمية النموذجية للأدوية الأساسية، كبديل للمورفين. ولم يرد الميثادون إلا في القسم الخاص باضطرابات استعمال العقاقير، لكنه كثيراً ما يستخدم في علاج الألم في بلدان عديدة.¹⁹⁵

علاوة على هذا فقد لاحظ الأطباء أن المورفين الفموي السائل (*forme buvable* بالفرنسية) غير متوافر في المغرب. من شأن هذا أن يعقد وصفه للمرضى الذين يجدون صعوبة في البلع أو المصابين بعثيان تعذرت السيطرة عليه، وكلاهما من الأعراض الشائعة في مرضى الرعاية التلطيفية. كما لاحظت الدكتورة حسيبن، أخصائية أورام الأطفال، أن هذا يمثل مشكلة في معالجة الأطفال الذين يعانون من الألم: "يعجز الأطفال الصغار عن بلع الأقراص. وبدلاً من هذا نعطيهم الكوديين".¹⁹⁶ وقد قامت منظمة الصحة العالمية برفع الكوديين من إرشاداتها السريرية بشأن علاج الألم المستمر في الأطفال في 2012 بسبب مخاوف من أمانه وفعاليتيه.¹⁹⁷

توافر الأدوية المخصصة لعلاج آلام الاعتلال العصبي

آلام الاعتلال العصبي هي الآلام الناجمة عن آفة أو داء يصيب الجهاز العصبي.¹⁹⁸ تنتشر، مثلها مثل أنواع الألم الأخرى، في المرضى المصابين بأمراض مزمنة، ومنهم المصابون بفيروس نقص المناعة، والسكري، والتصلب المتعدد.¹⁹⁹ يرتبط ألم الاعتلال العصبي بـ"انخفاض ملحوظ في جودة الحياة والرفاهية الاجتماعية-الاقتصادية، بل ويقدر يزيد على الآلام المزمنة غير الناجمة عن الاعتلال العصبي في بعض الأحيان".²⁰⁰

لأن ألم الاعتلال العصبي يختلف عن سواه فإن علاجه يتطلب عقاقير مختلفة. وجدير بالذكر أن المسكنات القوية الأفيونية لا يوصى بها كخط علاجي أول لآلم الاعتلال العصبي. في 2015 أوصت مراجعة منهجية، قام بها فريق الاهتمام الخاص المعني بآلم الاعتلال العصبي، ضمن الجمعية الدولية لدراسة الألم، أوصت بـ15 عقاراً رئيسياً لعلاج ألم الاعتلال العصبي، موزعة على 6 فئات.²⁰¹

لعلاج ألم الاعتلال العصبي بفعالية لدى جميع المرضى فإن الأطباء بحاجة إلى عقار واحد على الأقل من كل فئة منها، بحيث توفر للأطباء بدائل في حالة إخفاق المريض في الاستجابة لعقار متاح، كما يشجع في التعامل مع ألم الاعتلال العصبي.²⁰²

إلا أن مقارنة قائمة الأدوية الأساسية المغربية، وقائمة الأدوية التي يعاد ثمنها للمريض بموجب نظام المساعدة والتأمين الإجباري، بالأدوية المشار إليها في دراسة الفريق المعني بآلم الاعتلال العصبي، تكشف عن فوارق هامة. فالجدير بالملاحظة أن القائمة المغربية تخلو من فئتين كاملتين من العقاقير، هما فئتي مثبطات استرداد السيروتونين، ونواهض الألفا-2-دلتا. وقد تمت التوصية بالفئتين على السواء كخط علاجي أول لآلم الاعتلال العصبي. رغم أن قائمة الأدوية التي يعاد ثمنها للمريض تشمل مثبطات استرداد السيروتونين إلا أنها تفتقر بدورها إلى نواهض الألفا-2-دلتا (أنظر الملحق الأول للتفاصيل).

¹⁹⁵ WHO, "WHO Model List of Essential Medicines," 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1 (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

¹⁹⁶ مقابلة هيومن رايتس ووتش مع الدكتورة ليلي حسيبن، الرباط، 30 سبتمبر/أيلول 2014.

¹⁹⁷ WHO, "WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses," 2012, p. 39, http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf (تم الاطلاع في 31 مارس/آذار 2015).

¹⁹⁸ يمكن العثور على تعريف آلام الاعتلال العصبي الخاص بالجمعية الدولية لدراسة الألم هنا: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Neuropathicpain>

¹⁹⁹ Peter R. Kamerman, et al., "World Health Organization Essential Medicines Lists: Where are the Drugs to Treat Neuropathic Pain?," *Pain*, p. 1, forthcoming, 2015.

²⁰⁰ السابق.

²⁰¹ Nanna B. Finnerup, et al., "Pharmacotherapy for Neuropathic Pain in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis," *Lancet Neurology*, vol. 14, p. 168, 2015.

²⁰² Peter R. Kamerman, et al., "World Health Organization Essential Medicines Lists, *Pain*, p. 2, forthcoming, 2015.

