المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC
مجلس المنافسة
ⵓⵔⵜⴰⵔ ⵏ ⵜⵎⵙⴰⵡⴰⴹ
Conseil de la Concurrence

رأي
مجلس المنافسة

حول وضعية المنافسة بأسواق
توزيع الأدوية بالمغرب

ر/25/6

www.conseil-concurrence.ma

المملكة المغربية
ROYAUME DU MAROC
مجلس المنافسة
ⵓⵔⵜⴰⵔ ⵏ ⵜⵎⵙⴰⵡⴰⴹ
Conseil de la Concurrence

رأي
مجلس المنافسة

حول وضعية المنافسة بأسواق توزيع الأدوية بالمغرب

25/6/د

صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله

وبنفس العزم، فإن التعاقد الاقتصادي الجديد، يقتضي الاهتمام بمنظومة الإنتاج الاقتصادي، وإذكاء روح المبادرة الحرة، خاصة من خلال تشجيع المقاولات الصغرى والمتوسطة، بما ينسجم مع روح الدستور الجديد، الذي يكرس دولة القانون في مجال الأعمال، ومجموعة من الحقوق والهيئات الاقتصادية، الضامنة لحرية المبادرة الخاصة، ولشروط المنافسة الشريفة، وآليات تخليق الحياة العامة، ولضوابط زجر الاحتكار والامتيازات غير المشروعة، واقتصاد الريع، والفساد والرشوة.

مقتطف من الخطاب الملكي السامي بمناسبة الذكرى الثانية عشرة لعيد العرش، بتاريخ
28 شعبان **1432** الموافق لـ **30** يوليو **2011**

طبقاً لأحكام القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة، كما تم تغييره وتتميمه، اتخذ المجلس مبادرة لإبداء رأيه حول وضعية المنافسة في أسواق توزيع الأدوية بالمغرب.

في هذا الصدد، وعملا بأحكام القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة، والقانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة، كما تم تغييرهما وتتميمهما، وبعد الاستماع إلى المقرر العام والمقررين المكلفين بملف إبداء الرأي، خلال اجتماعي هيئة المجلس المنعقدين بتاريخ 7 جمادى الآخرة 1447 الموافِق لِـ 18 دجنبر 2025 و8 رمضان 1447 الموافِق لِـ 26 فبراير 2026 على التوالي، أصدر مجلس المنافسة الرأي التالي.

رأي مجلس المنافسة عدد ر/25/6

الصادر بتاريخ 7 جمادى الآخرة 1447 (الموافق لـ 18 دجنبر 2025)

حول وضعية المنافسة بأسواق توزيع الأدوية بالمغرب

إن مجلس المنافسة،

• بناء على القانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.116 بتاريخ 2 رمضان 1435 (الموافِق لِـ 30 يونيو 2014)، كما تم تغييره وتتميمه؛

• وعلى القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.117 بتاريخ 2 رمضان 1435 (الموافِق لِـ 30 يونيو 2014)، كما تم تغييره وتتميمه؛

• وعلى المرسوم رقم 2.14.652 الصادر في 8 صفر 1436 (الموافِق لِـ فاتح دجنبر 2014) بتطبيق القانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة، كما تم تغييره وتتميمه؛

• وعلى المرسوم 2.15.109 الصادر في 16 شعبان 1436 (الموافِق لِـ 4 يونيو 2015) بتطبيق القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة، كما تم تغييره وتتميمه؛

• وتطبيقا للمادة 21 من النظام الداخلي لمجلس المنافسة؛

• وبعد تأكد رئيس مجلس المنافسة من توفر النصاب القانوني طبقا لأحكام المادة 31 من النظام الداخلي للمجلس؛

• وبناء على قرارات المقرر العام لمجلس المنافسة السيد محمد هشام بوعياد، رقم 2025/021 القاضي بتعيين السيدة كوثر امكوني ورقم 2025/032 مكرر القاضي بتعيين السيد عبد الهادي الفلاح مقررين في الموضوع، تطبيقا لأحكام المادة 27 من القانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة، كما تم تغييره وتتميمه؛

• وبعد تقديم مشروع الرأي من لدن المقرر العام والمقررين المكلفين بملف إبداء الرأي خلال اجتماع هيئة المجلس المنعقد بتاريخ 7 جمادى الآخرة 1447 الموافِق لِـ 18 دجنبر 2025، وتقديم عرض تكميلي للتحليل خلال اجتماع هيئة المجلس المنعقد بتاريخ 8 رمضان 1447 الموافِق لِـ 26 فبراير 2026؛

• وبعد المداولة في اجتماع هيئة المجلس المنعقد بتاريخ 7 جمادى الآخرة 1447 الموافِق لِـ 18 دجنبر 2025، طبقا لأحكام المادة 14 من القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة، كما تم تغييره وتتميمه،

أصدر الرأي التالي:

فهرس المحتويات

الفصل الأول: تقديم عام لمبادرة الإدلاء بالرأي 21

I. الأسس القانونية لمبادرة الإدلاء بالرأي 21

II. نطاق الرأي 21

III. سياق الرأي 22

IV. المقاربة المنهجية ومسطرة التحقيق 23

الفصل الثاني: الإطار التنظيمي والمؤسساتي لسلسلة توزيع الأدوية 24

1.II الإطار القانوني والتنظيمي 24

1.1.II مفهوم الدواء بالمغرب 24

2.1.II الإذن بالعرض في السوق 25

3.1.II البيع والتوزيع بالجملة 29

4.1.II صرف الأدوية من لدن صيادلة الصيدليات 30

5.1.II بخصوص مخزونات الأدوية في المصحات والمؤسسات المماثلة 32

6.1.II نظام تحديد أسعار الأدوية وهوامش ربح الفاعلين في التوزيع 33

1.6.1.II كيفيات تحديد أسعار الأدوية 33

2.6.1.II كيفيات تحديد هوامش الربح الخام للفاعلين في التوزيع 34

7.1.II كيفيات الأداء بين الفاعلين في سلسلة التوزيع 35

2.II الإطار المؤسساتي والمنظمات المهنية 36

1.2.II الجهات الفاعلة المؤسساتية المتدخلة في توزيع الأدوية 36

1.1.2.II وزارة الصحة والحماية الاجتماعية 36

2.1.2.II الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية 37

3.1.2.II الوكالة الوطنية للتأمين الصحي 37

4.1.2.III الهيئات المدبّرة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض 38

2.2.II النسيج المهني والجمعوي المتدخل في توزيع الأدوية 39

1.2.2.II الجمعيات الممثلِة لقطاع الصناعة الدوائية 39

2.2.2.II جمعية الفاعلين في توزيع الأدوية بالجملة 39

3.2.2.II الهيئة الوطنية للصيادلة 40

4.2.2.II نقابات الصيادلة 41

الفصل الثالث: بنية سوق توزيع الأدوية بالمغرب 41
1.III المؤشرات الرئيسية والبيانات الاقتصادية لسوق الأدوية 41
1.1.III على الصعيد العالمي 41
2.1.III على الصعيد الوطني 43
2.III تنظيم توزيع الأدوية 48
1.2.III مسالك توزيع الأدوية بالمغرب 48
2.2.III الفاعلون في توزيع الأدوية بالمغرب 49
1.2.2.III المؤسسات الصيدلية الصناعية 50
2.2.2.III المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة 50
3.2.2.III الصيدليات 51
3.III نظام تحديد أسعار الأدوية بالمغرب وهوامش ربح الفاعلين 51
1.3.III تذكير بمنظومة تحديد أسعار الأدوية 51
2.3.III هوامش الربح الخام للفاعلين في توزيع الأدوية 52
3.3.III خريطة الانخفاضات المرتبطة بمراجعة سعر البيع للعموم للأدوية 54
4.III التعويض عن مصاريف الأدوية في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض 54
1.4.III الجهات الفاعلة ومسار التعويض عن مصاريف الأدوية 55
2.4.III لمحة عامة عن تعويضات الأدوية في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض 57
الفصل الرابع: تحليل السير التنافسي لسوق توزيع الأدوية بالمغرب 60
1.IV التوزيع بالجملة 60
1.1.IV شروط الولوج ودرجة التركيز 60
1.1.1.IV تطور عدد المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة 60
2.1.1.IV التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة 60
3.1.1.IV درجة التركيز على مستوى التوزيع بالجملة 61
2.1.IV النموذج الاقتصادي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بالمغرب 64

1.2.1.IV إلزامية خدمة المرفق العام 64
2.2.1.IV نمط التعويض المالي ومستويات المردودية 65
3.2.2.IV الدعم المالي المقدم من لدن المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة للصيدليات 68
IV. 2 التوزيع بالتقسيط (صرف الأدوية) 72
1.2.IV الوضعية الراهنة لسوق الأدوية المغربية 72
2.2.IV التحليل المقارن للنماذج الاقتصادية للصيدليات على الصعيد الدولي 79
3.2.IV التحليل المقارن لممارسات استبدال الأدوية الجنيسة بالصيدليات على الصعيد الدولي 93
IV. 3 التوزيع في المؤسسات الاستشفائية 95
1.3.IV على مستوى القطاع الاستشفائي العمومي 95
2.3.IV على مستوى القطاع الاستشفائي الخاص 97
الفصل الخامس: خلاصات وتوصيات 98
أولا: الخلاصات 98
1.I خلاصات أفقية متعلقة بالسير العام لتوزيع الأدوية 99
1.1.I منظومة توزيع الأدوية ناجعة تقنيا وذات أهمية اقتصادية واجتماعية 99
2.1.I منظومة خاضعة لتنظيم صارم فيما يتعلق بالولوج إلى سوق الأدوية ويطرح رهانات تنافسية 99
I. 2 خلاصات ذات الصلة بسلسلة التوزيع بالجملة 100
1.2.I سلسلة توزيع الأدوية بالجملة تتميز بدرجة مرتفعة نسبيا من التركيز وبفوارق جهوية مهمة 100
2.2.I تراجع مستمر لمردودية المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة مما يضعف الوضع الاقتصادي لسلسلة توزيع الأدوية بالجملة 101
I. 3 خلاصات ذات الصلة بسلسلة التوزيع بالتقسيط 104
1.3.I سلسلة التوزيع بالصيدليات تتميز بهشاشة مستمرة في توازناتها الاقتصادية والمالية 104
2.3.I كثافة صيدلانية مرتفعة تفوق توصيات منظمة الصحة العالمية، مما يولد اختلالات اقتصادية وترابية 104

3.3.I نموذج تعويض مالي يعتمد بالأساس على هامش الربح المرتبط بسعر الأدوية 105

4.3.I تجاوز شبكة الصيدليات بواسطة بعض ممارسات صرف الأدوية في المصحات الخاصة 106

5.3.I غياب حق استبدال الأدوية: ضعف تدبير حالات انقطاع الأدوية وتصاعد إكراهات التخزين 106

6.3.I بنية تنظيمية للنسيج الصيدلي تعيق دينامية الاستثمار والادماج المهني للخريجين الشباب علاوة على تحديث الشبكة وهيكلتها 107

ثانيا: التوصيات 108

II. 1 توصيات أفقية ذات الصلة بالمنظومة العامة لتوزيع الأدوية 108

1.1.II تحديث الإطار التنظيمي والتعجيل باعتماد بعض النصوص القانونية بغية ملاءمة توزيع الأدوية مع مستجدات القطاع 109

2.1.II تقوية الإطار المؤسساتي لتجويد الحكامة وتعزيز التنسيق بين الفاعلين في القطاع 110

3.1.II تحسين شروط الولوج إلى السوق بما يضمن توفر الأدوية وتسهيل الولوج إليها في إطار من الإنصاف والمنافسة النزيهة 111

4.1.II تعزيز رقمنة سلسلة التوزيع بما يساهم في تحسين تنظيم الأسعار وضمان توفر الأدوية وتتبع مسارها والرفع من شفافية السوق 112

5.1.II تيسير الولوج إلى التمويل وخلق صناديق ضمان لدعم الاستقرار الاقتصادي للصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة 112

2.II توصيات ذات الصلة بسلسلة توزيع الأدوية بالجملة 113

1.2.II إرساء نظام لتعويض المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة ملائم لواقع السوق بما يضمن استدامتهم الاقتصادية 114

2.2.II إرساء تنظيم عادل لآجال الأداء لتقويم الاختلالات التجارية التي تثقل كاهل المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة 115

3.II توصيات ذات الصلة بسلسلة توزيع الأدوية بالتقسيط 115

1.3.II إرساء معايير جديدة لخلق الصيدليات وتكييفها مع الخصوصيات الترابية 116

2.3.II إضفاء قدر من المرونة، بشكل مؤطر، على ساعات فتح الصيدليات بما يضمن الولوج الدائم إلى الأدوية ويعزز مردودية الصيادلة 116

3.3.II إرساء نمط مختلط للتعويض يثمّن العمل الصيدلاني بشكل مستقل عن سعر الدواء 116

4.3.II توسيع الدور والمهام الموكولة إلى الصيدلي مما يجعله فاعلا أساسيا في صحة العمومية عن قرب وبشكل يتجاوز منطق صرف الأدوية 118

5.3.II إقرار حق استبدال الأدوية، مستقبلا وبشروط معينة، قصد تعزيز الولوج إلى العلاجات وتقليص التكاليف 119

6.3.II تأطير صرف الأدوية في المصحات الخاصة بما يحافظ على دور الصيدليات 120

7.3.II إعادة هيكلة النسيج الصيدلي بكيفية مؤطرة لتعزيز تحديث الشبكة والرفع من جاذبيتها وضمان استدامتها 120

قائمة الجداول

الجدول 1 : هوامش الربح الخام التنظيمية للصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة 34

الجدول 2 : تطور نفقات الأدوية التي تحمّلها المؤمنون المنخرطون في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في الفترة 2014-2024 46

الجدول 3 : توزيع الحصص السوقية حسب الفاعلين (في 2024) 50

الجدول 4 : نسبة الفارق السعري للدواء الجنيس مقارنة بالدواء الأصلي 52

الجدول 5 : منظومة تحديد هوامش ربح كل فاعل من الفاعلين في سلسلة التوزيع (المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة والصيادلة) 53

الجدول 6 : نسبة تعويض الخدمات الصحية المشمولة بالتغطية 59

الجدول 7 : تطور مؤشرات التركيز الرئيسية لقطاع التوزيع بالجملة للفترة 2016-2024 63

الجدول 8 : المقارنة المرجعية لمنظومة تعويض المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة ماليا 66

الجدول 9 : هامش الربح الخام والصافي الذي جنته أبرز المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة (متوسط الفترة 2016-2024) 67

الجدول 10 : تطور رقم المعاملات والنتيجة الصافية الإجمالية للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة للفترة 2016-2024 (بمليار درهم) 68

الجدول 11 : تطور عدد الصيدليات لكل فرد في الفترة 2015-2024 73

الجدول 12 : توزيع سوق الأدوية الخاصة حسب فروع القسم الأول للأسعار برسم 2024 بالحجم والقيمة 77

الجدول 13 : مقارنة مرجعية للنماذج الاقتصادية للصيدليات 80

الجدول 14 : مقارنة مرجعية لممارسات استبدال الأدوية بالصيدليات بفرنسا وألمانيا وبلجيكا 94

قائمة الرسوم البيانية

الرسم البياني 1: أهم أسواق الأدوية العالمية برسم 2023 42

الرسم البياني 2: أكبر شركات الأدوية العشر في العالم برسم 2023 42

الرسم البياني 3: نفقات الأدوية العالمية بمليار دولار (باستثناء لقاحات كوفيد-19) 42

الرسم البياني 4: تطور الواردات والصادرات ورصيد الميزان التجاري لسوق الأدوية المغربية للفترة 2014-2024 (بمليون درهم) 43

الرسم البياني 5: توزيع الواردات المغربية من الأدوية حسب البلدان العشر الموردة برسم 2024 44

الرسم البياني 6: أبرز فئات الأدوية العشر المستوردة بالمغرب حسب تصنيف التشريح العلاجي الكيميائي برسم 2023 44

الرسم البياني 7: توزيع الصادرات المغربية من الأدوية حسب البلدان برسم 2024 45

الرسم البياني 8: تطور تعميم التغطية الصحية للفترة 2021-2024 47

الرسم البياني 9: تطور الاستهلاك الخاص والسنوي للفرد من الأدوية بالقيمة بالمغرب بالدرهم (2020-2024) 47

الرسم البياني 10: توزيع الانخفاضات حسب أقسام أسعار الأدوية بالنسبة المئوية (إلى غاية صدور عدد الجريدة الرسمية بتاريخ 09 يناير 2025) 54

الرسم البياني 11: تطور عدد الأدوية الحاصلة على الإذن والمقبول إرجاع مصاريفها في المغرب (2014-2024) 56

الرسم البياني 12: حجم الصيدليات مقارنة بأصناف العلاجات الأخرى ضمن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (2024) 57

الرسم البياني 13: تطور النفقات ومصاريف التعويض عن الأدوية من قبل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في الفترة 2014-2024 57

الرسم البياني 14: تطور النفقات ومصاريف التعويض عن الأدوية من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في الفترة 2014-2024 58

الرسم البياني 15: تطور عدد المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بالمغرب بين عامي 2015 و2024 60

الرسم البياني 16: تطور الحصص السوقية لأبرز مجموعات المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة للفترة 2016-2024 62

الرسم البياني 17: متوسط آجال الأداء حسب العملاء والموردين (عدد الآجال في اليوم) 70

الرسم البياني 18: تطور عدد الصيدليات بالمغرب في الفترة 2015-2024 72

الرسم البياني 19: مقارنة عدد السكان بعدد الصيدليات في كل بلد 73

الرسم البياني 20: التوزيع الجهوي للصيدليات بالمغرب برسم 2024 74

الرسم البياني 21: تطور عدد الصيادلة والخريجين و المقيدين في الهيئة الوطنية للصيادلة (2016-2024) 74

الرسم البياني 22: تطور رقم المعاملات ومداخيل مهنيي الصيدليات 75

الرسم البياني 23: تطور متوسط رقم المعاملات لكل صيدلية بمليون درهم 76

الرسم البياني 24: توزيع سوق الأدوية الخاصة حسب أقسام الأسعار برسم 2024 (بالحجم والقيمة) 77

الرسم البياني 25: تطور رقم معاملات المصحات الخاصة للفترة 2016-2024 (بمليار درهم) 97

قائمة الأشكال

الشكل 1: الجهات الفاعلة ومسالك توزيع الأدوية بالمغرب **48**

الشكل 2: مسطرة قبول التعويض عن مصاريف الأدوية **56**

الشكل 3: التوزيع الجهوي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بالمغرب برسم 2024 ..... **61**

الفصل الأول: تقديم عام لمبادرة الإدلاء بالرأي

I. الأسس القانونية لمبادرة الإدلاء بالرأي

بمقتضى أحكام المادة 4 من القانون رقم 20.13 المتعلق بمجلس المنافسة، كما تم تغييره وتتميمه، يمكن لمجلس المنافسة اتخاذ المبادرة للإدلاء برأي حول كل مسألة متعلقة بالمنافسة. ويمكنه كذلك توجيه توصيات إلى الإدارة لتفعيل التدابير اللازمة لتحسين السير التنافسي للأسواق.

وبواسطة القرار عدد 20/ق/2025 المؤرخ في 10 فبراير 2025، واستنادا إلى المادة 4 أعلاه، اتخذ مجلس المنافسة مبادرة للإدلاء بالرأي بهدف تحليل وضعية المنافسة في سوق توزيع الأدوية بالمغرب، وصياغة مقترحات من شأنها تحسين سير السوق، وتعزيز المنافسة فيها.

وتجدر الإشارة إلى أنه، وتطبيقا لأحكام نفس المادة، لا يبت مجلس المنافسة إلا في المسائل المتعلقة بالمنافسة ذات الطابع العام. ومن تم، لا يدخل ضمن صلاحياته تكييف أو زجر سلوكيات محتملة قد يتم رصدها بموجب الأحكام المتعلقة بالممارسات المنافية لقواعد المنافسة المنصوص عليها في القانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة، كما تم تغييره وتتميمه.

وفي واقع الأمر، لا تشكل المهمة الاستشارية، الذي يندرج ضمنها هذا الرأي، بديلا عن الاختصاصات التنازعية، حيث لا يمكن إجراء هكذا تقييم إلا بناء على إحالة تنازعية، ومشفوعة بالمسطرة الحضورية المنصوص عليها في القانون رقم 104.12.

كما لا يهدف هذا الرأي إلى دراسة المسائل ذات صبغة صحية، ما عدا الحالات التي قد يترتب عنها أسباب أو تداعيات مرتبطة بإشكاليات تنافسية.

II. نطاق الرأي

على سبيل التوضيح الأولي، وطبقا لمقتضيات القانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة، يمكن تخصيص الأدوية للاستعمال البشري أو البيطري. ومراعاة للنطاق المحدد في المذكرة الإطار، فقد تقرر أن يرتكز الرأي الحالي على الأدوية المعدّة للاستعمال البشري، مع تسليط الضوء على مسالك التوزيع المرتبطة بها، وكذا مختلف الجهات الفاعلة والنشطة في أسواق التوزيع بالجملة والبيع بالجملة والبيع بالتقسيط (صرف الأدوية).

وبناءً عليه، تم الاقتصار على الأدوية المعدّة للاستعمال البشري، كما هي معرّفة في القانون رقم 17.04 سالف الذكر، فيما تم استثناء المنتجات الصحية غير المندرجة في هذا التعريف، ولاسيما الأدوية المخصصة للاستعمال البيطري والمستلزمات الطبية من نطاق الدراسة. وتتسم هذه الأدوية بتنوعها الكبير، وعادةً ما تتكفل بها جهات فاعلة خاصة في أسواقهم الخاصة. كما تخضع لتعريفة مختلفة عن تلك المطبقة على الأدوية المعدّة للاستعمال البشري.

III. سياق الرأي

يكتسي قطاع الأدوية بالمغرب أهمية استراتيجية بالنسبة للاقتصاد الوطني، ويعد ركيزة أساسية لتحقيق التنمية الاجتماعية وضمان السيادة الصحية ببلادنا.

وفي الوقت الراهن، يستفيد القطاع من منظومة تتسم بدينامية ملحوظة، مدعومة برافعتين واعدتين للنمو. تتمثل الرافعة الأولى، ذات طابع داخلي، في الطفرة التوسعية التي تسجلها السوق الوطنية، والمدفوعة بتعميم التغطية الاجتماعية وبخفض أسعار الأدوية، بالتزامن مع إلغاء الضريبة على القيمة المضافة، التي كانت محددة في 7 في المائة، اعتبارا من فاتح يناير 2024. أما الرافعة الثانية، التي تتخذ طابعا خارجيا، فترتكز على الفرص المتاحة للتصدير (خاصة نحو إفريقيا)، لاسيما وأن المغرب يتوفر على أحد أكثر قطاعات الأدوية دينامية على مستوى القارة.

وبالنظر إلى خصوصياته وأهميته الاستراتيجية، استأثر القطاع باهتمام مجلس المنافسة من خلال عدة آراء أصدرها سابقا في هذا المجال، والتي تطرقت إلى عدة جوانب، همت بالخصوص عرض الجهات الفاعلة فيه، وبسط آليات تحديد أسعار الأدوية، وتحليل العرض والطلب، وكذلك شروط الولوج إلى السوق.

ويحتكم قطاع الأدوية إلى سلسلة قيمة متمحورة حول ثلاثة مكونات رئيسية، تشمل الإنتاج الصناعي للأدوية، وتوزيعها من لدن المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، وصرفها في الصيدليات. ورغم أن الصناعة الدوائية تشكل دعامة أساسية، إلا أن الرأي الحالي يركز أساسا على قطاع التوزيع الذي سبق أن تطرق إليه مجلس المنافسة بالتفصيل ضمن رأيه عدد 4/ر/20 المتعلق بوضعية المنافسة في سوق الأدوية بالمغرب.

وتضطلع سلسلة توزيع الأدوية بالمغرب، موضوع هذا الرأي، بدور استراتيجي في ضمان التموين بالمنتجات الصيدلية وتوزيعها على امتداد التراب الوطني. ويعتمد التوزيع على عوامل جغرافية وثقافية، وعلى عادات استهلاكية، فضلا عن جودة مسالك التوزيع والأنظمة اللوجستية، بحيث يمكن أن يترتب عن أي خلل في إحدى هذه السلاسل إلى انقطاع الإمدادات بسرعة، والتأثير سلبا على إمكانية الولوج إلى الأدوية.

علاوة على ذلك، ثبتت أهمية هذا القطاع بشكل خاص خلال فترات الأزمات، على غرار جائحة كوفيد-19 أو الكوارث الطبيعية، حيث يضطلع بدور محوري في ضمان التموين المستمر بالأدوية. فعلى سبيل المثال، تم إحداث شبكة توزيع في وقت قياسي، تفاعلا مع فاجعة الزلزال الذي ضرب منطقة الحوز في شتنبر 2023، بغرض ضمان استمرارية الإمدادات الموجّهة إلى الأقاليم المتضررة. وبذلك، يتجلى الدور الحيوي لهذه السلسلة في حالات الطوارئ الصحية.

وبالرغم من ديناميته، يواجه قطاع توزيع الأدوية بالمغرب تحديات كبرى على الأصعدة التنظيمية والاقتصادية والمالية. وتشمل هذه التحديات، على سبيل المثال لا الحصر، نمط التأطير المعمول به، وآليات تحديد الأسعار وهوامش الربح، وحواجز الولوج إلى السوق، والتمركز الجغرافي للفاعلين، إضافة

إلى طـرق الأداء، والنمـوذج الاقتصـادي المعتمـد الـذي يظـل محـدود الفعاليـة، مما يحـول دون النهـوض بالقطـاع على النحـو الأنسـب.

في هـذا السـياق، ارتـأى مجلـس المنافسـة اتخـاذ المبـادرة لإبـداء رأيـه وتحليـل وضعيـة المنافسـة في سـوق توزيـع الأدويـة، بهـدف تشـخيص الاخـتلالات القائمـة في السـوق، واقتراح توصيـات ترمـي إلى ملاءمـة الإطـار التنظيمـي وتعزيـز تـأطير العلاقـات بين مختلـف الفاعـلين وضمان السـير التنـافسي للسـوق. ويظـل الرهـان الأسـاسي هـو ترسـيخ تنظيـم تنـافسي فعـال لقطـاع الأدويـة على الصعيـد الوطنـي، وضمان عدالـة التوزيـع الجغـرافي، وتيـسير الولـوج السـلس إلى خدمـات الرعايـة الصحيـة.

IV. المقاربة المنهجية ومسطرة التحقيق

إعمالا لمسـطرة التحقيـق المتعلقـة بمبـادرة الإدلاء بالـرأي، تـم عقـد مـا يقـارب أربـعين جلسـة للاسـتماع إلى أبـرز الجهـات الفاعلـة المؤسسـاتية والاقتصاديـة في القطـاع، والمنـظمات الممثلـة لمهنيـي الصحـة، والهيئـات المكلفـة بتـدبير التـأمين الإجبـاري الأسـاسي عـن المـرض والتغطيـة الاجتماعيـة، إضافـة إلى الشركات وجمعيـات حمايـة المسـتهلك. وقـد مكّنـت هـذه المشـاورات مـن اسـتقاء آراء كافـة الأطـراف حـول التنظيـم الحـالي لسـوق توزيـع الأدويـة بالمغـرب، وإبـراز مكامـن قوتـه ومحدوديتـه وآفـاق إصلاحـه المرتقبـة.

على الصعيـد المؤسسـاتي، تـم الاسـتماع، على وجـه الخصـوص، إلى ممـثلي الـوزارات المكلفة بالصحـة والحماية الاجتماعيـة، والاقتصـاد والماليـة (مـن خلال مديرية المنافسـة والأسـعار والمقاصـة، وإدارة الـجمارك والضرائب غير المبـاشرة)، والصناعـة والتجـارة، وإلى الوكالـة المغربيـة للأدويـة والمنتجـات الصحيـة، والصنـدوق الوطنـي للـضمان الاجتماعـي، والصنـدوق الوطنـي لمنـظمات الاحتيـاط الاجتماعـي، والوكالـة الوطنيـة للتـأمين الصحـي، والمعهـد المغـربي للتقييـس. وقـد انصـبّ تدخـل هـذا الأخير، أساسـا، على الضوابـط والممارسـات السـليمة المعتمـدة في قطـاع توزيـع الأدويـة المعـدّة للاسـتعمال الـبشري.

وبخصـوص المنـظمات الممثلـة للمهنـيين والمتدخلـة في جميـع مكونـات سلسـلة القيمـة المتعلقـة بالقطـاع، تـم الاسـتماع إلى عـدة هيئـات، مـن ضمنهـا:

- الجمعيـات الممثلـة لـلشركات الصناعيـة والمسـتوردة للأدويـة، وتشـمل الفيدراليـة المغربيـة لصناعـة الأدويـة والابتـكار الصيـدلي، ومقـاولات الأدويـة بالمغـرب، والجمعيـة المغربيـة للـدواء الجنيـس،
- تنظيم المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة من خلال التجمع المهني للتوزيع الصيدلي،
- ممثلـو الصيادلـة والأطبـاء، ويتعلـق الأمـر بالمجلـس الوطنـي لهيئـة الصيادلـة، والمجلـس الوطنـي لهيئـة الطبيبـات والأطبـاء، وكونفدراليـة نقابـات صيادلـة المغـرب، والاتحـاد الوطنـي لصيادلـة المغـرب، والنقابـة الوطنيـة لصيادلـة المغـرب، وتجمـع نقابـات صيادلـة صيدليـات المغـرب،
- الجمعيـات الممثلـة للمصحـات والمجموعـات الصحيـة الخاصـة، وتضـم الجمعيـة الوطنيـة للمصحـات الخاصـة بالمغـرب، والجمعيـة المغربيـة لمجموعـات الصحـة،

- جمعيات الدفاع عن المستهلكين. وتتمثل في الجامعة المغربية لحقوق المستهلك، والجامعة الوطنية لجمعيات المستهلك، والهيئة الوطنية لجمعيات حماية المستهلكين.

وعلاوة على جلسات الاستماع، اعتمدت مسطرة التحقيق على الردود على الاستبيانات وعلى طلبات الإمداد بالمعلومات الموجّهة إلى الممثلين الرئيسيين لقطاع توزيع الأدوية المعدّة للاستعمال البشري ببلادنا. وقد تعزّزت هذه المعطيات بجلسات الاستماع المنظّمة مع الفاعلين في القطاع، خاصة الموزعون بالجملة، مما ساعد على جمع عناصر نوعية وتكميلية أسهمت في فهم الممارسات والإكراهات العملية التي تميّز سوق توزيع الأدوية.

إضافة إلى ذلك، تم إغناء التحقيق بتحليل للرصيد الوثائقي، بما في ذلك النصوص التشريعية والتنظيمية المؤطرة للسوق، وغيرها من التقارير والدراسات التي أعدّتها الجهات الفاعلة التي تم الاستماع إليها، فضلا عن الاستئناس بالممارسات التقريرية لسلطات المنافسة على الصعيد الدولي وذات الصلة بسير مسالك توزيع الأدوية ضمن نطاقيهما الجغرافيين.

الفصل الثاني: الإطار التنظيمي والمؤسساتي لسلسلة توزيع الأدوية

1.II الإطار القانوني والتنظيمي

يخضع قطاع الأدوية بالمغرب لإطار قانوني صارم تم تحيينه، على مر السنين، بهدف الحفاظ على الصحة العمومية بالدرجة الأولى. ويشمل هذا التنظيم كافة الأنشطة المرتبطة بالترخيص بفتح واستغلال المؤسسات الصيدلية الصناعية، وبمنح الإذن بعرض الأدوية في السوق، وبشروط ممارسة المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة والصيادلة. كما يتضمن كذلك تحديد الأسعار وهوامش ربح الفاعلين في توزيع الأدوية وصرفها، فضلاً عن إلزامية احترام الممارسات السليمة المعمول بها في كل مرحلة من مراحل سلسلة القيمة المتعلقة بالأدوية.

وتتكون الجهات الفاعلة الخاصة المتدخلة في قطاع توزيع الأدوية من المؤسسات الصناعية الصيدلية، والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، والصيدليات. وتخضع كل فئة على حدة لإطار تشريعي وتنظيمي صارم.

ومراعاة للنطاق المحدد في إطار هذا الرأي، فقد انصب تحليل الإطار القانوني والتنظيمي الجاري به العمل في هذا القطاع على سلاسل البيع بالجملة والتوزيع بالجملة والبيع بالتقسيط (صرف الأدوية).

وقبل الخوض في الدراسة التفصيلية للإطار القانوني المنظم لأنشطة توزيع الأدوية، يجدر التذكير، في مرحلة أولى، بتعريف الدواء وفقا للنصوص التشريعية المغربية، وبأهم الشروط ا الواجب استيفاؤها لعرضه في السوق، إذ يظل توزيع الأدوية رهينا بالحصول المسبق على الإذن بالعرض في السوق.

1.1.II مفهوم الدواء بالمغرب

تُعرِّف المادة 1 من القانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة الدواء بكونه "كل مادة أو مركب يقدم على أن له خاصيات علاجية أو وقائية إزاء الأمراض البشرية أو الحيوانية، وكذا كل منتوج يمكن وصفه للإنسان أو الحيوان بهدف إجراء تشخيص طبي، أو استرداد الوظائف العضوية أو تقويمها أو تغييرها".

ويجسّد هذا التعريف الحدود الفاصلة التي أقرّها المشرّع بين الأدوية المعدّة للاستعمال البيطري من جهة، وهي غير مشمولة بنطاق هذا الرأي كما سبقت الإشارة الى ذلك، والأدوية المعدّة للاستعمال البشري من جهة أخرى.

وتضم الأدوية المعدّة للاستعمال البشري طيفًا واسعا من الأصناف الواردة في المادة 2 من القانون السالف الذكر، ومن بينها، على الخصوص، المستحضرات الوصفية[1] والصيدلية[2] والاستشفائية، والأدوية المناعية، ومنتجات النظافة والتجميل التي تحتوي في تركيبتها على مادة ذات مفعول علاجي بالمعنى المحدد في القانون، علاوة على المنتجات الخاصة بالحمية التي تتضمن في تركيبتها مواد كيماوية أو بيولوجية لا تشكل في حد ذاتها مواد غذائية ، غير أن وجودها يضفي على هذه المنتجات إما خصائص علاجية بواسطة الحمية أو خصائص وجبات الاختبار.

ويتضح مما سبق أن المنتجات التي لا تحتوي في تركيبتها على مواد فاعلة ذات أغراض علاجية أو وقائية، على غرار المستلزمات الطبية، لا تندرج ضمن مفهوم الدواء بالمعنى المحدد في القانون سالف الذكر.

إضافة إلى ذلك، يميز القانون بين صنفين من الأدوية المعدّة للاستعمال البشري:

- الدواء المرجعي (أو الدواء الأصلي)، أي المستحضر الصيدلي الذي جرى تطويره في الأصل وحمايته بموجب براءة اختراع (المادة 16). ويستفيد من إذن بالعرض في السوق لا يُسلّم إلا إذا خضع الدواء مسبقا لتجربة خاصة تهدف إلى توضيح فعاليته وعدم ضرره ومنفعته العلاجية (المادة 8). ويعد هذا الدواء بمثابة القاعدة العلمية والتنظيمية التي يمكن تطوير، على أساسها، الأدوية الجنيسة بعد انقضاء أجل البراءة (المادة 16)،
- الدواء الجنيس الذي عرّفه القانون بأنه مستحضر صيدلي له نفس التركيبة النوعية والكمية من المواد الفاعلة التي يتكون منها الدواء المرجعي ونفس الشكل الصيدلي، والذي ثبت تكافؤه الحيوي مع هذا الأخير حسب الدراسات الملائمة (المادة 2).

وعلى الرغم من أن القانون رقم 17.04 لا يشير صراحة لصنف آخر من أصناف الأدوية، بما فيه ذلك الدواء المماثل الحيوي، فإنه يشير، بالمقابل، إلى الدواء البيولوجي. ويأتي المرسوم رقم 2.14.841، الصادر في 5 أغسطس 2015، لتعريف هذا الصنف من الأدوية، معرِّفا الدواء المماثل الحيوي بأنه دواء بيولوجي مماثل لدواء بيولوجي مرجعي، ثبت تكافؤه مع هذا الأخير حسب فعاليته وعدم ضرره ومنفعته العلاجية، استنادا إلى مجموعة من التجارب المقارنة قبل السريرية والسريرية.

وتنص المادة 3 من القانون ذاته على تسمية كل مادة فاعلة تدخل في تركيبة الدواء، باسمها العلمي الاعتيادي أو باسمها المتعارف عليه دوليا. ويتيح هذا الأخير في توحيد تعريف المواد الفاعلة لكل دواء، وتيسير وصفه وصرفه.

2.1.II الإذن بالعرض في السوق

يتعين الحصول على إذن بالعرض في السوق، تسلّمه وزارة الصحة والحماية الاجتماعية (مديرية الأدوية الصيدلة سابقا وأصبحت حاليا ضمن اختصاص للوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية) لتسويق أي دواء بالمغرب.

[1] كل دواء يتم تحضيره فورا في الصيدلية تبعا لوصفة مخصّصة لمريض معيّن.

[2] كل دواء يتم تحضيره خصيصا في الصيدلية وفقا للتوجيهات المنصوص عليها في دستور أو دساتير الأدوية الجاري بها العمل.

ويعد هذا الإذن، الذي يكتسي خطوة أساسية لتسويق الدواء المنتج محليا أو المستورد، بمثابة إشهاد رسمي للسلطة المختصة على فعالية الدواء وعدم ضرره.

ويتطابق هذا الإذن مع التقييم العلمي والتقني للملف المقدم من لدن المؤسسة الصيدلية الصناعية، محددا مدى إمكانية إدراج الدواء في سلاسل التوزيع.

ووفقا للقانون رقم 17.04، المشار إليه أعلاه، يندرج هذا الإذن بالوضع في السوق ضمن أحد المبادئ الأساسية، إذ تنص المادة 7 منه على أنه "يجب أن يكون كل دواء مصنّع أو مستورد أو مصدّر ولو في شكل عيّنات، موضوع إذن مسلّم من طرف الإدارة، قبل تسويقه أو توزيعه سواء بالمجان أو بمقابل، بالجملة أو بالتقسيط".

علاوة على ذلك، يميز القانون بين نوعين رئيسيين من الأذون:

- إذن بالعرض في السوق يضمن رقمه في التوضيب الثانوي لكل دواء موجّه للتسويق،
- إذن خاص فيما يتعلق بالعينات المقدمة لغرض تسجيل المنتجات والتجارب السريرية أو فيما يتعلق بالأدوية الموصوفة وغير المسجلة في المغرب أو فيما يتعلق باستعمال مؤقت لبعض الأدوية المخصصة لعلاج أمراض خطيرة أو نادرة عند عدم وجود علاج خاص بها في المغرب.