IV. التزام المغرب بتحسين الرعاية التلطيفية

القانون الوطني

عقب إصلاحات العام 2011، نص الدستور المغربي للمرة الأولى على ضمان لعدد من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية لجميع مواطنيه، بما فيها الحق في الصحة.²⁰³ ينص الفصل 31 من بين أمور أخرى على:

أن "تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في: العلاج والعناية الصحية؛ الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية..."²⁰⁴

ينص الفصل 34 من الدستور على "معالجة الأوضاع الهشة لفئات" من الناس، منهم المسنون.²⁰⁵

أما الاستراتيجية القطاعية التي تتضمن نقاط عمل بشأن الرعاية التلطيفية وعلاج الألم، فتسلط الضوء على أنه وفقاً لدستور المغرب لعام 2011 هناك "اعتراف واضح للمواطنين والمواطنات بالحق في الولوج إلى العلاجات، بالحق في تغطية صحية وفي الحقوق الأخرى"²⁰⁶. في هذا السياق تبنت الاستراتيجية القطاعية "المقاربة المبنية على الحقوق والتي تهدف إلى دمج مقتضيات الحقوقية للصحة الواردة في الدستور الجديد".²⁰⁷

الحق في الصحة

"العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية" الذي صادق عليه المغرب في العام 1979 ينص في المادة 12 على "حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه".²⁰⁸

نصت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وهي الجهة المنوط بها مراقبة الامتثال لمواد العهد الدولي، على أنه "يجب أن توفر الدولة الطرف القدر الكافي من المرافق العاملة المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية، وكذلك من السلع والخدمات والبرامج"، وشددت على أنه "ينبغي أن يتمتع الجميع، بدون تمييز، بإمكانية الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة".²⁰⁹

لأن الدول تتفاوت في مستويات الموارد، لم يحدد القانون الدولي نوع الخدمة الصحية التي يجب تقديمها. نص العهد الدولي على الإحقاق "التدريجي" للحق في الصحة. تتعهد كل دولة طرف في الاتفاقيات الدولية "بأن تتخذ... وبأقصى ما تسمح به مواردها المتاحة، ما يلزم من خطوات لضمان التمتع الفعلي التدريجي" بالحق في الصحة.²¹⁰ بعبارة أخرى، الدول ذات الدخل المرتفع،

²⁰³ Institute for Democracy and Electoral Assistance, "The 2011 Moroccan Constitution: A Critical Analysis," 2012, p. 20, http://www.idea.int/publications/the_2011_moroccan_constitution/loader.cfm?csModule=security/getfile&pageid=56782 (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

²⁰⁴ دستور المملكة المغربية، المادة 31، <http://www.ism.ma/basic/web/ARABE/Textesdeloiarabe/DocConst.pdf>.

(تم الاطلاع في 21 سبتمبر/أيلول 2015).

²⁰⁵ السابق، المادة 34.

²⁰⁶ الاستراتيجية القطاعية للصحة، مادة 3.2.

²⁰⁷ السابق، المادة 3.2.1.

²⁰⁸ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية، اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة تبنته الجمعية العامة للأمم المتحدة في القرار 2200 ألف (د-21) المؤرخ في 16 ديسمبر/كانون الأول 1966، المادة 12، <http://www.ohchr.org/AR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (تم الاطلاع في 1 مايو/أيار 2015).

²⁰⁹ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para 12,

[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument) (تم الاطلاع في 1 مايو/أيار 2015).

²¹⁰ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية، المادة 2 (1).

بشكل عام، تقدم خدمات الرعاية الصحية بمستوى أعلى من الدول محدودة الموارد. لكن من المفترض أن تتخذ جميع الدول خطوات ملموسة نحو زيادة الخدمات، وأي تراجع في تقديم الخدمات الصحية، سيشكل في معظم الحالات انتهاكا للحق في الصحة.

ومن الجدير بالذكر، أن "لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية" تؤكد وجود واجبات جوهرية إلى حد أن جميع الدول ملزمة بتطبيقها. ففي حين أن قلة الموارد ربما تبرر ضمان الحق جزئيا في الرعاية الصحية، ترى اللجنة بخصوص هذه الالتزامات الجوهرية "أنه ينبغي التشديد على أنه لا يمكن لأي دولة طرف، أيا كانت الظروف، أن تبرر عدم وفائها بالالتزامات الأساسية المنصوص عليها... وهي التزامات غير قابلة للانتقاص". وبناء على ذلك، ترى اللجنة أن هذه الواجبات الأساسية تشمل، على الأقل، الالتزامات التالية:

- تأمين حق الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية على أساس غير تمييزي، خصوصا للفئات الضعيفة والمهمشة؛
- توفير العقاقير الأساسية، على نحو ما تم تحديده من وقت إلى آخر في إطار برنامج عمل منظمة الصحة العالمية المتعلق بالعقاقير الأساسية؛
- تأمين التوزيع العادل لجميع المرافق والسلع والخدمات الصحية؛
- اعتماد وتنفيذ استراتيجية وخطة عمل وطنيتين للصحة العامة، إذا ظهرت أدلة على وجود أوبئة، بحيث تتصدیان للشواغل الصحية لجميع السكان.211