ويشير المرسوم رقم 2.14.841 الصادر في 5 أغسطس 2015 (الموافق لـ 19 من شوال 1436)، والمتعلق بالإذن بعرض الأدوية المعدّة للاستعمال البشري في السوق، بالتفصيل إلى شروط منح الإذن وتحويله ووقفه وسحبه. ويحدد، بالخصوص، العناصر التالية:

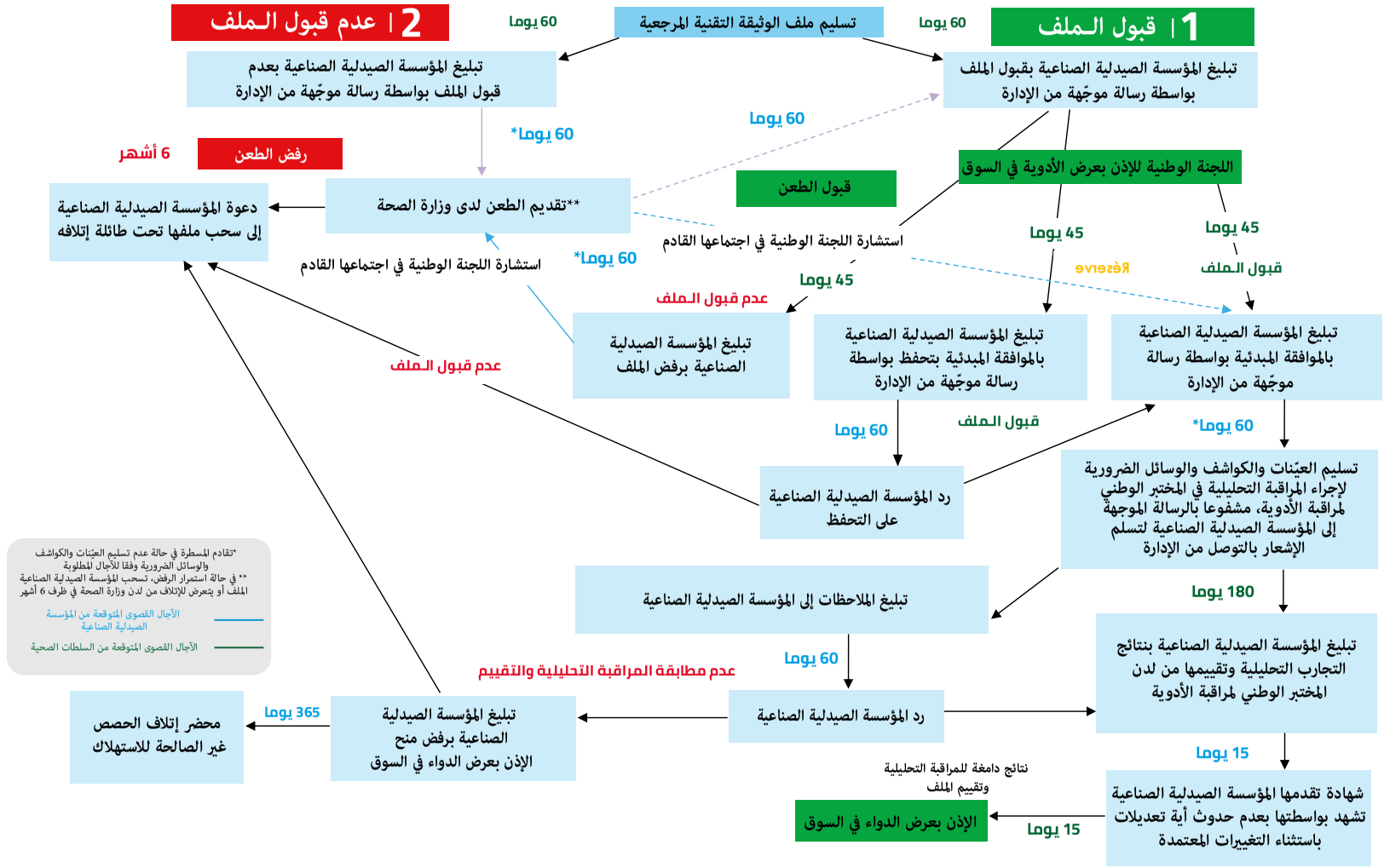
- تأليف ملف طلب الإذن بالعرض في السوق،
- مسطرة دراسة ملفات طلبات الإذن بالعرض في السوق وآجال معالجتها من طرف الإدارة (مراحل دراسة الملفات وآجالها) وطالب الإذن (آجال الرد)،
- مدة صلاحية الإذن المحددة في خمس (5) سنوات قابلة للتجديد، وشروط تجديد الإذن وتحويله ووقفه وسحبه في حالة بروز مشكلة صحية أو عدم الامتثال، وطرق الطعن المحتملة،
- تشكيلة اللجنة الوطنية للإذن بعرض الأدوية في السوق ودورها. وتضم خبراء تستشيرهم وزارة الصحة والحماية الاجتماعية بهدف تقييم الفائدة العلاجية للدواء، موضوع الطلب، وفعاليته وعدم ضرره.

وجدير بالذكر أن المرسوم ذاته ينص على تطبيق مسطرة سريعة لمنح الإذن بالعرض في السوق لدواء ذي فائدة قصوى بالنسبة للصحة العامة، تتعلق أساسا بتوفره أو بتيسير ولوجه أو بهما معا.

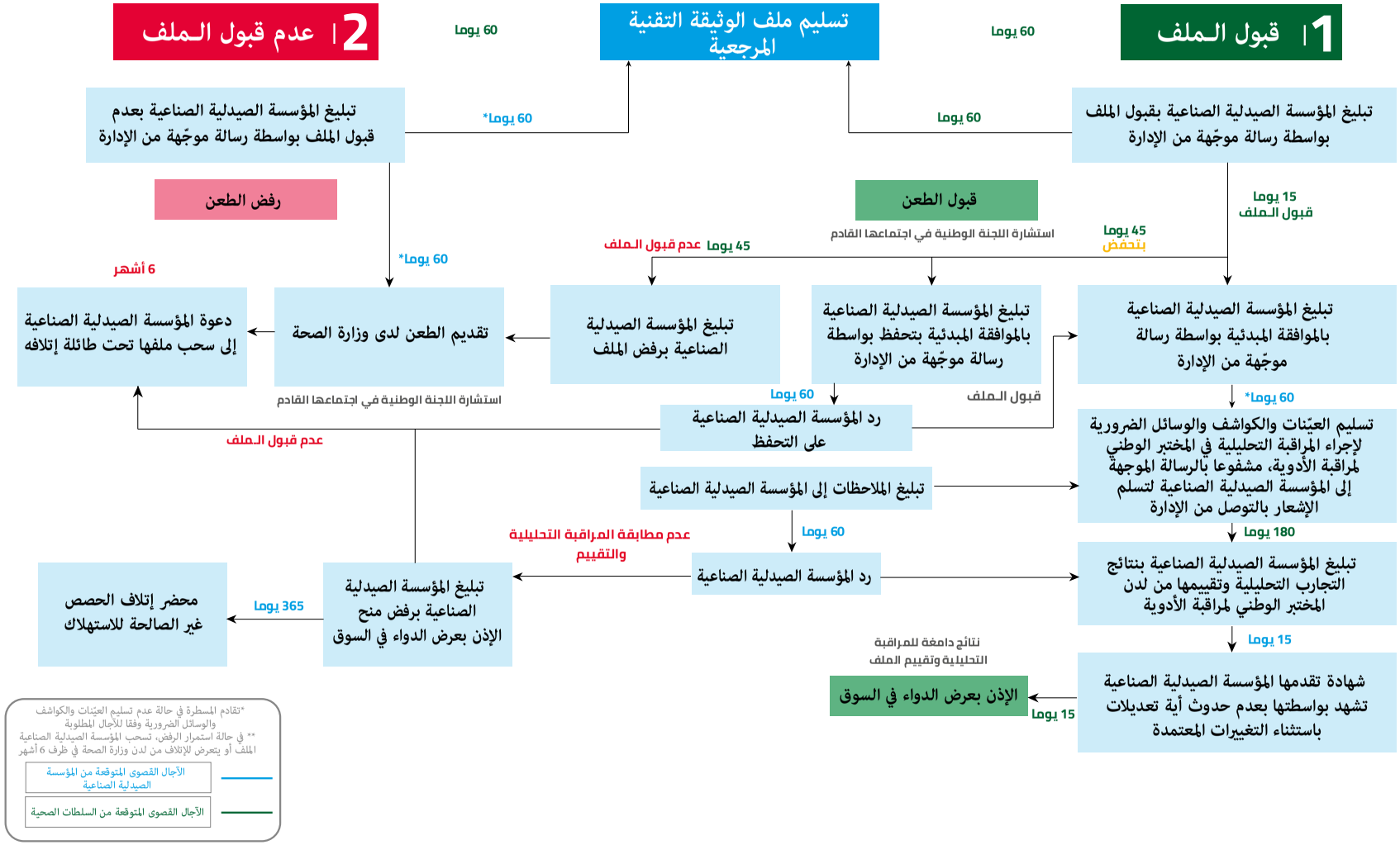
وينص كذلك على سن تدابير خاصة فيما يتعلق بالأدوية الجنيسة، مبسطا مسطرة الدراسة والمتمثلة في الإعفاء من تقديم نتائج التجارب قبل السريرية والسريرية، شريطة الإدلاء بالبيانات المتعلقة بالتكافؤ الحيوي.

وتوضح الخطاطات أسفله كافة مراحل الحصول على الإذن بعرض الدواء في السوق، ابتداءً من إيداع الملف إلى غاية إصدار القرار القاضي بمنح الإذن أو رفضه:

مراحل تسجيل دواء أصلي أو مماثل حيوي أو دواء جنيس لا يتم تسويق إطاره المرجعي في المغرب طبقا لأحكام المرسوم رقم 2.18.841 المؤرخ في 5 أغسطس 2015



مراحل تسجيل دواء جنيس وفقا للمرسوم رقم 2.14.841 المؤرخ في 5 أغسطس 2015



3.1.II البيع والتوزيع بالجملة

يهم البيع بالجملة، كما حددته المادة 18 من القانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة، بيع الأدوية من لدن المؤسسات الصيدلية الصناعية لفائدة المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة. بالمقابل، يشير التوزيع بالجملة إلى بيع الأدوية لفائدة صيادلة الصيدليات.

ووفقا للمادة 74 من القانون، ثمة فئتين مؤهلتين للتدخل في سلسلة توزيع الأدوية المعدّة للاستعمال البشري بالجملة. وتشمل:

- المؤسسة الصيدلية الصناعية من جهة، التي تشكل مركز الدخول إلى سلسلة توزيع الأدوية. وعرّفها القانون بكونها "كل مؤسسة تتوفر على موقع للصنع وتقوم بعمليات صنع الأدوية واستيرادها وتصديرها وبيعها بالجملة، وعند الاقتضاء، توزيعها بالجملة"،
- المؤسسة الصيدلية الموزعة بالجملة من جهة ثانية، والمقصود بها، وفقا للقانون، "كل مؤسسة تزاول الأنشطة المرتبطة بشراء الأدوية وحيازتها وتوزيعها بالجملة على الصيدليات ومخزونات الأدوية بالمصحات".

تخضع هذه المؤسسات الصيدلية لإطار تنظيمي صارم تؤطره مقتضيات المواد من 75 إلى 91 من القانون سالف الذكر، وأحكام المرسوم رقم 2.07.1064 الصادر في 5 رجب 1429 (9 يوليو 2008) والمتعلق بمزاولة مهنة الصيدلة وإحداث الصيدليات والمؤسسات الصيدلية وفتحها.

ويجوز أن تكون المؤسسة الصيدلية، سواء تعلق الأمر بمؤسسة صيدلية صناعية أو مؤسسة صيدلية موزعة بالجملة، في ملك شخص ذاتي أو شركة وفقا للشروط التالية:

- إذا كانت المؤسسة في ملك شخص ذاتي، يجب هذا الأخير أن يكون هذا الأخير صيدليا مأذونا له قانونا بصفته صيدلي مسؤول،
- إذا كانت المؤسسة في ملك شركة، يجب أن تكون هذه الأخيرة خاضعة للقانون المغربي، وأن يكون الصيدلي المسؤول بها إما أحد المدراء العامين أو أحد المسيرين وذلك حسب شكل الشركة.

طبقا لمقتضيات المادتين 75 و76 من القانون رقم 17.04، على الخصوص، يخضع إحداث مؤسسة صيدلية لمسطرة تتم على مرحلتين: تتمثل الأولى في الحصول على إذن مسبق لإحداث المؤسسة فيما تهم الثانية الإذن النهائي بفتحها. ويُسلَّم هذا الإذن من طرف ا الإدارة بعد استطلاع رأي المجلس الوطني لهيئة الصيادلة.

وقد حدد الباب الرابع من المرسوم رقم 2.07.1064، المذكور أعلاه، مسار منح الإذنين معا.

وعليه، يجب على كل شخص ذاتي أو معنوي، يرغب في إحداث مؤسسة صيدلية، أن يودع طلب إذن مسبق بالموافقة لدى الأمانة العامة للحكومة. واعتبارا من 16 يونيو 2025، أضحت الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية الجهة المختصة بدراسة الطلبات.

ويُسلّم الإذن المسبق بالموافقة داخل أجل 60 يوما ابتداءا من تاريخ توصل الأمين العام للحكومة بالطلب، وذلك بعد موافقة وزير الصحة واستطلاع رأي المجلس الوطني لهيئة الصيادلة.

ولهذا الغرض، يتوفر وزير الصحة على أجل 30 يوما، ابتداء من توصله بالملف الموجه إليه من لدن الأمانة العامة للحكومة، قصد دراسته وإبداء رأيه. ويجب على المجلس الوطني لهيئة الصيادلة إبداء رأيه داخل أجل 15 يوما ابتداء من إحالة الأمر عليه.

وبمجرد الانتهاء من أشغال إنجاز المشروع، يجب على صاحب الإذن المسبق بالموافقة أن يودع طلب إذن نهائي بفتح المؤسسة الصيدلية لدى الأمانة العامة للحكومة.

ويسلم الأمين العام للحكومة الإذن النهائي، بعد موافقة وزارة الصحة واستطلاع رأي المجلس الوطني لهيئة الصيادلة، داخل أجل 30 يوما ابتداء من تاريخ التوصل بالموافقة والإذن المذكورين.

إضافة إل ما سبق، يفرض القانون على عاتق المؤسسات الصيدلية (المؤسسات الصيدلية الصناعية والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة) مجموعة من الالتزامات المتعلقة بنشاطها، بما فيها تولي مهام المرفق العام. وهكذا، تنص المادة 84 من القانون رقم 17.04 على ضرورة أن تتوفر هذه المؤسسات على مدخر احتياطي من الأدوية التي تقوم بصنعها أو استيرادها أو توزيعها لضمان التموين العادي للسوق. وقد أشار قرار وزير الصحة رقم 263.02 الصادر في 30 من ربيع الأول 1423 (12 يونيو 2002)، والمتعلق بالمدخرات الاحتياطية من الأدوية، إلى هذا الالتزام، إذ نصت مادته الأولى على ما يلي:

- بخصوص المؤسسات الصيدلية الصناعية: التوفر على مدخر احتياطي يمثل ربع المبيعات الإجمالية للمستحضرات الصيدلية خلال السنة السابقة،
- بخصوص المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة: يتعين عليها مسك مخزون احتياطي يعادل 12/1 من إجمالي مبيعاتها خلال السنة السابقة، ويحتوي على 80 في المائة على الأقل من مجموع المستحضرات الصيدلية المرخص بها على الصعيد الوطني.

ووفقا للمادة 89 من القانون، لا يحق لأية مؤسسة صيدلية موزعة بالجملة أن تنفرد بالتوزيع الحصري لمستحضر صيدلي واحد خاص بمؤسسة صيدلية صناعية واحدة.

ويمكن للمؤسسات الصيدلية الصناعية أن تفوض إلى مؤسسة صيدلية صناعية أخرى ببعض العمليات وفقا لشروط، وعلى أساس دفتر تحملات في شكل عقد يجب أن يؤشر على بنوده التقنية المجلس الوطني لهيئة الصيادلة (المادة 89).

أخيرا، وحرصًا على ضمان جودة الأدوية إلى حين تسليمها النهائي، تنص المادة 80 من القانون على إلزام المؤسسات الصيدلية بالتقيّد بقواعد حسن التوزيع، كما تحدّدها المواصفة القياسية المغربية ذات المرجع NM 21.6.201. وترسي هذه الأخيرة القواعد والمبادئ الأساسية الواجب احترامها لبيع الأدوية وتوزيعها بالجملة، حيث تؤطر مختلف العمليات التي تنجزها المؤسسات الصيدلية. كما تتضمن مقتضيات خاصة تهم وفرة المنتجات الصيدلية، وسلامة الإمدادات، والسرعة في تسليم الأدوية، ومساطر سحبها.

4.1.II صرف الأدوية من لدن صيادلة الصيدليات

تؤطر سلسلة توزيع الأدوية بالتقسيط (صرفها)، شأنها شأن نشاط التوزيع بالجملة، نصوص تنظيمية صارمة ومتعددة الجوانب. وينقسم صرف الأدوية، كما عرّفته المادة 29 من القانون رقم 17.04، إلى شقين:

- تسليم دواء أو منتوج صيدلي غير دوائي، مع تحليل الوصفة الطبية أو الطلبية المتعلقة بهما،
- وضع المعلومات الضرورية رهن إشارة العموم بشأن حسن استعمال الأدوية والمواد الصيدلية، وكذا الارشادات المرتبطة بالنصائح الوقائية والتربية الصحية.

وطبقا للمادة 30 من القانون، يختص صيادلة الصيدليات دون غيرهم بمزاولة نشاط بيع الأدوية للمستهلكين. مما يخول لهم احتكارًا قانونيًا لبيع الأدوية. ويمتد نطاق هذا الاحتكار ليشمل أيضا عددًا من المنتجات الأخرى والمتنوعة التي حدّدتها المادة المذكورة، من بينها المستلزمات الطبية (كمواد التضميد)، والمواد الطبية المعقّمة، فضلا عن الحليب الصناعي والأغذية اللبنية الغذائية المخصصة للأطفال الرضع.

فضلا عن ذلك، يُرخص لصيادلة الصيدليات بحيازة عدد من المواد المحددة، من قبيل العقاقير والمنتجات الكيميائية أو المحضرات الصيدلية غير المدرجة في دستور أو دساتير الأدوية[3] الجاري بها العمل، والمواد التي تُستعمل لتنظيف ووضع العدسات اللاصقة، والكواشف، والزيوت الأساسية.

ويهدف هذا الاحتكار التنظيمي، المشار اليه أعلاه، إلى ضمان سلامة توزيع الأدوية، من خلال إسناد مسؤولية تسليمها إلى الصيادلة المرخّص لهم، والذين يمكنهم، عند الاقتضاء، الاستعانة بمحضرين في مجال الصيدلة.

يحدد القانون رقم 17.04 والمرسوم رقم 2.07.1064 الصادر في 5 رجب 1429 (9 يوليو 2008)، والمتعلق بمزاولة مهنة الصيدلة وإحداث الصيدليات والمؤسسات الصيدلية وفتحها، شروط ممارسة مهنة الصيدلي وكيفيات إحداث الصيدليات.

وعلى وجه التحديد، تنص المادة 93 من القانون رقم 17.04 على أن مزاولة مهنة الصيدلة بالقطاع الخاص، في أي شكل من الأشكال، تتوقف على الحصول على إذن يسلّمه رئيس المجلس الوطني لهيئة الصيادلة إلى الأشخاص المستوفين للشروط المذكورة في هذا القانون. ويُبلغ قرار الإذن إلى وزير الصحة وإلى الأمين العام للحكومة داخل أجل 24 ساعة.

وينص القانون كذلك على مزاولة مهنة الصيدلة بالقطاع الخاص وفق شكل من الأشكال الثلاثة التالية:

- صيدلي صاحب صيدلة يزاول بصفة فردية أو بصفة شريك أو صيدلي مساعد بصيدلية،
- صيدلي مسؤول عن تسيير مخزون الأدوية بالمصحة،
- صيدلي مسؤول أو صيدلي مندوب أو صيدلي مساعد بمؤسسة صيدلية.

وفيما يتعلق بالصيدليات، باعتبارها الجهات الرئيسية المتدخلة في بيع الأدوية بالتقسيط بالمغرب، ينص التشريع الجاري به العمل على إخضاع إحداثها لوجوب الحصول على إذن إداري يسلّمه عامل العمالة أو الإقليم الذي يقع ضمن نفوذه الترابي المحل المزمع إقامة الصيدلية به.

ويُشترط للحصول على هذا الإذن، احترام كيفيات قياس المسافة الدنيا الفاصلة بين أقرب نقطة من واجهة الصيدلية المزمع إحداثها وأقرب نقطة من واجهة الصيدليات المجاورة، والمحدّدة في 300 متر، وذلك طبقا لأحكام الفرع الثاني من المرسوم رقم 2.07.1064 سالف الذكر، ولاسيما المواد من 17 إلى 22.

[3] يشير دستور الأدوية إلى مواصفات الأدوية، والوسائل الكفيلة بتحديدها، وأساليب الاختبار والتحليل المراد استعمالها لضمان مراقبة هذه الأدوية، وطرق تحضيرها وتعقيمها والمحافظة عليا، علاوة على قواعد توضيبها، وعوامل عدم مطابقتها الرئيسية، وجميع البيانات التي تعود بالنفع على الصيادلة بغية تحضير الأدوية وصرفها.

ويُسلّم هذا الإذن داخل أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ إيداع الطلب. وتُوجه نسخة منه إلى وزير الصحة وإلى هيئة الصيادلة.

زيادة على ذلك، تجدر الإشارة إلى أن القانون المؤطر لمدونة الأدوية والصيدلة، خاصة المادة 62 منه، ينص على عدم إمكانية امتلاك الصيدلي لأكثر من صيدلية واحدة. ويجب عليه أن يكون المالك الوحيد لها وأن يديرها بنفسه.

بيد أنه يجوز للصيادلة، وفقا للقانون، تأسيس شركة تضامن بغرض استغلال صيدلية، شريطة أن يديرها كافة الشركاء.

كما تجيز لهم المادة 63 من القانون السالف الذكر تأسيس شركة ذات المسؤولية المحدودة، سواء بشريك واحد أو مجموعة من الشركاء من أجل استغلال صيدلية، شريطة ألا تكون هذه الشركة مالكة لأكثر من صيدلية واحدة. وفي حالة تعدد الشركاء، وجب أن يُعهد بتسيير الصيدلية إليهم جميعا.

ولا يمكن للصيدلي أن يكون شريكا في أكثر من صيدلية واحدة. ويجب أن يكون كافة الصيادلة الشركاء حاصلين على الإذن بمزاولة المهنة، المشار إليه أعلاه، ومقيدين بجدول هيئة الصيادلة. ويُمنح الإذن بإحداث صيدلية أو استغلالها في إطار شركة للصيادلة الشركاء كل واحد باسمه، ولا يمكنهم مزاولة أي نشاط صيدلي آخر.

5.1.II بخصوص مخزونات الأدوية في المصحات والمؤسسات المماثلة

عملا بأحكام القانون رقم 17.04، يمكن للمصحات والمؤسسات المماثلة، المحددة في المادة 21 من القانون رقم 10.94 المتعلق بمزاولة مهنة الطب، أن تتوفر على مخزون من الأدوية لتلبية حاجياتها الداخلية الخاصة.

ويتعين أن يُوضع هذا المخزون تحت مسؤولية صيدلي حاصل على إذن قانوني بمزاولة مهنته. ولهذه الغاية، يُلزم هذا الأخير بإبرام اتفاقية مع المصحة أو المؤسسة المعنية. ولا تكتسب هذه الاتفاقية صبغتها القانونية الا بعد تأشير رئيس المجلس الوطني لهيئة الصيادلة، الذي يتولى التحقق من مطابقة بنودها للمقتضيات القانونية ولمدونة آداب المهنة الجاري بها العمل.

ويتحمل الصيدلي المتعاقد مسؤوليته المهنية إزاء كافة الأعمال الصيدلية المنجزة في إطار تدبير هذا المخزون. ويجب عليه السهر على التقيد بالضوابط المرتبطة بحيازة الأدوية وتخزينها وتتبع مسارها، بما في ذلك المواد السامة، طبقا للتشريع الجاري به العمل.

كما يجب عليه أن يكون مالكا لصيدلية تقع ضمن نفس النفوذ الترابي للجماعة التي توجد بها المصحة المتعاقد معها إذا كان لا يزاول مهنته بنفس المصحة. وفي كل الأحوال، لا يجوز له إبرام أكثر من اتفاقية واحدة من هذا النوع. وإذا كان لا يملك أي صيدلية، وجب عليه أن يزاول مهنته بصفة شخصية بالمصحة أو المؤسسة المماثلة.

يجب أن يتم تزويد هذا المخزون مباشرة من المؤسسات الصيدلية، سواء تعلق الأمر بالمؤسسات الصيدلية الصناعية أو المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، وفقا للشروط المنصوص عليها في التنظيم المطبق على الأدوية المعدّة للاستعمال في المستشفيات والموجّهة للمرضى المقيمين بها، لاسيما فيما يتعلق بثمن الدواء الخاص بالمستشفى والمحدد بنص تنظيمي. أخيرا، تنص المادة 73 من القانون على صرف الأدوية بالمصحات والمؤسسات المماثلة لفائدة المرضى المقيمين بها دون غيرهم. وتحظر كليا بيعها للعموم أو توزيعها، مجانا أو بعوض، خارج إطارها الاستشفائي.

6.1.II نظام تحديد أسعار الأدوية وهوامش ربح الفاعلين في التوزيع

1.6.1.II كيفيات تحديد أسعار الأدوية

تخضع الأدوية بالمغرب لإطار قانوني خاص في مجال تحديد الأسعار في كل مرحلة من مراحل سلسلة القيمة. وطبقا لأحكام المادة 17 من القانون رقم 17.04، تحدد الإدارة، وفقا للشروط والكيفيات المحددة بنص تنظيمي، أسعار بيع الأدوية المصنّعة محلّيا أو المستوردة.

ويعد المرسوم رقم 2.13.852 الصادر في 14 من صفر 1435 (18 ديسمبر 2013)، والمتعلق بشروط وكيفيات تحديد سعر بين الأدوية المصنعة محليا أو المستوردة للعموم، الإطار المرجعي التنظيمي المتعلق بأسعار الأدوية.

وتنص المادة 2 منه على تحديد سعر بيع الأدوية للعموم لكل دواء، مصنّع محلّيا أو مستورد، استنادا إلى العناصر التالية:

- سعر المصنّع دون احتساب الرسوم، أي سعر الدواء المفوتر من لدن الشركة المصنّعة،
- هوامش الربح لفائدة المؤسسة الصيدلية الموزعة بالجملة والصيدلي،
- الضريبة على القيمة المضافة عند الاقتضاء.

وتجدر الاشارة إلى أن جميع الأدوية أصبحت معفاة من الضريبة على القيمة المضافة ابتداء من فاتح يناير 2024. ويشمل هذا الإعفاء، الذي أدرجه قانون المالية لسنة 2024، كافة أصناف الأدوية دون استثناء.

ويحدد المرسوم كذلك طريقة تحديد الأسعار حسب نوع الدواء، بحيث:

- بخصوص الدواء الأصلي، يتمثل سعر المصنع دون احتساب الرسوم في أدنى سعر محدد في البلدان المرجعية التالية: المملكة العربية السعودية وبلجيكا وإسبانيا وفرنسا وتركيا والبرتغال، وفي بلد المنشأ إذا كان سعره مختلفا عن هذه الأخيرة،
- بخصوص الدواء الجنيس، يُحدد سعر المصنع دون احتساب الرسوم عند مستوى أدنى من سعر بيع الدواء الأصلي، من خلال تطبيق نسبة تخفيض تتراوح بين 0 و50 في المائة مقارنة بسعر المصنع دون احتساب الرسوم الأولي للدواء الأصلي.

وفي كلتا الحالتين، تُحدد الأسعار أو يُصادق عليها بقرار لوزير الصحة.

كما نص المرسوم كذلك على قواعد خاصة بمراجعة الأسعار، إذ تتم مراجعة الأدوية الأصلية عند تجديد الإذن بالعرض في السوق كل خمس سنوات، وذلك استنادًا إلى متوسط أسعار المصنع دون احتساب الرسوم الجاري بها العمل في البلدان المرجعية المذكورة. بالمقابل، تتم مراجعة الأدوية الجنيسة والمثيلات الحيوية عند مراجعة سعر البيع للعموم الخاص بأدويتها الأصلية أو بأول دواء جنيس أو مماثل حيوي مسجل في المغرب، وبالاحتكام إلى وسيط (médiane) أسعار الأدوية المسوّقة الذي يُعتمد كسعر مرجعي أقصى جديد.

وعلاوة على هذه المراجعة الدورية، يمكن رفع الأسعار أو تخفيضها في الحالتين التاليتين:

- تخفيض الأسعار بطلب من المؤسسة الصيدلية الصناعية أو بقرار من وزارة الصحة إذا تبين لها أن أسعار المصنع دون احتساب الرسوم في البدان المرجعية عرفت تخفيضا تفوق نسبته 10 في المائة، أو في حالة إعفاء الدواء المعني من الضريبة على القيمة المضافة،
- الزيادة في الأسعار في حالة ارتفاع جميع أسعار المصنع دون احتساب الرسوم في كافة البلدان المرجعية.

2.6.1.II كيفيات تحديد هوامش الربح الخام للفاعلين في التوزيع

يتكون سعر بيع الدواء للعموم في الصيدليات بالمغرب، بالأساس من هامش الربح الخام الذي تجنيه الصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة. يحدد مقدار هذه الهوامش تنظيميا بموجب المادة 4 من المرسوم رقم 852-13-2 المتعلق بشروط وكيفيات تحديد سعر البيع للعموم للأدوية المصنعة محلياً أو المستوردة، وذلك على أساس تصنيف إلى أربع أقسام من T1 إلى T4.

وتحدد المادة 4 من المرسوم رقم 2.13.852، المذكور أعلاه، مبالغ هوامش الربح المطبقة على سعر المصنع دون احتساب الرسوم، استنادا إلى الأقسام الأربعة المبيّنة في الجدول بعده:

الجدول 1: هوامش الربح الخام التنظيمية للصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

الأقسام	سعر المصنع دون احتساب الرسوم	هامش ربح الصيدلية مقارنة بالسعر المصنع دون احتساب الرسوم	هامش ربح المؤسسة الصيدلية الموزعة بالجملة بالسعر المصنع دون احتساب الرسوم
1	PFHT≤ 166	%57	%11
2	166<PFHT≤ 588	%47	%11
3	588<PFHT≤ 1766	300 درهم	%2
4	PFHT>1766	400 درهم	%2

المصدر: المرسوم رقم 2.13.852 المتعلق بشروط وكيفيات تحديد سعر بين الأدوية المصنعة محليا أو المستوردة للعموم

وثمة نظام خاص يُطبق على الأدوية المستوردة، وينص على إضافة نسبة 10 في المائة إلى سعر المصنع دون احتساب الرسوم الخاص بهذه الأدوية. وتشمل هذه النسبة، المنصوص عليها في المادة 4 المذكورة، هامش ربح المستورد وكلفة الإيصال والرسوم الجمركية.

وارتباطا بالمصحات والمؤسسات المماثلة، تحدد المادة 72 من القانون رقم 17.04 كيفيات فوترة الأدوية التي تتوصل بها. ويتعين على هذه الأخيرة التزود مباشرة من المؤسسات الصيدلية الصناعية أو المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، بثمن الدواء الخاص بالمستشفى. كما يجب فوترة الأدوية التي تصرفها للمرضى بنفس الثمن.

ووفقا للمادة 9 من المرسوم المذكور أعلاه، يُحدد ثمن الدواء الخاص بالمستشفى في سعر المصنع مع احتساب الرسوم، مضافا إليه هامش للربح يساوي 5 في المائة من سعر البيع دون احتساب الرسوم، ولا يتجاوز سقفه الأقصى 400 درهم.

وعلاقة بالأدوية التي تشكل موضوع إذن خاص، ما عدا العيّنات المخصّصة للتسجيل أو للتجارب السريرية، يُحدد السعر وفقا لقاعدة استثنائية دقيقة، إذ يعادل سعر المصنع دون احتساب الرسوم لبلد المنشأ بعد تحويله إلى الدرهم المغربي، مضافا إليه هامش للربح يساوي 5 في المائة من سعر البيع دون احتساب الرسوم، ولا يتجاوز سقفه الأقصى 400 درهم.

7.1.II كيفيات الأداء بين الفاعلين في سلسلة التوزيع

بعد عرض الإطار التنظيمي المؤطر لمزاولة مهنة الصيدلة وبتحديد الأسعار وهوامش ربح الفاعلين في سلسة توزيع الأدوية، من المهم التطرق كذلك إلى القواعد القانونية والتنظيمية المتعلقة بآجال الأداء في العلاقات التجارية بين مختلف المتدخلين. ويكتسي هذا الشق أهمية خاصة في التحليل، أخذا بعين الاعتبار رهاناته الاقتصادية والتنافسية التي أثارتها مختلف الأطراف التي تم الاستماع إليها.

وتخضع آجال الأداء بين المقاولات لمقتضيات القانون رقم 69.21 الصادر في 2023، باعتباره أحدث إصلاح مهم في هذا المجال. ويهدف هذا الأخير، الذي يأتي في إطار تتميم وتغيير مقتضيات مدونة التجارة فيما يخص آجال الأداء، إلى محاربة التأخر في الأداء، ودعم السيولة المالية للمقاولات، خاصة المقاولات الصغرى والمتوسطة، وتحسين مناخ الأعمال.

فيما يتعلق بنطاق التطبيق، تسري أحكام هذا القانون على الأشخاص الذاتيين أو الاعتباريين الذين يفوق رقم معاملاتهم السنوي مليوني درهم دون احتساب الرسوم، وعلى المؤسسات العمومية ذات الطابع التجاري.

ونص القانون على إلزامية التقيد بآجال الأداء وفقا للكيفيتين التاليتين:

- في غياب اتفاق بين الأطراف، يُحدد أجل الأداء في 60 يوما ابتداء من تاريخ إصدار الفاتورة. ويجب أن تُصدر هذه الأخيرة داخل أجل أقصاه آخر يوم من الشهر الذي سُلّمت فيها السلعة. ما عدا ذلك، يصبح أجل الأداء نافذا ابتداء من نهاية الشهر الموافق للتسليم،
- في حالة اتفاق الأطراف، فإن هذا الأجل لا يمكن أن يتجاوز 120 يوما ابتداء من تاريخ إصدار الفاتورة.

على سبيل الاستثناء، يمكن منح أجل أقصى يبلغ 180 يوماً بموجب مرسوم، بعد أخذ رأي مجلس المنافسة، وذلك لفائدة بعض القطاعات الاقتصادية التي تتميز بخصوصيات معينة أو بطابع موسمي.

وتشمل هذه الاستثناءات المهنيين المنتمين إلى هذه القطاعات في إطار اتفاقات تبرمها منظماتهم المهنية، وتستند إلى دراسات موضوعية تحلل المعطيات الخاصة بكل قطاع، مع الأخذ بعين الاعتبار خصوصياته و/أو طابعه الموسمي.

وبما أن الأمر يتعلق بالحد الأقصى للآجال، فيمكن تقليصها باتفاق مشترك بين المورد والعميل.

وبالانتقال إلى احتساب آجال الأداء، تصبح هذه الأخيرة نافذة ابتداء من تاريخ إصدار الفاتورة. وإذا صادف تاريخ الاستحقاق يوم عيد أو عطلة، يتم إرجاؤه إلى اليوم الأول من أيام العمل الموالية.

إضافة إلى ذلك، فرض القانون إلزامية إيداع تصريح إلكتروني، حتى في غياب فواتير التأخر في الأداء. ويُقدم هذا التصريح قبل نهاية الشهر الموالي لانصرام كل ثلاثة أشهر، ووفقا لنموذج تعدّه المديرية العامة للضرائب.

أخيرا، يعرض أي إخلال بالأحكام القانونية المدين لغرامات مالية تحصّلها الإدارة الجبائية لفائدة الخزينة العامة. وتُحتسب استنادا إلى السعر المديري لبنك المغرب المطبق عند اختتام الشهر الأول من التأخر في الأداء، تضاف إليها نسبة 0,85 في المائة عن كل شهر أو جزء من الشهر الإضافي. وتُطبق الغرامة على المبلغ غير المؤدى داخل الآجال القانونية عن كل فاتورة مع احتساب الضريبة.

2.II الإطار المؤسساتي والمنظمات المهنية

ترتكز منظومة توزيع الأدوية في المغرب على نظام حكامة وتنظيم متين يضمن جودة وسلامة وتتبع الأدوية طوال مسارها. ويشمل هذا النظام عدداً من الفاعلين، سواء من القطاع العام أو من الهيئات المهنية، الذين يتدخلون بشكل مباشر أو تكميلي في مختلف مراحل سلسلة التوزيع.

ولا تهدف هذه الفقرة إلى تقديم عرض شامل لجميع المتدخلين في قطاع الأدوية بالمغرب، بل تسعى أساسا إلى إبراز أهم المؤسسات والهيئات التي ترتبط مهامها مباشرة بسير عملية توزيع الأدوية أو تؤثر في تنظيمها.

1.2.II الجهات الفاعلة المؤسساتية المتدخلة في توزيع الأدوية

1.1.2.II وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

تعد وزارة الصحة والحماية الاجتماعية السلطة المركزية المكلفة بتنظيم قطاع الأدوية بالمغرب وتخطيطه والإشراف عليه. وتتولى، بالخصوص، إعداد وتنفيذ السياسة الوطنية المرتبطة بالأدوية والمنتجات الصيدلية، في شقها التقني والتنظيمي.

وتتولى كذلك تقييم الحاجيات الوطنية والجهوية من الأدوية والمنتجات الصحية، والتموين بالمخزون الوطني الضروري والضامن لسير المؤسسات الصحية العمومية.

وعمليا، تشرف الوزارة على تنظيم سلسة إمداد المستشفيات والمراكز الصحية بالأدوية، بما في ذلك اقتناؤها وتخزينها وتوزيعها داخليا، بالتعاون مع الوكالة الوطنية للتأمين الصحي ومؤسسات أخرى معنية.

وطبقا للمقتضيات القانونية والتنظيمية الجاري بها العمل، يمارس وزير الصحة والحماية والاجتماعية أيضًا سلطة الوصاية على المؤسسات العمومية التابعة لقطاعه. كما يضطلع بدور محوري في تنظيم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بصفته رئيسا لمجلس الإدارة للوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

وقد أُسند إلى الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية عدد من المهام المسندة سابقا إلى مديرية الأدوية والصيدلة، من ضمنها منح الإذن بالعرض في السوق، ومنح الاعتماد للمؤسسات الصناعية الصيدلية والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، ومراقبة الصيدليات والمؤسسات الصيدلية.

ومن المهم الإشارة كذلك إلى قطاعات وزارية أخرى متدخلة في سلسلة القيمة المتعلقة بالأدوية، من بينها وزارة الاقتصاد والمالية التي تتولى مهمة كتابة لجنة الأسعار المشتركة بين الوزارات[4]، وتتدخل في تحديد أسعار الأدوية. من جانبها، تنخرط وزارة الداخلية في ضبط القطاع عبر منح الإذن لفتح الصيدليات من لدن عمال العمالات والأقاليم، وتدبير أوقات فتحها وإغلاقها، وتنظيم الحراسة.

[4] تناط بهذه اللجنة، المحدثة بمقتضى المرسوم رقم 2.14.652 الصادر في فاتح ديسمبر 2014 بتطبيق القانون المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة، إبداء رأيها في القضايا المتعلقة بتنظيم الأسعار، بما فيها الأدوية، واقتراح التدابير اللازمة لهذا الغرض (المادة 35).

2.1.2.II الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية

أُحدثت الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، المستوحاة من نموذج الوكالات الأوروبية والخاضعة لوصاية الدولة، بموجب القانون رقم 10.22 لتقوم مقام مديرية الأدوية والصيدلية سابقا، وتتمتع بأكبر قدر من الاستقلالية. وتكمن مهمتها الأساسية في تنفيذ التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة الرامية إلى ضمان السيادة الدوائية، وتوفير الأدوية والمنتجات الصحية وسلامتها وجودتها.

ويرتكز مجال تدخلها على عدة محاور، منها ما يرتبط ارتباطا مباشرا بموضوع الرأي الحالي والمتمثل في توزيع الأدوية. ولهذا الغرض، يُناط بها، أساسا ما يلي:

- تنظيم قطاع الأدوية والمنتجات الصحية، من خلال السهر على احترام المقتضيات القانونية المؤطرة له، وتحديد أو اقتراح سعر بيع الأدوية والمنتجات الصحية طبقا للنصوص الجاري بها العمل،
- تسليم الإذن المسبق والنهائي من أجل إحداث وفتح مؤسسة صيدلية صناعية أو مؤسسة صيدلية موزعة بالجملة، باعتبارهما فاعلين رئيسيين في نشاط التوزيع، وكذا الإذن بالمزاولة بصفة صيدلي مسؤول أو مندوب أو مساعد لدى إحدى هاتين المؤسستين،
- التحقق من جودة الأدوية والمنتجات الصحية، ومراقبة مخزونها، وتفتيش الصيدليات والمصحات والمؤسسات الصيدلية (بما فيها الصناعية)، وكذا مستودعات الأدوية،
- محاربة المسلك غير القانوني للأدوية بالتعاون من السلطات المختصة.

وابتداء من 16 يونيو 2025، أضحت هذه الوكالة تمارس رسميا الاختصاصات المتعلقة بإحداث المؤسسات الصيدلية الصناعية والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة وفتحها واستغلالها، والتي كانت تتولاها سابقا الأمانة العامة للحكومة.

3.1.2.II الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

تتولى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، أساسا، التأطير التقني للنظام الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على وضع آليات ضبط منظومته، خاصة الأدوية التي تمثل، دون غيرها، 32 في المائة من النفقات.

على الرغم من أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لا تتدخل بشكل مباشر في سلسلة توزيع الأدوية، فإن عددًا من اختصاصاتها ينعكس عليها بشكل غير مباشر، كما ينعكس على الولوج إلى الأدوية واسترجاع مصاريفها بالمغرب.

في هذا الصدد، تتولى الوكالة إعداد وتحيين دليل الأدوية القابلة للتعويض، الذي يعد أداة أساسية تؤثر على الطلب وعلى التوزيع، فكلما كان الدواء مشمولًا بالتعويض، زادت وتيرة وصفه وصرفه. كما يعد هذا الدليل إطارا مرجعيا للمؤسسات الصيدلية الصناعية عند اتخاذ قراراتها بعرض أدوية جديدة في السوق.

وتتولى الوكالة كذلك تحديد وضبط التعريفة المرجعية للأدوية في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وتنعكس هذه التعريفة، التي تشكل قاعدة أساسية لاسترجاع المصاريف، انعكاسا مباشرا على استراتيجيات الأسعار التي تنهجها مختبرات الأدوية، وعلى القدرة المالية للمؤمَّن لهم للولوج إلى الأدوية، ومن ثم على الطلب.

إضافة إلى ذلك، تناط بالوكالة مهمة قيادة المفاوضات المرتبطة بالاتفاقيات الوطنية المبرمة بين الهيئات المدبّرة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض ومقدمي العلاجات أو موردي السلع والخدمات الطبية، لاسيما صيادلة الصيدليات في إطار الثالث المؤدي، طبقا للنصوص التنظيمية الجاري بها العمل.