واعتبرت اللجنة أن "توفير التدريب الملائم للموظفين الصحيين" هو "التزام ذو أولوية مماثلة".²¹²

الرعاية التلطيفية والحق في الصحة

بما أن الرعاية التلطيفية جزء أساسي من الرعاية الصحية، فالحق في الصحة يتطلب من الدول اتخاذ خطوات لتوسيع الاستفادة الاستفادة من مواردها المتاحة وضمان توفرها إلى أقصى حد. بالفعل، أكدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (لجنة الحقوق) "الاهتمام بالأشخاص المصابين بأمراض مزمنة وميؤوس من علاجها ورعايتهم لتخفيف الأهمم ولتجنيبهم المهانة عند الوفاة".²¹³ ينجم عن ذلك التزام الدول بالتزامين آخرين:

- التزام سلبي بالامتناع عن سن سياسات أو اتخاذ إجراءات تتداخل تعسفا مع توفير أو تطوير الرعاية التلطيفية؛ و
- التزام إيجابي باتخاذ خطوات معقولة لضمان إدماج الرعاية التلطيفية في الخدمات الصحية القائمة، العامة والخاصة، من خلال استخدام الصلاحيات التنظيمية وغيرها من وسائل النفوذ، وكذلك مصادر التمويل.

لا تدخّل في الرعاية التلطيفية

نصت لجنة الحقوق على أن الحق في الصحة يفرض على الدول الأطراف "أن تمتنع عن التدخل بشكل مباشر أو غير مباشر في التمتع بالحق في الصحة".²¹⁴ لا يجوز للدول أن تمنع أو تحد من فرص الوصول المتساوي لجميع الأشخاص؛ أو فرض سياسات صحية تمييزية؛ أو أن تعوق بشكل تعسفي الخدمات الصحية القائمة؛ أو الحد من الوصول إلى المعلومات حول الصحة.²¹⁵ بتطبيق هذا الالتزام على الرعاية التلطيفية، لا يجوز للدول أن تسن لوائح للسيطرة على حركة الأدوية، من شأنها أن تعرقل دون مبرر توافر وسهولة الحصول على الأدوية الأساسية اللازمة للرعاية التلطيفية مثل المورفين، وغيره من المسكنات الأفيونية.

²¹¹ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para.43, [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument).

²¹² السابق، الفقرة 44.

²¹³ السابق، الفقرة 25.

²¹⁴ السابق، الفقرة 33.

²¹⁵ السابق، الفقرة 33.

ضمان إدماج الرعاية التلطيفية في الخدمات الصحية

يتطلب الحق في الصحة أن تتخذ الدول الخطوات الضرورية لـ"تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالة المرض".²¹⁶ تشدد لجنة الحقوق على أن الناس لهم "الحق في نظام للحماية الصحية يتيح التكافؤ في الفرص أمام الناس للتمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه"،²¹⁷ بمن فيهم المصابون بأمراض مزمنة أو ميؤوس من علاجها.

شددت لجنة الحقوق "على أهمية اتباع نهج متكامل، يجمع ما بين عناصر العلاج الصحي الوقائي، والعلاجي، والتأهيلي".²¹⁸ كما شددت على أنه لا ينبغي للاستثمارات أن تقدم دعماً غير متكافئ للخدمات الصحية العلاجية الباهظة الثمن التي غالباً ما لا يستطيع الوصول إليها إلا شريحة صغيرة وتتمتع بالامتيازات من السكان، بدلاً من دعم الرعاية الصحية الأولية والوقائية التي تستفيد منها شريحة سكانية أكبر بكثير.²¹⁹ ينطبق المبدأ نفسه على خدمات الرعاية التلطيفية. بما أن نسبة كبيرة من مرضى السرطان وغيرهم يحتاجون إلى خدمات الرعاية التلطيفية، لا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، ثمة حاجة ملحة لإيلاء اهتمام كبير لتطوير خدمات الرعاية التلطيفية لهؤلاء المرضى.

أدوية علاج الألم والحق في الصحة

بما أن المورفين الذي يعطى عن طريق الحقن أو الفم، مدرج ضمن "قائمة منظمة الصحة العالمية للأدوية الأساسية"، على الدول توفير هذه الأدوية كجزء من الالتزامات الأساسية في إطار الحق في الصحة.²²⁰ على الدول التأكد من أن هذه الأدوية متوفرة بكميات كافية، ويسهل لمن هم في حاجة إليها الوصول المادي إليها، ولهم القدرة على تحمل نفقاتها. لضمان توافر وسهولة الوصول إليها، يتعين أن تتعهد الدول، من بين أمور أخرى، بالالتزامات التالية:

- نظراً لأن تنظيم سوق الأدوية الخاضعة للمراقبة مثل المورفين يقع خالصاً في أيدي الحكومة، على الدول وضع لوائح تضمن تطبيق نظام فعال للشراء والتوزيع، ووضع إطار قانوني وتنظيمي يمكن مقدمي الرعاية الصحية، في القطاعين العام والخاص، من الحصول على هذه الأدوية ووصفها وصرفها. أي لوائح تعرقل بصورة تعسفية شراء هذه الأدوية وصرفها قد تؤدي إلى انتهاك الحق في الصحة؛
- تحتاج الدول إلى اعتماد وتنفيذ استراتيجية وخطة عمل للبدء في تنفيذ علاج الألم والرعاية التلطيفية. ويتعين أن تحدد مثل هذه الاستراتيجية وخطة العمل العقوبات التي تحول دون تحسين الخدمات فضلاً عن الخطوات اللازمة للقضاء عليها؛
- ينبغي للدول أن تقيس بانتظام التقدم المحرز في ضمان توافر وسهولة الوصول إلى أدوية تخفيف الآلام؛ و
- شرط الوصول المادي يعني أن هذه الأدوية ينبغي أن تكون "في المتناول المادي والأمن لجميع فئات السكان، خاصة الفئات الضعيفة أو المهمشة".²²¹ وتحتاج الدول إلى ضمان وجود عدد كاف من مقدمي الرعاية الصحية أو الصيدليات التي تخزن المورفين وتصرفه، وكذلك ضمان توفير عدد كاف من العاملين المدربين في الرعاية الصحية والمصرح لهم بوصف هذه الأدوية.

رغم أن الحق في الصحة لا يلزم الدول بتوفير الأدوية مجاناً، فإن الإمكانية الاقتصادية للحصول عليها، تعني أنه يجب أن يتمكن الجميع من تحمل نفقاتها. وبكلمات اللجنة: "ينبغي سداد قيمة خدمات الرعاية الصحية... بناء على مبدأ الإنصاف، الذي يكفل

²¹⁶ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية، المادة 12 (2)

²¹⁷ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, para.8, [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument).

²¹⁸ السابق الفقرة 25 ..

²¹⁹ السابق الفقرة 19

²²⁰ WHO, "Model List of Essential Medicines," 2013, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1

المسكنات الأفيونية التالية: أقراص كوديين: 30 مغ (فوسفات)؛ حقنة مورفين: 10 ملغ (هيدروكلوريد المورفين أو سولفات المورفين) في عبوة 1 مل؛ مورفين سائل فموي: 10 مغ (هيدروكلوريد المورفين أو سولفات المورفين)/5 مل؛ أقراص مورفين: 10 مغ (سولفات المورفين) أقراص مورفين (تأثير مطوّل): 10 مغ؛ 30 مغ؛ 6 مغ (سولفات المورفين).

²²¹ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 14, para.12, [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument).

القدرة للجميع، بما فيهم الفئات المحرومة اجتماعياً، على دفع تكلفة هذه الخدمات سواء أكانت مقدمة من القطاع الخاص أو من القطاع العام. ويقتضي الإنصاف عدم تحميل الأسر الفقيرة عبء مصروفات صحية لا تتناسب مع قدرتها المادية مقارنة بالأسر الأغنى منها".²²²

علاج الألم والحق في تجنب المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة

الحق في عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة أو العقاب، هو حق أساسي من حقوق الإنسان المعترف به في العديد من الأدوات الدولية لضمان حقوق الإنسان.²²³ وبصرف النظر عن حظر استخدام المعاملة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، فإن هذا الحق يخلق أيضاً التزاماً إيجابياً على الدول بحماية الأشخاص الخاضعين لولايتها القضائية من مثل هذه المعاملة.²²⁴

فُسِر هذا الالتزام على أنه يتضمن حماية الناس من الألم غير الضروري المتعلق بحالة صحية ما. وكما كتب مانفريد نواك، المقرر الخاص لمجلس حقوق الإنسان المعني بالتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة آنذاك، في رسالة مشتركة مع المقرر الخاص للأمم المتحدة المعني بالحق في الصحة إلى الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في ديسمبر/كانون الأول 2008:

على الحكومات، أيضاً، التزام باتخاذ التدابير اللازمة لحماية الناس الخاضعين لولايتها القضائية من المعاملة اللاإنسانية والمهينة. إن إخفاق الحكومات في اتخاذ تدابير معقولة لضمان الوصول إلى علاج الألم، ما يترك ملايين الناس يعانون دون داع من آلام حادة وغالبا لفترات طويلة، يثير تساؤلات عما إذا كانت قد أوفت على نحو كاف بهذا الالتزام.²²⁵

وفي تقرير رفعه إلى مجلس حقوق الإنسان، أعرب نواك في وقت لاحق عن رأيه بصفته خبيراً، أن "الحرمان من الناحية الفعلية من فرص الحصول على ما يخفف الآلام يشكل، إذا تسبب في حدوث آلام ومعاناة شديدة، معاملة أو عقوبة قاسية أو لا إنسانية أو مهينة".²²⁶

لكن ليس كل حالة يعاني فيها الشخص من آلام حادة ولا يستطيع الحصول على العلاج اللائم تشكل معاملة قاسية أو لا إنسانية أو مهينة، أو عقوبة. ففي تقرير رفعه في العام 2013 إلى مجلس حقوق الإنسان، حدد مقرر الأمم المتحدة المعني بالتعذيب خوان منديز أن هذه الحالة تتحقق فقط إذا توفرت الشروط التالية:

- تكون المعاناة شديدة ويتوفر فيها الحد الأدنى الذي يوجب منع التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة؛
- تكون الدولة، أو ينبغي أن تكون، واعية لمستوى ومدى المعاناة؛
- يكون العلاج اللازم لإزالة المعاناة أو التخفيف منها متاحاً، لكن لا يقدم بالشكل المناسب؛
- لا تقدم الدولة تبريراً مقنعاً لعدم إتاحة، أو عدم الوصول إلى، علاج للألم.²²⁷

²²² السابق، الفقرة 12.