أخيرا، تنخرط الوكالة الوطنية بكثافة في السياسة الوطنية الرامية إلى تشجيع استهلاك الأدوية الجنيسة، والمعروفة عادة بقلة تكلفتها. وينعكس هذا التوجه على خيارات الأطباء في وصف الأدوية، وعلى استراتيجيات التوزيع المتبعة من لدن الصيادلة والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، وعلى تدبير المخزون.

ويجدر التذكير على أنه في إطار إصلاح المنظومة الصحية، الذي دُشن بمقتضى القانون-الإطار رقم 06.22، حلت محل الوكالة الهيئة العليا للصحة المحدثة بموجب القانون رقم 07.22. وتُعهد إلى هذه الأخيرة مهمة ضمان استدامة المنظومة الصحية، وتعزيز جودتها وأدائها من خلال المهام الموسّعة المسندة إليها. وتتولى كذلك التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، واعتماد المؤسسات الصحية بالقطاعين العام والخاص، والقيام بمهمة الوساطة في النزاعات بين مهنيي الصحة، وتقييم جودة الخدمات المقدمة للمرتفقين. علاوة على ذلك، تضطلع الهيئة بدور استشاري في السياسات العمومية المتعلقة بالصحة، مساهمة، في نفس الوقت، في إعداد الدلائل المتعلقة بالتكوين وإرساء الممارسات الطبية السليمة.

4.1.2.II الهيئات المدبّرة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض

تضطلع الهيئات المكلفة بتدبير التأمين عن المرض في المغرب بدور أساسي في ضبط العلاجات وتمويلها وتتبع الولوج إليها، بما في ذلك توزيع الأدوية. وينعكس تدخلها على كافة مراحل سلسلة توزيع الأدوية، ابتداءً من استيرادها أو تصنيعها، وصولا إلى صرف الدواء للمرضى.

يتولى تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من فاعلان رئيسيان:

1. الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي: يتكلف بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة موظفي وأعوان القطاع العام،
2. الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي: يتولى تدبير هذا النظام لفائدة أجراء القطاع الخاص، كما يشمل اختصاصه، في الآونة الأخيرة، فئة العمال غير الأجراء.

غير أن القانون رقم 54.23، الذي يعدّل ويتمم القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، أدرج تغييرات جوهرية، تمثلت في إسناد التدبير المركزي للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وبموجب هذا المقتضى، أصبح الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يتولى تدبير التغطية الصحية لفائدة جميع المؤمن لهم، سواء موظفي القطاع العام، أو أجراء القطاع الخاص، وكذا الأشخاص في وضعية هشاشة اقتصادية (AMO-Tadamoun).

وفيما يتعلق بالأدوية، تتولى الهيئة للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض المهام الأساسية التالية:

- دراسة طلبات تحمل الأدوية المكلّفة والموافقة عليها،
- التنسيق مع وزارة الصحة والحماية الاجتماعية والوكالة الوطنية للتأمين الصحي لتحديد نسبة التعويض، وتحيين قائمة الأدوية القابلة للتعويض،
- التعويض عن الأدوية المدرجة ضمن القائمة الرسمية للمنتجات القابلة للتعويض.

فمنذ تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ليشمل كافة المواطنين، أضحت شريحة واسعة من المغاربة تستفيد من خدمات الهيئة المدبّرة، ما أفضى إلى ارتفاع معدل استهلاك الأدوية وتغيير بنية الطلب (على سبيل المثال، زيادة الإقبال على الأدوية الجنيسة حسب سياسات التعويض).

فضلا عن ذلك، يمكن أن يفرز التدبير الإداري لملفات التعويض تأخرا هاما في تسديد المبالغ المسترجعة، ما يرخي بثقله على السيولة المالية للجهات الفاعلة في السلسلة، خاصة صيادلة الصيدليات، ومن ثم المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة.

وخلاصة لما سبق، تتبوأ الأطراف الفاعلة المؤسساتية الرئيسية المذكورة أعلاه، بما فيها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية والوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية والوكالة الوطنية للتأمين الصحي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، مكانة جوهرية في سلسلة توزيع الأدوية، بصفتها جهات معنية بالضبط والتمويل والمراقبة. وتمارس تأثيرا مباشرا على خيارات الأدوية المستهلَكة، وعلى بنية الأسعار، وعلى الجدوى الاقتصادية للمتدخلين في القطاع.

2.2.II النسيج المهني والجمعوي المتدخل في توزيع الأدوية

على مستوى المنظمات المهنية، يمثل قطاع توزيع الأدوية ببلادنا، على سبيل المثال لا الحصر، بجمعيات تمثل قطاع الصناعة الدوائية، والتجمع المهني للتوزيع الصيدلي، والهيئة الوطنية للصيادية، ونقابات الصيادلة.

1.2.2.II الجمعيات الممثلِة لقطاع الصناعة الدوائية

تلتئم الشركات الصناعية الدوائية بالمغرب في ثلاث جمعيات مهنية رئيسية تضم:

- الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي: تضم أبرز الفاعلين على الصعيد الوطني، إلى جانب الشركات متعددة الجنسيات المتوفرة على وحدات إنتاج محلية. وقد تم، سنة 2021، اعتماد الفدرالية من طرف الاتحاد العام لمقاولات المغرب كهيئة ممثلة لقطاع الأدوية.
- الجمعية المغربية للدواء الجنيس: تمثل الشركات المتخصصة في صناعة الأدوية الجنيسة. وتضطلع بدور محوري في المنظومة الصحية وفي الاقتصاد الوطني، من خلال توفير بدائل علاجية آمنة وفعالة وفي متناول المواطنين،
- مقاولات الأدوية بالمغرب: جمعية مهنية تضم الفروع المغربية لمختبرات الأدوية الدولية. وتولي عناية خاصة بالابتكار والبحث والتطوير، بما يسهم في تعزيز منظومة صحية تستجيب لأعلى المعايير الدولية.

وتلتزم هذه الجمعيات الثلاث، وهي هيئات غير ربحية تجمعها قيم مشتركة، بالتقيد بالمبادئ الأساسية للمهنة، لاسيما ما يتعلق بضمان الولوج إلى الأدوية، وتعزيز استفادة المواطنين المغاربة من علاجات ذات جودة.

2.2.2.II جمعية الفاعلين في توزيع الأدوية بالجملة

يعد التجمع المهني للتوزيع الصيدلي منظمة مهنية تضم أبرز الفاعلين الرئيسية في توزيع المنتجات الصيدلية بالجملة، خاصة المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة. وتكمن مهمتها في تمثيل والدفاع عن مصالح أعضائها، واعتماد معايير الجودة والممارسات السليمة في القطاع.

ويحتل هذا التجمع مكانة استراتيجية في تنظيم سلسلة توزيع الأدوية، إذ يسهر على تتبع مسار المنتجات الصحية الموجهة للمرضى، وضمان جودتها، وتعزيز الولوج إليها. ويضمن كذلك سلامة الإمدادات بالأدوية واستمراريتها، لفائدة الصيدليات والمؤسسات الصحية، وذلك في إطار احترام المعايير الوطنية والدولية.

3.2.2.II الهيئة الوطنية للصيادلة

تتولى الهيئة الوطنية للصيادية، المتمتعة بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي والمندرجة ضمن الهيئات المكلفة بمهام المرفق العام، تأطير مزاولة مهنة الصيدلة ببلادنا، وضبطها والإشراف عليها. وهي تضطلع بمهمة مزدوجة علمية وتأديبية وذلك وفقًا لمقتضيات الظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.75.453 بتاريخ 25 ذي الحجة 1396 (17 دجنبر 1976) المتعلق بإحداث هيئة للصيادلة.

وتسهر الهيئة على احترام أخلاقيات المهنة، وعلى إرساء الأسس لمزاولتها، وعلى توفير العلاجات ذات جودة من خلال ضمان كفاءة الصيادلة والحرص على انضباطهم ونزاهتهم. وتنخرط كذلك في مسار تسليم الإذن بمزاولة المهنة في القطاع الخاص، وفي إبداء رأيها بشأن إحداث المؤسسات الصيدلية.

تاريخيًا، تتكون الهيئة من مجلس وطني، يضم مجلسين جهويين (للشمال والجنوب)، ومجلس للصيادلة الإحيائيين، وكذا مجلس هيئة الصيادلة المصنّعين والموزعين.

وخضع هذا التنظيم للإصلاح بمقتضى القانون رقم 98.18 الصادر في 20 فبراير 2024 والمتعلق بالهيئة الوطنية للصيادلة. ويهدف إلى تكييف سير الهيئة وإطارها القانوني مع تطور المهنة ومع المتطلبات الجديدة لقطاع الأدوية والمتمثلة، أساسا، في إحداث مجالس جهوية وقطاعية ومؤتمر لمجالس الهيئة. ووفقا للقانون، يُشترط التقييد الإلزامي داخل الهيئة الوطنية للصيادلة لممارسة المهنة، إذ لا يجوز لأي أحد أن يقوم بأي عمل من أعمال مهنة الصيدلية، بأي صفة من الصفات، إلا إذا كان مقيدا في جدول الهيئة. وعليه، تضم الهيئة وجوبا جميع الصيادلة المؤهلين لممارسة المهنة بالقطاعين العام والخاص.

وفي نطاق مهام المرفق العام المسندة إليها بمقتضى القانون سالف الذكر، تتولى الهيئة عدة مسؤوليات مرتبطة بسلسلة توزيع الأدوية، على الخصوص. ولهذا الغرض، تُناط بها المهام الأساسية التالية:

- إبداء رأيها حول مشاريع النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بمزاولة مهنة الصيدلة المحال عليها من لدن الإدارة،
- إبداء رأيها حول طلبات إحداث الصيدليات والمؤسسات الصيدلية (الصناعية والموزعة بالجملة)، وحول جميع القضايا التي تخص الأنشطة الصيدلية،
- تسليم أذون مزولة مهنة الصيدلة بالقطاع الخاص، بما في ذلك صيادلة الصيدليات.

غير أنه، إلى تاريخ إعداد هذا التقرير، لم يتم بعدُ تفعيل الإصلاح، المذكور أعلاه، بصورة فعلية، إذ لم تُصدر بعد نصوصه التطبيقية، كما أن الهياكل الجديدة التي نص عليها القانون، ولا سيما المجالس الجهوية والقطاعية، لم تدخل بعد حيز التنفيذ. كما لم يتم الشروع في أي مسار انتخابي لتجديد البنيات التابعة للهيئة.

وبذلك، تواصل هذه الأخيرة عملها وفقا للمقتضيات السابقة. وبالنظر إلى عدم تجديد المجلس الوطني والمجالس الجهوية منذ عدة سنوات، تواجه المهنة وضعية جمود مؤسساتي تتجلى في غياب تمثيليات منتخبة، وحكامة قادرة على الاضطلاع بمهامها على الوجه الأمثل.

4.2.2.II نقابات الصيادلة

تمثل نقابات الصيادلة أعضاءها لدى مختلف المؤسسات العمومية والخاصة. وتتمثل مهمتها الأساسية في الدفاع عن حقوق الصيادلة، مع الحرص على حماية مصالح المهنيين ومهنة الصيدلة بشكل عام.

وبشكل أكثر تحديدا، تشارك نقابات الصيادلة في عدد من الأنشطة، من بينها تنظيم التكوين المستمر لأعضائها، كما تعمل على تعزيز الإعلام والتوعية والتواصل مع الرأي العام في مجال الصحة.

علاوة على ذلك، تضطلع بمهام عملية، على غرار تنظيم خدمات الحراسة. وتعين الصيدليات المعنية بالحراسة بالتنسيق والتشاور مع السلطات المحلية والمجلس الجهوي لهيئة الصيادلة. ويتوصل هذا الأخير بالتعيين من أجل المصادقة عليه، ثم تبليغه إلى العمالة. ويمكن لهذه الأخيرة التحقق من مدى الامتثال لمقتضيات المادة 111 من القانون رقم 17.04 التي تنص على أنه: "يحدد عامل العمالة أو الإقليم المعني أوقات فتح الصيدليات وإغلاقها، والكيفيات التي يتم وفقها تولي مهمة الحراسة باقتراح من المجلس الجهوي لهيئة الصيادلة".

وعلى الصعيد الوطني، تؤدي مختلف النقابات دورا رياديا في تفعيل السياسات المهنية، بفضل تنظيمها اللامركزي، وتنسيقها بين مختلف التمثيليات المحلية، وإنصاتها المستمر للصيادلة، وقدرتها على تبليغ تطلعاتهم إلى الجهات المعنية بفعالية.

الفصل الثالث: بنية سوق توزيع الأدوية بالمغرب

1.III المؤشرات الرئيسية والبيانات الاقتصادية لسوق الأدوية

على الرغم من أن هذا الرأي يهم سوق توزيع الأدوية المعدّة للاستعمال البشري، فإنه من الضروري وضعها في سياقها العام، أي سوق الأدوية ككل، ذلك أن التوزيع لا يشكل سوى حلقة ضمن سلسلة القيمة التي تمتد من البيع بالجملة، مرورًا بالتوزيع بالجملة، وصولًا في المرحلة النهائية إلى صرف الأدوية للمرضى. ومن ثم، لا يمكن فهم ديناميات التوزيع بشكل دقيق إلا في ضوء التطورات العامة التي يعرفها قطاع الأدوية، سواء على الصعيد الدولي أو الوطني. في هذا السياق، يستعرض هذا الجزء، المعزز بالإحصائيات، نظرة شمولية حول أبرز خصائص العرض والطلب في السوق المذكورة.

1.1.III على الصعيد العالمي

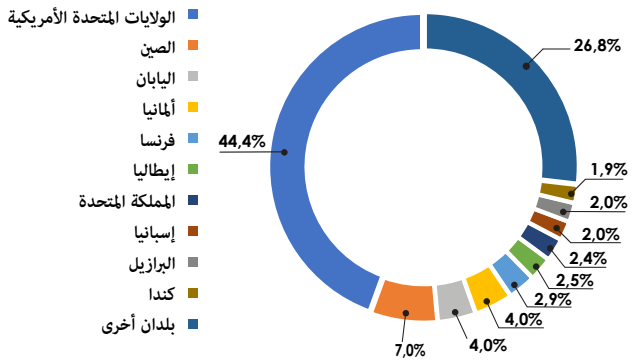
على الصعيد العالمي، يتميّز سوق الأدوية بدينامية نمو قوية، مدفوعة بالابتكار في مجال العلاجات، وشيخوخة السكان، وتزايد الإصابة بالأمراض المزمنة، فضلًا عن التوسّع التدريجي في الولوج إلى العلاجات في عدة بلدان. وفي 2023[5]، بلغ حجم السوق نحو 1607 مليار دولار، مسجّلًا نموا بنسبة 8,2 في المائة مقارنة بسنة 2022، وفقا لمنصة "IQVIA"[6].

وفيما يتعلق بالطلب، استحوذت عشرة أسواق على نحو 73,2 في المائة من رقم المعاملات الذي حققته سوق الأدوية العالمية، تأتي في مقدمتها الولايات المتحدة الأمريكية بحصة قدرها 44,4 في المائة من المبيعات العالمية، متبوعة بالصين (7,0 في المائة)، واليابان (4,0 في المائة). وفي أوروبا، تصدرت ألمانيا وفرنسا وإيطاليا (4,0 و2,9 و2,5 في المائة على التوالي) من بين الأسواق الرئيسية. وجسدت البرازيل (2,0 في المائة) الصعود التدريجي لبعض الأسواق الناشئة.

[5] اعتُمدت الأرقام المسجلة في 2023، المتاحة حديثا، في ظل غياب بيانات موثوقة لعام 2024.

[6] تعد "IQVIA" (الحاملة سابقا لاسم "Quintiles IMS Health") شركة أمريكية متعددة الجنسيات، ومتخصصة في توفير بيانات ذات الصلة بالصحة، وإجراء التحليل المتقدم، وتقديم حلول تكنولوجية وخدمات الأبحاث السريرية.

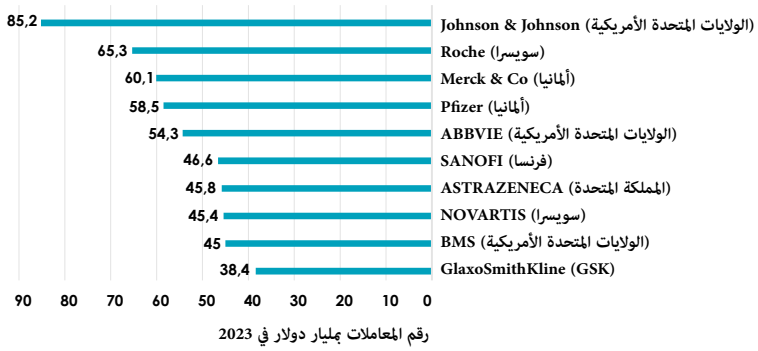
الرسم البياني 1: أهم أسواق الأدوية العالمية برسم 2023



المصدر: مقاولات الأدوية بالمغرب ومنصة "IQVIA"

ومن حيث العرض، استحوذت أكبر مجموعات الأدوية العشر في العالم، دون غيرها، بنحو 33,9 في المائة من حصص السوق في 2023، مبرزة الدور المحوري للشركات المتعددة الجنسيات في هيكلة العرض العالمي.

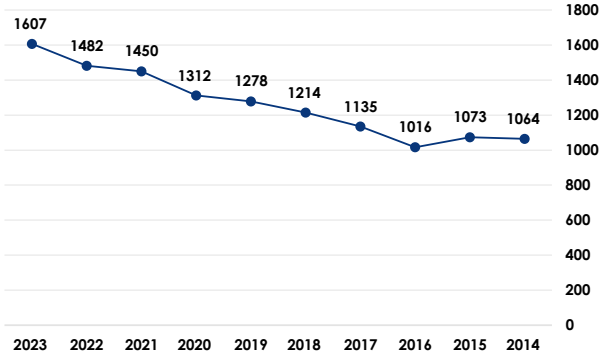
الرسم البياني 2: أكبر شركات الأدوية العشر في العالم برسم 2023



المصدر: بيانات وفّرتها مقاولات الأدوية بالمغرب "LEEM"

ارتفعت نفقات الأدوية العالمية من 1271 مليار دولار في 2019 إلى 1607 مليار دولار في 2023، بزيادة قدرها 26 في المائة في هذه الفترة. وعُزي هذا النمو كذلك إلى العلاجات المبتكرة المطروحة في السوق، خاصة في مجالات الأورام (الأنكولوجيا)، وأمراض المناعة الذاتية، والتكنولوجيا الحيوية والمقرونة عادة بتكاليف باهظة.

الرسم البياني 3: نفقات الأدوية العالمية بمليار دولار (باستثناء لقاحات كوفيد-19)



المصدر: مقاولات الأدوية بالمغرب ومنصة "IQVIA"

2.1.III على الصعيد الوطني

خلال سنة 2024، بلغ حجم سوق الأدوية بالمغرب 25,9 مليار درهم، مسجلة نموا بنسبة 9,6 في المائة مقارنة بسنة 2023، وتمثل نسبة 1,6 في المائة تقريبا من الناتج الداخلي الإجمالي الوطني.

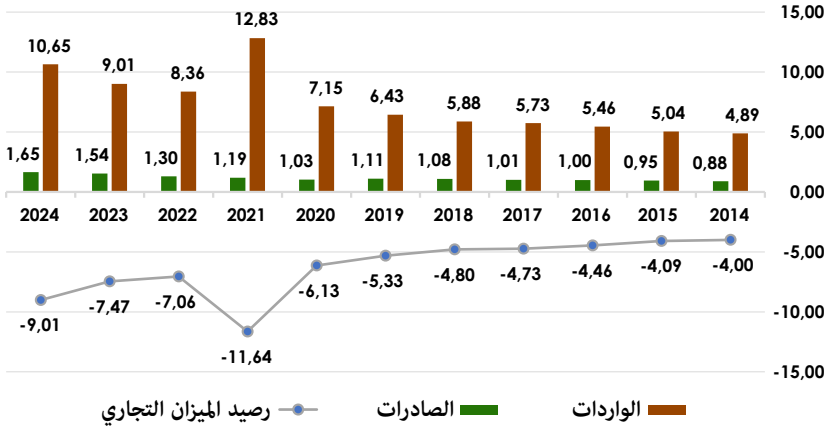
ومن حيث محفظة الأدوية المتداولة حاليًا، يتوفر أزيد من 7500 دواء على الإذن بالعرض في السوق، بما فيها الأدوية المستوردة والمصنّعة محليا. ويغطي الإنتاج المحلي 52 في المائة من حاجيات السوق من حيث القيمة ونحو 75 في المائة من حيث الحجم، بفضل عرض يتكون من 78 في المائة من الأدوية الجنيسة و36 في المائة من الأدوية الأصلية المصنّعة محليا. وخلال سنة 2024، بلغت نسبة اختراق الأدوية الجنيسة إلى السوق 56,1 و50,4 في المائة من حيث الحجم والقيمة على التوالي[7].

ومن جهة أخرى، يُوجَّه نحو 11 في المائة من الإنتاج الوطني من الدواء إلى التصدير، أساسًا نحو القارة الإفريقية. وفي المقابل، يواصل المغرب اعتماده القوي على الواردات من المواد الأولية الصيدلية (المواد الفعالة والسواغات) والأدوية الجاهزة.

خلال الفترة الممتدة بين 2014 و2024، تضاعفت واردات الأدوية تقريبا، منتقلة من نحو 4,9 مليار درهم سنة 2014 إلى أزيد من 10,6 مليار درهم سنة 2024. وفي المقابل، سجلت صادرات الأدوية نمواً أكثر تواضعاً، إذ ارتفعت من 884 مليون درهم إلى حوالي 1,6 مليار درهم خلال الفترة نفسها. وقد أدى هذا التطور إلى عجز تجاري مهم وهيكلي، تفاقم تدريجياً على مدى العقد ليبلغ حوالي 9 مليارات درهم سنة 2024.

ويوضح الرسم البياني أدناه، التطور المقارن للواردات والصادرات ورصيد الميزان التجاري لسوق الأدوية بالمغرب خلال الفترة الممتدة من 2014 إلى 2024:

الرسم البياني 4: تطور الواردات والصادرات ورصيد الميزان التجاري لسوق الأدوية المغربية للفترة 2014-2024 (بمليار درهم)

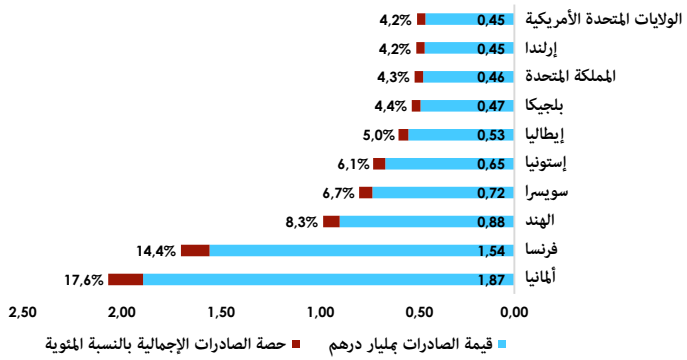


المصدر: أُعدّ استنادا إلى بيانات وفّرتها الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي "FMIIP"

[7] وفقا للبيانات التي وفّرتها الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي.

خلال سنة 2024، ظلت الواردات المغربية من الأدوية مركزة بشكل كبير، إذ استحوذت البلدان العشر الرئيسية الموردة وحدها، على أزيد من 75 في المائة من القيمة الإجمالية للواردات. وتأتي في طليعتها ألمانيا بقيمة قدرها 1,87 مليار درهم، بما يعادل 18 في المائة من الواردات الإجمالية، تليها فرنسا بقيمة قاربت 1,54 مليار درهم، بما يناهز 14 في المائة، ثم الهند وسويسرا (8 و7 في المائة على التوالي)، ومجموعة من البلدان الأوروبية مثل إستونيا (6 في المائة)، وإيطاليا (5 في المائة)، وبلجيكا (4 في المائة)، والمملكة المتحدة (4 في المائة)، وإيرلندا (4 في المائة). وتُكمِل الولايات المتحدة هذا التصنيف ضمن العشرة الأوائل بنسبة 4,2% من الواردات. ويعكس هذا التمركز الجغرافي الاعتماد القوي للسوق الوطنية على الموردين من أوروبا وآسيا، لاسيما فيما يتعلق بالأدوية باهظة الثمن وذات القيمة المضافة العالية.

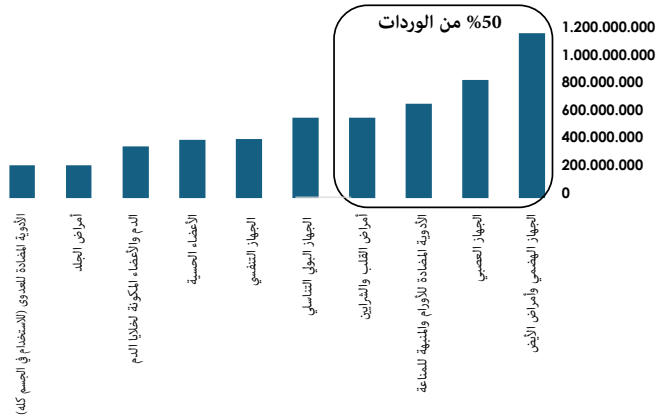
الرسم البياني 5: توزيع الواردات المغربية من الأدوية حسب البلدان العشر الأوائل الموردة برسم 2024



المصدر: أُعدّ استنادا إلى بيانات وفّرتها الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي

في ظل عدم توفر معطيات تخص سنة 2024، أفادت دراسة أجرتها الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي، حول تثمين الإنتاج المحلي للأدوية الجنيسة والمثيلات الحيوية بالمغرب، أن الفئات العلاجية الأكثر استيرادا، برسم 2023، همت أساسا الأدوية الخاصة بالجهاز الهضمي وأمراض الأيض والجهاز العصبي، والأدوية المضادة للأورام والمعدِّلة للمناعة، وأمراض القلب والشرايين، وذلك وفق تصنيف التشريح العلاجي الكيميائي.

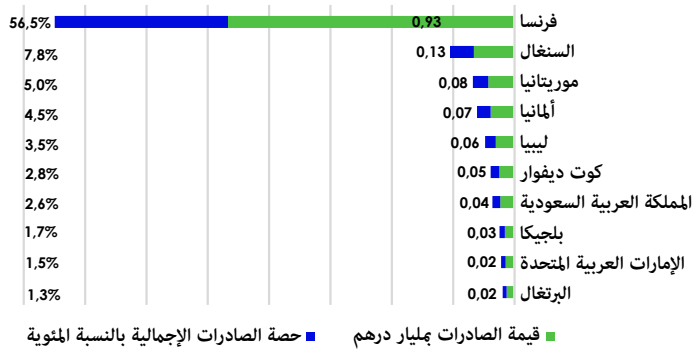
الرسم البياني 6: أبرز فئات الأدوية العشر المستوردة بالمغرب حسب تصنيف التشريح العلاجي الكيميائي برسم 2023



المصدر: مقتطف من الدراسة المنجزة من لدن الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي

وارتباطا بالصادرات، بلغت مبيعات المغرب من الأدوية الموجّهة إلى فرنسا 929,86 مليون درهم برسم سنة 2024، بنسبة فاقت 56 في المائة من القيمة الإجمالية المصدَّرة. وتبعتها السنغال وموريتانيا وألمانيا وليبيا وكوت ديفوار (بنسب 7,8 و5 و4,5 و3,5 و2,72 في المائة على التوالي).

الرسم البياني 7: توزيع الصادرات المغربية من الأدوية حسب البلدان برسم 2024



المصدر: أُعدّ استنادا إلى بيانات وفّرتها الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي

قد يشير تركيز الصادرات اللافت على فرنسا، عند قراءة أولية، بكون منافذ سوق الأدوية المغربية تستهدف، في الغالب، القارة الأوروبية، غير أن هذا الاستنتاج يظل مضلِّلًا، ذلك أن الحصة المرتفعة للصادرات تُفسر، أساسا، بعمليات عبور الأدوية التي تتم عبر المنصات اللوجستية المتخصصة والواقعة، بالخصوص بفرنسا، على غرار "Planet Pharma"، التي تضطلع بدور الوسيط في إعادة تصدير الأدوية نحو الأسواق الإفريقية.

وفيما يتعلق بالمنظومة الدوائية، يتوفر المغرب على نسيج مهني منظم يضم 56 مؤسسة صيدلية صناعية، و66 مؤسسة صناعية موزعة بالجملة، ونحو 14.000 صيدلية.

وتنفرد سوق الأدوية الوطنية بمطابقتها للمعايير الدولية، إذ تصنف منظمة الصحة العالمية المغرب ضمن المنطقة الأوروبية من حيث الجودة. وحصل المختبر الوطني لمراقبة الأدوية على شهادة التأهيل لمعايير جودة وسلامة الأدوية (pré-qualification) التي تمنحها المنظمة، وعلى شهادة المديرية الأوروبية لجودة الأدوية. إضافة إلى ذلك، يتمتع المركز الوطني لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية، المعترف به من لدن المنظمة المذكورة، بأزيد من 30 سنة من الخبرة في مجال تتبع الآثار الجانبية للأدوية.

وفي الوقت الراهن، تستعين الصناعة الدوائية بالمغرب بقدرات إنتاجية متقدمة، تتراوح بين الأشكال المعيارية والأشكال الصيدلية المعقدة والمبتكرة، من قبيل المثيلات الحيوية، والعلاج الكيميائي الهرموني، والأنسولين في حقن جاهزة للاستخدام، وأكياس التغذية بالحقن، والبخاخات التي شُرع في إنتاجها سنة 2019. كما يوجد كذلك مصنع للهرمونات رُخص له سنة 2020.

إذا كان تحليل العرض أسفر عن إيقاع النمو الذي يسجله النسيج الصناعي الصيدلي والمقرون بتنوع قدرات إنتاج الأدوية، فإن من الضروري، بالموازاة تحليل دينامية الطلب الوطني، ولا سيما من خلال دراسة مستويات الاستهلاك وحجم نفقات الأدوية على الخصوص.

فعليا، تستحوذ الأدوية على حصة كبيرة من النفقات الصحية في المغرب، خاصة في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الذي يستفيد منه حاليا 27,8 مليون شخص[8].

[8] مجموع المستفيدين المنخرطين في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

خلال سنة 2024، ناهزت نفقات الأدوية (باستثناء الأدوية دون وصفة طبية) التي تحمّلها المؤمنون، المشمولين بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض للهيئات المدبرة (الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)، 11,86 مليار درهم[9]. ويستعرض الجدول، أدناه، تطور هذه النفقات طيلة العقد الماضي:

الجدول 2: تطور نفقات الأدوية التي تحمّلها المؤمنون المنخرطون في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في الفترة 2014-2024

السنوات	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي		الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي	
	عدد المستهلكين (الأشخاص المصابون بمرض)	نفقات الأدوية المصروفة من قبل المؤمنين (بمليون درهم)	عدد المستهلكين (الأشخاص المصابون بمرض)	نفقات الأدوية المصروفة من قبل المؤمنين (بمليون درهم)
2014	841 135	1 172 851 378	1 067 416	1 973 144 694
2015	946 012	1 263 249 203	1 091 368	1 945 113 250
2016	1 073 144	1 470 511 017	1 129 207	2 019 860 609
2017	1 175 049	1 670 988 019	1 160 572	2 265 973 395
2018	1 275 963	1 862 105 356	1 138 869	2 260 105 681
2019	1 399 596	2 133 524 400	1 180 970	2 383 181 447
2020	1 335 473	2 239 284 683	1 102 911	2 349 126 279
2021	1 586 165	2 806 930 814	1 230 102	3 066 184 673
2022	2 035 775	3 329 549 608	1 295 324	3 184 642 911
2023	3 378 581	6 080 836 445	1 312 796	3 321 722 478
2024	4 846 338	1 172 851 378	1 067 416	1 973 144 694

المصدر: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

عرفت نفقات الأدوية نمواً متواصلاً خلال الفترة 2014-2024 من طرف المؤمنين المنخرطين في نظامي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS) والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS)، مع تسارع ملحوظ ابتداءً من سنة 2022، خاصة على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالتزامن مع تعميم التأمين الإجباري عن المرض. (AMO) وهكذا:

- على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ارتفعت مصاريف الأدوية التي أنفقها الأشخاص المصابون بمرض بسبعة أضعاف، منتقلة من 1,17 مليار درهم في 2019 إلى 8,29 مليار درهم في 2024. وسجل عدد الأشخاص المصابين زيادة هائلة بنحو 5,8 ضعف. وبين عامي 2021 و2024، ازداد عدد المنخرطين في الصندوق من 8,6 إلى 24,7 مليون شخص.
- على مستوى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، ارتفعت نفقات الأدوية من 1,97 إلى 3,58 مليار درهم، بزيادة قدرها 81 في المائة طيلة العشر سنوات المنصرمة. وازداد عدد المستهلكين من 1,06 إلى 1,35 مليون شخص، مرتفعا بنسبة 27 في المائة. وظل عدد المنخرطين في الصندوق مستقرا نسبيا، في حدود 3,1 مليون شخص منذ سنوات.

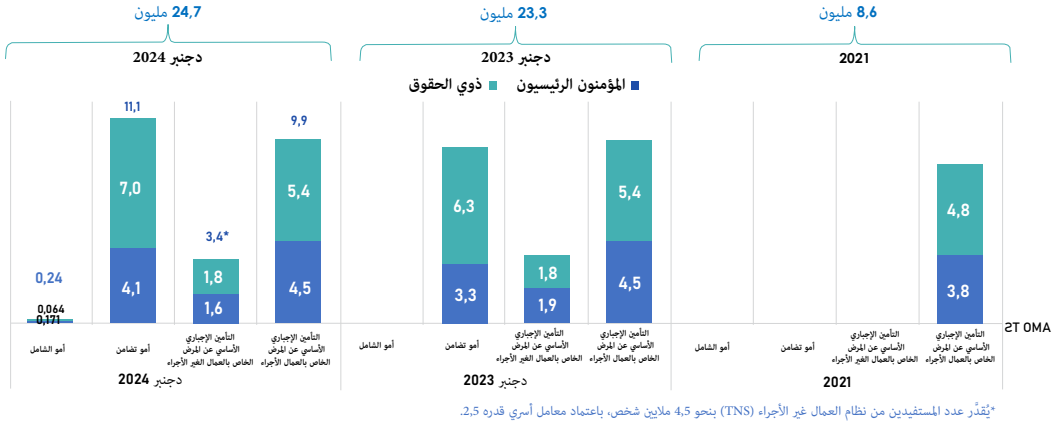
[9] بيانات مستقاة من الاستبيانات الموجّهة إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

وتعود أسباب ارتفاع عدد المنخرطين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إلى الشروع في تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ابتداء من سنة 2022، الذي شكلت محطة بارزة في ورش تعميم الحماية الاجتماعية، وفي مقدمتها التغطية الصحية الشاملة، ويُعدّ هذا الورش إصلاحًا بنيويًا ذا بعد اجتماعي عميق، مدعومًا برؤية ملكية مستنيرة وإرادة سياسية قوية يروم إرساء مقومات دولة اجتماعية منصفة، تضع الصحة في صلب التنمية البشرية.

ويستند تعميم التغطية الصحية الشاملة إلى ركيزتين أساسيتين:

- توسيع نطاق التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ليشمل كافة الأشخاص النشيطين، خاصة العمال غير الأجراء،
- إدماج الفئات الهشة، المشمولة سابقا بنظام المساعدة الطبية (راميد) والبالغ عددها أكثر من 11 مليون شخص، في نظام الاشتراكات مع تحمل الدولة للمساهمات في إطار صندوق التماسك الاجتماعي.

الرسم البياني 8: تطور تعميم التغطية الصحية للفترة 2021-2024

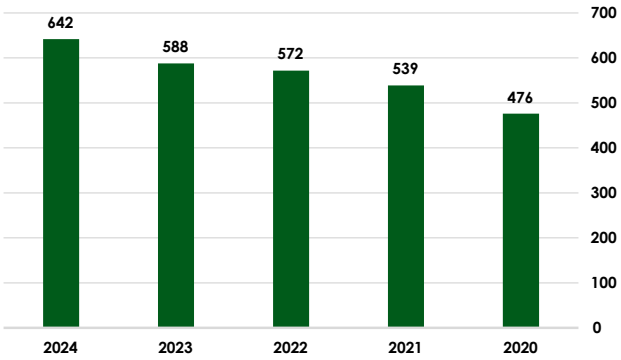


*يُقدّر عدد المستفيدين من نظام العمال غير الأجراء (TNS) بنحو 4,5 ملايين شخص، باعتماد معامل أسري قدره 2,5.

المصدر: بيانات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

من المرتقب أن يؤدي تعميم التغطية الصحية إلى تغيير دينامية الطلب على العلاجات، لا سيما فيما يتعلق باستهلاك الأدوية ونفقاتها. كما يُتوقع أن يرتفع معدل استهلاك الأدوية تدريجيا، بالموازاة مع ولوج مؤمنون جدد إلى الخدمات الصحية. غير أنه، ووفقاً للمعطيات التي قدمها المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب (CRPOS)، فإن مستوى استهلاك الأدوية لا يزال محدوداً.

الرسم البياني 9: تطور الاستهلاك الخاص والسنوي للفرد من الأدوية بالقيمة بالمغرب بالدرهم (2020-2024)



المصدر: المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب

أفاد تحليل تطور استهلاك الأدوية لكل فرد قبل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وبعده، أن مستوى الاستهلاك ظل معتدلا نسبيا، بالرغم من توسيع نطاق التغطية الصحية، إذ بلغ متوسط الإنفاق السنوي لكل فرد 642 درهما سنة 2024، مقابل 588 و476 درهما سنتي 2023 و2020 على التوالي، بزيادة شاملة قاربت 35 في المائة، والتي لا ترقى إلى المستويات المسجلة في عدة بلدان، بالرغم من أهميتها. كمثال على ذلك، بلغت نفقات على الأدوية، لكل فرد 17060 و7992 و5372 و4259 درهما في الولايات المتحدة الأمريكية وألمانيا وفرنسا والبرتغال على التوالي[10].

2.III تنظيم توزيع الأدوية

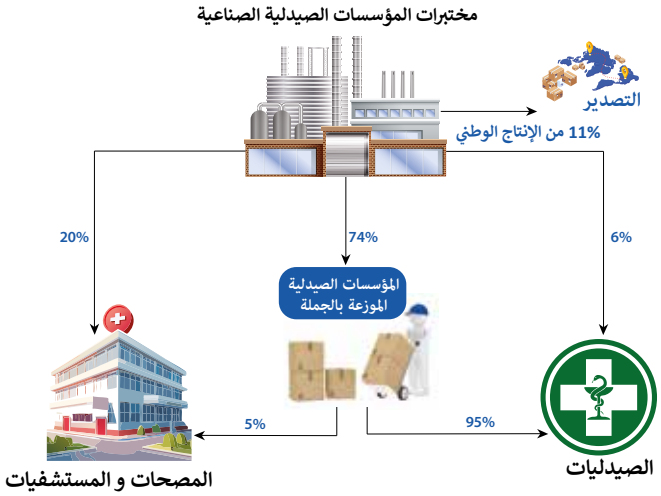
1.2.III مسالك توزيع الأدوية بالمغرب

قبل التطرق لمختلف الفاعلين المتدخلين في توزيع الأدوية بشكل مفصل، من المناسب البدء بتقديم عرض عام لتنظيم مسالك توزيع الأدوية.

يحتكم توزيع الأدوية بالمغرب إلى منظومة هيكلية ومؤطرة بأحكام القانون رقم 17.04. وترتكز هذه المنظومة، التي تربط المؤسسات الصيدلية الصناعية المعنية بصنع الأدوية واستيرادها بالمرضى، أي المستهلكين النهائيين، على مستويين من التوزيع: التوزيع بالجملة والتوزيع بالتقسيط (صرف الأدوية).

وتوضح الخطاطة، أسفله، أبرز الفاعلين ومسالك سلسلة توزيع الأدوية. وطبقا لأحكام القانون سالف الذكر، يستند التوزيع وجوبا إلى إطار منظم وضامن لجودة الأدوية وسلامتها وتتبع مسارها:

الشكل 1: الجهات الفاعلة ومسالك توزيع الأدوية بالمغرب



المصدر: الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي ومنصة "IQVIA"

في مستهل سلسلة التوزيع، تتولى المؤسسات الصيدلية الصناعية التصنيع المحلي للأدوية أو استيرادها لتلبية حاجيات السوق الوطنية، وتصديرها كذلك إلى السوق الدولية. بعد ذلك، يُوجه القسط الأكبر من الإنتاج والاستيراد إلى التوزيع التقليدي الذي تسهر عليه، أساسا، المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة. وتضطلع هذه الأخيرة بدور الوسيط بين الصيدليات والشركات الصناعية.

[10] المصدر: تقرير منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE) تحت عنوان: "لمحة عامة عن الصحة برسم 2025 ومؤشرات المنظمة".

وعمليا، تقتني المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة نحو 74 في المائة من الأدوية من المؤسسات الصيدلية الصناعية مباشرة، بهدف توزيعها بالجملة على الصيدليات في المقام الأول، باعتبارها وجهتها التسويقية الرئيسية. ومن ثم، تُوجه 95 في المائة من مبيعات الموزعين بالجملة إلى الصيدليات، ما يضمن تسليم الكميات بصفة منتظمة وفي كامل التراب الوطني. ويتم التوزيع أربع مرات يوميا في المدن الكبرى، ومرتين في اليوم في المدن الصغرى، ومرة واحدة في اليوم في الوسط القروي.

بالمقابل، تظل مخزونات الأدوية الذي تمد بها المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة المصحات والمستشفيات محدودة، ولا تتعدى 5 في المائة تقريبا من مبيعاتها. وسعيا منها إلى تلبية حاجياتها، تقوم هذه المصحات والمستشفيات بالتموين مباشرة من المؤسسات الصيدلية الصناعية، بنسبة تقارب 20 في المائة من التوزيع بالجملة.

في القطاع العام، يستند اقتناء الأدوية، أساسا، إلى طلبات العروض التي تنظمها مديرية التموين بالأدوية والمنتجات الصحية التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، أو إلى الصفقات التي تبرمها المراكز الاستشفائية الجامعية. وفي القطاع الخاص، توجه المصحات والمجموعات الصحية طلبيات مباشرة إلى المؤسسات الصيدلية الصناعية أو إلى المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة في حالات نادرة، لاسيما إذ كانت تتولى التوزيع بالتفويض المنصوص عليه في المادة 89 من القانون رقم 17.04[11]، ويتم ذلك غالباً على أساس مفاوضات مباشرة مع المؤسسات الصيدلانية الصناعية، لا سيما من خلال طلبات عروض أو أوامر شراء. وتحدد هذه الطلبات سعر الشراء، والكميات المطلوبة، وكيفيات التسليم. ويمكن أن تتضمن شروطا تفضيلية على شكل خصومات أو تخفيضات أو وحدات مجانية.

إلى جانب هذا المسار التقليدي، توجد مسالك أخرى لتوزيع الأدوية، من بينها التوزيع بالجملة المباشر للأدوية من طرف المؤسسات الصيدلية الصناعية نحو الصيدليات، والذي يمثل حوالي 6٪ من مبيعاتها. وعليه، فإن تنظيم مسالك توزيع الأدوية في المغرب يعكس تقسيماً وظيفياً بين المسار الصيدلي القائم على وساطة الموزعين بالجملة، والمسار الاستشفائي الذي يكون في الغالب أكثر مباشرة وأقل اعتماداً على الوسطاء.

وأخيرا، لا ينبغي إغفال الدور الحاسم الذي يضطلع به الطبيب، الواصف، في توجيه توزيع الأدوية، فرغم أن تدخله ينصبّ أساسًا على تشخيص حالة المرضى والتكفل العلاجي بهم، فإنه يمارس تأثيرًا جوهريًا في اختيار العلاجات، بما يحدد في نهاية المطاف طبيعة الطلب على الأدوية. ويراهن هذا الأخير على زيارات المندوبين الطبيين لمواكبة المستجدات العلاجية أو استخدامات جديدة أو توصيات الممارسات السليمة. ويشارك كذلك في ندوات أو مؤتمرات أو دورات تكوينية مستمرة تنظمها شركات الأدوية.

2.2.III الفاعلون في توزيع الأدوية بالمغرب

يتطلب توزيع الأدوية بالمغرب تعبئة عدد كبير من الأطراف الفاعلة المتدخلة في السلسلة بمستوياتها المختلفة، طبقا للتنظيم الجاري به العمل. ويساهم كل طرف في تسهيل الولوج إلى الأدوية، وضمان وفرتها وسلامتها في مجموع التراب الوطني.

[11] يجوز للمؤسسات الصيدلية الصناعية تفويض بعض العمليات (تصنيع الأدوية أو مراقبتها أو توضيبها أو تخزينها أو بيعها أو توزيعها) إلى مؤسسات صناعية أخرى إلى مؤسسات صيدلية موزعة بالجملة، بناء على عقد تقني يصادق عليه المجلس الوطني لهيئة الصيادلة.

1.2.2.III المؤسسات الصيدلية الصناعية

تُشكّل المؤسسات الصيدلية الصناعية الحلقة الأولى في سلسلة توزيع الأدوية، والجهة المعنية بعرض الأدوية في السوق، سواء عبر الإنتاج المحلي أو الاستيراد. ولا يقتصر دورها على التصنيع فحسب، بل يمتد ليشمل كذلك أنشطة التوزيع، من خلال بيع الأدوية بالجملة للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، وعلى توزيعها بالجملة مباشرة على مخازن الأدوية في المصحات والمستشفيات وعلى الصيدليات، فضلًا عن تصديرها إلى الأسواق الخارجية.

ويتوفر المغرب، حاليا، على 56 مؤسسة صيدلية صناعية مرخَّصًا لها، موزعة على شركات صناعية وطنية وفروع تابعة لشركات متعددة الجنسيات.

ووفقا للبيانات الصادرة عن المديرية العامة للضرائب، بلغ رقم المعاملات الذي حققته هذه المؤسسات 25,91 مليار درهم تقريبا سنة 2024، بزيادة قدرها 9,6 في المائة مقارنة بسنة 2023، ونحو 58 في المائة قياسا على سنة 2016.

2.2.2.III المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

تعتبر المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة الجهة الرئيسية المتدخلة في سلسة التوزيع. وتتولى شراء الأدوية وحيازتها وتوزيعها بالجملة على الصيدليات وعلى مخازن الأدوية في المصحات. ويمكنها كذلك تصدير الأدوية، شريطة الحصول على ترخيص المؤسسة الصيدلية الصناعية الحاملة للإذن بالعرض في السوق، طبقا لأحكام المادة 19 من القانون رقم 17.04.

خلال سنة 2024، بلغ عدد هذه المؤسسات، النشطة على الصعيد الوطني، 66، منجزة رقم معاملات ناهز 16,26 مليار درهم في نفس السنة، بزيادة قدرها 11,3 في المائة مقارنة برقم المعاملات المسجل سنة 2023، والبالغ 14,61 مليار درهم.

ومن ضمن هذه المؤسسات، ينتسب أزيد من 60 في المائة من الفاعلين إلى ست (6) مجموعات كبرى تستأثر بأكثر من 84 في المائة من حصص السوق. بالمقابل، يتكون العدد المتبقي من أطراف فاعلة مستقلة.

الجدول 3: توزيع الحصص السوقية حسب الفاعلين (في 2024)

الفاعلون	حصة السوق بالنسبة المئوية
المجموعة A	24,1
المجموعة B	21,7
المجموعة C	19,5
المجموعة D	8,7
المجموعة E	6,2
المجموعة F	4,5
فاعلون مستقلون	15,3
المجموع	100

المصدر: أُعدّ استنادا إلى بيانات الاستبيان الموجه إلى المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

3.2.2.III الصيدليات

تُشكّل الصيدليات الحلقة الأخيرة في سلسلة التوزيع، إذ تتولى صرف الأدوية، وتنفيذ الوصفات الطبية، وتقديم النصائح والإرشادات لفائدة المرضى بشأن الاستعمال المناسب للأدوية.

وتضم شبكة الصيدليات نحو 14.134 صيدلية[12] موزعة على عموم التراب الوطني، محققة رقم معاملات إجمالي بلغ 13,52 مليار درهم برسم سنة 2024.

في مجال التوزيع، تُعد هذه الأخيرة المنفذ التجاري الرئيسي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، كما تمثل أول نقطة اتصال بين المرضى والنظام الصحي.

3.III نظام تحديد أسعار الأدوية بالمغرب وهوامش ربح الفاعلين

في حين تم التطرق سابقاً إلى الإطار التنظيمي المتعلق بتحديد أسعار الأدوية، فإن هذا الجزء يتناول الآليات العملية المعتمدة وكذا هيكلة الهوامش المطبقة على مختلف الفاعلين في سلسلة توزيع الأدوية.

1.3.III تذكير بنظام تحديد أسعار الأدوية

لا تخضع أسعار الأدوية المعدّة للاستعمال البشري في المغرب لمنطق العرض والطلب، بل تؤطرها ترسانة تشريعية وتنظيمية خاصة، عملا بمقتضيات المادتين 2 و3 من القانون رقم 104.12 المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة. بالموازاة، تنص المادة 17 من القانون رقم 17.01 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة على أنه: "يظل سعر بيع الأدوية المصنعة محليا أو المستوردة للعموم محددا من لدن الإدارة وفق الشروط والكيفيات المحددة بنص تنظيمي".

ومن ثم، يندرج تحديد الأسعار ضمن اختصاصات وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، التي تتدخل بتفويض من رئيس الحكومة وبعد استطلاع رأي لجنة الأسعار المشتركة بين الوزارات[13].

ويحدد المرسوم رقم 2.13.852، الذي دخل حيز التنفيذ في 2013، سعر بيع الدواء للعموم الذي يتضمن، علاوة على سعر المصنع دون احتساب الرسوم، العناصر التالية:

- هامش ربح المؤسسة الصيدلية الموزعة بالجملة،
- هامش ربح الصيدلي،
- الضريبة على القيمة المضافة المحذوفة في 2024، ما أعفى الأدوية كليا منها.

- سعر الأدوية الأصلية

يُحدد سعر المصنع دون احتساب الرسوم، بالنسبة للدواء الأصلي (Princeps)، سواء كان مصنّعاً محلياً أو مستورداً ويتم طرح حديثا في السوق على أساس أدنى سعر مسجل في دول المقارنة (Benchmark) وكذلك في بلد المنشأ إذا كان مختلفاً عن هذه الدول، بعد تحويله إلى الدرهم.

وفي حال عدم تسويق الدواء في أي من الدول المرجعية، يتم تحديد السعر المصنع دون ضرائب بالاعتماد على السعر المعتمد في بلد المنشأ بعد تحويله إلى الدرهم.

أما مراجعة سعر الدواء الأصلي فتتم كل خمس سنوات، وذلك بمناسبة تجديد الإذن بالعرض في السوق، وتستند هذه المراجعة إلى متوسط الأسعار المطبقة في هذه البلدان المرجعية.

[12] وفقا لبيانات المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب برسم سنة 2024.

[13] يُعهد إلى هذه اللجنة، المحدثة بمقتضى المرسوم رقم 2.14.652 الصادر في فاتح ديسمبر 2014 بتطبيق القانون المتعلق بحرية الأسعار والمنافسة، إبداء رأيها في القضايا المتعلقة بتنظيم الأسعار، بما فيها الأدوية، واقتراح التدابير اللازمة لهذا الغرض (المادة 35).

- **سعر الأدوية الجنيسة**

يُحدد سعر الأدوية الجنيسة بناء على سعر الدواء الأصلي وبعد تطبيق نسبة انخفاض (تتغير حسب مستويات سعر المصنع دون احتساب الرسوم الأولي للدواء الأصلي).

الجدول 4: نسبة الفارق السعري للدواء الجنيس مقارنة بالدواء الأصلي

نسبة انخفاض الدواء الجنيس مقارنة بالدواء الأصلي		
سعر المصنع دون احتساب الرسوم الأولي للدواء الأصلي (بالدرهم)	نسبة الانخفاض	مثال
PFHT≤ 15	0%	**مثال لاحتساب السعر المرجعي الأدنى لدواء جنيس:** **سعر المصنع دون احتساب الرسوم للدواء الأصلي = 200 درهم** **نسبة الانخفاض = 40%** **السعر الأدنى للدواء الجنيس دون احتساب الرسوم = 120 درهم**
15 ≤ PFHT ≤ 30	15%	
30 ≤ PFHT ≤ 70	30%	
70 ≤ PFHT ≤ 150	35%	
150 ≤ PFHT ≤ 300	40%	
PFHT > 300	50%	
نسبة انخفاض سعر المثيلات الحيوية مقارنة بالأدوية الأصلية المستمدة من التكنولوجيا الحيوية		
كيفما كان السعر	30%	

المصدر: المرسوم رقم 2.13.852 الصادر في 14 من صفر 1435 (18 ديسمبر 2013)، والمتعلق بشروط وكيفيات تحديد سعر بيع الأدوية المصنعة محليا أو المستوردة للعموم

عندما لا يكون الدواء الأصلي غير مسوّق بالمغرب، يتم احتساب سعر المصنع دون احتساب الرسوم الخاص بالدواء الجنيس انطلاقا من السعر النظري للدواء الأصلي، المحدد بتطبيق قاعدة المقارنة المرجعية الدولية.

وتتم مراجعة أسعار الأدوية الجنيسة عند مراجعة سعر البيع للعموم لأدويتها الأصلية أو، في حالة عدم توفرها، لأول دواء جنيس أو مماثل حيوي مسجل بالمغرب، واستنادا إلى وسيط (médiane) أسعار الأدوية المسوّقة التي ستشكل السعر المرجعي الأقصى الجديد. ويتعين أن تكون أسعار الأدوية الجنيسة، التي تفوق السعر الأدنى المرجعي، متوافقة مع وسط الأسعار، بحيث لا يجوز تسويق أي دواء جنيس، بعد مراجعة سعر بيعه للعموم، بسعر يفوق سعر البيع للعموم لدوائه الأصلي.

2.3.III هوامش الربح الخام للفاعلين في توزيع الأدوية

يرتكز تنظيم هوامش ربح الأطراف الفاعلة في سلسلة توزيع الأدوية بالمغرب على منظومة هيكلية لتحديد التعريفة، وقائمة على أربعة أقسام محدّدة وفقا لسعر المصنع دون احتساب الرسوم. وتحدد هذه الأقسام هوامش الربح التي تجنيها المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة والصيادلة، علما أن الهوامش المحددة بنص تنظيمي تتطابق مع هوامش الربح التجارية المطبقة على سعر البيع، والمحتسبة على أساس الفرق مابين سعر البيع المطبق من لدن كل فاعل وسعر الشراء.

ويوضح الجدول، أسفله، منظومة تحديد هوامش ربح كل فاعل من الفاعلين في سلسلة التوزيع (المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة والصيادلة)، مشيرا كذلك إلى نسبة الاحتساب المعمول بها قبل إصلاح سنة 2013:

الجدول 5: منظومة تحديد هوامش ربح كل فاعل من الفاعلين في سلسلة التوزيع (المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة والصيادلة)

الأقسام	سعر المصنع دون احتساب الرسوم (بالدرهم)	هامش ربح المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة مقارنة بسعر العموم في المغرب (قبل إصلاح 2013)	هامش ربح المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة مقارنة بسعر المصنع دون احتساب الرسوم	هامش ربح المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة مقارنة بسعر البيع للعموم	هامش ربح الصيدلي مقارنة بسعر العموم في المغرب (قبل إصلاح 2013)	هامش ربح الصيدلي مقارنة بسعر المصنع دون احتساب الرسوم	هامش ربح الصيدلي مقارنة بسعر البيع للعموم
1	PFHT≤ 166	10%	9,9%	11%	30%	57%	33,93%
2	166<PFHT≤ 588		9,9%	11%		47%	29,73%
3	588<PFHT≤ 1766		1,66%	2%		300	300
4	PFHT>1766		1,66%	2%		400	400

المصدر: أُعد استنادا إلى المرسوم رقم 2.13.852 الصادر في 14 من صفر 1435 (18 ديسمبر 2013)، والمتعلق بشروط وكيفيات تحديد سعر بيع الأدوية المصنعة محليا أو المستوردة للعموم وعلى المعطيات المقدمة من طرف الجهات التي تم الاستماع إليها.

بالمقارنة مع النظام الذي كان معمولا به قبل إصلاح سنة 2013، كانت هوامش ربح المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة والصيادلة تُحتسب على أساس سعر العموم في المغرب. وبمقتضى المرسوم رقم 2.13.852، باتت طريقة الاحتساب تستند إلى سعر المصنع دون احتساب الرسوم.

وهكذا، يُستشف من مقارنة هوامش الربح الحالية، والمحددة بنص تنظيمي، مع سعر البيع للعموم ما يلي:

- **بخصوص المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة:**

• تجني هامش ربح نسبته 11 في المائة للأدوية التي يقل سعر المصنع دون احتساب الرسوم الخاص بها أو يعادل 588 درهما (القسمين 1 و2)، أي 9,9 في المائة مقارنة بسعر البيع للعموم.

• يُخفض هذا الهامش إلى 2 في المائة للأدوية التي يتجاوز سعر المصنع دون احتساب الرسوم الخاص بها 588 درهما (القسمين 3 و4)، أي 1,66 في المائة مقارنة بسعر البيع للعموم.

- **بخصوص الصيادلة:**

• يُحتسب هامش الربح بناء على سعر المصنع دون احتساب الرسوم بالنسبة المئوية، وبنسب مرتفعة للمنتجات منخفضة التكلفة للقسمين 1 و2، والبالغة توالياً 57 و47 في المائة مقارنة بسعر المصنع دون احتساب الرسوم (أي 33,93 و29,76 في المائة من سعر البيع للعموم على التوالي)،

• علاقة بالأدوية المكلفة والمندرجة ضمن القسمين 3 و4، يُحدد هامش الربح الجزافي في 300 درهم للقسم 3 و400 درهم للقسم 4.

- **بخصوص الأدوية المستوردة**، تُضاف إلى سعر المصنع دون احتساب الرسوم نسبة 10 في المائة، تشمل هامش ربح المستورد ومصاريف الإيصال والرسوم الجمركية.

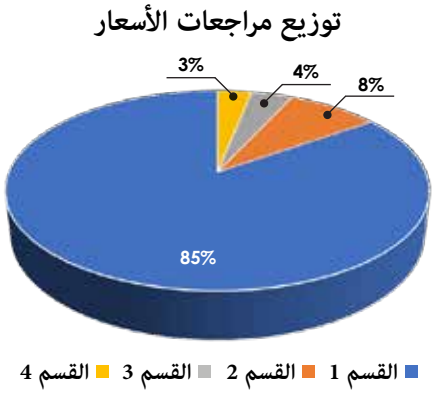
- **بخصوص الأدوية الموجهة إلى مخازن المصحات والمستشفيات**، يُحدد ثمن الدواء الخاص بالمستشفى في سعر المصنع مع احتساب الرسوم، مضافا إليه هامش للربح يساوي 5 في المائة من سعر البيع دون احتساب الرسوم، ولا يتجاوز سقفه الأقصى 400 درهم.

3.3.III خريطة الانخفاضات المرتبطة بمراجعة سعرالبيع للعموم للأدوية

أفضى تطبيق المرسوم رقم 2.13.852 إلى مراجعة التعريفة في عدة مناسبات منذ سنة 2014، تمخضت عنها انخفاضات كبيرة في أسعار الأدوية الأصلية والجنيسة على السواء.

وأفاد تحليل البيانات التي أدلت بها الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي أن الانخفاضات في الأسعار تقع، في الغالب، ضمن القسم 1 الذي يضم الأدوية الأقل تكلفة. ووفقا للرسم البياني أسفله، همت 85 في المائة من مراجعة التعريفة الأدوية المدرجة في القسم 1، فيما لم تتجاوز نسبة مراجعة تعريفة أدوية الأقسام 2 و3 و4 الأعلى 8 و4 و3 في المائة على التوالي.

الرسم البياني 10: توزيع الانخفاضات حسب أقسام أسعار الأدوية بالنسبة المئوية (إلى غاية صدور عدد الجريدة الرسمية بتاريخ 09 يناير 2025)



المصدر: أُعدّ استنادا إلى بيانات وفّرتها الفيدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي

في الوقت الذي تساعد هذه الانخفاضات، الواقعة جلها ضمن القسمين 1 و2، على تخفيف العبء المالي على المرضى، ترخي بثقلها المتزايد على مردودية الفاعلين في سلسلة التوزيع، خاصة المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة والصيدليات التي تتناسب هوامش أرباحها مع سعر المصنع دون احتساب الرسوم.

4.III التعويض عن مصاريف الأدوية في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

يشكّل التعويض عن مصاريف الأدوية رافعة أساسية في دينامية توزيعها بالمغرب، إذ يساهم في تعزيز الولوج إلى العلاجات وإنعاش الطلب في الصيدليات من خلال تقليص العبء المالي المتبقي على عاتق المؤمن لهم.

يُسهم نظام التعويض في تحسين الولوج إلى العلاجات، ويحفّز بالتالي ارتفاع الطلب على مستوى الصيدليات. ويظل هذا الطلب، المدعوم بأنظمة التأمين الإجباري عن المرض، محدِّدًا إلى حدٍّ كبير لأحجام المبيعات في السوق الوطنية. وهو ما يعني أن سياسة التعويض تؤثر بشكل ملموس على الوصفات الطبية عبر منح الأولية للأدوية المشمولة بالتعويض، ما يفرز تداعيات غير مباشرة على مبيعاتها ومسالك توزيعها.

1.4.III الجهات الفاعلة ومسار التعويض عن مصاريف الأدوية

ترتكز منظومة التعويض عن مصاريف الأدوية بالمغرب، أساسا، على نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. ويدبره كل من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بالنسبة لأجراء القطاع الخاص، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي لموظفي وأعوان القطاع العام.

يعد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية أحدثت في عام 1961، وتتولى تدبير الضمان الاجتماعي لأجراء القطاع الخاص، وتحصيل الاشتراكات، وتوفير الخدمات الاجتماعية والمرتبطة، بالخصوص، بالتغطية الصحية. وفي السنوات الأخيرة، اتسع نطاق مهام الصندوق مع إدماج فئات جديدة في إطار ورش إصلاح الحماية الاجتماعية، لاسيما العمال غير الأجراء.

من جانبه، أُحدث الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي سنة 1950 كاتحاد للجمعيات التعاضد الخاضع لأحكام الظهير الشريف الصادر في عام 1963 بمثابة قانون التعاضد. واضطلع الصندوق بدور ريادي في تفعيل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض للموظفين بفضل خبرته الواسعة في هذا المجال (تحديد التعريفة، وإبرام اتفاقيات، والمراقبة الطبية، وصرف التعويض).

وفي نطاق إصلاح حكامة أنظمة التأمين عن المرض، صادق مجلس الحكومة على مشروع القانون رقم 54.23 بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بتاريخ 7 نونبر 2024. ويروم هذا المشروع إسناد مهمة تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالقطاع العام إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بدل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بهدف اعتماد هيئة تدبير واحدة لأنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

عمليا، يُشرع في التعويض عن مصاريف الدواء بإيداع طلب لدى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي [14]، التي ستقوم مقامها الهيئة العليا للصحة، من قبل المؤسسة الصيدلية الصناعية. ويُشترط أن يكون الطلب مشفوعا بالإذن المسبق بالعرض في السوق، وبتحديد سعر البيع للعموم أو ثمن الدواء الخاص بالمستشفى، عملا بمقتضيات المرسوم رقم 2.13.852 الصادر في 18 ديسمبر 2013 والمتعلق بكيفيات تحديد سعر بيع الأدوية.

وُيمنح التعويض استنادا إلى المعايير المحددة في المادة 8 من المرسوم رقم 2.05.733 بتطبيق القانون رقم 65.00. ويُصادق عليه بقرار وزاري يراعي، على الخصوص، الخدمة الطبية المقدمة للدواء المعني.

ويخضع قبول التعويض إلى تقييم علمي واقتصادي، تجريه توالي لجنتا الشفافية[15] والتقييم الاقتصادي

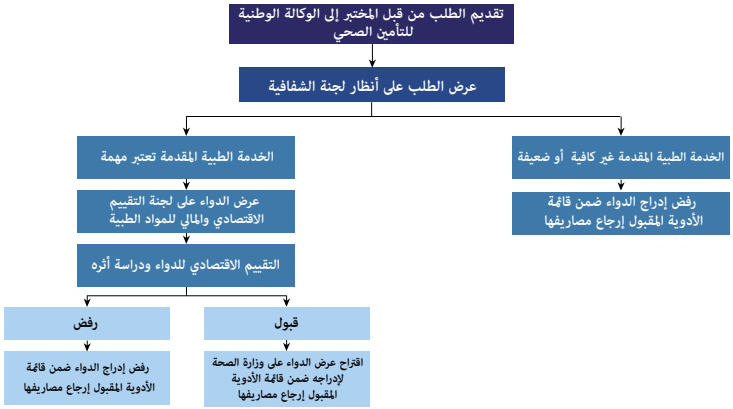
[14] مؤسسة عمومية أُحدثت في عام 2005 بموجب المادة 57 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية. وتتولى التأطير التقني لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وضبطه، والسهر على احترام المقتضيات التشريعية ذات الصلة.

[15] تناط بلجنة الشفافية إبداء رأيها بشأن إدراج أو سحب مستحضرات طبية من قائمة الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها برسم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. ومنذ عام 2014، شملت مهامها كذلك دراسة الطلبات المتعلقة بالأدوية الموصوفة خارج إطار التوجيهات المنصوص عليها في الإذن بالعرض في السوق أو غير المسوّقة في المغرب. علاوة على ذلك، تتولى اللجنة تقييم الخدمة الطبية المقدمة، وتحسين الخدمة المقدمة، والمساهمة في الاستعمال السليم للأدوية.

والمالي للمواد الطبية[16]. وتفتحصان، بالخصوص، الخدمة الطبية المقدمة، وتحسين الخدمة المقدمة، وتكلفة العلاج، والمقارنة الدولية.

وتُوجه نتائج التقييم إلى مصالح وزارة الصحة والحماية الاجتماعية التي تحسم، بقرار وزاري، في إدراج الدواء فعليا ضمن قائمة الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها.

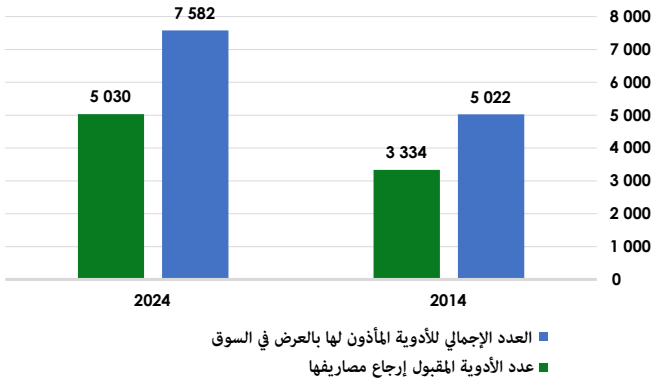
الشكل 2: مسطرة قبول التعويض عن مصاريف الأدوية



المصدر: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

وهكذا، يستند التعويض إلى دليل الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها، الذي يضم حاليا أزيد من 5000 مرجع. ويتضح من الرسم البياني، أدناه، أن العدد الإجمالي للأدوية التي حُظيت بالإذن في العرض في السوق ارتفع من 5022 إلى 7582 طيلة العقد الممتد من 2014 إلى 2024. وفي نفس الوقت، سجل عدد الأدوية المدرجة في الدليل المذكور زيادة هامة، منتقلا من 3334 سنة 2014 إلى 5030 سنة 2024.

الرسم البياني 11: تطور عدد الأدوية الحاصلة على الإذن والمقبول إرجاع مصاريفها في المغرب (2014-2024)



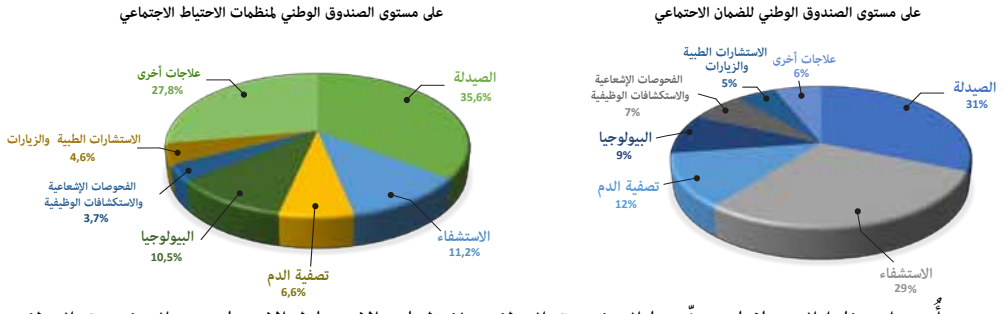
المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

[16] تتألف لجنة التقييم الاقتصادي والمالي للمواد الطبية، التي يترأسها المدير العام للوكالة الوطنية للتأمين الصحي (أو من يمثله)، أساسا من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، ووزارة الصحة، والشركات الصيدلية، والجمعية المغربية لمهنيي المستلزمات الطبية. وتتولى تحليل الأثر الاقتصادي والمالي المتعلق بإدراج أو سحب منتوج من قائمة الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها.

2.4.III لمحة عامة عن تعويضات الأدوية في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

إلى حدود اليوم، تعد الصيدلة (التعويض عن الأدوية) أول عنصر من عناصر التعويض عن مصاريف العلاجات الصحية لدى أنظمة تدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بحصة تصل إلى 35,6 في المائة ضمن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، و31 في المائة ضمن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، ما يعكس الثقل الاقتصادي للأدوية في سلة العلاجات ودورها المحوري في سياسة التعويض والولوج إلى العلاجات.

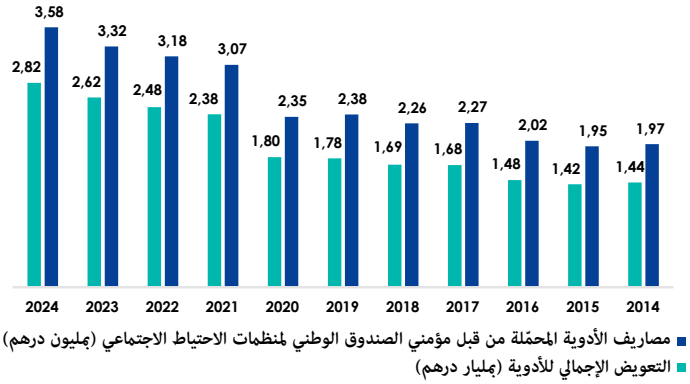
الرسم البياني 12: حجم الصيدليات مقارنة بأصناف العلاجات الأخرى ضمن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (2024)



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

وسجلت التعويضات عن مصاريف الأدوية، ضمن الأنظمة سالفة الذكر، زيادة مطردة طيلة الفترة الممتدة من 2014 إلى 2024، وموزعة على الشكل التالي:

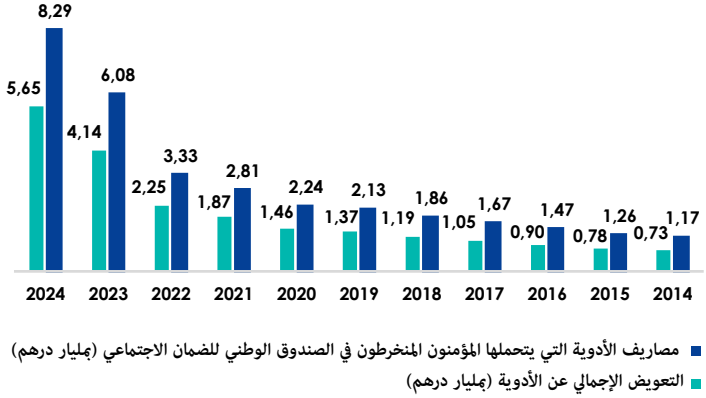
الرسم البياني 13: تطور النفقات ومصاريف التعويض عن الأدوية من قبل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في الفترة 2014-2024



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

• بخصوص الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، ارتفع مبلغ التعويض من 1,44 مليار درهم في 2014 إلى 2,82 مليار في 2024، بزيادة إجمالية قدرها 95 في المائة (زائد 138 مليار درهم)،

الرسم البياني 14: تطور النفقات ومصاريف التعويض عن الأدوية من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في الفترة 2014-2024



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

• بخصوص الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بدت الزيادة أكثر وضوحا، إذ ارتفع مبلغ التعويض سبعة (7) أضعاف، منتقلا من 728 مليون درهم في 2014 إلى أكثر من 5,65 مليار درهم في 2024 (زائد 4,9 مليار درهم)، بالتزامن مع ورش تعميم التغطية الصحية الشاملة ابتداء من 2021.

ويتم التعويض عن الأدوية، في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، استنادا إلى سعر بيع الدواء الجنيس للعموم والأقرب إلى المستحضر المرجعي، إن وجد، والحامل لنفس اسم الدواء المتعارف عليه دوليا.

على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تُحدد نسبة التغطية في:

• 70 في المائة عن المصاريف استنادا إلى التعريفة المرجعية الوطنية للأدوية المقبول إرجاع مصاريفها،

• 90 في المائة للعلاجات الاستشفائية في القطاع العام في حالة الإصابة بأمراض طويلة الأمد أو أمراض مزمنة ومكلفة،

• 77 إلى 100 في المائة من تغطية الأمراض طويلة الأمد أو الأمراض المزمنة والمكلفة، حسب الحالة، ومقرونة بإعفاء كلي أو جزئي من المبلغ المتبقي في ذمة المستفيد.

وعلى صعيد الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، تصل نسبة التغطية إلى:

الجدول 6: نسبة تعويض الخدمات الصحية المشمولة بالتغطية

الخدمات المشمولة بالتغطية	نسبة التعويض
الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها، بما في ذلك العلاجات العادية	70 في المائة من ثمن البيع للعموم
الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها، بما في ذلك العلاجات العادية أو الأمراض طويلة الأمد أو الأمراض المزمنة والمكلفة	100 في المائة من ثمن البيع للعموم
الأدوية المكلفة القابلة للتحمل في إطار الثالث المؤدي	- 90 في المائة من ثمن الدواء الخاص بالمستشفى عند الاستشفاء بالقطاع الخاص - 100 في المائة من ثمن الدواء الخاص بالمستشفى عند الاستشفاء بالقطاع العام - 100 في المائة من ثمن الدواء الخاص بالمستشفى المتعلق بالأدوية المكلفة
الأدوية المصروفة في الصيدليات والقابلة للتحمل في إطار الثالث المؤدي	100 في المائة من ثمن البيع للعموم

المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

طيلة العقد الممتدة من 2014 إلى 2024، ارتفعت نسبة التعويض عن الأدوية:

• من 62,10 إلى 68,20 في المائة فما يتعلق بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بزيادة قدرها 6,1 نقطة مئوية،

• من 73,19 إلى 78,69 في المائة فيما يتصل بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بزيادة هامة بلغت 5,5 نقطة مئوية.

ويشي هذا التطور بتحسن مستمر في تحمل نفقات الأدوية، بالتزامن وتقوية التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتعميم التغطية الاجتماعية على الخصوص.

علاوة على ذلك، وفي سياق تنقيح منظومة التعويض عن الأدوية والقائمة على ثمن البيع للعموم، دُشن إصلاح جوهري لهذه المنظومة بسن آلية الثالث المؤدي اعتبارا من 2013. وتهدف إلى تقليص الجزء المتبقي في ذمة المؤمن لهم، وتسهيل ولوج الأشخاص المصابين بأمراض طويلة الأمد إلى العلاجات.

وتغطي هذه الآلية، المطبقة على كافة الصيدليات الخاصة، 86 دواء يحمل نفس أسماء 35 من الأدوية المتعارف عليها دوليا.

الفصل الرابع: تحليل السير التنافسي لسوق توزيع الأدوية بالمغرب

1.IV التوزيع بالجملة

1.1.IV شروط الولوج ودرجة التركيز

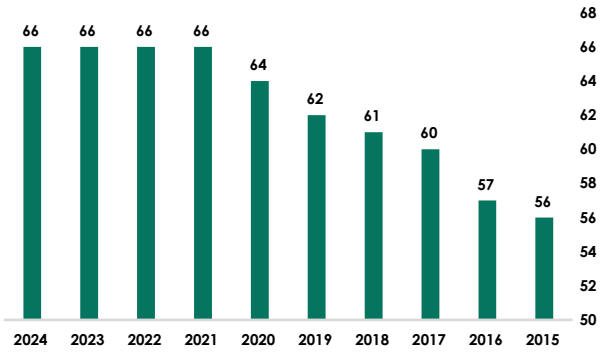
1.1.1.IV تطور عدد المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

ارتفع عدد المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة المأذون لها بالمغرب من 56 إلى 66 بين سنتي 2015 و2024، بزيادة عشرة فاعلين طيلة تسع سنوات، في مؤشر على انفتاح السوق وعلى تعزيز تدريجي لقدرات التوزيع في مجموع التراب الوطني.

وسجلت الفترة الممتدة من 2015 إلى 2020 زيادة منتظمة في عدد المؤسسات، منتقلا من 56 إلى 64. ويمكن تفسير هذا الارتفاع بعدة عومل، تشمل استقرار الإطار التنظيمي، وتصاعد الطلب على الأدوية، متأثرا بتوسيع نطاق التغطية الصحية على الخصوص، والرفع من مستوى التوزيع الجغرافي ضمانا للإنصاف في الولوج إلى الأدوية، لاسيما في المناطق غير المشمولة بالتوزيع بالقدر الكافي.

وابتداء من سنة 2021، استقر عدد المؤسسات في 66، ما يرجح دخول هذه الفئة من التوزيع إلى مرحلة من النضج مطبوعة بموازنة العرض مع حاجيات السوق، وبإكراهات اقتصادية تزيد من صعوبة دخول فاعلين جدد.

الرسم البياني 15: تطور عدد المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بالمغرب بين عامي 2015 و2024



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية

2.1.1.IV التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

يتبين من التوزيع الجغرافي أن المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة تتمركز بشكل قوي في المراكز الحضرية والاقتصادية الرئيسية. بالمقابل، تعاني عدد من المناطق من ضعف التغطية، ما يحيل على تفاوت في التوزيع الجغرافي.

الشكل 3: التوزيع الجهوي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بالمغرب برسم 2024

المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية

تستأثر جهتا الدار البيضاء – سطات والرباط – سلا – القنيطرة، دون غيرهما، بنحو 39 في المائة من مجموع المؤسسات على الصعيد الوطني. وتتوفر كل منهما على 13 و12 مؤسسة على التوالي. ويُفسر هذا التركيز بالانتشار الكثيف الصيدليات، وبتضافر عدد كبير من المؤسسات الصيدلية الصناعية داخلهما. وتضطلع هاتين الجهتين بدور محوري بصفتهما قطبين للتوزيع. مساهمتين في إمداد المناطق الأخرى بالأدوية.

وتتوفر جهتا فاس – مكناس وطنجة – تطوان – الحسيمة كذلك على عدد كبير نسبيا، يصل إلى 9 و8 مؤسسات على التوالي، متبوعتين بجهات مراكش – آسفي وسوس – ماسة والشرق، بعدد يبلغ 6 مؤسسات في كل جهة.

في المقابل، تظل بعض الجهات مثل بني ملال-خنيفرة (4 موزعين بالجملة) والعيون-الساقية الحمراء (موزعان اثنان) أقل توفرا من حيث عدد الفاعلين في مجال توزيع الأدوية بالجملة. وقد يعكس هذا الوضع طلبا دوائيا وكثافة سكانية أقل، فضلا عن وجود قيود لوجستية أكبر، مما يحد من إمكانية ولوج فاعلين جدد إلى السوق.

وتعكس الخريطة، أعلاه، تفاوتا في التوزيع الجغرافي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، بحيث تتمركز بكثافة في الجهات المركزية والساحلية، مقابل انتشار محدود للغاية في المناطق الداخلية والجنوبية.

3.1.1.IV درجة التركيز على مستوى التوزيع بالجملة

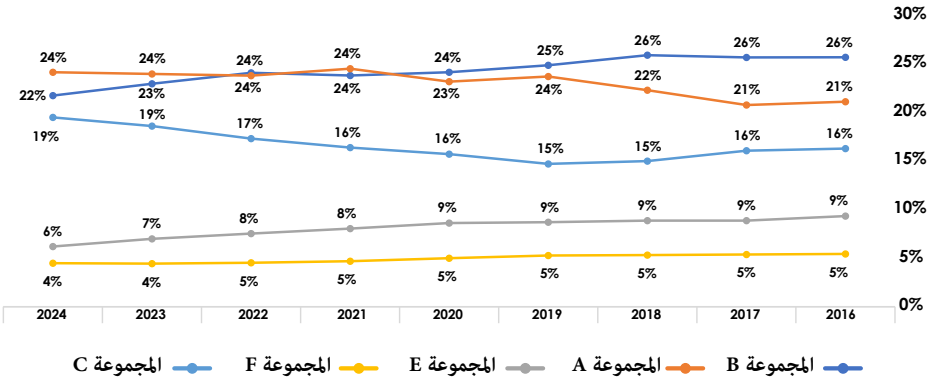
مع نهاية سنة 2024، بلغ عدد المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة 66 مؤسسة مرخص لها. وتظهر بنية هذا القطاع من سلسلة التوزيع وجود استقطاب بارز بين مجموعات من المؤسسات المزعة بالجملة والمشغلين المستقلين؛ إذ تضم 6 مجموعات ما مجموعه 42 مؤسسة موزعة بالجملة، في حين تنشط في السوق 24 مؤسسة مستقلة.

على الصعيد الاقتصادي، بلغ رقم معاملات جميع المؤسسات الصيدلة الموزعة بالجملة 16,3 مليار درهم، محققة زيادة قدرها 11,3 في المائة عن سنة 2023 و68 في المائة عن سنة 2016، حيث استقر الرقم عند 9,7 مليار درهم.