²²³ العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، اعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة، للأمم المتحدة 2200 ألف (د-21) المؤرخ في 16 ديسمبر/كانون الأول 1966، تاريخ بدء النفاذ: 23 مارس/أذار 1976، المادة 7؛ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، اعتمد ونشر على الملأ بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 217 ألف (د-3) المؤرخ في 10 ديسمبر/كانون الأول 1948؛ اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 46/39 المؤرخ في 10 ديسمبر/كانون الأول 1984، تاريخ بدء النفاذ: 26 يونيو/حزيران 1987، المادة 16.

²²⁴ انظر، حكم محكمة الحقوق الأوروبية: 97 ECHR 3 (2001) *Z v United Kingdom* The judgment of the European Court of Rights in

²²⁵ تتوفر نسخة هنا:

²²⁶ Manfred Nowak, A/HRC/10/44, January 14, 2009, para. 72, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.44AEV.pdf>, (15 مايو/أيار 2015).

²²⁷ Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment,

Manfred Nowak, A/HRC/10/44, January 14, 2009, para. 72, <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/10session/A.HRC.10.44AEV.pdf>.

²²⁷ Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, February 1, 2013, para. 54,

http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf (تم الاطلاع في 15 مايو/أيار 2015).

V. التوصيات الكاملة

ثمة حاجة ملحة لتقديم الرعاية التلطيفية في المغرب، في المستشفيات الكبرى وكذلك داخل المجتمعات المحلية، لمنع معاناة آلاف من الناس في جميع أنحاء البلاد التي لا داع لها. بما أن حكومة المغرب موقعة على مختلف المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان واتفاقيات المخدرات للامم المتحدة، عليها الالتزام بحصول مواطنيها على الرعاية التلطيفية وأدوية الرعاية التلطيفية الأساسية بنفقات يمكن تحملها.

خطت الحكومة المغربية خطوات كبيرة في سبيل إزالة الحواجز التي تحول دون تطوير الرعاية التلطيفية. وعليه فهي في وضع جيد للشروع في تطبيق كل من المخطط الوطني والاستراتيجية القطاعية، لتوفير الرعاية التلطيفية في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية. سيوفر ذلك فوائد هائلة لعشرات آلاف المغاربة سنويا. وتعتقد هيومن رايتس ووتش أن القيام بالخطوات التالية ضروري لهذا الغرض:

- إنشاء مراكز عامة للرعاية التلطيفية في جميع المستشفيات الجامعية الخمس. ينبغي أن تضم هذه الوحدات فرقا متعددة التخصصات، بما في ذلك الأطباء، الممرضات والممرضين، وعلماء النفس المدربين جميعا على الرعاية التلطيفية. هذه الخطوة ذات أهمية محورية لأنها ستسمح للمغرب بالمضي قدما في 3 مجالات مهمة:
 - الحاجة إلى تقديم الرعاية التلطيفية لأصحاب الأمراض غير السرطانية؛
 - بوسع الأطقم العاملة في هذه الخدمات أن تساعد في تعليم مكون الرعاية التلطيفية في المناهج الدراسية الطبية الجديدة في المغرب، والسماح بتطبيق نظام التناوب السريري في مجال الرعاية التلطيفية؛ و
 - بوسع هذه المؤسسات التعليمية أن تساعد في تطوير وتنفيذ مشروعات بحثية في مجال الرعاية التلطيفية، يحتاج إليها المغرب بشدة، لتحديد معايير ونماذج الرعاية الملائمة له.
- إنشاء مراكز الرعاية التلطيفية في جميع مراكز الأورام الإقليمية ووحدة السرطان في مستشفى الأطفال في الرباط. على الحكومة ضمان أن جميع مراكز السرطان الإقليمية العاملة حاليا، فضلا عن تلك التي أفتتحت حديثا، تقدم خدمات الرعاية التلطيفية. يمكن استغلال هذه المراكز لتحقيق قدر أكبر من اللامركزية في مجال الرعاية التلطيفية. إن إنشاء وحدة للعناية التلطيفية في وحدة سرطان الأطفال في الرباط يمكن أن يشكل أساسا لتطوير الرعاية التلطيفية للأطفال وإضفاء الصبغة اللامركزية عليها بمرور الوقت.
- دمج علاج الألم وضمان توافر المسكنات الأفيونية عن طريق الفم في مرافق الرعاية الصحية الثانوية. على الحكومة التأكد من أن جميع المستشفيات المحلية والإقليمية والجهوية لديها موظفون مدربون تدريباً كافياً على تقييم ومعالجة الألم وأن المورفين الفموي متاح. كما ينبغي أن تؤمن صيدليات قريبة من هذه المستشفيات المورفين الفموي أو، بدلا من ذلك، ينبغي للصيدليات التابعة للمستشفيات أن تصرف المورفين لمرضى العيادات الخارجية.