وتصدر توزيع الأدوية النصيب الأكبر من رقم معاملات الموزعين بالجملة والبالغ 90 في المائة، في حين يتم تحقيق الجزء المتبقي من خلال بيع منتجات شبه صيدلانية، كالمكملات الغذائية ومنتجات الحمية، إضافة إلى مستحضرات التجميل ومنتجات النظافة.

ويعرض الرسم البياني، أسفله، المجموعات الخمس للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة الرائدة في السوق، وذلك استنادا إلى حصتهم السوقية من حيث القيمة خلال سنة 2024:

الرسم البياني 16: تطور الحصص السوقية لأبرز مجموعات المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة للفترة 2016-2024



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها المديرية العامة للضرائب والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

رصد تحليل تطور الحصص السوقية لقطاع التوزيع بالجملة بنية عالية التركيز نسبيا، بالرغم من العدد الكبير للمؤسسات النشطة في السوق (66 في المجموع). وتهيمن ثلاث مجموعات، تشمل "المجموعة A" و"المجموعة B" و"المجموعة C"، على القطاع على نطاق واسع، مستأثرة، دون غيرها، بنحو 65 في المائة من الحصص. وفي سنة 2024، وبالرغم من عدم ورود اسمها في الرسم البياني لغياب بيانات متواصلة بخصوص الفترة 2016-2024، استحوذت المجموعة الفاعلة الرابعة "المجموعة D" على حصة قدرها 8,7 في المائة.

وفي نفس السنة، تبوأت "المجموعة A" صدارة الترتيب بحصة ناهزت 24 في المائة، متقدمة على "المجموعة B" بنقطتين (22 في المائة). وتبرز شساعة الفرق بالمقارنة مع الجهة الفاعلة السادسة "المجموعة F" التي لم تتعدى حصتها 4 في المائة، أي أقل من حصة "المجموعة A" بخمسة أضعاف.

وباستثناء "المجموعة F"، التي استقرت حصتها في حدود 5 في المائة، أبان التحليل عن إعادة هيكلة تدريجية للسوق، إذ سجلت "المجموعة B" تراجعا ملحوظا في الحصص، منتقلا من 26 في المائة سنة 2016 إلى 22 في المائة سنة 2024، بانخفاض أربع نقاط. بالمقابل، ارتفعت حصص "المجموعة A" ارتفاعا كبيرا، محرزة ثلاث نقاط طيلة الفترة المذكورة (من 21 إلى 24 في المائة). من جهتها، كرّست "المجموعة C" كذلك تموقعها بزيادة مماثلة في الحصص (ثلاث نقاط)، منتقلة من 16 إلى 19 في المائة.

وسعيا إلى تقييم مستوى التركيز في هذا القطاع من السوق، اعتمد مجلس المنافسة على تحليل المؤشرات الأكثر شيوعا والمستخدمة من لدنه ومن لدن هيئات المنافسة الدولية، من قبيل معدل التركيز (CRi) ومؤشر هرفندال - هيرشمان (IHH).

يتيح معدل التركيز قياس الحصة السوقية المملوكة لعدد من الشركات قياسا على مجموع الحصص، وبذلك يوفر رؤية شاملة بشأن حجم الجهات الفاعلة الرئيسية.

ويُحتسب مؤشر هرفندال - هيرشمان بجمع مربعات الحصص السوقية (المعبر عنها بالنسب المئوية) التي تتوفر عليها كافة الشركات النشطة في السوق أو أبرز الفاعلين، في حالة انتفاء بيانات متعلقة بجميع الأطراف في السوق. وكلما ارتفع المؤشر، تعززت هيمنة عدد ضئيل من الفاعلين.

ووفقا لهذه الممارسة التقريرية، يمكن التمييز بين ثلاث مستويات من احتساب المؤشر:

- مؤشر أقل من 1000: يشير إلى نسبة منخفضة من تركيز السوق، ما يقلص من احتمال وقوع إشكاليات تنافسية،
- مؤشر يتراوح بين 1000 و2000: يعكس مستوى متوسطا من التركيز، وقد ينطوي على قوة سوقية،
- مؤشر أكبر من 2000: يؤشر على سوق مركّزة ويمكن أن يحد من شروط ممارسة المنافسة.

وفي هذه الحالة، وفي غياب بيانات ذات الصلة برقم معاملات مجمل المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، استهدف تحليل درجات التركيز المجموعات الخمس الرائدة التي تستحوذ، دون سواها، على قرابة 76 في المائة من حصص التوزيع بالجملة.

ويستعرض الجدول، أسفله، تطور مؤشرات التركيز CR1 وCR2 وCR3 وCR4 وCR5 ومؤشر هرفندال - هيرشمان للسوق الإجمالية للتوزيع بالجملة طيلة التسع سنوات الأخيرة:

الجدول 7: تطور مؤشرات التركيز الرئيسية لقطاع التوزيع بالجملة للفترة 2016-2024

مؤشر التركيز	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CR1	26%	26%	26%	25%	24%	24%	24%	23%	22%
CR2	47%	46%	48%	49%	47%	48%	48%	47%	46%
CR3	63%	62%	63%	63%	63%	65%	65%	65%	65%
CR4	72%	71%	72%	72%	72%	73%	73%	72%	71%
CR5	78%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	77%	76%
مؤشر هرفندال - هيرشمان	1479	1451	1495	1496	1434	1519	1520	1512	1489

المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها المديرية العامة للضرائب والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

ارتباطا بمعدلات التركيز، تراجع مؤشر CR1 بنحو أربع نقاط، فيما حافظ مؤشرCR2 على استقراره نوعا ما، نتيجة إلى كون الحصص السوقية التي فقدتها "المجموعة B" قد انتقلت إلى"المجموعة A"، التي أصبحت المتصدرة في السوق سنة 2024. أما مؤشر CR3، الذي يمثل حصة ثلاث أكبر شركات في السوق، فقد ارتفع بنحو نقطتين بين سنتي 2016 و2024 ليصل إلى 65 في المائة، ما يعكس مستوى تركز يتراوح بين المتوسط والمرتفع. من جانبه، يتراوح مؤشر هرفندال - هيرشمان بين 1434 و1520

وهو ما يعكس سوقًا يتسم بتركيز ضعيف إلى متوسط وفق المعايير المتعارف عليها (إذ يشير المؤشر المتراوح بين 1000 و2000 إل بنية مركزة معتدلة). وحافظ المؤشر على استقراره مع مرور الزمن، دون أن يسجل تغييرا هيكليا بارزا في السوق.

غير أنه تجدر الإشارة إلى أن مستوى تركيز السوق الوطنية لتوزيع الأدوية بالجملة، التي خضعت للتقييم باستخدام مؤشرات التركيز ومؤشر هرفندال - هيرشمان، قد يخفي تفاوتات مجالية مهمة بين الجهات.

ذلك أنه، رغم أن غالبية المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة تنشط على الصعيد الوطني، فإن عددا مهما من الفاعلين يتمركز بكثافة على المستوى المحلي ينشطون أساسا على الصعيد الجهوي. وحتى لدى كبار الموزعين المنتشرين في مختلف أرجاء المملكة، غالبًا ما تستند عمليات التوزيع إلى تنظيمات جهوية، مدعومة بمنصات لوجستية محلية، ما يساعد على التوفيق بين النجاعة اللوجستية والتوزيع الترابي والقدرة على الاستجابة، مع تأمين ولوج عادل إلى الأدوية في كامل التراب الوطني، وذلك انسجامًا مع المتطلبات التنظيمية التي تضعها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية.

في المجمل، يتسم سوق التوزيع بالجملة بدرجة تركّز متوسطة، تهيمن عليه أساسا مجموعات من الفاعلين الكبار. ومنذ سنة 2016، سُجل تغيير طفيف لحصص السوق خاصة على حساب الرائد التقليدي (المجموعة B). غير أن البنية العامة للسوق ظلت ثابتة، ولم تسجل مستويات التركيز تغييرات جوهرية.

2.1.IV النموذج الاقتصادي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بالمغرب

1.2.1.IV إلزامية خدمة المرفق العام

تضطلع المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بدور مزدوج كما يوحي اسمها، إذ تزاوج بين اقتناء الأدوية من المؤسسات الصيدلية الصناعية بالجملة وتوزيعها على الصيدليات. ومن ثم، تضمن إمداد الصيدليات، وأحيانا مؤسسات صحية أخرى، بالأدوية بكيفية مستمرة. وفي الوقت الحالي، تتولى هذه السلسلة من التوزيع تسليم 70 في المائة الأدوية تقريبا للصيدليات.

وتخضع هذه المؤسسات إلزامية خدمة المرفق العام، لاسيما فيما يرتبط بتشكيل المخزون وحفظ الأدوية. وطبقا للمقتضيات القانونية والتنظيمية المعمول بها، يتعين على كل مؤسسة صيدلية موزعة بالجملة أن تتوفر على مخزون يعادل كل 12/1 من إجمالي مبيعاتها خلال السنة السابقة (أي ما يعادل شهرا واحدا من المبيعات)، على أن يغطي هذا المخزون ما لا يقل عن 80 في المائة على الأقل من مجموع الأدوية المرخصة في المغرب.

عمليا، غالباً ما تتجاوز هذه المؤسسات التزاماتها القانونية، إذ يؤمنون التزويد بالأدوية يوميا لجميع الصيدليات، بوثيرة تصل إلى أربع مرات في المدن الكبرى ومرتين في المدن المتوسطة ومرة واحدة في القرى والبوادي. وتوفر كذلك خدمات الطوارئ والمداومة، بما في ذلك خلال فترات الحراسة وعطلات نهاية الأسبوع..

لا شك أن هذا الأداء اللوجيستي يمثل عنصرا مهما للتميز والمنافسة بين المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة في ظل نظام تسعير مقنن للأدوية. كما تتيح للصيدليات، بما في ذلك الصيدليات الصغيرة أو المعزولة، إمكانية طلب الأدوية وفقا لاحتياجاتها الفعلية دون الحاجة إلى تكوين مخزون كبير.

وعليه، لا تضطر الصيدليات إلى الاحتفاظ بجميع الأصناف الدوائية في مخزونها، لاسيما الأدوية المكلفة والمنخفضة الطلب والمندرجة ضمن القسمين 3 و4.

بيد أن هذا النموذج العملي، المقرون بإلزامية خدمة المرفق العام وتكوين مدخر احتياطي، يترتب عنه أعباء مالية للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة. فهذه الالتزامات لا يقابلها أي تعويض مالي خاص، ويظل مصدر دخلها الوحيد هامش الربح الذي تجنيه من التوزيع بالجملة، والمحتسب استنادا إلى سعر المصنع دون احتساب الرسوم للأدوية.

وخلاصة لما سبق، وبالرغم أن السوق المغربية للتوزيع بالجملة للأدوية مفتوحة في وجه الفاعلين الجدد من الناحية القانونية، إلا أن الواقع يكشف أن الالتزامات التنظيمية المتعلقة بخدمة المرفق العام، غير المصحوبة بآليات تعويض، يمكن أن تضع حواجز من شأنها ثني دخول متنافسين محتملين. علاوة على ذلك، لا تتطور هوامش التوزيع بنسبة متكافئة، مما قد يضع الفاعلين الصغار منهم أو النشيطين في مناطق ضعيفة الربحية، أمام صعوبات اقتصادية.

2.2.1.IV نمط التعويض المالي ومستويات المردودية

- نمط التعويض المالي والمقارنة المرجعية المرتبطة به

كما تمت الإشارة إليه سابقا، فإن سعر البيع للعموم للأدوية في المغرب مقنن قانونيا، كما أن تعويض مختلف المتدخلين في سلسلة التوزيع يخضع بدوره للتقنين ويتكون سعر البيع للعموم للأدوية من سعر المصنع دون احتساب الرسوم، مضافاً إليه هوامش الربح ا للتوزيع، بالجملة وبالتقسيط، المحددة بموجب المرسوم رقم 2.13.852 المتعلق بشروط وكيفيات تحديد سعر بين الأدوية المصنعة محليا أو المستوردة للعموم.

وتتقاضى المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة هامش ربح خام محدد تنظيميا، ويصل إلى 11 في المائة للأدوية التي يقل سعر المصنع دون احتساب الرسوم الخاص بها أو يعادل 588 درهما، أي 9,9 في المائة مقارنة بسعر البيع للعموم، و2 في المائة للأدوية التي يتجاوز سعر المصنع دون احتساب الرسوم الخاص بها هذ السقف، أي 1,66 في المائة مقارنة بسعر البيع للعموم.

وعلى سبيل المقارنة، تظل هذه المستويات من الهوامش أقل من المستويات المعتمدة في ظل النظام السابق، الذي كان معمولا به قبل دخول المرسوم سالف الذكر حيز التنفيذ. وحدد هذا الأخير نسبة هامش الربح الخام الموحد في 10 في المائة من سعر البيع بالنسبة لكافة الأدوية.

بيد أن الممارسة العملية كشفت أن المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة لا تتقاضى دوما هذا الهامش النظري بأكمله، ذلك أنها تخول للصيدليات خصومات أو تخفيضات أو مزايا ذات صبغة تجارية أو مالية في معظم الأحوال، ما أسفر عن بروز شكل من أشكال المنافسة على التعريفة، داخل إطار صارم لتحديد الأسعار وهوامش الربح.

من هذا المنطلق، يرتكز نمط تعويض هذه المؤسسات ماليا على هامش ربح محدد تنظيميا، ولا يرتبط ارتباطا مباشرا بتكلفة التوزيع الحقيقية. بمعنى آخر، لا يراعي هذا الهامش التكاليف اللوجستية الفعلية التي تتكبدها المؤسسات (تخزين الأدوية، وإعدادا الطلبيات، وتسليم الكميات، وغيرها)، بقدر

ما تتوقف هذه التكاليف على طبيعة المنتجات إلى حد كبير (مثل الأدوية التي تتطلب تخزينها في سلسلة تبريد، الأدوية المخدِّرة، وغيرها)، وعلى حجمها ووزنها، وعلى درجة توصيل الكميات المطلوبة إلى الصيدليات.

وهكذا، كلما انخفض سعر دواء ما، تقلصت أرباح الموزعين بالجملة. بالمقابل، لا يطال التكاليف اللوجستية أي تغيير. ويزداد الوضع تعقيدا في حالة ارتفاع تكاليف الاستغلال، من قبيل الطاقة أو المحروقات أو الأجور (الحد الأدنى للأجور) أو الفوائد البنكية التي لا يمكن أن تنعكس على سعر بيع الأدوية. وتوضيحا لذلك، أفاد مهنيو القطاع أن نسبة المحروقات والرسوم البنكية بلغت توالیا 0,57 و1,2 في المائة من تكاليف الفاعلين سنة 2023، مسجلة، أحيانا، مستويات أعلى من هوامش الربح الصافية التي جناها العديد من الموزعين بالجملة.

وينعكس هذا التباين سلبا على الجدوى الاقتصادية للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، لاسيما المؤسسات الصغيرة أو التي تنشط في مناطق ذات مردودية ضعيفة.

وبالمقارنة مع الممارسات المعتمدة في البلدان المرجعية المشار إليها في المرسوم المذكور أعلاه، يتضح، من الجدول أسفله، أن أغلب هذه البلدان تؤطر بدورها هوامش التوزيع بالجملة غير أن كيفيات هذا التأطير تختلف من بلد إلى آخر. إذ يعتمد معظمها على صيغة تجمع بين هامش ربح تنازلي ومبلغ جزافي عن كل وحدة موزّعة، بينما تنكب بلدان أخرى على تحرير هوامش بيع الأدوية غير القابلة للتعويض (الأدوية المباعة بدون وصفة طبية)، أو تراعي خصوصيات فئات معينة من الأدوية، خاصة تلك التي تستلزم شروطا خاصة لحفظها (كسلسلة التبريد)، كما هو الشأن في فرنسا.

الجدول 8: المقارنة المرجعية لمنظومة تعويض المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة ماليا

البلدان	هامش ربح الموزع بالجملة (سعر المصنع دون احتساب الرسوم)	المبلغ الجزافي لكل وحدة موزّعة (سعر المصنع دون احتساب الرسوم)
فرنسا	- 6,93 في المائة للأدوية المقبول إرجاع مصاريفها (هامش ربح قدره 0,30 يورو كحد أدنى، و32,50 يورو كحد أقصى)، - بالنسبة للأدوية التي تتطلب تخزينها في سلسلة تبريد، يُضاف مبلغ جزافي قدره 0,63 يورو لكل علبة.	- لا يُصرف مبلغ جزافي لكل وحدة موزّعة. غير أن هامش الربح المتأتي من الأدوية غير المقبول إرجاع مصاريفها لا يخضع للمراقبة.
بلجيكا	- 13,1 و15 في المائة.	- من 0,63 إلى 2,18 يورو.
البرتغال	- من 1,18 إلى 2,24 في المائة.	- 0,25 يورو.
إسبانيا	- من 5 إلى 7,6 في المائة للأدوية التي يقل سعر بيعها دون احتساب الرسوم عن 91 يورو.	- 0,75 يورو للأدوية التي يفوق سعر بيعها دون احتساب الرسوم 91 يورو.
ألمانيا (غير مدرجة في البلدان المرجعية)	- 3,15 في المائة، - تخضع هوامش الربح المتأتية من توزيع الأدوية المباعة بوصفة طبية بالجملة إلى التنظيم.	- مبلغ جزافي قدره 0,70 يورو لكل وحدة موزّعة، - لا تخضع هوامش الربح المتأتية من توزيع الأدوية المباعة بدون وصفة طبية بالجملة للمراقبة.
المغرب	- 11 و2 في المائة.	- لا يُصرف مبلغ جزافي لكل وحدة موزّعة، ولا تُباع أدوية بأسعار غير خاضعة للمراقبة.

المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها التجمع المهني للتوزيع الصيدلي

- **مستويات المردودية**

أظهر تحليل هوامش الربح الخام والصافية لدى أبرز الفاعلين في السوق الوطنية، والمبينة في الجدول أدناه، أن متوسط الهامش الخام بلغ 8,3 في المائة تقريبا في الفترة الممتدة من 2016 إلى 2024، مقابل هامش صافي ناهز 1,1 في المائة، مع تسجيل بعض الفوارق بين الفاعلين بحسب حجمهم وبنيتهم التشغيلية.

الجدول 9: هامش الربح الخام والصافي الذي جنته أبرز المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة (متوسط الفترة 2016-2024)

الجهات الفاعلة	هامش الربح الخام	هامش الربح الصافي
الفاعل 1	9,44%	1,75%
الفاعل 2	8,23%	1,41%
الفاعل 3	10,36%	2,94%
الفاعل 4	7,87%	0,67%
الفاعل 5	7,25%	0,59%
الفاعل 6	8,74%	0,57%
الفاعل 7	8,52%	0,77%
الفاعل 8	6,24%	0,19%

المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

بخصوص تقييم مستويات المردودية المالية، أشارت بيانات التجمع المهني للتوزيع الصيدلي إلى أن متوسط نسبة المردودية في السوق استقر عند 0,66 في المائة تقريبا سنة 2023، مقابل أزيد من 2 في المائة حققتها جل المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، قبل دخول إصلاح منظومة تحديد أسعار الأدوية حيز التنفيذ سنة 2014.

من جهة أخرى، يخفي هذا المتوسط تفاوتات صارخة بين الفاعلين في القطاع، إذ كشفت أحدث بيانات التجمع المتاحة، برسم السنة المالية 2023، أن 22 في المائة فقط من المؤسسات أبقت على نسبة مردودية تعادل أو تفوق 1 في المائة. بالمقابل، حققت 30 في المائة من المؤسسات نسبة متراوحة بين 0,5 و1 في المائة، و27 في المائة منها نسبة متأرجحة بين 0,15 و0,5 في المائة. وتكبدت 21 في المائة من المؤسسات خسارة أو حققت نسبة أقل من 0,15 في المائة.

وأثبتت بيانات المديرية العامة للضرائب صحة المنحى التنازلي لنسبة المردودية الصافية والإجمالية، إذ يُستشف، من الجدول أسفله، أن النتيجة الصافية الإجمالية للقطاع ظلت محدودة، ومتأرجحة بين 0,07 و0,15 مليار درهم طيلة الفترة المعنية، ما يترتب عنه مردودية ضئيلة ومثقلة بشدة بهوامش الربح المقننة والمقايسَة بسعر المصنع دون احتساب الرسوم للأدوية، وبتكاليف الاستغلال المرتفعة، خاصة التكاليف اللوجستية، وتكاليف المستخدمين، وما إلى ذلك.

يُبرز معدل النتيجة الصافية إلى رقم المعاملات بوضوح هذه الهشاشة، حيث يظل أقل من 1 في المائة، وتتراوح النتيجة الصافية بين 0,6 و1,3 في المائة، مؤشرة على نموذج اقتصادي هش ويتعرض لنوعين رئيسيين من المخاطر. من جهة، ينعكس الانخفاض في الأسعار تلقائيا على هوامش ربح الموزعين بالجملة، بحكم تناسبها مع سعر المصنع دون احتساب الرسوم. ومن جهة ثانية، يُحتمل أن يفاقم

ارتفاع تكاليف الاستغلال، خاصة الوسائل اللوجستية وتكاليف المستخدمين، من تراجع المردودية المحدودة أصلا. وفقا للمعطيات التي قدمتها المديرية العامة للضرائب، شهدت تكاليف الاستغلال لدى الموزعين بالجملة ارتفاعا بحوالي 36 في المائة خلال الفترة الممتدة بين 2020 و2024.

وبذلك، يعاني قطاع توزيع الأدوية بالجملة باستمرار من مردودية ضعيفة وهشة بالرغم من نمو رقم المعاملات، بما يطرح تحديات على مستوى الاستدامة الاقتصادية، والقدرة على الاستثمار، والدينامية التنافسية.

الجدول 10: تطور رقم المعاملات والنتيجة الصافية الإجمالية للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة للفترة 2016-2024 (بمليار درهم)

السنوات	رقم المعاملات	النتيجة الصافية الإجمالية	معدل النتيجة الصافية مقسوما على رقم المعاملات
2016	9,68	0,13	1,3%
2017	9,98	0,07	0,7%
2018	10,57	0,10	0,9%
2019	11,33	0,08	0,7%
2020	11,98	0,10	0,9%
2021	12,95	0,09	0,7%
2022	13,82	0,09	0,6%
2023	14,61	0,09	0,6%
2024	16,26	0,15	0,9%

المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها المديرية العامة للضرائب

3.2.2.IV الدعم المالي المقدم من لدن المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة للصيدليات

يتعين أيضًا التوقف عند حلقة البيع بالتقسيط من أجل استيعاب التوزيع بالجملة في إطاره الشمولي، مع التركيز، بالخصوص، على العلاقات التعاقدية التي تربط الصيدليات بالمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة من جهة، وبالمختبرات من جهة ثانية.

وتندرج هذه العلاقات في سياق مثقل بعدة عوامل، ومطبوع بتدفقات مالية مهمة تُكرّس درجة عالية من الترابط والاعتماد المتبادل بين مختلف الأطراف الفاعلة. ويترتب هذا الترابط آثار مباشرة على التوازن الاقتصادي والمالي.

في هذا الصدد، أثار العديد من الفاعلين المستمع إليهم عاملين رئيسيين يكتسيان، على ما يبدو، أهمية خاصة لضمان استقرارها المالي. ويتعلق الأمر بالتكلفة المرتبطة بتجميد المخزون وبشروط الأداء، خاصة آجال الأداء المعمول بها.

- **الكلفة المرتبطة بتجميد المخزون**

اتضح من خلال تحليل البيانات المدلى بها من لدن التجمع المهني للتوزيع الصيدلي والمديرية العامة للضرائب أن متوسط مدة دوران المخزون سجل نوعا من الاستقرار في حدود 70 يوما على مدار السنوات الثلاث الماضية (2022 و2023 و2024). ويعزى هذا المستوى أساسًا إلى التزام الموزعين

بالجملة بتأمين الإمدادات، والامتثال للمقتضيات التنظيمية المتعلقة بالمخزون الاحتياطي الذي يجب أن يعادل شهرا من إجمالي مبيعاتها خلال السنة السابقة، ويشمل ما لا يقل عن 80 في المائة من الأدوية المرخص بها على الصعيد الوطني. كما يعد هذا المتوسط رافعة أساسية لضمان وفرة الأدوية بكيفية مستمرة، وتفادي انقطاعها، والاستجابة لتقلبات الطلب، غير أن الحفاظ على هكذا مستوى من المخزون يترتب عنه عبء مالي ولوجستي مهم في ظل سياق يتسم أصلًا بتراجع هوامش الربح وبضغط متزايد على السيولة المالية.

وتزداد حدة هذه الوضعية بالنظر إلى الآجال الطويلة التي تصطدم بها المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة لتحصيل المستحقات، وارتفاع مخاطر عدم الأداء، واللجوء المتزايد إلى التمويل البنكي. ويصل متوسط انصرام المدة بين شراء المنتجات وتحصيل الأموال إلى 86 يوما، ما يعني أن على هذه المؤسسات تحمل تكلفة مالية تعادل ثلاثة أشهر تقريبا من الفترة الفاصلة بين شراء المنتجات وتخزينها وتوزيعها إلى حين تحصيل مستحقاتهم فعليًا.

ويؤثر هذا الاختلال البنيوي بين تدفقات الأداء والتحصيل بثقله على قدرة الجهات الفاعلة على التمويل الذاتي، ملحقا ضرار بنموذجها الاقتصادي، الأمر الذي قد ينعكس سلبا على مرونة سلسة توزيع الأدوية بأكملها على المدى الطويل، وعلى وفرة الأدوية والولوج إلى العلاجات.

- **تأثير كيفيات تطبيق آجال الأداء**

تثير آجال الأداء في قطاع توزيع الأدوية رهانات اقتصادية رئيسية، إذ بالرغم من الآلية التنظيمية الواضحة الذي سنها القانون رقم 69.21 بتغيير وتتميم القانون رقم 15.95 المتعلق بمدونة التجارة والذي دخل حيز التنفيذ سنة 2023، والرامية إلى تأطير هذه الآجال والحد من التأخر في الأداء، إلا أنها لا تُطبق تطبيقا عادلا على مكونات سلسلة التوزيع إلى حدود الساعة، بما فيها المؤسسات الصيدلية الصناعية، والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، والصيدليات.

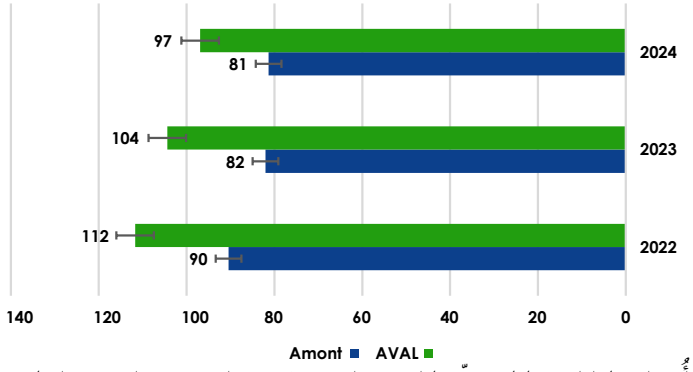
ويطرح هذا التفاوت في التطبيق اختلالات بنيوية واقتصادية بادية للعيان، وتحرف سير المنافسة بين مختلف الجهات الفاعلة.

للتذكير، تُؤطر آجال الأداء بمقتضى القانون رقم 69.21 سالف الذكر. وتُحدد في 60 يوما ابتداء من تاريخ إصدار الفاتورة، ويمكن تمديدها إلى 120 يوما في حالة اتفاق الأطراف.

ومراعاة لخصوصية بعض قطاعات الأنشطة أو موسميتها، يمكن تمديد هذه الآجال إلى مدة أقصاها 180 يوما بصفة استثنائية، وبمرسوم يُتخذ بعد استشارة مجلس المنافسة، ووفقا لشروط خاصة. وحري بالذكر أن هذه الأحكام تسري فقط على المنشآت التي يقل رقم معاملاتها السنوي، دون احتساب الرسوم، عن مليوني درهم.

على الصعيد العملي، يُظهر تحليل البيانات المستقاة في إطار مسطرة التحقيق، والمتعلقة بآجال الأداء قبل وبعد دخول القانون رقم 69.21 حيز التنفيذ، مجموعة من الملاحظات التي تعكس وجود توترات بنيوية وتنافسية داخل سلسلة توزيع الأدوية. ويبيّن الرسم البياني، أسفله، بشكل واضح اتساع الفارق بين آجال الأداء في المرحلة القبلية (أداء مستحقات الموردين) والبعدية (أداء مستحقات العملاء) خلال الفترة 2022-2024:

الرسم البياني 17: متوسط آجال الأداء حسب العملاء والموردين (عدد الآجال في اليوم)



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها التجمع المهني للتوزيع الصيدلي والمديرية العامة للضرائب

فيما يتعلق بالعلاقات بين المؤسسات الصيدلية الصناعية (الموردون) والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة (العملاء) تتسم بآجال أداء قصيرة نسبيا، قبل دخول القانون رقم 69.21 حيز التنفيذ. بيد أن تطبيق هذا الأخير لم يفض إلى تغييرات كبيرة في هذا الشأن، إذ ظل متوسط الآجال الممنوحة مستقرا في مجمله، ويتراوح عادة بين 45 و60 يوما، وقد يمتد إلى 90 يوما في بعض الحالات.

وكشفت البيانات المتوصل بها من التجمع المهني للتوزيع الصيدلي أن متوسط آجال أداء مستحقات الموردين تراجع من 90 يوما سنة 2022 إلى 81 يوما سنة 2023، مما يعكس الجهود المبذولة لتكييف هذه الآجال مع المقتضيات التنظيمية الجديدة.

وفي ظل غياب بيانات مجمّعة ومعنية بخصوص سنة 2024، تستند التقديرات إلى المعلومات التي وفّرتها المديرية العامة للضرائب. والتي تقدر متوسط آجال أداء مستحقات الموردين في 81 يوما تقريبا، مؤشرة على استقرار نسبي لهذه الآجال ضمن هذا المستوى من سلسلة التوزيع.

وخلافا لذلك، تطغى على العلاقات التجارية بين المؤسسات الموزعة بالجملة (الموردون) والصيدليات (العملاء) آجال أطول من الآجال المطبقة في المرحلة القبلية من السلسلة. ووفقا لبيانات التجمع ذاتها، انخفض متوسط آجال أداء المبالغ المستحقة من لدن العملاء من 112 يوما سنة 2022 إلى 104 يوما سنة 2023، بتقدير يصل إلى 97 يوما سنة 2024.

ويتسبب هذا التفاوت بين الآجال الممنوحة للعملاء والآجال المفروضة من لدن الموردين في اختلال مستمر لتوازن التدفقات النقدية، مثقلا كاهل المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بحدة أكبر.

وتتحمل هذه المؤسسات، في ظل خضوعها لآجال أداء أكثر صرامة يفرضها الموردون مقابل محدودية القدرات المالية المتواصلة للصيدليات، تكلفة مالية متزايدة. ووفقا للتجمع المهني للتوزيع الصيدلي، بلغ متوسط نسبة القروض البنكية مقارنة بالفائض الخام للاستغلال 9,5، بما يعكس تنامي مظاهر الهشاشة المالية، وتعزى قرابة 49 في المائة من التكاليف المالية التي تتحملها هذه المؤسسات إلى تجاوز الصيدليات لآجال الأداء، مما ينعكس سلبا على مردوديتها ويحد من قدرتها على الاستثمار.

وتتفاقم هذه التكلفة لكون ما يقارب 90 في المائة من الصيدليات تنجز رقم معاملات سنوي يقل عن مليوني درهم. ومن ثم لا تخضع لمقتضيات القانون رقم 69.21 المؤطرة لآجال الأداء. ونتيجة لذلك، يستمر طول آجال الأداء الذي يتجاوز ثلاثة أشهر في كثير من الأحيان، أو قد يتعدى ذلك في بعض الحالات.

في هذا الصدد، تجدر الإشارة إلى أن مجلس المنافسة أبدى، في رأيه عدد ر/01/22، تحفظه على استثناء المهنيين الذين ينجزون رقم معاملات يقل عن مليوني درهم من نطاق تطبيق القانون، إذ يحول دون ضمان الفعالية الاقتصادية للإصلاح، طالما أنه يقصي أطرافا فاعلة تحتل مكانة مهمة في العلاقات التجارية المتأثرة بإشكالية التأخر في الأداء، لاسيما المقاولات الصغيرة جدا والصغرى والمتوسطة.

ويجد هذا التحفظ مسوغه في قطاع توزيع الأدوية، حيث تُستثنى جل الصيدليات من نطاق التطبيق. ووفقا لبيانات المديرية العامة للضرائب، بلغ عدد الصيدليات التي فاق رقم معاملاتها مليوني درهم 1374 فقط أي حوالي 10 بالمائة من مجموع الصيدليات، مما يعكس الفجوة الكبيرة في تفعيل مقتضيات القانون داخل سلسلة التوزيع.

وتفرز هذه الفجوة تداعيات على المشهد التنافسي، إذ تحد من فعالية آليات التحفيز والزجر المنصوص عليها في القانون، ما يقلص تأثيرها على جزء مهم من العلاقات التجارية من جهة، وتفاقم اختلال التوازن بين الصيدليات عبر التعامل معها بانتقائية وحسب ملاءتها المالية (solvabilité) وقدرتها على الوفاء بآجال الأداء من جهة ثانية.

وسعيا منها إلى تصحيح هذا الوضع، اضطرت المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، المثقلة بضغوط متزايدة على السيولة المالية، إلى تكييف ممارساتها في مجال التموين والتوزيع. ففي البداية، نهجت مجموعة منها سياسات تجارية مغايرة، تمثلت أساسا في إقرار خصومات مشروطة بالتقيد بآجال الأداء. غير أن هذه الأخيرة، التي تستهدف تفادي التأخر في الأداء بطريقة شرعية، تفضي كذلك إلى تحريف سير المنافسة عبر منح الأولية للصيدليات المتوفرة على قدرات مالية أكبر مقابل تهميش الصيدليات الأخرى.

ودفعت السيولة المالية غير الكافية بمجموعة أخرى إلى تقسيم طلبياتها أو تقليصها بغية الحد من المخاطر المالية التي يتعرضون لها عند التعامل مع الموردين، ما يضاعف من خطر انقطاع الإمدادات، وينعكس مباشرة على استمرارية ولوج المرضى إلى الأدوية، وينهك سلسلة التوزيع بأكملها.

أخيرا، تتجه هذه المؤسسات إلى إعادة هيكلة آلياتها اللوجستية والتجارية لمواجهة الصعوبات المتزايدة التي تعترضها في المرحلة البعدية من سلسلة التوزيع. في الوقت الراهن، أصبحت تميل إلى اعتماد نمط تسليم يقوم على كميات أقل وبوتيرة أكبر، وإن اقتضى الحال تحمل تكاليف لوجستية إضافية مترتبة عن ذلك، من أجل الحد من عدم تسديد الفواتير. وفي هذا السياق، تتفاقم الهشاشة البنيوية للسلسلة بفعل الفواتير غير المؤداة من لدن الصيدليات.

ووفقا للبيانات المستقاة من الاستبيانات الموجّهة إلى المؤسسات المذكورة، بلغ متوسط العملاء المتأخرين في أداء الفواتير نحو 18 في المائة، مع فوارق كبيرة حسب الفاعلين. ويشكل خطر عدم تحصيل الفواتير المرتفع عقبة رئيسية تحول دون تأمين المعاملات التجارية، وتدفع بعدد من الفاعلين إل تشديد شروط الأداء تدريجيا.

وخلاصة لما سبق، يتبين على أن هذه المؤسسات تؤدي دورا مماثلا لما تقوم به المؤسسات البنكية في بعض الأحيان، إذ توفر حلولا لإنعاش السيولة النقدية في الوقت الذي تبدي فيه البنوك حذرا أشد، وتحرص المؤسسات الصيدلية الصناعية على تقليص آجال الأداء، تطبيقا لمقتضيات القانون رقم 69.21 على وجه الخصوص.

وفي المرحلة القبلية من السلسلة، يتعين على هذه المؤسسات التقيد الصارم بمقتضيات القانون المتعلق بآجال الأداء. في المقابل، تتحمل تكلفة مالية باهظة في المرحلة البعدية من خلال الاحتفاظ بالمخزون غير المتداول وتمديد آجال الأداء الممنوحة للصيدليات. وفي غالب الأحوال، تضطر إلى اعتماد هذا النمط بهدف ضمان وفاء العميل الذين يواجه صعوبات، وتفادي إفلاسه بسبب الديون المثقلة على كاهله، أو استقطاب عميل جديد عبر عرض خيار الأداء على دفعات لعدة أشهر، على سبيل المثال.

IV. 2 التوزيع بالتقسيط (صرف الأدوية)

في إطار التحليل التنافسي لأسواق توزيع الأدوية، تنبثق أهمية تحليل النموذج الاقتصادي للصيدليات، باعتبارها حلقة أساسية في سلسلة التوزيع، فاختلال توازنها الاقتصادي يؤثر سواء على ولوج المرضى إلى العلاجات، أو على استدامة و قابلية استمرار سلسلة التوزيع برمتها.

ويرتكز النموذج المغربي على بنية تنظيمية صارمة للأسعار وهوامش الربح، تتوخى تأطير التكاليف التي يتحملها المرضى وتعويض المهنيين ماليا. غير أن هذا النموذج أبان عن محدوديته في الوقت الراهن، بالنظر إلى الضغط المستمر على الأسعار، والكثافة الكبيرة للصيدليات، وضعف تثمين العمل الصيدلي.

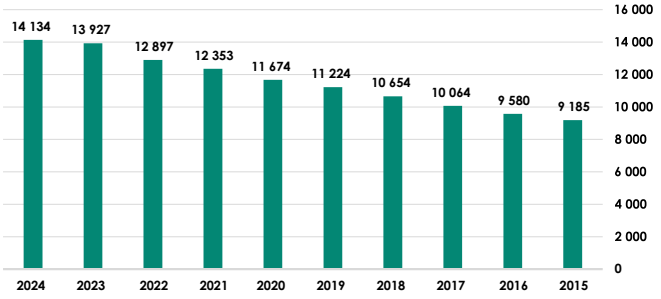
ويهدف التحليل الموالي إلى إبراز الخصائص الرئيسية للسوق، وتحديد مواطن هشاشتها البنيوية، ورصد الرهانات في سياق تطور المشهد التنافسي لحلقة الصيدليات بالمغرب.

1.2.IV الوضعية الراهنة لسوق الأدوية المغربية

تعرف سوق الأدوية المغربية تواجد شبكة متكونة من 14.134 صيدلية[17] موزعة في ربوع المملكة، بهدف ضمان خدمة القرب لفائدة أزيد من 36 مليون نسمة.

ويكشف الرسم البياني، أدناه، أن عدد الصيدليات ارتفع من 9185 سنة 2015 إلى 14.134 سنة 2024، بزيادة قدرها 54 في المائة تقريبا على مدار تسع سنوات:

الرسم البياني 18: تطور عدد الصيدليات بالمغرب في الفترة 2015-2024



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب

وتتجسد هذه الدينامية بوضوح في النمو الديمغرافي الذي سجلته الفترة ذاتها، والذي بلغ 8,8 في المائة فقط بحسب بيانات المندوبية السامية للتخطيط، حيث انتقل عدد السكان من 33,8 مليون نسمة سنة 2015 إلى 36,8 مليون سنة 2024. بعبارة أخرى، فإن عدد الصيدليات ارتفع بوتيرة تفوق نمو السكان بنحو 6,5 مرات .

وكنتيجة مباشرة لهذا التطور، ارتفعت الكثافة الصيدلية بشكل ملحوظ. فبعدما كان المعدل يبلغ صيدلية واحدة لكل 386 نسمة سنة 2015، أصبح صيدلية واحدة لكل حوالي 2600 نسمة سنة 2024.

[17] بيانات وفّرها المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب.

بمعنى آخر، ازداد عدد الصيدليات من 27,1 إلى 38,4 لكل مائة ألف نسمة. وبذلك يسجل المغرب اليوم كثافة صيدلية تفوق توصية منظمة الصحة العالمية، والتي تقترح صيدلية واحدة لكل 5000 نسمة.

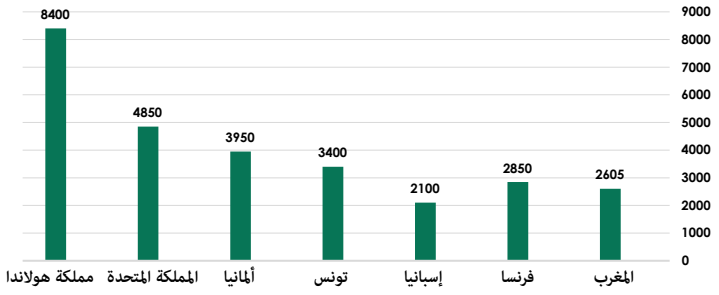
الجدول 11: تطور عدد الصيدليات لكل فرد في الفترة 2015-2024

السنوات	عدد السكان	عدد الصيدليات	عدد الصيدليات لكل فرد	عدد الصيدليات لكل مائة ألف نسمة
2015 (الإحصاء العام للسكان والسكنى لعام 2014)	33.848.242	9185	3686	27,1
2024 (الإحصاء العام للسكان والسكنى لعام 2024)	36.828.330	14.134	2605	38,4

المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها المندوبية السامية للتخطيط والمجلس الجهوي لصيادلة الجنوب والنقابة الوطنية لصيادلة المغرب

يصبح هذا الوضع المتمثل في فرط الكثافة الصيدلية إشكالية خاصة عند مقارنة وضعية المغرب مع وضعية دول أخرى، بما في ذلك دول ذات سياقات اجتماعية واقتصادية مماثلة أو حتى أكثر تقدماً من حيث التغطية الصحية. ففي الواقع، تفوق الكثافة الصيدلية في المغرب بشكل واضح تلك المسجلة في العديد من الدول، كما يبيّن ذلك الرسم البياني أدناه.