ولتنفيذ هذه الخطوات، نقدم التوصيات المحددة التالية:

في مجال دمج الرعاية التلطيفية في هيكل نظام الرعاية الصحية

- تنفيذ تدابير الرعاية وعلاج الألم التلطيفية التي تم تحديدها في كل من المخطط الوطني والاستراتيجية القطاعية. على وزارة الصحة وضع معايير وجدول زمنية لتنفيذ تدابير الرعاية التلطيفية المنصوص عليها في كل من البرنامجين، وأن تحدد بوضوح الوكالات أو الفاعلين المسؤولين عن تنفيذها. ينبغي أن تحدد ميزانية واضحة لتنفيذ عنصر الرعاية التلطيفية في الاستراتيجية القطاعية. وعليها أن تفعل ذلك من خلال

- عملية شاملة تضم أصحاب المصلحة ذوي الصلة. وعلى وزارة الصحة أيضا استعراض التقدم المحرز بانتظام.
- وضع وتنفيذ نموذج لتقديم الرعاية التلطيفية في مرافق الرعاية الصحية الأولية والثانوية. ينبغي أن يشمل نموذجا للفرق المتنقلة والرعاية المنزلية التلطيفية.
- تطوير شبكات الرعاية التلطيفية. على الحكومة وضع نماذج وبروتوكولات للاتصال الفعال بين مختلف مقدمي الرعاية التلطيفية في مختلف مستويات نظام الرعاية الصحية. وينبغي أن يكون الغرض من ذلك السماح للمرضى بتلقي الرعاية التلطيفية في أقرب منشأة يمكن أن توفر مستوى مناسباً من الرعاية.
- إدخال الرعاية التلطيفية ضمن استراتيجية التعاون القطري المقبلة لمنظمة الصحة العالمية. إن هذه الخطوة تعود بالفوائد على المغرب من عمل منظمة الصحة العالمية، في الوقت الحالي، على تنفيذ قرار جمعية الصحة العالمية في مجال الرعاية التلطيفية.
- تنفيذ كل من خطة عمل الاستراتيجية العالمية لتوقي ومكافحة الأمراض غير السارية لمنظمة الصحة العالمية، وقرار جمعية الصحة العالمية في مجال الرعاية التلطيفية.

في مجال دمج الرعاية التلطيفية في تمويل الرعاية الصحية

- مراجعة تغطية نظام المساعدة للحصول على الأدوية الأساسية. ينبغي إصلاح تغطية هذا البرنامج لضمان ألا تشكل تكاليف الدواء عائقاً لا مبرر له للحصول على الأدوية الأساسية للرعاية التلطيفية.
- تعويض المرضى ذوي الدخل المنخفض عن نفقات السفر. مع أن الحكومة تعمل لتحقيق اللامركزية في تقديم الرعاية التلطيفية، ينبغي أن تنشئ آلية لدعم المرضى الذين يضطرون للسفر إلى الحصول على الرعاية التلطيفية لضمان أن تكاليف السفر لا تشكل عبئاً مفرطاً عليهم. يقر الإجراء 68 من المخطط الوطني بعبء مصاريف السفر التي يتحملها المرضى ويدعو لـ "التغطية المالية للنقل الآمن من المستشفى إلى المنزل، ومن المنزل إلى المستشفى". 228
- التوسع التدريجي في التأمين الصحي لغير المؤمن عليهم في المغرب. وفقاً للدستور المغربي والتوصيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، ينبغي على المغرب أن يتوسع تدريجياً في التأمين الصحي لضمان تغطية المناطق التي تفتقر في الوقت الحاضر التغطية.

في مجال التعليم

- توسيع مناهج المرحلة الجامعية الأولى تدريجياً لتشمل الرعاية التلطيفية لتشمل الجوانب السريرية. على وزارتي التعليم العالي والصحة أن تشتركا مع الجهات المعنية في وضع مخطط مفصل لعنصر الرعاية التلطيفية في منهج كلية الطب الجديد. ينبغي أيضاً وضع وتنفيذ خطة للعمل الطبي السريري في مجال الرعاية التلطيفية، لطلاب كلية الطب في سنتيهم السادسة والسابعة.
- رعاية ورش تدريبية للتعليم المستمر في مجال الرعاية التلطيفية. رغم أن المناهج الدراسية الجديدة في المرحلة الجامعية الأولى، بشأن الرعاية التلطيفية، ستعد أطباء المستقبل لتقديم هذا النوع من الطبابة، من الضروري أن يستثمر المغرب في تدريب آلاف الأطباء العاملين الذين لم يستفيدوا من إصلاح المناهج الطبية. على وزارة الصحة أن ترعى حلقات دراسية في مجال التعليم المستمر للوصول إلى جمهور واسع من ممارسي العمل الطبي.
- تطوير برنامج إلزامي متوسط المستوى للتدريب السريري في مجال الرعاية التلطيفية. على وزارة التعليم العالي بالتعاون مع الجامعات الحكومية ذات الصلة وضع خطة تداور في وحدات الرعاية التلطيفية لأطباء بعض برامج الدراسات العليا، بما في ذلك الأورام، الطب الباطني، التخدير، وأمراض الشيخوخة (عندما

Ministry of Health and Lalla Salma Foundation, "National Cancer Prevention and Control Plan" ("Plan Nationale de Prévention et de Contrôle Du Cancer"), measure 68, http://www.contrelecancer.ma/site_media/uploaded_files/PNPCC_-_Axes_strategiques_et_mesures_2010-2019.pdf.

تضاف كمتخصص طبي، كما ورد في الاستراتيجية القطاعية للصحة)، لضمان تدريبهم على العمل السريري في مجال الرعاية التلطيفية.

- الاعتراف بالرعاية التلطيفية كمتخصص طبي. إن وجود أخصائيي الرعاية التلطيفية ضروري لتوفير مجموعة كاملة من علاجات الرعاية التلطيفية في مرافق الرعاية من الثالثة، وتنسيق خدمات الرعاية التلطيفية داخل المناطق، وتدريب أطباء آخرين على تقديم علاجات الرعاية التلطيفية الأساسية. على الحكومة المغربية أن تعترف بالرعاية التلطيفية كمتخصص طبي، وعلى وزارة التعليم العالي، بالتعاون مع الجامعات الحكومية ذات الصلة، الشروع في وضع المناهج الدراسية لهذا التخصص.
- تطوير خطة لدمج الرعاية التلطيفية في النظام التعليمي لعامل الرعاية الصحية. على وزارة التعليم العالي عقد اجتماع شامل لأصحاب المصلحة المعنيين لتطوير خطة عمل لإدخال دروس الرعاية التلطيفية، تدريجياً، في المناهج الدراسية لبرامج التمريض، علم النفس، والعمل الاجتماعي.

في مجال توفر الأدوية

- وضع وتنفيذ برنامج لمواجهة سوء فهم المسكنات الأفيونية والخوف منها، ومنح عدد أكبر من الأطباء امتياز كتابة الوصفات الطبية. على الحكومة أن تكافح بشكل فاعل "رهاب المورفين" من خلال تطوير دورات تدريبية في استخدام المسكنات الأفيونية وبرامج التوعية لضمان أن يكون لدى الأطباء في مرافق الرعاية الصحية الثانوية دفاتر للوصفات الطبية الخاصة بالمواد الأفيونية.
- تبسيط إجراءات حصول الأطباء العاملين في القطاع الخاص على امتياز كتابة الوصفة الطبية. إن حصول الأطباء في المستشفيات الخاصة على امتياز كتابة وصفة طبية للمسكنات الأفيونية أكثر صعوبة من مثيله في المستشفيات العامة. على وزارة الصحة تعديل هذه الإجراءات لضمان ألا يتردد الأطباء العاملون في القطاع الخاص من الحصول على دفاتر وصفات طبية.
- تعديل قانون المواد الخاضعة للرقابة واللوائح ذات الصلة، لضمان عدم تصنيف المسكنات الأفيونية وغيرها من الأدوية كسوموم.
- ضمان توافر المسكنات الأفيونية خارج المدن الكبرى. على الحكومة أن تضمن أن كل منطقة في المغرب لديها صيدليات توفر المسكنات الأفيونية. وفي المناطق التي لا يتوفر فيها ذلك، على صيدليات المستشفيات أن توفر هذه الأدوية لمرضى العيادات الخارجية.
- إدراج جميع الأدوية المخففة للألم، من كل فئات أدوية علاج آلام الأعصاب التي أوصى بها فريق الاهتمام الخاص بالآلام الأعصاب، التابع للرابطة الدولية لدراسة الألم، في قوائم الأدوية الأساسية في المغرب ونظام المساعدة والتأمين الإجباري.
- توسيع التنوع في المسكنات الأفيونية المتاحة والمصرح باستخدامها في الرعاية التلطيفية. على الحكومة أن تضمن توافر بدائل أقرص المورفين للمرضى، مثل المورفين السائل، الميثادون، والأوكسيكودون.
- البدء في استخدام النظام الإلكتروني لاستيراد وتصدير الأدوية الخاضعة للمراقبة الذي أطلقته الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات في مارس/آذار 2015. 229. أبلغت وزارة الصحة المغربية هيومن رايتس ووتش أن استخدام هذا النظام يتطلب تغييرات في الإجراءات التنظيمية والإدارية، لكنها تخطط لتنفيذ الإصلاحات الضرورية.²³⁰

²²⁹ يمكن إيجاد معلومات عن إطلاق البرنامج هنا: https://www.incb.org/incb/en/news/news_2015/i2es.html.

²³⁰ رسالة الدكتور عبد العالي بلغيتي العلوي، الكاتب العام لوزارة الصحة، إلى هيومن رايتس ووتش بتاريخ 4 يونيو/حزيران 2015.