الرسم البياني 19: مقارنة عدد السكان بعدد الصيدليات في كل بلد



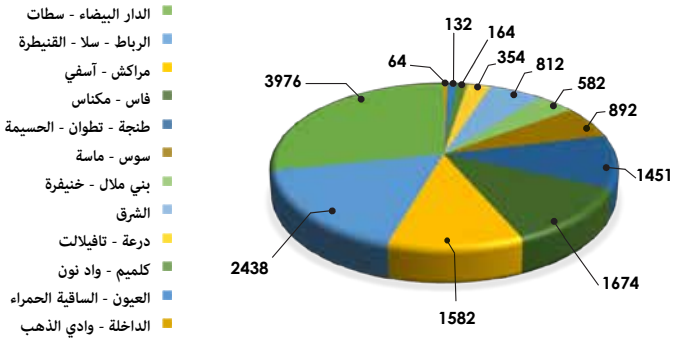
المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها النقابة الوطنية لصيادلة المغرب

صحيح أن ارتفاع الكثافة الصيدلية قد يُفهم، من زاوية الولوج إلى الأدوية، بشكل إيجابي، غير أن هذه الوضعية تثير في المقابل انشغالات اقتصادية جوهرية، بحيث يفضي تكاثر الصيدليات إلى تفكيك السوق، ويواكبه انخفاض ملحوظ في متوسط رقم المعاملات لكل صيدلية، مما يُضعف مردودية النشاط، خاصة بالنسبة للصيدليات المنشأة حديثا.

علاوة على ذلك، ترتبط إشكالية الكثافة الصيدلية بالتوزيع الجغرافي للصيدليات الذي يوحي باختلالات توازنية كبيرة، حيث تتمركز الصيدليات أساسا في المراكز الحضرية الكبرى، لاسيما في جهتي الدار البيضاء – سطات والرباط – سلا – القنيطرة. وتستحوذان، دون غيرهما، على 45 في المائة من الصيدليات التي تُنشأ على مسافات قريبة من بعضها البعض[18]. بالمقابل، تفتقر بعض الجهات ذات كثافة سكانية منخفضة، إلى عدد كاف من الصيدليات.

[18] تنص المادة 57 من القانون رقم 17.04 على ربط إحداث الصيدليات بتحديد مسافة دنيا قدرها 300 متر مقاسة بخط مستقيم، والتي يجب أن تفصل بين أقرب نهاية واجهة الصيدلية المزمع إنشاؤها وأقرب نهاية واجهة كل صيدلية من الصيدليات المجاورة.

الرسم البياني 20: التوزيع الجهوي للصيدليات بالمغرب برسم 2024

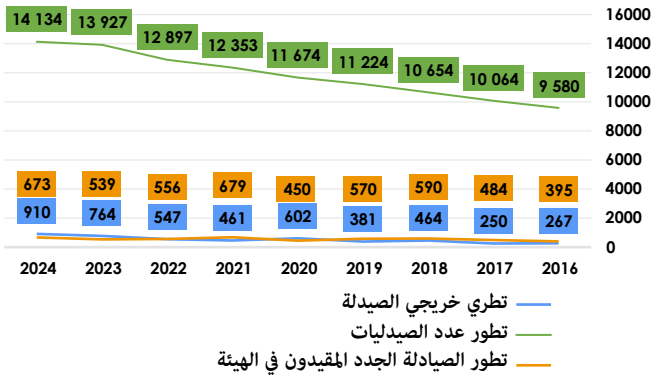


المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها النقابة الوطنية لصيادلة المغرب

وفي خضم هذه الإشكالية، يعد نمو عدد الصيادلة الخريجين عاملا مفصليا لإدراك مدى تطور سوق الأدوية. في هذا الصدد، يتبين من الرسم البياني، أسفله، أن عدد الخريجين والمقيدين في الهيئة الوطنية للصيادلة سجل ارتفاعا ملحوظا بين سنتي 2016 و2024 على الخصوص. وبلغ عدد الخريجين الجدد في هذه الفترة 910 سنة 2024 مقابل 297 خريجا سنة 2016، بزيادة فاقت 206 في المائة.

وفي المجموع، استكمل 4676 صيدليا مسارهم التكويني في هذه الفترة، منهم 60 في المائة نالوا شواهدهم خارج البلاد، ما يضفي بعدا دوليا على التكوين ويرفع من الطاقة الاستيعابية للكليات الأجنبية.

الرسم البياني 21: تطور عدد الصيادلة والخريجين والمقيدين في الهيئة الوطنية للصيادلة (2016-2024)



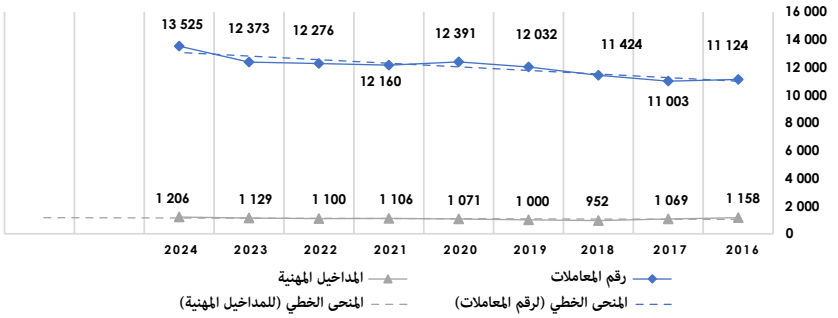
المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها وزارة التعليم العالي والبحث العلمي والابتكار وهيئة الصيادلة

وأرخى تصاعد عدد الخريجين بتداعياته المباشرة على وتيرة احداث صيدليات جديدة، لاسيما وأن معامل الترابط القوي بين هاذين العنصرين (البالغ 0,91) يظهر أن توسيع شبكة الصيدليات يواكب عدد الصيادلة الجدد الوافدين إلى السوق.

وهكذا، يعد النمو السريع للخريجين والارتفاع المستمر للمقيدين في الهيئة، حاليا، عاملين بارزين لاستيعاب تغيرات النموذج الاقتصادي للصيدليات. ويساهمان مباشرة في تمركز شديد للصيدليات في بعض الجهات، وفي احتدام المنافسة بين الصيدليات، وفي تقويض المردودية المالية لجزء منها، لاسيما الواقعة في المناطق الحضرية التي تُنشأ فيها الصيدليات بكثافة.

وبالانتقال إلى التطور الاقتصادي العام لقطاع الأدوية، كما يُستشف من البيانات المدلى بها من لدن المديرية العامة للضرائب والمبينة في الرسم البياني أسفله، يُستفاد أن رقم المعاملات الإجمالي للصيدليات بالمغرب ارتفع من 11,12 إلى 13,52 مليار درهم بين سنتي 2016 و2024 [19]، بزيادة قدرها 21,6 في المائة طيلة ثماني سنوات. وتعادل معدل نمو سنوي متوسط نسبته 2,46 في المائة، مؤشرا على نمو مستقر نسبيا للقطاع.

الرسم البياني 22: تطور رقم المعاملات ومداخيل مهنيي الصيدليات (بمليون درهم)



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها المديرية العامة للضرائب

بالموازاة، أبانت المداخيل المتوسطة لمهنيي الصيدليات عن دينامية أقل، إذ استقرت في حدود 1000 و1100 مليون درهم بين سنتي 2019 و2023 بعد أن شهدت انخفاضا سنة 2018 (951,8 مليون درهم)، ثم سجلت انتعاشا طفيفا سنة 2024 بحجم 1206,2 مليون درهم.

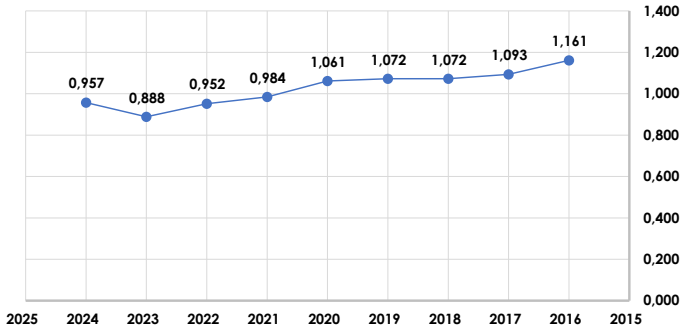
وتتضافر عدة عوامل التي يمكن أن تفسر هذا التباين بين الارتفاع المعتدل لرقم المعاملات وركود مداخيل المهنيين. وتشمل:

- الضغط المستمر على هوامش الربح التجارية، والمتصلة أساسا بتنظيم أسعار الأدوية وبتواتر انخفاضاتها، لاسيما الأدوية الحيوية المندرجة ضمن القسمين 1 و2،
- تصاعد تكاليف الاستغلال (كراء المحل، وأداء أجور المستخدمين، وغيرها) التي تثقل بشدة مردودية الصيدليات،
- ارتفاع عدد الصيدليات المفضي إلى تقليص متوسط رقم المعاملات لكل صيدلية، ما ينعكس مباشرة على مداخيل المهنيين.

وتجدر الإشارة الى أن متوسط رقم المعاملات لكل صيدلية بلغ نحو 950 ألف درهم سنة 2024، مقابل 1,1 مليون درهم تقريبا سنة 2016، بانخفاض ناهز 17,5 في المائة على مدار ثماني سنوات. ويأتي هذا التراجع في سياق يواصل رقم المعاملات الإجمالي للقطاع نموه المعتدل. بمعنى آخر، يستوعب العدد المتنامي للفاعلين نمو سوق الأدوية، ما يقلص الحصة المملوكة لكل فاعل. وفي الوقت الذي اتسعت رقعة الصيدليات المحدثة، خاصة في المدن الكبرى، لم يساير الطلب الإجمالي على الأدوية الإيقاع ذاته رغم الشروع في تعميم التغطية الصحية الشاملة، الأمر الذي أخل بالتوازن الاقتصادي للسوق.

[19] يُشار إلى أن رقم المعاملات، المبلغ به من المديرية العامة للضرائب، يهم حصرا الصيدليات التي يستغلها أشخاص ذاتيون، والتي تتبوأ باستمرار صدارة الشبكة الوطنية للصيدليات.

الرسم البياني 23: تطور متوسط رقم المعاملات لكل صيدلية بمليون درهم



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرتها المديرية العامة للضرائب

يُعدّ تحليل آليات التعويض المالي المعمول بها حاليا عنصرًا محوريًا لفهم محددات رقم معاملات الصيدليات، لاسيما وأن نموذج تعويض الصيادلة في المغرب يعتمد بالأساس على هامش الربح التجاري للأدوية المطبق على سعر المصنع دون احتساب الرسوم. وكما سبقت الإشارة، يستند هذا النموذج على أربعة أقسام منصوص عليها تنظيميا:

أولا، يطبَّق هامشان للربح تنازليان، تبلغ نسبتهما على التوالي:

- 57 في المائة من سعر المصنع دون احتساب الرسوم (ما يعادل 33,93 في المائة من ثمن البيع للعموم) إزاء الأدوية المندرجة ضمن القسم الأول،
- 47 في المائة من سعر المصنع دون احتساب الرسوم (ما يقارب 29,75 في المائة من ثمن البيع للعموم) إزاء الأدوية المندرجة ضمن القسم الثاني.

وبخصوص الأدوية المكلفة، يُطبق مبلغين جزافيين ثابتين قدرهما:

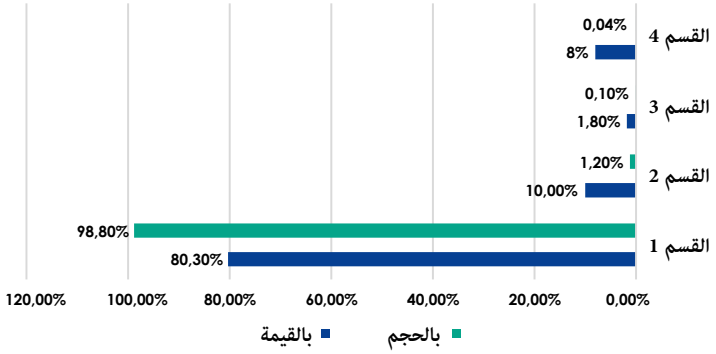
- 300 درهم للأدوية المندرجة ضمن القسم الثالث، ويتراوح سعر مصنعها دون احتساب الرسوم بين 588 و1766 درهما،
- 400 درهم للأدوية المندرجة ضمن القسم الرابع، ويتجاوز سعر مصنعها دون احتساب الرسوم 1766 درهم.

يتسم هذا النموذج، المرتبط كليًا بسعر الدواء، بهشاشة بنيوية واضحة، إذ كلما انخفض سعر الدواء، بفعل سياسة تحديد الأسعار ومراجعتها، تقلصت تلقائيا مداخيل الصيدليات، طالما لا يُنص على أي شكل آخر من أشكال التعويض خارج نطاق هامش الربح المحتسب على السعر.

ووفقًا للبيانات التي وفّرها المجلس الجهوي لهيئة صيادلة الجنوب، يُظهر تحليل توزيع سوق الأدوية الخاصة حسب الأقسام المذكورة، برسم سنة 2024، هيمنة الأدوية المندرجة ضمن القسم الأول، والتي لا يتجاوز سعر بيعها للعموم 278 درهم، بنسبة تمثل 98,9 في المائة من المبيعات الإجمالية. مما يجعلها ضمن الأدوية الأساسية التي تصرفها الصيدليات. وتتلوها الأدوية المصنفة في القسم الثاني (التي يفوق ثمن بيعها للعموم 278 درهما ويعادل أو يقل عن 929 درهما)، والتي لا تتعدى نسبتها من حجم المبيعات 1,2 في المائة. في المقابل، تبلغ نسبة الأدوية المنتسبة إلى القسمين الثالث (ذات ثمن بيع للعموم يفوق 929 درهما ويعادل أو يقل عن 2101 درهم) 0,1 في المائة فقط، والرابع (بثمن بيع للعموم أعلى من 2101 درهم) 0,04 في المائة.

ومن حيث القيمة، بلغت نسبة أدوية القسم الأول 80,3 في المائة من السوق في نفس السنة، متبوعة بأدوية القسم الثاني بنسبة 10,0 في المائة، وأدوية القسمين الثالث والرابع بنسبتي 2 و8 في المائة على الترتيب.

الرسم البياني 24: توزيع سوق الأدوية الخاصة حسب أقسام الأسعار برسم 2024 (بالحجم والقيمة)



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب

تؤكد هذه البيانات الأهمية الاقتصادية التي تكتسيها أدوية القسم الأول من حيث الحجم والقيمة، مبرزة، في المقابل، الحصة الضئيلة للغاية للأدوية مرتفعة الثمن والمعوض عنها بمبالغ جزافية ثابتة، وهو ما يحد من مساهمتها في المردودية الإجمالية للصيدليات. ووفقًا لما أسفرت عنه جلسات الاستماع مع ممثلي الصيدليات، تُوزع الأدوية المكلفة، ولا سيما تلك المندرجة ضمن القسم الرابع، بواسطة شبكة محدودة والمتعارف عليها بالصيدليات المستودعة.

كما أن صرف هذه الأدوية ينطوي على مخاطر مرتفعة بالنسبة للصيدلي، سواء من الناحية المالية (ارتفاع تكلفة اقتناء الأدوية) أو من الناحية المادية (فقدان الأدوية أو تلفها أو انقضاء صلاحيتها).

وأبان تحليل الأقسام الفرعية، المندرجة ضمن القسم الأول للأسعار، عن تركيز أكبر للأدوية ذات الأسعار المنخفضة للغاية. واستنادا إلى بيانات المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب، يوضح الجدول، أسفله، توزيع سوق الأدوية الخاصة:

الجدول 12: توزيع سوق الأدوية الخاصة حسب فروع القسم الأول للأسعار برسم 2024 بالحجم والقيمة

ثمن البيع للعموم	النسبة المئوية التراكمية بالحجم	النسبة المئوية التراكمية بالقيمة
أقل من أو يعادل 20 درهما	30,7%	8,1%
أقل من أو يعادل 30 درهما	52,3%	17,8%
أقل من أو يعادل 50 درهما	72,1%	32,3%
أقل من أو يعادل 100 درهم	89,5%	55,0%
أقل من أو يعادل 150 درهم	95,1%	67,6%
أقل من أو يعادل 200 درهم	97,4%	74,6%
أقل من أو يعادل 278 درهما	98,6%	80,1%

المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفّرها المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب

يكشف تقاطع بيانات الحجم والقيمة عن محدودية ربحية الأدوية منخفضة السعر المندرجة ضمن القسم الأول، لا سيما تلك التي لا يتجاوز سعر بيعها للعموم 100 درهم، والتي تمثل89,5 في المائة من الوحدات المصروفة لكنها لا تنتج سوى 55 في المائة من القيمة الإجمالية.

وهذا يعني أن النسبة المتبقية البالغة 10,5 في المائة من حجم الأدوية المصروفة ضمن القسم الأول أي الأدوية التي يتراوح سعر بيعها للعموم بين أكثر من 100 درهم و278 درهماً كحد أقصى تمثل 45 من القيمة الإجمالية، وهو ما يعكس تركّزاً كبيراً للقيمة في حجم محدود من الأدوية.

إن هيمنة الأدوية منخفضة السعر في عملية صرف الأدوية تجعل النموذج الاقتصادي للصيدليات معتمداً بدرجة كبيرة على حجم المبيعات، كما تجعل السوق عرضة لهشاشة أكبر في ظل الضغط المستمر على الأسعار ومحدودية الطلب.

ويُضاف إلى ذلك عنصر آخر ذو دلالة، فبالرغم من أن القانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة يجيز للصيادلة مزاولة الصيادلة للمهنة في إطار شركة، يجسد الواقع هيمنة الصيدليات التي يستغلها أشخاص ذاتيون على نطاق واسع.

بتعبير أدق، تنص المادة 63 من القانون المذكور على تخويل الصيادلة إمكانية إحداث شركة تضامن فيما بينهم بغرض استغلال صيدلية، شريطة أن يديرها كافة الشركاء، وألا يكون لأي منهم مصلحة أو مساهمة في صيدلية أخرى. كما يجيز لهم القانون، وفقا لنفس المادة، تأسيس شركة ذات المسؤولية المحدودة، بشريك واحد أو مجموعة شركاء، من أجل استغلال صيدلية، شريطة ألا تكون هذه الشركة مالكة لأكثر من صيدلية واحدة، وفي حالة تعدد الصيادلة الشركاء، وجب أن يُعهد بتسيير الصيدلية إليهم جميعا.

عمليا، يمارس جل الصيادلة نشاطهم بصفتهم مالكين للصيدلية دون غيرهم، ويستغلونها بصورة فردية.

وفي هذا الإطار، يضطلع الصيدلي بدور مزدوج، إذ يعد مالكا للصيدلية ومسيرا إداريا وماليا لها. ويتولى، في نفس الوقت، مسؤولية صرف الأدوية، ما يطرح صعوبات كبيرة تحول دون إضفاء الطابع المهني على تدبير الصيدلية على الخصوص، بسبب عدم فصل الممتلكات الشخصية عن الأصول المهنية والخلط بينهما. ونتيجة لذلك، لا يرقى التدبير الإداري والمالي إلى المرونة المطلوبة، وتصبح الاستمرارية الاقتصادية للصيدلية على المحك.

زيادة على ذلك، تصطدم الصيدليات بتكاليف استغلال مرتفعة باستمرار. فبحسب النقابة الوطنية لصيادلة المغرب، ازداد متوسط هذه التكاليف بنسبة 47 في المائة خلال العقد الممتد من 2015 إلى 2025، ما أرخى بثقله على مردودية الصيدليات. وتشمل هذه التكاليف، أساسا، كراء المحل، وأداء أجور المستخدمين، ونفقات متنوعة وضرورية لضمان السير اليومي للصيدليات، ناهيك عن تنامي الطابع المعقد لتدبير المخزون بغية الاستجابة للوصفات الطبية ولتطلعات المرضى المتنوعة. وعليه، يتعين على الصيدليات الاحتفاظ بتشكيلة واسعة من الأدوية وتحيينها بصفة منتظمة.

وتزداد حدة هذا الإكراه في ظل غياب حق استبدال دواء موصوف بدواء جنيس آخر، ما يحد من مرونة تدبير المخزون. وعلى النقيض من ذلك، يشكّل حق الاستبدال في عدد من البلدان التي نظّمت هذه الممارسة قانونيًا رافعة أساسية لتأمين الإمدادات على الوجه الأمثل، وضبط التكاليف. ويُقصد به قدرة الصيدلي على تعويض دواء موصوف بدواء جنيس مماثل، دون الحاجة إلى موافقة مسبقة من واضع الوصفة الطبية، ووفقا لشروط صارمة ومتصلة بالتكافؤ الحيوي والعلاجي.

ونظـرًا لهـذه القيـود، تعتمـد العديـد مـن الصيدليـات استراتيجيـة التمويـن الآني (en flux tendu) بالأدويـة، مراهنـة على المؤسسـات الصيدليـة الموزعـة بالجملـة التـي تضمـن توصيـل الكميـات بـوتيرة متكـررة، تصـل إلى 4 و6 مـرات يوميـا في الوسـط الـحضري. وبذلـك تضطلـع هـذه الأخيرة بـدور "الممـول" بالنسـبة للصيدليـات، كما تمـت الإشـارة إلى ذلـك خلال جلسـات الاسـتماع التـي أُجريـت مـع مختلـف الفاعـلين في السـوق.

وتكـتسي هـذه الهشاشـة الاقتصاديـة طابعًـا أكثر حـدّة بالنسـبة للصيدليـات حديثـة الإنشـاء، التـي يتـعين عليهـا تحمـل تكلفـة اسـتثمارية أوليـة ومتوسـطة قدرهـا 1,2 مليـون درهـم سـنة 2025، بحسـب بيانـات النقابة الوطنيـة لصيادلـة المغـرب. وتتفاقـم هـذه الوضعيـة بسـبب التركيـز الكبير للصيدليـات في المناطـق الحضرية، وهوامـش الربـح التجاريـة المقننـة، والضغـط المسـتمر على الأسـعار، واضعـا الجـدوى الاقتصاديـة لهـذه الصيدليـات على المحـك.

ويسـتخلص مما سـبق أن النمـوذج الاقتصـادي المغـربي للصيدليـات اسـتنفذ إمكانياتـه، الأمـر الـذي يفـرض التفـكير في مقاربـة استراتيجيـة لإعـادة النظـر في الإطـار التنظيمـي والاقتصـادي لسـوق الأدويـة.

وفي هـذا السـياق، يبـدو مـن الملائـم اسـتحضار التجـارب المقارنـة في بلـدان أخـرى، خاصـة الـدول التـي شرعـت في تنويـع آليـات التعويـض المالي أو أقـرّت مقـابلًا ماليًـا عـن الأعمال الصيدليـة، إطـار توجـه يرمـي إدمـاج الصيادلـة بشـكل أوسـع في مسـار الرعايـة الصحيـة، الاسـتدامة الاقتصاديـة لهـذه الحلقـة الأساسـية مـن سلسـلة توزيـع الأدويـة.

2.2.IV التحليل المقارن للنماذج الاقتصادية للصيدليات على الصعيد الدولي

يختلـف النمـوذج الاقتصـادي للصيدليـات باختـلاف البلـدان، وحسـب السياسـات المتعلقـة بالصحـة العموميـة، وآليـات تقـنين أسـعار الأدويـة، ومـدى الاعتراف بـالأعمال الصيدليـة في المنظومـة الصحيـة.

وفي بلـدان كـثيرة، أبـان النمـوذج السـائد تقليديـا والقائـم على الأربـاح الخـام التجاريـة المتأتيـة مـن سـعر بيـع الـدواء عـن محدوديتـه تدريجيـا، إذ لا يضمـن الاسـتدامة الاقتصاديـة، ولا يثمـن الـدور المنـوط بالصيدلي في بيئـة تشـهد تحـولا في المنظومـات الصحيـة.

وبنـاء عليـه، عكفـت العديـد مـن البلـدان على تطويـر نمـاذج هجينـة، تمثلـت في بلـورة مفاهيـم جديـدة لتنظيـم الصيدليـات الحاملـة لعلامـات تجاريـة أو المهيكلـة في إطـار شـبكات، وخلـق بنيـات تعاونيـة وتعاضدية بين الصيادلـة.

وارتباطـا بالتعويـض المالي، تـزاوج هـذه التـدابير بين هامـش الربـح التجـاري المطبـق على سـعر الـدواء، والأتعـاب المتأتيـة مـن صرف الأدويـة، والخدمـات المقدمـة والراميـة إل تثـمين العمـل الصيـدلي. وترمـي هـذه النـماذج إلى تكريـس قابليـة اسـتمرار الصيدليـات مـن الناحيـة الاقتصاديـة، وملاءمـة تعويضاتهـا الماليـة مـع المهـام الموسّـعة الموكولـة إلى الصيادلـة ومـع أوليـات المنظومـات الصحيـة. ويسـتعرض الجـدول، أسـفله، أمثلـة عـن الـنماذج السـارية على الصعيـد العالمـي:

الجدول 13: مقارنة مرجعية للنماذج الاقتصادية للصيدليات

البلد	المغرب
نمط التعويض	•يستند نموذج تعويض الصيدليات بالمغرب، حصرا، إلى هامش الربح التجاري المطبق على سعر المصنع دون احتساب الرسوم للأدوية (PFHT) . وكما ذُكر سابقا، يعتمد هذا النموذج على أربعة أقسام منصوص عليها طبقاً لسلم تنظيمي محدد: • يسري هامشين من هوامش الربح، تبلغ نسبتهما: - 57 في المائة من سعر المصنع دون احتساب الرسوم (ما يعادل 33,93 في المائة من ثمن البيع للعموم) بالنسبة للأدوية المندرجة ضمن القسم الأول، - 47 في المائة من سعر المصنع دون احتساب الرسوم (ما يقارب 29,75 في المائة من ثمن البيع للعموم) بالنسبة للأدوية المندرجة ضمن القسم الثاني. • بخصوص الأدوية المكلفة، يُطبق مبلغين جزافيين ثابتين قدرهما: -300 درهم للأدوية المدرجة في القسم الثالث، ويتراوح سعر مصنعها دون احتساب الرسوم بين 588 و1766 درهما، - 400 درهم للأدوية المدرجة في القسم الرابع، ويتجاوز سعر مصنعها دون احتساب الرسوم 1766 درهم. • التعويض عن الخدمات الصيدلية: غياب أتعاب خاصة بصرف الأدوية أو بخدمات أخرى (تقديم الاستشارة، والوقاية، وغيرها).
نمط التنظيم	• حصر امتلاك الصيدليات على الصيادلة، • حظر ولوج رأسمال الصيدليات من قبل غير الصيادلة.
التنظيم الترابي للصيدليات	• ربط فتح الصيدليات بالحصول على إذن إداري مسبق يسلّمه عامل العمالة أو الإقليم، • التقيد بالضوابط الديموغرافية والجغرافية: - احترام المسافة الدنيا والمطلوبة بين الصيدليات (300 متر)، - وجوب تسيير كل صيدلية من لدن صيدلي مقيد في الهيئة.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي الصيدليات: 14.134 [20]، • عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة: 14.191 [21]، • عدد الصيادلة حسب السكان: 38,5 صيدلي لكل مائة ألف نسمة، • عدد الصيدليات حسب السكان: 38,4 صيدلية لكل مائة ألف نسمة.
معدل الصيادلة لكل صيدلية	صيدلي واحد لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	642 درهم للفرد في 2024[22].
الاتجاهات الاقتصادية	• استمرار تدني استهلاك الفرد للأدوية، • ضغط على النموذج الاقتصادي للصيدليات، مقرون بتكاليف متزايدة وبهوامش ربح مؤطرة، وتركيز شديد للصيدليات في المناطق الحضرية على الخصوص.
عدد حالات إغلاق الصيدليات	على الرغم من عدم توفر معطيات رسمية حول العدد الدقيق لإغلاق الصيدليات في المغرب، يشير مهنيون في القطاع إلى أن نحو 4000 صيدلية قد تكون اليوم على حافة الإفلاس بسبب صعوبات اقتصادية ومالية.

[20] بيانات وفّرها المجلس الجهوي لصيادلة الجنوب.

[21] بيانات وفّرها المجلسان الجهويان لصيادلة الشمال والجنوب حول تطور عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة إلى غاية عام 2025.

[22] استناداً إلى المعطيات التي قدمها المجلس الجهوي لهيئة الصيادلة للصيادلة بالجنوب

البلد	تونس
نمط التعويض	• يرتكز التعويض أساسا على هامش الربح التنظيمي المطبق على سعر الأدوية، - بخصوص الأدوية القابلة للتعويض: - يُصرف التعويض من لدن الصندوق الوطني للتأمين الأساسي عن المرض(CNAM) ، - يُؤدى ثمن الدواء بالصيدلية، بما فيه هامش الربح التنظيمي، - يتحمل المريض الحصة المتبقية على عاتقه طبقا للأنظمة الجاري بها العمل : (Ticket modérateur) : - التعريفة الرسمية وفق السلم الرسمي المحدد بقرار وزاري: حيث يتراوح هامش الربح بين 31,1 و42,9 في المائة من سعر الدواء. - بخصوص الأدوية غير القابلة للتعويض والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية (OTC): - أسعار محددة، - هامش الربح التجاري منظم، - أهمية المبيعات خارج نظام التعويض. • التعويض عن الخدمات الصيدلية: يرتبط أساسا بصرف الأدوية.
نمط التنظيم	• حصر ملكية الصيدليات للصيادلة، • حظر امتلاك الصيدليات من غير الصيادلة أو المستثمرين الخواص، • غياب سلاسل صيدليات ذات طابع رأسمالي، • التسجيل في قائمة انتظار وطنية، تدبرها وزارة الصحة، فيما يتعلق بفتح صيدليات جديدة، خاصة في المناطق التي تسجل فائضا في الصيدليات (مما يشكل عملياً نوعاً من الوقف المؤقت للتراخيص).
التنظيم الترابي للصيدليات	• ربط خلق الصيدليات بالحصول على إذن من الإدارة، • تطبيق مبدأ العدد المحدود (numerus clausus) على الصعيد الترابي، واستنادا إلى عدد السكان والمسافة الدنيا بين الصيدليات، • ضرورة تسيير كل صيدلية من لدن صيدلي مؤهل.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي للصيدليات: 2500 [23] • عدد الصيادلة: 5500 [24] • عدد الصيادلة حسب السكان: 34 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [25]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 20 صيدلية لكل مائة ألف نسمة[26] .
معدل الصيادلة لكل صيدلية	2,2 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	1.294 درهم للفرد في السنة تقريبا [27].
الاتجاهات الاقتصادية	• سوق تستفرد بها الصيدليات المستقلة، • صناعة دوائية محلية ومتطورة نسبيا، • تنظيم شديد للأسعار والولوج إلى السوق من طرف الدولة.
عدد حالات إغلاق الصيدليات	تركز البلاغات الرسمية أساساً على تنظيم الخدمة الصيدلانية (ساعات العمل ونظام المداومة)، وهو ما يعكس إعطاء الأولوية لاستمرارية الخدمة أكثر من تتبع المعطيات الإحصائية المتعلقة بإغلاق الصيدليات.

[23] بيانات مهنية بشأن شبكة الصيدليات صادرة عن النقابة التونسية لأصحاب الصيدليات الخاصة.

[24] تقرير حول الوضع العالمي للصيدليات (Global Situation Report on Pharmacy) الصادر عن الاتحاد العالمي للصيادلة برسم 2025.

[25] إحصائيات صادرة عن وزارة الصحة التونسية.

[26] عدد تقديري احتُسب استنادا إلى مقارنة بين عدد الصيدليات وساكنة تبلغ نحو 12,3 مليون نسمة.

[27] احتُسب استناداً إلى حجم سوق الأدوية في تونس المقدر بنحو 1,6 مليار دولار أمريكي سنة 2025، وعدد سكان يناهز 12,3 مليون نسمة، يُقدَّر متوسط الاستهلاك الدوائي في تونس بحوالي 130 دولاراً أمريكياً للفرد سنوياً. وقد تم تحويل هذا المبلغ وفقاً لسعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب بالمغرب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 9,959 درهم مغربي مقابل 1 دولار أمريكي.

البلد	فرنسا
نمط التعويض	• بخصوص الأدوية القابلة للتعويض: هوامش ربح تنظيمية تنازلية وموزعة على أساس سعر المصنع دون احتساب الرسوم (PFHT)،بنسبة تتراوح بين 10 و30 في المائة حسب السعر، • بخصوص الأدوية غير القابلة للتعويض: هوامش حرة. • التعويض عن الخدمات الصيدلية: - أتعاب يتقاضاها الصيدلي (تتراوح بين 1,02 و2,76 يورو) مقابل صرف كل علبة من علب الدواء، وعن الوصفات الطبية المعقدة، والتكفل بالأطفال أو الأشخاص المسنين، وصرف الأدوية في المنزل، - أتعاب يتقاضاها عن الأعمال الصيدلية، بما فيها تتبع حالة المريض، والتلقيح، وإجراء اختبارات التوجيه التشخيصية السريعة (Tests rapides d'orientation diagnostique)، - التعويض على الأهداف (استعمال الأدوات الرقمية، على غرار الوصفة الطبية الإلكترونية، والبريد الإلكتروني الآمن، وتطبيق بطاقة الرعاية الصحية (Carte Vitale)، وإغناء البوابة الرقمية الصحية، واستخدام برمجيات معتمدة للمساعدة في صرف الأدوية).
نمط التنظيم	• حصرملكية الصيدليات للصيادلة، • إمكانية استغلال الصيدليات في إطار مقاولة فردية أو شركة، وحصر ذلك على البنيات المرخّص لها (شركة لمزاولة المهنة الحرة "société d'exercice libéral")، • إمكانية امتلاك الصيدليات بصفة غير مباشرة بواسطة شركة المساهمة المالية للمهن الحرة للصيادلة (Société de Participation Financière des Professions Libérales de pharmaciens)، وفقا لنظام توطين الصيادلة قائم على حصص سكانية محددة، • حظر سلاسل الصيدليات ذات طابع رأسمالي وأي اقتناء لرأسمال الصيدليات من غير الصيادلة، مع ظهور مفاهيم جديدة ذات الصلة بالصيدليات تعمل تحت علامات تجارية موحدة أو في إطار شبكات.
التنظيم الترابي للصيدليات	• اشتراط الحصول على رخصة تسلّمها الوكالة الجهوية للصحة (Agence Régionale de Santé)، وفقا لنظام توطين الصيادلة حسب عدد السكان، • مراعاة معايير ديموغرافية، تتمثل في صيدلية واحدة لكل 2500 نسمة، وصيدلية إضافية كلما ارتفع عدد السكان بـ 4500 نسمة.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي للصيدليات: 20.242[28] • عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة: 75.080 [29] • عدد الصيادلة حسب السكان: 109 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [30]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 30 صيدلية لكل مائة ألف نسمة [31].
معدل الصيادلة لكل صيدلية	3,7 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	5.378 درهم للفرد في 2024[32].
الاتجاهات الاقتصادية	• تجسد شبكة الصيدليات بفرنسا نموذجا هجينا، يزاوج بين الاستقلالية والاندماج في السلاسل. واختارت 34 في المائة من الصيدليات الاندماج في علامات تجارية، أي 6985 صيدلية، مع الاستمرار في التقيد بالنصوص التنظيمية الجاري بها العمل، • تشمل أبرز الشبكات غير الرأسمالية بفرنسا المجموعات "Hygie31" [33] و"Giphar" و"Aprium Pharmacie".
عدد حالات إغلاق الصيدليات	وفقاً للمعطيات الصادرة عن المجلس الوطني لهيئة الصيادلة والهيئات المرتبطة به في فرنسا، يتم إغلاق ما بين 200 و300 صيدلية في المتوسط كل سنة.

[28] المجلة عدد 28 الصادرة عن الهيئة الوطنية للصيادلة بفرنسا في يوليوز 2025 والمعنونة بـ "الإحصائيات الديموغرافية المتعلقة بالصيدلة: الاتجاهات الكبرى المسجلة اعتبارا من فاتح يناير 2025".

[29] نبذة عامة ديموغرافية حينتها الهيئة الوطنية للصيادلة بفرنسا وأصدرتها بتاريخ 5 يونيو 2025.

[30] منشور أصدرته مديرية الأبحاث والدراسات والتقييم والإحصائيات حول "أعداد مهنيي الصحة اعتبارا من فاتح يناير 2025".

[31] النبذة العامة الصادرة عن الهيئة الوطنية للصيادلة بفرنسا والمتعلقة بالمؤشرات الترابية اعتبارا من فاتح يناير 2024.

[32] وفقا لإصدار 2025 من الحسابات الوطنية للصحة الصادرة عن مديرية الأبحاث والدراسات والتقييم والإحصائيات، بلغ معدل استهلاك الأدوية بفرنسا 34,5 مليار يورو في 2024، ما يعادل 500 يورو للفرد تقريبا. تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي الذي نشرته المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 10,756 درهم مغربي مقابل 1 يورو.

[33] تنشط مجموعة "Hygie31" الفرنسية في قطاع الصحة. وتتكون من مجموعة واسعة من الصيدليات وشبه الصيدليات والبصريات ومحلات بيع المعدات الطبية بفرنسا. وفي الوقت الحالي، تنضوي تحت لوائها أزيد من 1400 صيدلية وشبكة من الشركاء (مجموعات "Lafayette" و"Pharmacorp" و"Pharmacyal" و"Quartz" و"Pharm' Auvergne"، وغيرها). وتقترح المجموعة كذلك حلول مركزية للشراء، ومنصات للتجارة الإلكترونية، وتكوينات، وخدمات دعم موجهة للصيادلة المستقلين. إضافة إلى ذلك، تستثمر المجموعة في وحدات لتقديم الخدمات لا تمتلك رأسمالا في الصيدليات بحد ذاتها. غير أنها تسهر على توحيد الصيدليات ضمن منظومة لتعاضد الوسائل والخدمات.

البلد	إيطاليا
نمط التعويض	• بخصوص الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها: يتقاضى الصيدلي هوامش ربح منظمة ومدمجة في ثمن بيع الدواء للعموم والمعوض عنه من لدن نظام الخدمة الصحية الوطنية. يشمل التعويض نصيبا شائعا محددا بنسبة مئوية (تصل إلى 6 في المائة من ثمن بيع الدواء للعموم دون احتساب الضريبة على القيمة المضافة، وتُطبق على كل علبة من علب الدواء المصروفة في إطار نظام الخدمة الصحية الوطنية)، ونصيبا شائعا ثابتا يُمنح مقابل كل علبة أو حبة دواء مسلّمة (يصل إلى 0,58 يورو للأدوية التي يقل ثمنها أو يعادل 4 يورو، وإلى 1,66 يورو للأدوية التي يفوق ثمنها 4 يورو ويعادل أو يقل عن 11 يورو، وإلى 2,50 يورو للأدوية التي يفوق ثمنها 11 يورو). • بخصوص الأدوية غير المقبول إرجاع مصاريفها (المصروفة بدون وصفة طبية أو غير المعوض عنها من لدن نظام الخدمة الصحية الوطنية): يُترك للصيدلي حرية تحديد هامش الربح. • التعويض عن الأعمال الصيدلية، ويشمل: - أتعاب صرف الأدوية، - الوقاية من الأمراض والكشف عنها (قياس ضغط الدم والسكري، وبرامج الوقاية ذات الصلة بالصحة العمومية، وغيرها)، - التلقيح، وتتبع المرضى المصابين بأمراض مزمنة، والطب عن بعد، والمساعدة على التشخيص.
نمط التنظيم	• امتلاك الصيدلية من لدن صيدلي واحد أو أكثر، • فتح الرأسمال في وجه غير الصيادلة على شكل شركة، شريطة أن يسيرها صيدلي، • الإذن لشبكات أو سلاسل الصيدليات وفقا لشروط.
التنظيم الترابي للصيدليات	• تسليم الأذون بفتح الصيدليات أو تحويلها أو جمعها من لدن السلطات الجهوية (Regioni)، بالتنسيق مع الهيئات الإقليمية للصيادلة، • تحديد سقف للتركيز الترابي (بحيث لا يجوز لنفس الفاعل امتلاك أزيد من 20 في المائة من الصيدليات القائمة)، • الامتثال لمعايير ديموغرافية وترابية عند توطين الصيدليات.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي للصيدليات: 20.160 [34] • عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة: 100.000 تقريبا[35] • عدد الصيادلة حسب السكان: 134 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [36]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 33 صيدلية لكل مائة ألف نسمة [37].
معدل الصيادلة لكل صيدلية	4,9 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	5.797,5 درهم للفرد في السنة[38].
الاتجاهات الاقتصادية	• تُسير أزيد من 60 في المائة من الصيدليات حاليا على شكل شركات، بينما تتولى شركات فردية تسيير الباقي (حوالي 40 في المائة)، • تضم سلاسل ومجموعات الصيدليات الإيطالية الرئيسية "Dr. Max" و"Farmacie Italiane" و"LoydsFarmacia"، وغيرها، • علاوة على ذلك، تضم الشبكة الصيدلية الإيطالية تجمعات لصيدليات مستقلة دون دمجها رأسماليا (مثل "Uni-co" و"CEF" و"Farmacentro").
عدد حالات إغلاق الصيدليات	أغلقت نحو 1500 صيدلية أبوابها في عام 2023. وفُسر ذلك أساسا بزيادة الطلب على الأدوية عن بعد وخدمات التسليم.

[34] بيانات منبثقة عن الفيدرالية الإيطالية لمالكي الصيدليات (Federfarma)، طبعة 2024-2025.

[35] بيانات مؤسساتية وفرتها فيدرالية هيئات الصيادلة الإيطاليين بشأن الصيادلة المقيدين في الهيئات الإقليمية (2024).

[36] الإحصائيات الصحية الصادرة عن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والمتعلقة بعدد الصيادلة لكل مائة ألف نسمة في إيطاليا.

[37] بيانات حول التوزيع الترابي للصيدليات الصادرة عن الفيدرالية الإيطالية لمالكي الصيدليات.

[38] المعطيات مستمدة من تقرير «منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) والمفوضية الأوروبية، حالة الصحة في الاتحاد الأوروبي — الملف الصحي لإيطاليا 2025»، والذي يقدّر مستوى استهلاك الأدوية في إيطاليا بنحو 539 يورو للفرد سنوياً، أي ما يعادل 5.797,5 درهماً مغربياً. وقد تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 10,756 درهم مغربي مقابل 1 يورو.

البلد	بلجيكا
نمط التعويض	• بخصوص الأدوية القابلة للتعويض: - إذا كان سعر البيع عند الخروج من المعمل يعادل أو يقل عن 60 يورو دون احتساب الرسوم، يتقاضى الصيدلي هامش ربح يصل إلى 7,18 في المائة من السعر، - إذا كان سعر البيع عند الخروج من المعمل يفوق 60 يورو دون احتساب الرسوم، يتقاضى الصيدلي هامش ربح يصل إلى 4,308 يورو، مضافا إليه نسبة 2,37 في المائة من الجزء من سعر البيع دون احتساب الضريبة على القيمة المضافة. • بخصوص الأدوية غير القابلة للتعويض: - إذا كان سعر البيع يعادل أو يقل عن 25,44 يورو مع احتساب الرسوم، يتقاضى الصيدلي نسبة 31 في المائة من السعر دون احتساب الضريبة على القيمة المضافة، - إذا كان سعر البيع يفوق 25,44 يورو، يتقاضى الصيدلي 7,44 يورو مقابل كل علبة دواء. • التعويض عن الأتعاب الصيدلية، ويشمل: - أتعابا تكميلية مقابل أعمال خاصة (مثل تتبع حالة المرضى، وتقديم الاستشارة، والتلقيح، والحراسة، وغيرها)، ويتحملها التأمين الأساسي عن المرض.
نمط التنظيم	• امتلاك الصيدلية من لدن صيدلي واحد أو عدة صيادلة شركاء، • إمكانية ملكية الصيدليات لأشخاص ذاتيين أو معنويين، بمن فيهم غير الصيادلة، شريطة أن يتولى صيدلي مؤهل تدبيرها ويتحمل المسؤولية المهنية، • تتسم شبكة الصيدليات البلجيكية بالتنوع، وتضم صيادلة مستقلين، وصيادلة شركاء، وسلاسل/مجموعات رأسمالية، وتعاونيات غير رأسمالية.
التنظيم الترابي للصيدليات	• ضرورة الحصول على إذن إداري، مشفوع بتعليق مؤقت (moratoire) ساري المفعول إلى غاية 2029، لفتح صيدلية وتحويلها ودمجها وإغلاقها، • الامتثال لضوابط ديموغرافية وترابية صارمة.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي للصيدليات: 4674 [39] • عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة: 14.471 [40] • عدد الصيادلة حسب السكان: 128 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [41]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 40 صيدلية لكل مائة ألف نسمة [42].
معدل الصيادلة لكل صيدلية	5,3 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	5.152 درهم للفرد في السنة [43].
الاتجاهات الاقتصادية	• ينتسب ثلث الصيدليات تقريبا إلى شبكة أو مجموعة، ما يعكس المنحى التصاعدي للهيكلة التعاونية للقطاع، ولو في إطار تُنظم فيه ملكية الشركات (propriété corporative)، • تنشط في القطاع مجموعات وطنية (مثل "Multipharma" و"Lloydspharma Belgium").
عدد حالات إغلاق الصيدليات	أُغلقت 293 صيدلية في 2024، تندرج أساسا في دينامية الدمج والتحويل وإعادة تنظيم الشبكات.

[39] إحصائيات الوكالة الفيدرالية للأدوية والمنتجات الصحية حول الصيدليات المفتوحة في وجه العموم برسم 2024.

[40] بيانات مؤسساتية أصدرتها هيئة الصيادلة البلجيكية بشأن الصيادلة المقيدين برسم سنة 2024.

[41] الإحصائيات الصحية الصادرة عن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والمتعلقة بعدد الصيادلة لكل مائة ألف نسمة في بلجيكا.

[42] بيانات منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية حول البنيات التحتية العلاجية.

[43] المعطيات مستمدة من تقرير «حالة الصحة في الاتحاد الأوروبي — الملف الصحي لبلجيكا 2025» الصادر عن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OCDE)، والذي يقدّر مستوى استهلاك الأدوية في بلجيكا بنحو 479 يورو للفرد سنوياً، أي ما يعادل 5.152 درهماً مغربياً. وقد تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 10,756 درهم مغربي مقابل 1 يورو.

البلد	ألمانيا
نمط التعويض	• بخصوص الأدوية القابلة للتعويض: - يتقاضى الصيدلي أتعابا ثابتة عن كل علبة دواء، - يتقاضى هامش ربح نسبي يعادل 3 في المائة من سعر المصنع (دون تجاوز سقف 37,80 يورو)، -يؤدي مساهمة إلزامية لفائدة صناديق التأمين تصل إلى ناقص 2 يورو عن كل علبة دواء، - تُفرض الضريبة على القيمة المضافة عند أداء الثمن النهائي (بنسبة 19 في المائة). • بخصوص الأدوية غير القابلة للتعويض، يتمتع الصيدلي بحرية تحديد الأسعار. • يتقاضى كذلك تعويضا تكميليا عن الخدمات الصيدلية. وتشمل: - حصيلة مراجعة الأدوية المصروفة للمرضى (bilans médicamenteux)، - مواكبة المرضى المصابين بأمراض مزمنة، - التتبع العلاجي للمرضى، - الوقاية من الأمراض (والتلقيح في بعض الحالات).
نمط التنظيم	• امتلاك الصيدلية من لدن صيدلي واحد أو عدة صيادلة شركاء، • تنظيم محدود للشبكات، بحيث يمكن للصيدلي امتلاك صيدلية رئيسية، علاوة على ثلاثة فروع كحد أقصى. شريطة أن تتواجد في رقع جغرافية قريبة (في نفس المنطقة أو في منطقة مجاورة)، • لا يُسمح بإنشاء سلاسل صيدليات ذات طابع رأسمالي، مع ظهور مفاهيم جديدة مرتبطة بالصيدليات الحاملة لعلامات تجارية أو المهيكلة في إطار شبكات.
التنظيم الترابي للصيدليات	• في ألمانيا، يجب أن تؤول ملكية الصيدليات إلى صيدلي حاصل على الشهادة ومقيد في هيئة الصيادلة (Apothekerkammer)، • يجب التقيد بمعايير ترابية صارمة عند فتح صيدليات جديدة (احترام المسافة الدنيا بين الصيدليات)، • يجب أن يتولى صيدلي مسؤول تسيير الصيدلية، والتحقق من المطابقة للمعايير المهنية، • يجب احترام الحصص الجغرافية والترابية.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي للصيدليات: 17.041 [44] • عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة: 69.800 [45] • عدد الصيادلة حسب السكان: 67 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [46]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 23 صيدلية لكل مائة ألف نسمة [47].
معدل الصيادلة لكل صيدلية	4,1 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	7.992 درهم للفرد في السنة [48].
الاتجاهات الاقتصادية	• عدد صيدليات منخفض نسبيا، وتوزيع غير كاف أحيانا في المناطق القروية، وغياب سلاسل تتيح تعاضد الخدمات والتكاليف.
عدد حالات إغلاق الصيدليات	سُجل منحى تصاعدي لحالات إغلاق الصيدليات (بلغ عددها 578 حالة في 2024 مقابل فتح 48 صيدلية فقط)، خاصة فروع الصيدليات مع إعادة التركيز على الصيدلية الرئيسية.

[44] إحصائيات رسمية أصدرتها فيدرالية الصيادلة الألمان بشأن الشبكة الصيدلية برسم 2024.

[45] يمثل هذا الرقم الصيادلة المزاولين للمهنة أو المقيدين في الغرف المهنية الألمانية برسم 2023 (Apothekerkammer).

[46] الإحصائيات الصحية الصادرة عن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والمتعلقة بعدد الصيادلة لكل مائة ألف نسمة في ألمانيا.

[47] إحصائيات الشبكة الصيدلية الصادرة عن فيدرالية الصيادلة الألمان.

[48] المعطيات مستمدة من تقرير «منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) والمفوضية الأوروبية — حالة الصحة في الاتحاد الأوروبي: الملف الصحي لألمانيا 2025»، والذي يقدّر مستوى استهلاك الأدوية في ألمانيا بنحو 743 يورو للفرد سنوياً، أي ما يعادل 7.992 درهماً مغربياً. وقد تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 10,756 درهم مغربي مقابل 1 يورو.

البلد	البرتغال
نمط التعويض	• يتقاضى الصيدلي هامش ربح نسبي ومبلغا جزافيا حسب أقسام سعر المصنع دون احتساب الرسوم(PFHT)، يتراوح تقريباً بين 18% و27% من سعر المصنع. • تعويض عن العمل الصيدلاني من خلال أتعاب محددة بنظام الدفع مقابل الخدمة (Fee-for-Service)، مثل اختبارات الكشف (فيروس نقص المناعة، التهاب الكبد، وغيرها)، الاستشارة والمتابعة العلاجية. • التعويض عن الانخراط في برامج عمومية وفي تسويق الأدوية الجنيسة.
نمط التنظيم	• يجوز لكل شخص ذاتي امتلاك صيدلية حتى لو لم يكن صيدليا (باستثناء الأطباء وتجار الأدوية بالجملة وشركات صناعة الأدوية وواضعي الوصفات الطبية وهيئات التأمين الصحي، وغيرها)، • يجب أن يتولى صيدلي مسؤول تسيير كل صيدلية، • يُسمح بخلق سلاسل الصيدليات.
التنظيم الترابي للصيدليات	• يخضع منح رخص جديدة لفتح صيدلية لمعايير ديموغرافية وجغرافية (يجب أن يقطن في المنطقة المراد إنشاء الصيدلية فيها 3500 نسمة على الأقل، مع احترام مسافة دنيا بين الصيدليات تصل إلى 350 مترا على الأقل في المناطق الحضرية)، • يجب أن يتولى صيدلي مسؤول تسيير الصيدلية، • لا يجوز لمالك الصيدلية (شخص ذاتي أو شركة) امتلاك أكثر من أربع صيدليات بصفة مباشرة أو غير مباشرة.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي الصيدليات: 2920 [49] • عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة: 16.439 [50] • عدد الصيادلة حسب السكان: 99 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [51]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 33 صيدلية لكل مائة ألف نسمة [52].
معدل الصيادلة لكل صيدلية	5,6 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	4.259 درهم للفرد في السنة [53].
الاتجاهات الاقتصادية	• أتاح النموذج البرتغالي تشجيع الاستثمار بهدف تحديث شبكة الصيدليات، وخلق خدمات جديدة (من قبيل، الاستشارة عن بعد، وطلب الأدوية عن بعد وتسلمها من الصيدلية (النقر والاستلام)، والتلقيح، وإرشادات غذائية، وغيرها)، وتعاضد الوسائل لتوفير هذه الخدمات بتكلفة منخفضة.
عدد حالات إغلاق الصيدليات	خلافا لعدد من البلدان الأوروبية، لم تشهد البرتغال موجة كثيفة من حالات إغلاق الصيدليات، إذ ظل عددها مستقرا عموما منذ عدة سنوات.

[49] إحصائيات رسمية أصدرتها الهيئة الوطنية للأدوية والمنتجات الصحية (INFARMED) حول صيدليات القرب برسم 2024.

[50] بيانات مؤسساتية أصدرتها هيئة الصيادلة بشأن الصيادلة المقيدين برسم 2023.

[51] الإحصائيات الصحية الصادرة عن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والمتعلقة بعدد الصيادلة لكل مائة ألف نسمة في البرتغال.

[52] إحصائيات ترابية متعلقة بالصيدليات وصادرة عن الهيئة الوطنية للأدوية والمنتجات الصحية (INFARMED).

[53] المعطيات مستمدة من تقرير «منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD) والمفوضية الأوروبية — حالة الصحة في الاتحاد الأوروبي: الملف الصحي للبرتغال 2025»، والذي يقدّر مستوى استهلاك الأدوية في البرتغال بنحو 396 يورو للفرد سنوياً، أي ما يعادل 4.259 درهماً مغربياً. وقد تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 10,756 درهم مغربي مقابل 1 يورو.

البلد	المملكة العربية السعودية
نمط التعويض	• التعويض عن الأدوية: - يعد هامش الربح المتأتي من سعر البيع المصدر الرئيسي لدخل الصيدلي، - تحدد السلطة الوطنية (الهيئة العامة للغذاء والدواء) أسعار الأدوية أو تصادق عليها، - يُدمج هامش الربح في ثمن البيع للعموم، - يتقلص هامش الربح عادة حسب سعر الدواء. • بخصوص الأدوية المصروفة دون وصفة طبية: - تنظم الدولة أسعار جل الأدوية، - تبدي مرونة أكبر في تحديد أسعار بعض الأدوية المصروفة بدون وصفة طبية، - تجني الصيدليات الخاصة أكبر مداخيلها من مبيعات الأدوية بدون وصفة طبية. • التعويض من لدن الدولة وهيئات التأمين. يجب التمييز بين قطاعين رئيسيين: - القطاع العام: - تُوفر الأدوية مجانا في المستشفيات العمومية في معظم الأحوال، - يُسند دور محدود للغاية للصيدليات الخاصة في تعاملها مع المواطنين. - القطاع الخاص وهيئات التأمين: - تتقاضى الصيدليات تعويضها بواسطة فواتير ترسلها إلى هيئات التأمين، - يستند التعويض إلى السعر الذي تنظمه الدولة، - لا تتقاضى الصيدليات أتعابا موحدة عن صرف الأدوية.
نمط التنظيم	• لا يقتصر امتلاك الصيدليات على الصيادلة فقط، • يجب أن يتولى صيدلي مسؤول تسيير الصيدلية، • يُسمح بإنشاء سلاسل صيدليات (على غرار شركة "Nahdi" [54])، • ينظم المرسوم الملكي رقم M/195 المؤرخ في 3 مارس 2025 فتح رأسمال الصيدليات في وجه المستثمرين الأجانب.
التنظيم الترابي للصيدليات	• تسلم الهيئة العامة للغذاء والدواء الرخصة باستغلال الصيدليات، • تاريخيا، اعتادت المملكة العربية السعودية تطبيق قواعد ترابية صارمة، همت بالخصوص احترام المسافة الدنيا بين الصيدليات غير أنها شرعت في تخفيف هذه القواعد تدريجيا.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي الصيدليات: 10.819 صيدلية للقرب [55] • عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة: 46.856 [56] • عدد الصيادلة حسب السكان: 67,3 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [57]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 32,2 صيدلية لكل مائة ألف نسمة
معدل الصيادلة لكل صيدلية	4,3 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	1.464 درهم للفرد في السنة [58].
الاتجاهات الاقتصادية	• تسجيل ارتفاع في عدد الصيدليات (زائد 89 في المائة في الفترة 2007-2022)، ونمو الشبكة (32,2 صيدلية لكل مائة ألف نسمة)، وتعزيز نوعي للعرض الوطني مقرون بفتح الرأسمال.
عدد حالات إغلاق الصيدليات	يواصل عدد الصيدليات منحاه التصاعدي، مع حالات إغلاق قليلة دون أن يصل إلى مستوى انحسار الشبكة.

[54] تعد شركة "Nahdi Medical Company (Nahdi)" سلسلة الصيدليات الرائدة في المملكة العربية السعودية، وأحد الفاعلين الرئيسيين في توزيع الأدوية بمنطقة الشرق الأوسط. ويرتكز نموذجها على شبكة مندمجة عموديا ومركزية تضم أزيد من ألف صيدلية موزعة في مجموع التراب السعودي، وتستفيد من وفورت في الحجم، وتتسم بتنوع العرض. كما تقوم على تكثيف رقمنة الخدمات الصحية وتنوعها.

[55] المعطيات برسم سنة 2024 مستمدة من تقرير «الهيئة العامة للإحصاء – إحصاءات المؤسسات الصحية والقوى العاملة الصحية 2024»..

[56] يأتي هذا الرقم من إحصائيات المنظومة الصحية السعودية الصادرة في 2022 والقائمة، أساسا، على سجلات الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. وتتولى هذه الأخيرة تسليم الرخص المهنية.

[57] مؤشرات الموارد البشرية الصحية، خاصة عدد الصيدليات، الصادرة عن وزارة الصحة السعودية ضمن "الكتاب الإحصائي الصحي السنوي".

[58] رقم تحصل عليه استنادا إلى تقدير حجم سوق الأدوية السعودية بالقيمة (خمسة مليارات دولار تقريبا)، مقارنة بعدد السكان البالغ نحو 34 مليون نسمة. مما يعطي مستوى استهلاك للأدوية يُقدَّر بحوالي 147 دولاراً أمريكياً للفرد سنوياً (أي ما يعادل 1464 درهماً مغربياً). وقد تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 9,959 درهم مغربي مقابل 1 دولار أمريكي.

البلد	مصر
نمط التعويض	• التعويض عن الأدوية القابلة للتعويض: هامش ربح يتقاضاه الصيدلي وتنظمه وزارة الصحة حسب نوع الدواء. وتبلغ نسبته: - 20 في المائة تقريبا من ثمن بيع الأدوية الأصلية للعموم، - 25 في المائة تقريبا من ثمن بيع الأدوية الجنيسة. • بخصوص الأدوية غير القابلة للتعويض، تخضع الأسعار للمراقبة في مجملها. • لا يتقاضى الصيدلي أتعابا منفصلة عن صرف الأدوية.
نمط التنظيم	• تؤول ملكية الصيدلية وجوبا إلى صيدلي حاصل على الشهادة ومقيد في الهيئة، • تقتصر ملكية الصيدليات على الصيادلة المتوجين بالشهادة، • يُفرض حظر رسمي على سلاسل الصيدليات، مع وجود شبكات منظمة وقائمة على علامات تجارية مشتركة (مثلا، سلسلة " العزبي" [59] المكونة من أزيد من 250 صيدلية).
التنظيم الترابي للصيدليات	• رخصة تسلمها وزارة الصحة لفتح صيدلية، • إلزامية احترام المسافة الدنيا بين الصيدليات والمتمثلة في 100 متر.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي الصيدليات: 95.000 صيدلية للقرب [60]، • عدد الصيادلة المقيدين في الهيئة: 313.000 [61]، • عدد الصيادلة حسب السكان: 280 صيدلي لكل مائة ألف نسمة[62]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 85 صيدلية لكل مائة ألف نسمة.
معدل الصيادلة لكل صيدلية	3,3 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	558 درهما للفرد في السنة [63].
الاتجاهات الاقتصادية	• تتوفر مصر على أكثر شبكات الصيدليات في العالم من حيث العدد. وخلافا للعديد من بلدان المنطقة، تشهد البلاد انبثاق سلاسل كبرى (على غرار "العزبي")[64].
عدد حالات إغلاق الصيدليات	تشير التقديرات إلى أن نحو 1500 صيدلية قد أُغلقت في مصر خلال السنوات الأخيرة، وذلك بسبب ارتفاع تكلفة الأدوية وتراجع هوامش ربح الصيادلة. كما أن بعض الصيدليات تعرضت أيضاً لإغلاقات مؤقتة في إطار حملات التفتيش التي تنفذها وزارة الصحة بسبب مخالفات مختلفة.

[59] تأسست سلسلة "العزبي" سنة 1975 وتعد إحدى سلاسل الصيدليات الرائدة في مصر، والمتمركزة أساسا في القاهرة وفي المدن الكبرى. وتستغل مئات الصيدليات (أزيد من 300 صيدلية تقريب). كما تشغل آلاف الصيادلة ومهنيي الصحة، ما أهلها لتكون إحدى أكبر الشبكات الخاصة في سوق تستفرد بها نحو 95 ألف صيدلية للقرب.

[60] بيانات النقابة العامة لصيادلة مصر المقتبسة من المنشورات العلمية ذات الصلة بصيدليات القرب برسم 2023.

[61] وفقا لسجلات النقابة العامة لصيادلة مصر.

[62] احتُسب العدد استنادا إلى بيانات النقابة العامة لصيادلة مصر (2023) وتقديرات عدد السكان (الصادرة عن البنك الدولي أو الأمم المتحدة والبالغ 112 مليون نسمة).

[63] تقدير يستند إلى تحليل سوق الأدوية المصرية (البالغ حجمها 6,3 مليار دولار تقريبا) مقارنة بعدد السكن البالغ نحو 112 مليون نسمة. المصدر: منصة "IQVIA" ، مما يعطي مستوى استهلاك للأدوية يُقدَّر بحوالي 56 دولاراً أمريكياً للفرد سنوياً (أي ما يعادل 558 درهماً مغربياً). وقد تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 9,959 درهم مغربي مقابل 1 دولار أمريكي.

[64] تُعد صيدليات العزبي (El-Ezaby Pharmacies) من أبرز سلاسل الصيدليات في مصر، حيث تأسست سنة 1975 وتنتشر أساساً في القاهرة وفي كبرى المدن. وتدير هذه السلسلة عدة مئات من الصيدليات (يُقدَّر عددها بأكثر من 300 صيدلية) وتُشغّل آلاف الصيادلة والعاملين في القطاع الصحي، مما يجعلها أحد أكبر الشبكات الخاصة في البلاد ضمن سوق يضم نحو 95 ألف صيدلية مجتمعة.

البلد	المملكة المتحدة
نمط التعويض	• بخصوص الأدوية المسلّمة بناء على وصفة طبية في إطار هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS): - يُطبق هامش ربح تنظيمي على الدواء، - يتقاضى الصيدلي أتعابا مقابل صرف الأدوية وبناء على وصفة طبية، - تُجرى تعديلات مالية إجمالية على المستوى الوطني. • الميزانية الشاملة (Global Sum) أو التمويل التعاقدي: تتوصل الصيدليات في إنجلترا بغلاف مالي إجمالي سنوي من هيئة الخدمات الصحية الوطنية مقابل توفير الخدمات الأساسية التالية: - صرف الأدوية، - سير عمل الصيدليات، - بعض التزامات المرفق العام. • التعويض عن الخدمات الصيدلية: - توفير خدمة الدواء الجديد (New Medicine Service) لمواكبة المرضى عند تقديم علاجات جديدة، - تقديم حصيلة مراجعة الأدوية المصروفة للمرضى (Medication reviews)، - توفير الأدوية بدون وصفة فورية وعند الضرورة القصوى (emergency supply)، - التلقيح (ضد الأنفلونزا، وفيروس كوفيد، وغيرها).
نمط التنظيم	• يجوز لصيدلي مقيد لدى المجلس العام للصيدلة (General Pharmaceutical Council) امتلاك صيدلية، • يمكن للصيدلي أن يكون مالكا بصفة فردية أو شريكا في إطار شركة، • يجوز لشركات تجارية، بما في ذلك السلاسل الوطنية أو الدولية، امتلاك الصيدليات، • يُسمح بخلق سلاسل صيدليات ذات طابع رأسمالي.
التنظيم الترابي للصيدليات	• يجيز الإطار التنظيمي لقطاع الصيدلة بالمملكة المتحدة (UK Pharmaceutical Regulations) ملكية الشركات (propriété corporative). بمعنى آخر، يجوز للمستثمرين غير الصيادلة امتلاك الصيدليات بواسطة شركات، • يجب أن يتولى صيدلي مسؤول تسيير الصيدلية، والحرص على الامتثال لمعايير السلامة وصرف الأدوية، • لا تُفرض قيود صارمة تتعلق بالمعايير الجغرافية أو بعدد الصيدليات التي يمكن أن تمتلكها الشركة. غير أن قواعد التدبير ومنح الرخص تسري على كل صيدلية على حدة.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي للصيدليات: 13.216 صيدلية [65]، • عدد الصيادلة: 65.400 [66]، • عدد الصيادلة حسب السكان: 84 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [67]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 21 صيدلية لكل مائة ألف نسمة.
معدل الصيادلة لكل صيدلية	• 4,9 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	• 5.991 درهما للفرد في السنة تقريبا [68].
الاتجاهات الاقتصادية	ساهم هذا النموذج المعتمد في إنجلترا في تطوير سلاسل صيدليات وطنية كبرى (على غرار "Boots" و"LloydsPharmacy" و"Well")، متيحا لها إمكانية تعاضد خدماتها ذات الصلة بالمشتريات المجمعة والتسويق، مع احترام قواعد المسؤولية المهنية.
عدد حالات إغلاق الصيدليات	• سجلت حالات الإغلاق نسبة مرتفعة، بلغت 222 صيدلية في 2024.

[65] إحصائيات صيدليات القرب الصادرة عن خدمات الأعمال لهيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS Business Services Authority) برسم 2025.

[66] البيانات المتعلقة بسجل الصيادلة المعد من لدن المجلس العام للصيدلة (General Pharmaceutical Council) برسم 2025.

[67] الإحصائيات الصحية الصادرة عن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والمتعلقة بعدد الصيادلة لكل مائة ألف نسمة في المملكة المتحدة.

[68] المعطيات مستمدة من تقرير «نظرة عامة على الصحة 2025: مؤشرات منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD)»، والذي يقدّر مستوى استهلاك الأدوية في المملكة المتحدة بنحو 557 يورو للفرد سنوياً، أي ما يعادل 5.991 درهماً مغربياً. وقد تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 10,756 درهم مغربي مقابل 1 يورو.

البلد	الولايات المتحدة الأمريكية
نمط التعويض	• التعويض عن الأدوية المصروفة بناء على وصفة طبية: تتوصل الصيدليات بمستحقاتها المالية من هيئات التأمين الصحي (أو البرامج العمومية). وينقسم هذا التعويض إلى شقين: • التعويض عن الأدوية: - يستند إلى السعر المرجعي (المشار إليه غالبا بمتوسط سعر البيع بالجملة Average Wholesale Price) أو السعر المتفاوض بشأنه)، - يعتمد على العقد المبرم مع جهة وسيطة تُعرف باسم "شركة تدبير مزايا الصيدليات" Pharmacy Benefit Manager) أو مع هيئة التأمين، - يشمل هامش الربح التجاري. • أتعاب صرف الأدوية: - يتقاضى الصيدلي مبلغا ثابتا عن كل وصفة طبية، - يتراوح عادة بين 10 و15 دولارا لكل وصفة، - يختلف حسب الولاية وطبيعة العقد. • البرامج العمومية: - برنامج الرعاية الصحية "Medicare" (الموجه للأشخاص المسنين): - يُصرف التعويض وفقا لخطط تأمين خاصة معتمدة، - برنامج الرعاية الصحية "Medicaid" (الموجع لمحدودي الدخل): • الأدوية غير قابلة للتعويض والمصروفة بدون وصفة طبية: - يتمتع الصيدلي بحرية تحديد الأسعار، - يجني هامش ربح تجاري مباشر، - تُولى أهمية لمبيعات الأدوية بدون وصفة طبية. • التعويض عن الخدمات الصيدلية: - التلقيح (ضد الأنفلونزا، وفيروس كوفيد، وغيرها). - إجراء الفحوصات السريعة، - التتبع العلاجي للمرضى، - تدبير الأمراض المزمنة (في بعض الولايات).
نمط التنظيم	• يجوز للصيدليات والشركات والمستثمرين غير الصيادلة امتلاك الصيدليات، • يُسمح بخلق سلاسل الصيدليات ذات طابع رأسمالي (من قبيل "CVS" و"Walgreens").
التنظيم الترابي للصيدليات	• يجب أن يتولى صيدلي مسؤول تسيير الصيدلية، والحرص على الامتثال لمعايير السلامة وصرف الأدوية، • لا تُفرض قيود وطنية صارمة فيما يتعلق بتوطين الصيدليات، • يمكن أن تفرض بعض الولايات شروطا تنظيمية محلية. غير أن حرية فتح صيدليات جديدة وامتلاكها تظل مضمونة في المجمل، ما يحفز التوطين في المناطق الحضرية.
مؤشرات الكثافة	• العدد الإجمالي للصيدليات: 67.000 صيدلية للقرب و18.984 صيدلية مستقلة [69]، • عدد الصيادلة: 330.000 [70]، • عدد الصيادلة حسب السكان: 99 صيدلي لكل مائة ألف نسمة [71]، • عدد الصيدليات حسب السكان: 20 صيدلية لكل مائة ألف نسمة [72].
معدل الصيادلة لكل صيدلية	4,9 صيدلي لكل صيدلية تقريبا.
معدل استهلاك الفرد للأدوية	17.060 درهما للفرد سنوياً تقريبا[73].
الاتجاهات الاقتصادية	تهيمن السلاسل الكبرى على السوق، وعلى رأسها "CVS" و"Walgreens" و"Walmart" (بحيث تستحوذ على نحو 60 في المائة من السوق). وتؤول الحصة المتبقية، البالغة 38 في المائة تقريبا، إلى الصيدليات المستقلة والصيدليات ذات الامتياز التجاري (franchises). وفي غالب الأحوال، تتكتل هذه الأخيرة ضمن تحالفات تجارية بهدف تعاضد المشتريات والخدمات.
عدد حالات إغلاق الصيدليات	أُغلقت نحو 2300 صيدلية منذ مطلع 2024 بمعدل ثماني حالات إغلاق في اليوم تقريبا.

[69] نبذة عن صيدليات القرب أعدتها الجمعية الوطنية لصيادلة القرب (National Community Pharmacists Association).

[70] إحصائيات توظيف الصيادلة الصادرة عن مكتب إحصاءات العمل الأمريكي (US Bureau of Labor Statistics) للموسم 2024/2023.

[71] الإحصائيات الصحية الصادرة عن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية والمتعلقة بعدد الصيادلة لكل مائة ألف نسمة في الولايات المتحدة الأمريكية.

[72] إحصائيات شبكة الصيدليات الأمريكية الصادرة عن منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية.

[73] وفقاً لتقرير منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية «نظرة عامة على الصحة 2025: مؤشرات منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (OECD)»، يُقدَّر مستوى استهلاك الأدوية في الولايات المتحدة بحوالي 1.713 دولاراً أمريكياً للفرد سنوياً، أي ما يعادل 17.060 درهماً مغربياً. وقد تم احتساب عملية التحويل اعتماداً على سعر الصرف المرجعي المنشور من طرف المديرية العامة للضرائب (DGI) لتحويل المداخيل المتحصلة بالعملات الأجنبية برسم سنة 2024، والمحدد في 9,959 درهم مغربي مقابل 1 دولار أمريكي.

كشف التحليل المقارن لهذه النماذج الاقتصادية للصيدليات على الصعيد الدولي عن تنوع في الأشكال المعتمدة، بحيث يعكس كل نموذج المواصفات الخاصة بالمنظومة الصحية التي يندرج ضمنها. في واقع الأمر، يعد كل نموذج ثمرة لاختيارات استراتيجية ترتبط بسياسة الدواء، وبمستوى التغطية وبتنظيم التأمين الأساسي عن المرض، علاوة على مدى نضج المنظومة الاقتصادية والصحية للبلد. وتؤثر هذه العوامل البنيوية بشكل ملموس على تعويض الصيادلة، وعلى هيكلة الشبكة الصيدلية، علاوة على كيفيات إدماج الصيدلي ضمن منظومة العلاجات.

- **بخصوص نمط التعويض**

في بعض البلدان، ولا سيما المغرب وتونس، يظل تعويض الصيدليات رهينا أساسا بهامش الربح التجاري المطبق على سعر الدواء. ويرهن هذا النموذج، القائم تقليديا على صرف الأدوية، بشدة الصيدليات بسياسات ضبط الأسعار وهوامش الربح. كما يحدّ من الاعتراف بقيمة عمل الصيدلي وتثمينه، في غياب أتعاب خاصة مرتبطة بالخدمات أو بالمهام الصحية التي يضطلع بها. وفي سياق مطبوع بارتفاع تكاليف الاستغلال (أداء أجور المستخدمين، وكراء المحل، وغيرها) وباستمرار الضغط على أسعار الأدوية، يشكل هذا الارتهان شبه القائم حصريا على هامش الربح التجاري عاملا من عوامل هشاشة التوازن الاقتصادي لشبكة الصيدليات. وتزداد حساسية هذا الوضع حين يكون معدل الاستهلاك الفردي للأدوية معتدلا، ما يحد تلقائيا من مردودية الصيدليات ويضاعف من درجة تعرضها للإكراهات المالية والتنظيمية.

خلافا لذلك، اتجهت جل الأنظمة الأوروبية، ولا سيما في فرنسا وبلجيكا وألمانيا والبرتغال، تدريجيا صوب اعتماد نماذج تعويض مختلطة. وتزاوج هذه النماذج بين هامش الربح التجاري وأتعاب صرف الأدوية وتعويضات يتقاضاها الصيدلي عن الأعمال الصيدلية والخدمات المقدمة (مثل التتبع العلاجي للمرضى، والوقاية من الأمراض، والتلقيح، ومواكبة المرضى المصابين بأمراض مزمنة، وغيرها). ويجسد هذا التحول تطوراً بنيويا في الدور المنوط بالصيدليات، التي أضحت تندمج اندماجا أكبر ضمن منظومة العلاجات الأولية وسياسات الصحة العمومية. فضلا عن ذلك، يسهم هذا التوجه في تقليص الاعتماد على سعر الدواء، وفي تكريس الجدوى الاقتصادية للصيدليات.

- **بخصوص هيكلة شبكة الصيدليات**

بصرف النظر عن نمط التعويض، أبان التحليل المقارن عن صيغ متباينة فيما يتعلق ببنية رأس المال وبتنظيم شبكة الصيدليات.

في مجموعة من البلدان، من قبيل فرنسا وألمانيا وتونس، تظل ملكية الصيدليات منحصرا حصرا صارما في يد الصيادلة. غير أن هذا النموذج، الذي صُمم تاريخيا لضمان الاستقلالية المهنية، يحد من إمكانية الولوج إلى التمويل وتعاضد الموارد وتحديث شبكة الصيدليات. وفي الآونة الأخيرة، خرجت إلى الوجود أشكالا تنظيمية تعاونية في عدد من هذه الأنظمة أو شبكات غير رأسمالية، بهدف تمكين الصيادلة من تقاسم المشتريات والخدمات و الوسائل اللوجستية، وصون الاستقلالية القانونية للصيدليات في الآن ذاته.

وعلى النقيض من ذلك، ارتأت بلدان أخرى، خاصة إيطاليا وبلجيكا والبرتغال، ومؤخرا المملكة العربية السعودية، تأطير فتح رأسمال الصيدليات، ما ساعد على انبثاق سلاسل ومجموعات مهيكلة، ومكن من تحقيق وفورات الحجم، وتعزيز قدرات الاستثمار، وتحسين تنظيم الوسائل اللوجستية والتجارية. بيد أن هذه الأنظمة تبقي عادة على شرط تولي صيدلي مسؤول تسيير الصيدلية، ويسهر على احترام الضوابط المهنية وعلى ضمان جودة صرف الأدوية، ما يبرز ضرورة التوليف بين الاعتبارات الاقتصادية والرسالة الصحية.

من جهتهما، تجسد المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية نموذجا للانفتاح الكامل لرأسمال الصيدليات، والمطبوع بفصل بنيوي بين الملكية الاقتصادية والمسؤولية الصحية. ضمن هذه الأنظمة، يمكن لأي شخص طبيعي أو اعتباري امتلاك الصيدليات واستغلالها. بالمقابل، يتولى صيادلة مسؤولون مزاولة المهنة بصفتهم أجراء في غالب الأحوال، الأمر الذي مكن من هيكلة الصيدليات وإضفاء طابع رأسمالي قوي عليها، تمثل في بروز سلاسل كبرى مندمجة، وفي تحقيق وفورات الحجم، وفي تحديث شبكة الصيدليات.

وهكذا، رصد التحليل اتجاها دوليا صوب هيكلة تدريجية لقطاع الصيدلة، بما ذلك خلق سلاسل رأسمالية أو شبكات تعاونية، بغرض توطيد النجاعة الاقتصادية للشبكة، والحفاظ على الترابط القائم بين الصيدلي ودوره في تقديم خدمة القرب الصحية.

- **بخصوص التنظيم الترابي وضمان توزان شبكة الصيدليات**

يعد التنظيم الترابي عامل مفصليا إضافيا في ضمان الجدوى الاقتصادية، وإتاحة الولوج إلى شبكة الصيدليات. وأبانت الأنظمة التي خضعت للتحليل عن درجات متفاوتة من التخطيط، وعن مقاربات مختلفة للتوفيق بين الخدمة العمومية وديناميةالسوق.

في الأنظمة شديدة التخطيط، على غرار فرنسا أو ألمانيا أو تونس، يخضع توطين الصيدليات لمعايير ديموغرافية وجغرافية أو هما معا، تروم تغطية التراب الوطني بشكل متوان، وتفادي التركيز المفرط للصيدليات في المناطق الحضرية، بما يضمن استمرارية الولوج إلى الأدوية في المناطق الجغرافية. غير أن هذه الآليات يمكن أن تحد من مرونة تكييف الشبكة مع التحولات الديموغرافية والاقتصادية.

وتعتمد بلدان أخرى، من قبيل إيطاليا والبرتغال وبلجيكا، تنظيما وسيطا، يمزج بين التخطيط الترابي والتعديل التدريجي. خلافا لذلك، تمنح أنظمة أكثر ليبرالية، مثل المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية، هامشا أكبر لآليات السوق، ما من شأنه تعزيز الابتكار التنظيمي. غير أنه يعرض، بالمقابل، الشبكة إلى اختلالات ترابية، خصوصاً في المناطق القروية أو أقل إدرارا للأرباح.

وهكذا، أظهر التحليل المقارن أن استدامة شبكة الصيدليات يراهن على التوازن بين عدد الصيدليات، ومستوى استهلاك الأدوية، والأهمية الاقتصادية المتوسطة للصيدليات على نطاق واسع، ذلك أن العدد المرتفع للصيدليات، المقرون باستهلاك معتدل وبتعويض قائم أساسا على هامش الربح، يفضي إلى زيادة الضغط التنافسي، وإضعاف مردودية الصيدليات.

خلاصة لما سبق، أتاح التحليل المقارن التوصل إلى الاستنتاجات الرئيسية التالية:

• تنويع مصادر تعويض الصيادلة باعتباره رافعة أساسية لضمان الاستقرار الاقتصادي: واستُشف من التجارب الدولية أن الأنظمة القائمة حصرا على هامش الربح التجاري تكون، من الناحية البنيوية، أكثر عرضة لتبعات سياسات تنظيم الأسعار، ولتطور الطلب، ولزيادة تكاليف الاستغلال. بخلاف ذلك، يتيح تثمين العمل الصيدلي، وإقرار أتعاب مقابل صرف الأدوية، وصرف تعويضات عن الخدمات الصيدلية تأمين الدخل الصيدلي بشكل أفضل، وتقليل الارتهان بسعر الدواء. وتأتي هذه التطورات في إطار تحول الصيدليات من مجرد وجهة لصرف الأدوية إلى فاعل مندمج ضمن المنظومة الصحية،

• هيكلة شبكة الصيدليات بوصفها عاملا حاسما في تعزيز النجاعة الاقتصادية: فعليا، يتيح تعاضد الوسائل، في إطار تجمعات تعاونية أو شبكات غير رأسمالية أو سلاسل مؤطرة، تقليص تكاليف التموين، وتعزيز القدرة على الاستثمار، وتقوية الرقمنة، وتحديث شبكة الصيدليات، والرفع من جودة الخدمات المقدمة للمرضى. بيد أن التجارب الدولية خلصت إلى ضرورة مواكبة هذه الهيكلة بآليات ضبط مناسبة لضمان الاستقلالية المهنية للصيدلي، وتفادي مخاطر التركيز المفرط، وإغلاق الصيدليات، لا سيما المستقلة منها،

• التنظيم الترابي ودوره الأساسي في ضمان التوازن العام لشبكة الصيدليات: في هذا الصدد، تساهم الأنظمة ذات درجة كبيرة من المرونة في التوليف بين الولوج إلى الأدوية على الصعيد الجغرافي، وضمان الاستدامة الاقتصادية للصيدليات. كما يتيح التوزيع الترابي والمتوازن للصيدليات تفادي شح الصيدليات في المناطق الأقل جاذبية، والتوطين المفرط للصيدليات في المناطق الحضرية، ما يمكن أن ينعكس سلبا على استدامة الشبكة وعلى استمرارية تقديم الخدمات الصيدلية،

• توطيد القيمة الصحية والاقتصادية للصيدليات من خلال إدماج الصيدلي في العلاجات الأولية: في هذا الإطار، يشكل توسيع نطاق المهام الموكولة إلى الصيدلي رافعة أساسية لتطور نموذج الصيدليات. ويسهم هذا التحول في تجويد الرعاية الصحية، وترشيد النفقات الصحية ونفقات هيئات التأمين الأساسي عن المرض، والارتقاء بالصيدليات إلى قطب أساسي ضمن المنظومة الصحية.