شكر وتقدير

أجرى عمليات البحث لهذا التقرير كل من: ماثيو سيمون من كلية الحقوق بجامعة نيويورك، زميل القانون في قسم الصحة وحقوق الإنسان في هيومن رايتس ووتش؛ جوزيف أمون، مدير قسم الصحة وحقوق الإنسان في هيومن رايتس ووتش؛ ديدريك لوهمان، المدير المشارك في قسم الصحة وحقوق الإنسان في هيومن رايتس ووتش؛ ولورا توماس، مستشارة قسم الصحة وحقوق الإنسان في هيومن رايتس ووتش. وكتب ماثيو سيمون هذا التقرير. قدم إبراهيم الأنصاري، الباحث المساعد في قسم الشرق الأوسط في هيومن رايتس ووتش، مساعدة لا تقدر بثمن في البحث والترجمة. راجع التقرير كل من: ديدريك لوهمان، المدير المشارك في قسم الصحة وحقوق الإنسان؛ جوزيف أمون مدير قسم حقوق الإنسان والصحة؛ وأيلنج ريدي، المستشارة القانونية في هيومن رايتس ووتش؛ وإريك غولدستين نائب المدير التنفيذي لقسم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في هيومن رايتس ووتش؛ ودانييل هاس المحررة الرئيسية في قسم البرامج.

قدم مساعدة لا تقدر بثمن كل من: جنيفر بيير، المنسقة الرئيسية في قسم الصحة وحقوق الإنسان والصحة؛ وثيرنو أدنهوف، وجيف إيمون، وستيفاني مارتينيز، المتدربون في قسم الصحة وحقوق الإنسان في هيومن رايتس ووتش. أجرى الترجمة إلى الفرنسية إرفيه كوتورييه. ساعد في الإنتاج كل من: غريس تشوي وكاثي ميلز وجيسي غراهام وجيني كاثيرل وفيتزروي هوبكنز وخوسيه مارتينيز.

نعرب عن امتناننا العميق للكثير من مرضى الرعاية التلطيفية في المغرب؛ فرغم أنهم يعانون من أمراض خطيرة، وافقوا على إجراء مقابلات من أجل هذا التقرير. بدونهم ودون أقاربهم، لم يكن هذا التقرير ليرى النور. نحن ملتزمون بالاستعانة بهذا التقرير لنحاول أن نضمن أن أشخاصا آخرين يواجهون أمراضا تهدد حياتهم، ويعانون من آلام وغيرها من الأعراض المرتبطة بهذه الأمراض، لا يقاسون هم أيضا المعاناة التي مر بها الكثير من هؤلاء المرضى.

نحن أيضا مدينون بشدة للكثير من أنصار الرعاية التلطيفية من الأطباء والممرضين والصيدلة والأخصائيين الاجتماعيين والمتطوعين، في المغرب وأماكن أخرى، ممن ساعدونا في إجراء بحثنا، واستخلاص النتائج التي توصلنا إليها، وكتابة هذا التقرير. التزامهم بخدمة الناس في أشد حالاتهم ضعف هو مدعاة للتواضع والإلهام.

ونحن ممتنون بشكل خاص للمساعدة التي قدمها الدكتور المعطي نجمي الرئيس السابق لقسم التخدير بالمعهد الوطني للتكنولوجيا، مؤسس الجمعية المغربية لدراسة الألم والعلاجات التلطيفية، أحد رواد الجهود الرامية إلى تحقيق الرعاية التلطيفية في المغرب، الذي أدت جهوده في المرافعة في هذا المجال والعمل الطبي السريري الذي قام به إلى تحسين حياة آلاف المغاربة.

الملحق 1: مقارنة بين أدوية علاج آلام الأعصاب وقائمتي الأدوية الأساسية لكل من منظمة الصحة العالمية والمغرب

قائمة نظام المساعدة الطبية/التأمين الإجباري على المرض	قائمة المغرب للأدوية الضرورية	قائمة منظمة الصحة العالمية للأدوية الضرورية	اسم الدواء	فئة الدواء
				أدوية الخط الأول
			أميتريبتيلين	مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات
			كلوميبرامين	
			ديسيبرامين	
			إمبيرامين	
			نور تريبتيلين	مثبطات استرداد السيروتونين والنورادرينالين
			دولوكستين	
			فينلافاكسين	نواهض الألفا-2-دلتا
			غابابنتين	
			بريغالين	
				أدوية الخط الثاني
			ترامادول	الأفيونية
			كابسامين 8%	الموضعية
			ليدوكاين 5% *	
				الأدوية الأفيونية القوية
			الميثادون	
			المورفين	
			الأوكسيكودون مدرج كبديل للمورفين	

* لم يدرج ليدوكاين ضمن قائمة منظمة الصحة العالمية ونظام المساعدة الطبية المغربي، لأن تركيزه الموضعية أقل من 5 في المئة.

مركب دوائي لم يدرج ضمن القائمة
مركب دوائي أدرج في قائمة المغرب، لكنه غير متوفر في المغرب لعلاج آلام الأعصاب