3.2.IV التحليل المقارن لممارسات استبدال الأدوية الجنيسة بالصيدليات على الصعيد الدولي

يهدف حق الاستبدال، الذي يتيح للصيدلي إمكانية تعويض دواء موصوف بدواء جنيس مماثل له وفقا لشروط مؤطرة صارمة، إلى تعزيز الولوج إلى العلاجات بالأساس، وضبط النفقات الصحية، وتثمين الدور المنوط بالصيادلة في مسار العلاج.

ويقترن ممارسة هذا الحق في العديد من البلدان بأهداف محددة، ودلائل مرجعية تقنية واضحة (مجموعات الأدوية الجنيسة، وقائمة السواغات ذات الأثر المعروف) إلى جانب إرساء آليات تحفيزية، وتُعد كل من فرنسا وألمانيا وبلجيكا من أبرز الأمثلة في هذا المجال.

ويستعرض الجدول، أسفله، مقارنة مرجعية لهذه البلدان الثلاثة:

الجدول 14: مقارنة مرجعية لممارسات استبدال الأدوية بالصيدليات بفرنسا وألمانيا وبلجيكا

البلدان	الإطار القانوني المعمول به	الأهداف والآليات التحفيزية	شروط الاستبدال	الدلائل المرجعية
فرنسا	- حق الاستبدال المعمول به منذ 1999، - تُحرر الوصفة الطبية إلزاميا باستخدام أسماء الأدوية المتعارف عليها دوليا منذ 2015، - يمكن استبدال الدواء ما لم ينكر الطبيب واضع الوصفة "غير قابل للاستبدال" بخط اليد،	- نسبة استبدال مستهدفة ومحددة في 90 في المائة، - اتفاقية مبرمة مع الهيئة المكلفة بتدبير التأمين الأساسي عن المرض ومع الصيادلة.	- يجب أن ينتمي الدواء إلى نفس مجموعة الأدوية الجنيسة، - يجب أن يحتوي على نفس المواد الفاعلة، - ضرورة ممارسة اليقظة على السواغات ذات الأثر المعروف.	- دليل الأدوية الجنيسة المعد من لدن الوكالة الوطنية لسلامة الأدوية والمنتجات الصحية.
بلجيكا	- حق الاستبدال مؤطر قانونا منذ 2005، وجرى تعزيزه في 2012، - يظل تحرير الوصفة الطبية باستخدام أسماء الأدوية المتعارف عليها دوليا اختياريا،	- يُلزم الصيدلي بتسليم الدواء الأدنى سعرا في حالة تحرير الوصفة الطبية واستخدام أسماء الأدوية المتعارف عليها دوليا، - يُلزم كذلك باستبدال بعض أصناف الأدوية (على غرار المضادات الحيوية والمضادات الفطرية).	- يجب أن يتضمن الدواء نفس المواد والأشكال والجرعات وطريقة الاستعمال، - يمنع استبدال الدواء بدواء جنيس أو لا يحمل أسماء الأدوية المتعارف عليها دوليا، - ممارسة اليقظة على السواغات ذات الأثر المعروف،	- الدلائل المرجعية المعدة من لدن المعهد الوطني للتأمين الأساسي عن المرض والزمانة والوكالة الفيدرالية للأدوية والمنتجات الصحية، - قائمة الأدوية المسموح استبدالها مع مراعاة السواغات ذات الأثر المعروف، - جداول المقارنة المعدة من لدن المركز البلجيكي للإعلام العلاجي-الدوائي.
ألمانيا	اعتماد مبدأ "استبدال الدواء الموصوف بدواء مماثل أو دواء يحمل نفس التركيبة العلاجية" (aut idem) والجاري به العمل منذ 2002، - إلزامية استبدال الدواء ما لم يرفض الطبيب واضع الوصفة صراحة ذلك أو أقرت اللجنة المختلطة الاتحادية تقييد الاستبدال.	- يُلزم الصيدلي باستبدال الدواء بأي بديل جنيس الأدنى سعرا، ويحمل نفس المواد الفاعلة ما لم يعترض الطبيب واضع الوصفة على ذلك، - يندرج هذا الإجراء ضمن سياسة ضبط النفقات الصحية.	- يجب أن يضم الدواء نفس المواد والأشكال الصيدلية والمقادير وطريقة الاستعمال، - تُحدد الأشكال من لدن اللجنة المختلطة الاتحادية.	- قائمة الأدوية القابلة للاستبدال والاستثناءات المعدة من لدن اللجنة المختلطة الاتحادية.

المصدر: أُعد استنادا إلى المقارنة المرجعية

عالميا، تقر العديد من سلطات المنافسة أن حق الاستبدال يعد رافعة أساسية لإضفاء دينامية على المنافسة في سوق الأدوية. ويتيح هذا الحق الممنوح للصيادلة، في حالة تأطيره تأطيرا سليما، إعادة ضبط توازن الروابط بين الفاعلين في سلسلة التوزيع عبر تسهيل دخول الأدوية الجنيسة، والمساهمة في ضبط النفقات الصحية العمومية، وضمان استمرارية العلاجات، وتيسير ولوج المرضى إليها.

ويجسد النموذج الفرنسي هذه الرهانات تجسيدا ملائما، إذ أبرزت هيئة المنافسة الفرنسية، في رأيها الصادر سنة 2022 والمتعلق بتوزيع الأدوية في المدن، الدور الاستراتيجي لحق الاستبدال، بوصفة آلية ناجعة للضبط الاقتصادي ومساءلة الصيادلة. غير أنها رصدت الأشكال التي تحد من تطبيقه في الوقت الراهن، والمتمثلة في الاستخدام المفرط أو غير المعلّل لبند عدم الاستبدال، وتفاوت ممارسات استخدام هذا الحق حسب المناطق، واستمرار تحفظ عدد من مهنيي الصحة والمرضى إزاء استعمال الأدوية الجنيسة.

وسعيا إلى سد هذه الثغرات وتكريس نجاعة هذا الحق، صاغت هيئة المنافسة الفرنسية عدة توصيات، شملت تشديد استخدام عبارة "غير قابل للاستبدال" وحصرها على الحالات الطبية المعلّلة، وتقوية التدابير التحفيزية لتشجيع الصيادلة على استبدال الأدوية، وتأطير توسيع نطاق استخدام الحق على الأصناف العلاجية الأخرى، من قبيل المثيلات الحيوية. وحثت الهيئة كذلك على الرفع من مستوى إلمام واضعي الوصفات الطبية والعموم بجودة الأدوية الجنيسة ونجاعتها وسلامتها، باعتباره شرطا لا محيد عنه لمضاعفة إمكانية قبولها، ومن ثم تكريس النجاعة الشاملة للمنظومة الصحية.

3.IV التوزيع في المؤسسات الاستشفائية

تستفرد المؤسسات الاستشفائية بنحو 25 في المائة من توزيع الأدوية بالجملة، وتتبوأ مكانة متنامية في في السلسلة. وخلافا للصيدليات، المفتوحة في وجه العموم على نطاق واسع والمنتشرة بكثافة، يرتبط توزيع الأدوية في هذه المؤسسات ارتباطا خاصا بالحاجيات السريرية، وبمتطلبات تحمل المرضى الخاضعين للاستشفاء، وبإكراهات تدبير المؤسسات العلاجية. وتكمن خصوصيتها في طبيعة الأدوية المستهلَكة وكمياتها وتكلفتها، وفي ضرورة استعمال برتوكول علاجي صارم وملائم مع البيئة الاستشفائية.

وينقسم التوزيع في هذه المؤسسات إلى فرعين رئيسيين: القطاع العام والقطاع الخاص، حيث يحمل كل منهما خصوصياته المؤسساتية واللوجستية.

1.3.IV على مستوى القطاع الاستشفائي العمومي

يضم القطاع العام، الذي يعد ركيزة من الركائز الأساسية لسلسة توزيع الأدوية بالمؤسسات الاستشفائية، كافة المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية، بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية، والمراكز الاستشفائية الجهوية، والمراكز الاستشفائية الإقليمية، والمستشفيات المحلية، والمستشفيات المتخصصة (في علاج الأورام وفي الطب النفسي والتقويم الوظيفي والولادة، وغيرها)، فضلا عن بنيات طبية واجتماعية متنوعة. وتعد هذه الشبكة، الموَزعة في كامل التراب الوطني، المستهلك الرئيسي للأدوية والمنتجات الصحية في القطاع العام.

ووفقا للبيانات التي وفّرتها مديرية التموين بالأدوية والمنتجات الصحية، تعتمد هذه الشبكة على بنية لوجستية واسعة النطاق. وتشمل:

- 12 مديرية جهوية للصحة،
- 85 مندوبية إقليمية،
- 77 مستشفى جهويا وإقليميا،
- 97 مركزا لتصفية الدم،
- 13 مركزا جهويا لعلاج الأورام،
- 2200 مركز صحي من المستوى الأول تقريبا.

وتستلزم هذه الشبكة تعزيز التنسيق والتخطيط وتأمين الإمدادات بالأدوية الموجّهة للمؤسسات الصحية. ويستند التموين أساسا إلى المساطر المتعلقة بالصفقات العمومية، وطبقا للنصوص التنظيمية الجاري بها العمل. وتُنظم هذه المساطر على الشكل التالي:

1. تحديد الحاجيات:

- تحدد المندوبيات الجهوية الحاجيات استنادا إلى الطلبات المجمّعة والمتوصل بها من المستشفيات والمراكز الصحية،
- في غالب الأحوال، تُحدد الحاجيات على أساس الاستهلاك السابق، ما يمكن أن يخلق فجوة بينه وبين الحاجيات الحقيقية في حالة وقوع تغييرات وبائية أو تطورات في البرتوكولات العلاجية،

2. نشر طلبات العروض:

- تُنشر طلبات العروض على المنصة الوطنية للصفقات العمومية: https://www.marchespublics.gov.ma ،
- تتضمن الطلبات الحصص المطلوبة، والمتطلبات التقنية، وضوابط الجودة، والشروط اللوجستية لتسليم الطلبات.

3. فتح العروض وتحليلها وتقييمها:

- تشرف لجان متخصصة (تقنية ومالية) على العملية،
- تشمل معايير التقييم المطابقة مع المواصفات التقنية، والشهادات الدالة على الجودة، والأسعار، وآجال التسليم، والقدرات اللوجستية، والإذن بالعرض في السوق.

4. إسناد الصفقة والتعاقد مع نائلها:

- تُسند الصفقة بصفة مؤقتة ثم نهائية بعد التحقق من التقيد بالنصوص التنظيمية،
- تُمنح الموافقة وتُحدد الاعتمادات اللازمة قبل التوقيع على العقد مع الموردين.

5. تسليم الكميات واستلام الحصص وتدبير المخزون:

- تسهر على العملية المصالح المركزية والجهوية التابعة لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية،
- تتولى هذه المصالح تتبع الكميات المسلّمة، ومراقبة مدى مطابقتها، واستلام الحصص وتخزينها.

واتضح من العناصر المستقاة في إطار مسطرة التحقيق أن الاستشفاء في القطاع العام يصطدم بعدة تحديات رئيسية ومرخية بظلالها على التموين بالأدوية وعلى وفرتها، من ضمنها:

- صعوبة التنبؤ بالحاجيات وتمديد كبير في آجال معالجة الطلبيات قد يصل إلى شهرين، مقرونا بآجال إجمالية للتموين يمكن أن تمتد إلى خمسة أشهر،
- ندرة الموارد البشرية المؤهّلة، خاصة الصيادلة العاملون في المؤسسات الاستشفائية، ومدبرو المخزون، والموظفون المكونون على استخدام الوسائل اللوجستية الصيدلية،
- درجة مرتفعة من التعقيد مرتبطة بتصنيف الأدوية، ومردها تعدد المراجع وتنوع الخيارات العلاجية، ما يحول دون توحيد عملية التصنيف بسلاسة،
- مساطر إدارية معقدة، خاصة فيما يتصل بنسبة مرتفعة من طلبات العروض عديمة الجدوى،

- قلة البنيات التحتية اللوجستية، تشمل مستودعا مركزيا (يقع بمدينة برشيد) استنفذ طاقته القصوى، ومستودعات جهوية ذات قدرات محدودة أو غير مطابقة للمعايير، وقلة وسائل النقل، وظروف تخزين غير ملائمة في بعض المناطق،
- انعدام منظومة إعلامية تتيح الإمداد برؤية بشأن المخزون والاستهلاك والحاجيات في ظرف فعلي.

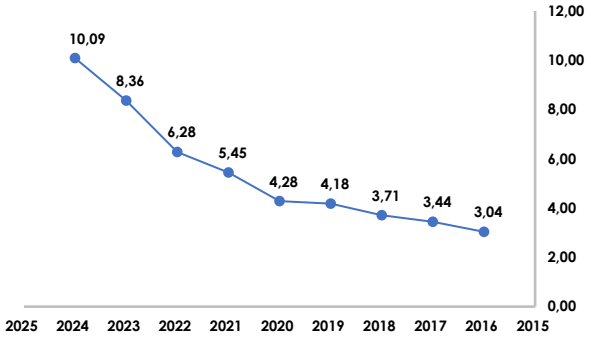
2.3.IV على مستوى القطاع الاستشفائي الخاص

أضحى الاستشفاء في القطاع الخاص، الذي يشهد طفرة توسعية في المغرب، يتبوأ مكانة كبيرة في العرض الوطني للعلاجات. وعلى امتدادا السنوات الأخيرة، سجل القطاع، الذي يضم أزيد من 450 مصحة خاصة، نموا قويا، مدفوعا بانتعاش الطب التخصصي، وبتطور الأعمال التقنية ذات القيمة المضافة العالية، وبنمو الطلب على خدمات الرعاية الاستشفائية.

وتسارعت وتيرة هذا الزخم، بالخصوص، مع الإصلاح الذي دُشن في 2015، والمتمثل في صدور القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب. وأتاح هذا الأخير فتح رأسمال المؤسسات الصحية في وجه المستثمرين الخواص، مسهما في نشأة مجموعات صحية قادرة على الاستثمار في المرافق التقنية العصرية، والرفع من جودة تحمل المرضى، وتوسيع نطاق وجودها في مجموع التراب الوطني.

علاوة على ذلك، أثبتت البيانات الصادرة عن المديرية العامة للضرائب انتعاش القطاع. في هذا الصدد، جسد الارتفاع المستمر لرقم معاملات المصحات الخاصة، في الفترة الممتدة من 2016 إلى 2024، تصاعد وتيرة إنشاء المؤسسات من جهة، والزيادة في عدد المرضى المتكفل بهم في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من جهة ثانية، مصحوبا بارتفاع الطلب على الأدوية والمنتجات الصحية، الأمر الذي يكرّس حجم القطاع وثقله في سلسلة توزيع الأدوية.

الرسم البياني 25: تطور رقم معاملات المصحات الخاصة للفترة 2016-2024 (بمليار درهم)



المصدر: أُعد استنادا إلى بيانات وفرتها المديرية العامة للضرائب

وخلافا للصيدليات، تستعمل المصحات والمؤسسات الخاصة، في معظم الحالات، أدوية أكثر تكلفة وتخصصا. وترتبط أسعارها أساسا بالقسمين الثالث والرابع. وغالبا ما تُستخدم عند التكفل بحالات معقدة (مثل الأورام، والإنعاش، والعمليات الجراحية المعقدة، والتخدير).

بالموازات مع ذلك، أتاح بروز المجموعات الصحية إضفاء الطابع المركزي على المشتريات. وبفضل قوتها التفاوضية، توجه هذه المجموعات، في غالب الأحوال، طلبيات أكثر انتظاما إلى المؤسسات الصيدلية

الصناعية مباشرة للإمداد بكميات أكبر. ووفقا لما راج في جلسات الاستماع المنظمة في سياق هذا الرأي، تصاحب هذه الممارسات شروطا تفضيلية، تأخذ في شكل حسومات أو تخفيضات أو هبات.

وتتغير توازنات سوق الأدوية بفعل هذا التطور، إذ في الوقت الذي تواصل الصيدليات الاستحواذ على الحصر الأكبر من حيث حجم الكميات المباعة، يستأثر الاستشفاء في القطاع الخاص بحصة متزايدة من حيث قيمة المبيعات. وفي الوقت الحالي، يتعزز حجم هذا القطاع في سلسلة توزيع الأدوية بفضل الهيكلة التدريجية التي يخضع لها.

الفصل الخامس: خلاصات وتوصيات

أولا: خلاصات

تكتسي سلسلة قيمة الأدوية المعدّة للاستعمال البشري ركيزة أساسية في المنظومة الصحية الوطنية. وتكمن سمتها المنفردة عن الأنشطة الاقتصادية الأخرى في كونها لا ترتبط ارتباطا مباشرا بقوانين العرض والطلب والمنافسة الحرة. بل تندرج الخدمات الصحية، وفقا لتوجهات السلطات العمومية، ضمن مهام المرفق العام، وهو ما يفسر تدخلها القوي واخضاعها لنصوص تنظيمية صارمة، ترمي إلى حماية الصحة العمومية، وضمان الولوج المنصف لكافة المواطنين إلى أدوية آمنة وعالية الجودة وبتكلفة معقولة.

ويتضح من هذه الخصوصيات أن الطلب في هذه السوق لا يؤدي دوره الكامل في تحريك عجلة المنافسة بمفرده، إذ يظل أقل تعرضا لتقلبات أسعار الأدوية بحكم تحمل أنظمة التأمين عن المرض لقسط كبير من النفقات. علاوة على ذلك، يتعلق الأمر بطلب غير مباشر. بمعنى آخر، لا يتمتع المرضى بحرية اختيار العلاجات، بل يتقيد عادة بوصفة الطبيب، مما يجعل سوق الدواء في المقام الأول سوقاً قائماً على الوصفة الطبية.

بيد أن هذه الخصوصيات لا تعفي نهائيا قطاع الصحة من الخضوع لقواعد المنافسة. على العكس، يمكن أن تشكل المنافسة رافعة لضمان نجاعة القطاع، وتقليص التكاليف، بما يعود بالنفع على كافة مكونات المنظومة الصحية، وفي طليعتها المرضى.

في هذا الصدد، خصّص مجلس المنافسة الرأي الحالي لدراسة الإشكاليات المحيطة بتوزيع الأدوية في المغرب، باعتباره دعامة استراتيجية للتموين بالأدوية على الصعيد الوطني. وكان المجلس أجرى فعليا دراسة معمّقة للبعد الصناعي للقطاع في رأيه عدد 4/ر/20 المتعلق بوضعية المنافسة في سوق الأدوية بالمغرب.

وأبان التحليل المنجز، في سياق هذا الرأي، عن الدينامية التي تشهدها سوق توزيع الأدوية ببلادنا وتطورها المستمر، راصدا، بالمقابل، مجموعة من العقبات المؤسساتية والعملية التي تمس بالمنافسة، وتحول دون ضمان حسن سيرها.

إجمالا، تضطلع سلسلة توزيع الأدوية بالمغرب بدور استراتيجي في التموين المستمر بالمنتجات الصيدلية في كافة أنحاء التراب الوطني. وتجسدت أهميتها، بالخصوص، في فترات اندلاع الأزمات، بما فيها جائحة كوفيد- 19 والكوارث الطبيعية.وفي نفس السياق، عبأت الدولة شبكة توزيع سريعة وناجعة، في أعقاب الهزة الأرضية التي ضربت منطقة الحوز في شتنبر 2023، بهدف ضمان استمرارية لإمدادات الموجهة إلى الأقاليم المتضرّرة، مبرزة الدور الرئيسي للسلسلة في حالات الطوارئ الصحية.

وبالرغم من هذا الزخم، تواجه السلسلة باستمرار تحديات كبرى على المستويين الاقتصادي والتنظيمي بل والمالي أيضا، ومن أبرز هذه التحديات، نمط التنظيم المعمول به، وآليات تحديد الأسعار وهوامش الربح، وحواجز الدخول التي تحد من المنافسة، والتموقع الجغرافي للجهات الفاعلة، علاوة على كيفيات الأداء، وعدم فعالية النموذج القائم، الأمر الذي يحول دون الارتقاء الأمثل بالقطاع وعصرنته.

وهكذا، تتمحور الخلاصات المنبثقة عن الرأي حول ثلاثة مستويات رئيسية:

1.I خلاصات أفقية متعلقة بالسير العام لتوزيع الأدوية

1.1.I منظومة توزيع الأدوية ناجعة تقنيا وذات أهمية اقتصادية واجتماعية

يحظى قطاع توزيع الأدوية بمكانة أساسية في السياسة الوطنية للأدوية والصحة العمومية، إذ يكفل ولوج المواطنين إلى العلاجات في جميع أنحاء البلاد.

وعلى الصعيد الاقتصادي، يضم القطاع أزيد من 56 مؤسسة صيدلية صناعية، و66 مؤسسة صيدلية موزعة بالجملة على الصعيد الوطني. ويساهم في خلق قرابة 29.000 منصب شغل مباشر وغير مباشر. كما يمد نحو 14.000 صيدلية بالأدوية.

وبصفة عامة، يتيح السير الناجع للقطاع والمستمر توفير الأدوية دون انقطاع، معتمدا على العدد الكبير للصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة المنتشرة في كافة الجهات. ويحافظ كذلك على توازنه بفضل التدبير المحكم للمخزون والإمدادات، حيث تتولى المؤسسات المذكورة تسليم 94 في المائة من الطلبيات إلى الصيدليات يوميا وفي جميع أنحاء البلاد، وبمعدل يصل إلى أربع مرات في المدن الكبرى، ومرتين في المدن الصغرى، ومرة واحدة في الوسط القروي.

فضلا عن ذلك، يساهم خلق وحدات جديدة لتوزيع الأدوية في توسيع نطاق الخريطة الصحية الجهوية، مشجعا على فتح صيدليات جديدة والتي تحفز بدورها على إحداث عيادات طبية ومختبرات التحاليل الطبية.

ويعمل القطاع كذلك جنبا إلى جنب مع السلطات العمومية عند وقوع حالات استثنائية، تستدعي التموين بالأدوية بصفة عاجلة، على غرار ما حدث خلال جائحة كوفيد -19أو الفترة التي أعقبت زلزال الحوز.

من جهتها، تمكن شبكة الصيدليات كافة المواطنين من الولوج السلس إلى الأدوية، بما في ذلك في بعض المناطق التي تعاني من محدودية البنيات الصحية الأخرى.وتؤدي الصيدليات دورًا محوريًا في ضمان استمرارية الخدمة الصيدلانية، من خلال نظام الحراسة والمداومة الذي يتيح توفير الأدوية خارج أوقات العمل العادية، إضافة إلى تقديم الإرشاد والاستشارة الصيدلانية للمرضى. كما تنخرط بفعالية في حملات الوقاية في الأنشطة ذات الصلة بالصحة العمومية.

ويعد الصيادلة، المنتشرون في مجموع التراب الوطني بنسبة 94 في المائة، الفئة المهنية الأكثر قربا من المواطنين المغاربة، كما يشكلون أحد المخاطبين الرئيسيين للمنظومة الصحية.

2.1.I منظومة خاضعة لتنظيم صارم فيما يتعلق بالولوج إلى سوق الأدوية ويطرح رهانات تنافسية

يستلزم تسويق أو توزيع أي دواء، سواء أُنتِج محليًا أو تم استيراده، وسواء تم عرضه مجانًا أو بمقابل، بالتقسيط أو بالجملة، الحصولَ المسبق على إذن بالعرض في السوق ضمانا لسلامته وجودته وفعاليته قبل إتاحته للعموم.

وقد خلصت دراسة شروط عرض الأدوية في السوق إلى وجود إشكاليتين جوهرتين ترتبطان أساسًا بمستوى المنافسة داخل القطاع.

من جهة، تستغرق المعالجة الفعلية للملفات وقتا كبيرا في الغالب، بالرغم من تنصيص المرسوم المتعلق بالإذن بالعرض في السوق على آجال تنظيمية محدّدة. ووفقا للمهنيين المستمع إليهم، يتطلب الحصول على الإذن مدة متوسطة تتراوح بين سنتين وثلاث سنوات، مما يترتب عنه تعطيل ولوج المرضى إلى العلاجات، والتأثير سلبا على الأسعار المطبقة، والإخلال بالمنافسة بين مختبرات الأدوية.

ومن جهة ثانية، يحظر المرسوم ذاته على مؤسسة صيدلية صناعية طلب الإذن لتسويق دواء جنيس دون نيل موافقة حامل الإذن بتسويق دواء أصلي مرخص له فعليا بالمغرب، طيلة السنوات الخمس الموالية للإذن الأولي. ويخول هذا الوضع للطرف الأول أفضلية تنافسية مشكوك في صحتها، بحيث تتيح له الحفاظ على احتكار طيلة الفترة المذكورة، ما يقلص من المكاسب المتوقعة والمتمثلة في وفرة الأدوية، وتيسير الولوج إليها، والحد من التكاليف الملقاة على كاهل المرضى وعلى المنظومة الصحية.

2. خلاصات متعلقة بسلسلة التوزيع بالجملة

1.2.I سلسلة توزيع الأدوية بالجملة تتميز بدرجة مرتفعة نسبيا من التركيز وبفوارق جهوية مهمة

خلال سنة 2024، تولت 66 مؤسسة صيدلية للتوزيع بالجملة، منها ست مجموعات مكونة من 42 فاعلا و24 فاعلا مستقلا، توزيع الأدوية المعدّة للاستعمال البشري. وبلغ رقم المعاملات الإجمالي للقطاع 16,3 مليار درهم، بزيادة قدرها 11,3 في المائة عن سنة 2023 و68 في المائة عن سنة 2016 (9,7 مليار درهم).

ويتسم سوق توزيع الأدوية بالجملة بدرجة معتدلة ومستقرة من التركّز، حيث تستأثر به مجموعة محدودة من الفاعلين، رغم أن عدد المؤسسات الصيدلية النشطة في هذا المجال يبلغ 66 مؤسسة. وفي السنة نفسها، استحوذت ثلاث شركات فقط على نحو 65 في المائة من الحصص السوقية، في حين بلغت حصة الشركة الرابعة حوالي 8,7 في المائة.

ومنذ سنة 2016، كشف تحليل الحصص السوقية للفاعلين عن إعادة هيكلة طفيفة، تمت أساسا على حساب المجموعة الرائدة (المجموعة B). غير أن البنية العامة للسوق ظلت مستقرة، دون تغيير كبير في مستويات التركيز. وفي هذا الصدد، تراجع معدل التركيز CR1 (الحصة المملوكة للفاعل الرئيسي) بنحو أربع نقاط. في حين حافظ المعدل CR2 على استقراره. وكسب المعدل CR3 نقطتين ليبلغ 65 في المائة، مؤشرا على درجة تركيز متأرجحة بين معتدلة وعالية.

ورصد هذا التحليل فوارق جهوية كبيرة، ففي الوقت الذي تزاول جل المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة أنشطتها رسميا في مجموع التراب الوطني، يتمركز عدد كبير منها على المستوى المحلي وينشط أساسا على الصعيد الجهوي. علاوة على ذلك، يعتمد كبار الموزعين على بنيات جهوية وعلى منصات لوجستية محلية، سعيا منهم إلى تحقيق الأداء، وتغطية كامل التراب الوطني، وضمان القدرة على الاستجابة، والإنصاف في الولوج إلى الأدوية في كامل التراب الوطني، بما يستجيب للمتطلبات التنظيمية.

في هذا السياق، يستفاد من التوزيع الجهوي للمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة أن ثلاث جهات تستحوذ على أزيد من نصف العرض الوطني (بنسبة 52 في المائة، ما يعادل 34 مؤسسة). وتأتي في مقدمها جهة الدار البيضاء – سطات بـ 13 مؤسسة (أكثر من 20 في المائة)، متبوعة بجهتي الرباط – سلا- القنيطرة بـ 12 مؤسسة (18 في المائة) وفاس – مكناس بنحو 9 مؤسسات (14 في المائة).

في المقابل، تعاني جهات، مثل بني ملال – خنيفرة والعيون – الساقية الحمراء من قلة المؤسسات (4 مؤسسات بنسبة تصل إلى 6 في المائة، ومؤسستين بنسبة تبلغ 3 في المائة على التوالي)، بالنظر إلى ضعف الطلب أو تراجع عدد الموزعين بالجملة أو بروز إكراهات لوجستية.

2.2.I تراجع مستمر لمردودية المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة مما يضعف الوضع الاقتصادي لسلسلة توزيع الأدوية بالجملة

تعاني المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة من استمرار ضعف قابليتها الاقتصادية وصمودها المالي، ومن هشاشة نموذجها الاقتصادي. كمثال على ذلك، أظهر تحليل مستويات أرباح الفاعلين الرئيسيين في السوق الوطنية للتوزيع بالجملة، في الفترة الممتدة من 2016 إلى 2024، أن متوسط هامش الربح الخام والصافي بلغ توالياً 8,3 و1,1 في المائة تقريباً.

وأبان تحليل المردودية المالية عن تراجع تدريجي للأداء، إذ تهاوى المعدل المتوسط إلى 0,66 في المائة في 2023 مقابل أكثر من 2 في المائة قبل إصلاح منظومة تحديد الأسعار في 2024. ورافق هذا المعدل تفاوتات كبيرة، حيث سجل 22 في المائة من الفاعلين فقط مردودية فاقت 1 في المائة، فيما تكبد 21 في المائة منهم خسائر مالية أو حققوا مردودية أقل من 0,15 في المائة.

وأثبتت البيانات الجبائية صحة هذا المنحى التنازلي، إذ انتقل المعدل المتوسط للمردودية (النتيجة الصافية مقسومة على رقم المعاملات) من 1,3 إلى 0,9 في المائة، مسجلا انخفاضا بنحو 0,4 نقطة.

وترجع الهشاشة المالية لمؤسسات التوزيع بالجملة للأدوية (EPGR) إلى مجموعة من العوامل، ترتبط أساساً بنمط تعويضها المالي، والالتزامات بخدمة المرفق العام الملقاة على عاتقها، والدعم المالي الذي تقدمه للصيدليات، من أجل تدبير المخزون غير المتداول أساسا، فضلًا عن شروط الأداء المعمول بها في هذا القطاع.

أ. تأطير نمط التعويض وملاءمته مع أسعار الأدوية وأثر تخفيضه بالتزامن مع انخفاض هذه الأسعار

يتوقف تحديد أرباح المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة على نصوص تنظيمية وطنية، تحدد سقفا لهامش الربح الخام دون احتساب الرسوم. ويُحتسب استنادا إلى سعر المصنع دون احتساب الرسوم لكل علبة دواء موزّعة. بصيغة أخرى، يُحدد الهامش دون مراعاة التكاليف اللوجستية الحقيقية (تخزين الأدوية وتحضيريها وتسليمها، وغيرها)، والتي تختلف باختلاف المنتجات (سلسلة التبريد، و المواد المخدرة، وغيرها)، وحجمها، ووزنها، ودرجة توصيل الكميات المطلوبة إلى الصيدليات.

وعليه، يفضي أي انخفاض في سعر دواء معيّن إلى تراجع تلقائي في هامش ربح هذه المؤسسات. وتزداد حدته بفعل تصاعد تكاليف الاستغلال من جهة (المحروقات، والطاقة، وأجور المستخدمين، والفوائد البنكية، وغيرها)، والتي لا يمكن إسقاطها مباشرة على سعر بيع الأدوية. وتوضيحا لذلك، استحوذت المحروقات والرسوم البنكية على 0,57 و1,2 في المائة من النفقات على الترتيب في 2023، وهو ما يتجاوز هوامش الربح الصافية في غالب الأحيان. ومن جهة ثانية، لا تتقاضى المؤسسات، المذكورة، أرباحها التنظيمية بالكامل، بالنظر إلى الحسومات والمزايا التي تمنحها للصيدليات من وقت لآخر، مما يكرّس نوعاً من المنافسة السعرية في إطار يُفترض أنه خاضع لتنظيم صارم.

وينعكس عدم تناسب التعويض الذي تتقاضاه هذه المؤسسات مع التكاليف الحقيقية سلبا على توازنها الاقتصادي، خاصة المؤسسات صغيرة الحجم أو التي تنشط في مناطق أقل إدرارا للأرباح.

وعلى مستوى المقارنة الدولية، تعمل الكثير من البلدان المرجعية، المشار إليها في المرسوم المتعلق بتحديد سعر بيع الدواء للعموم، على تأطير هوامش الربح المتأتية من التوزيع كذلك، وربطها بآليات أكثر مرونة، تشمل تقليص هامش الربح تدريجيا وربطه بمبالغ جزافية (إسبانيا وألمانيا)، وتحرير الأرباح المتأتية من بيع بعض الأدوية، خاصة غير القابلة للتعويض (فرنسا وألمانيا)، ومراعاة الإكراهات الخاصة بالمنتجات الحساسة من خلال سن مبلغ جزافي إضافي للأدوية التي تتطلب سلسلة تبريد (فرنسا).

ب. ربط سلسلة التوزيع بالجملة بالتزامات المرفق العام تنطوي على تكاليف غير هينة.

تضطلع المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بدور مزدوج، يتمثل في اقتناء الأدوية من المختبرات من جهة، وتوزيعها بكيفية مستمرة وملائمة على الصيدليات، وعلى عدد من المؤسسات الصحية من جهة ثانية.

ويقع على عاتقها الالتزام بخدمة المرفق العام المنصوص عليها في النصوص التنظيمية، لاسيما الحفاظ على مخزون يعادل شهرا من إجمالي المبيعات، ويغطي ما لا يقل على 80 في المائة من الأدوية المرخص بها. غير أنها في الممارسة العملية، غالبا ما تتجاوز مؤسسات التوزيع بالجملة هذه المتطلبات من خلال تسليم الطلبيات يوميا (يصل إلى أربع مرات في المدن الكبرى)، إضافة إلى توفير خدمات المستعجلات والحراسة، ونهاية الأسبوع، وهو ما يتيح للصيدليات، بما فيها المعزولة أو الأصغر حجمًا، طلب الأدوية التي تحتاجها فقط دون الاضطرار إلى تكوين مخزون كبير منها. ويكتسي هذا الأمر أهمية خاصة بالنسبة للأدوية المكلفة ومنخفضة الطلب (القسمين 3 و4).

غير أن نمط السير هذا، الذي يجمع بين الوفاء بالالتزامات القانونية والحفاظ على مخزون احتياطي، يضاعف من حجم التكاليف التي تتحملها المؤسسات المذكورة، دون تستفيد من تعويضات مالية خاصة. ويظل مصدر دخلها الوحيد هو هامش الربح المتأتي من سعر المصنع دون احتساب الرسوم. ومن ثم، يُرجح أن تسهم هذه الإكراهات في ارساء حواجز تحول دون ولوج فاعلين جدد إلى السوق المغربية بالرغم من انفتاحها من حيث المبدأ، لاسيما بالنسبة للشركات صغيرة الحجم أو تلك التي تتواجد في مناطق جغرافية تحقق فيها مستويات ربح أقل.

ت. علاقات تجارية تربط المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة بالمختبرات والصيدليات وتتسم بتدفقات مالية كبيرة تنتج علاقة ترابطية قوية وتثقل كاهل الطرف الأول

يكتسي تحليل بيع الأدوية بالتقسيط كذلك والروابط التجارية بين الصيدليات والمختبرات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة ضرورة أساسية لفهم سلسلة التوزيع بالجملة فهما كاملا. وتنتج هذه الروابط، المصحوبة بتدفقات مالية كبيرة، علاقة ترابطية قوية، ترخي بظلالها مباشرة على التوازن الاقتصادي للفاعلين.

ويسلط الضوء، في هذا الصدد، على عاملين حاسمين لضمان الاستقرار المالي:

- **التكاليف المرتبطة بتجديد المخزون**

بلغت الآجال المتوسطة لتجديد مخزون المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة 70 يوما تقريبا طيلة السنتين الفارطتين (2023 و2024). وجسد هذا المستوى ضرورة الامتثال للالتزامات المنصوص عليها تنظيميا، والمتمثلة في الإبقاء على شهر من المدخر الاحتياطي (يضم 80 في المائة من المستحضرات الصيدلية المرخص بها) والضروري لضمان وفرة الأدوية باستمرار، والحيلولة دون انقطاعها.

بيد أن هذا المستوى المرتفع من المخزون يستلزم تعبئة موارد مالية ولوجستية ضخمة، في سياق مرتبط بتراجع هوامش الربح وبضغط على السيولة المالية. وفي الوقت ذاته، يشتكي الموزعون بالجملة من آجال أداء طويلة، ومن تزايد خطر عدم تسديد الفواتير، ومن اللجوء إلى القروض البنكية بكثرة. ويصل متوسط المدة الفاصلة بين شراء المنتجات وتحصيل العائدات نحو 86 يوما، ما يعادل ثلاثة أشهر تقريبا من التمويل قبل استيفاء المستحقات كاملة.

ويتسبب هذا الاختلال بين التدفقات النقدية الخارجة والواردة في إنهاك قدرات التمويل الذاتي، ما ينعكس سلبا على صمود سلسلة توزيع الأدوية بأسرها على المدى الطويل، وعلى وفرة الأدوية والولوج إلى العلاجات.

- **التكاليف المتصلة بشروط الأداء إثر دخول القانون رقم 69.21 المتعلق بآجال الأداء حيز التنفيذ**

وقد تم سُن القانون رقم 69.21 (الساري المفعول منذ 2023) بهدف تأطير آجال الأداء والحد من التأخر الحاصل في هذا المجال. وبموجب هذا القانون، تُحدد الآجال في 60 يوما (وقد تمتد إلى 120 يوما في حالة اتفاق الأطراف، و180 يوما بصفة استثنائية). غير أن الأطراف الفاعلة (الصيدليات، والمؤسسات الصيدلية الصناعية، والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة) تشتكي من غياب العدالة في تطبيقه.

وينطوي هذا التفاوت في التطبيق على اختلالات بنيوية حادة، باعتبارها مصدرا لاختلال التوازنات الاقتصادية، وتحريف سير المنافسة. وفي هذا السياق، أظهرت الممارسة العملية أن:

- متوسط الآجال في المرحلة القبلية (أداء مستحقات الموردين من لدن المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة) ظل مستقرا عموما (من 45 إلى 60 يوما، و90 يوما في بعض الأحيان، مع محاولات لخفضه إلى 81 يوما في 2023،

- الآجال في المرحلة البعدية (أداء مستحقات المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة من لدن الصيادلة) سجلت فترات أطول (بلغت تواليا 112 و104 يوما في 2022 و2022، وقُدرت بـ 96 يوما في 2024).

غير أن نحو 90% من الصيدليات تبقى خارج نطاق تطبيق القانون، لأنها تحقق رقم معاملات سنوياً يقل عن مليوني درهم، الأمر الذي يحول دون جني ثمار الإصلاح كاملة، ويكرس التأخر في الأداء، ويؤجج الفوارق في التعامل مع الصيدليات، حيث تُمنح الأولوية للصيدليات المعروفة بملاءتها المالية، وبقدرتها على الوفاء بآجال الأداء.

وهكذا، تتعرض المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة لضغط مزدوج، إذ تضطر إلى الوفاء بآجال صارمة لدفع مستحقات مورديها من جهة، وتخويل عملائها مهلة أطول لأداء المبالغ العالقة في ذمتهم. وفي الوقت الذي سجل معدل ديونها البنكية 9,5، فسّر تأخير الصيدليات في الأداء نسبة 40 في المائة تقريبا من التكاليف المالية التي تحمّلتها. وتقويما منها لهذا الوضع، أقرّت هذه المؤسسات حسومات مشروطة باحترام آجال الأداء أو عملت على تقسيم طلبياتها، مجازفة بتحمل تكاليف لوجستية، ومواجهة خطر تنامي انقطاع الإمدادات.

وعلى أرض الميدان، تتقمص هذه المؤسسات دور "الأبناك" إزاء الصيدليات، حيث تتكبد تكلفة مالية ترخي بثقلها على مردوديتها، وتحد من قدرتها على الاستثمار. وتضع هذه الحالة، المقرونة بنسبة متوسطة من العملاء المتأخرين في الأداء قدرها 18 في المائة، سلامة التدفقات التجارية واستمرارية الولوج إلى الأدوية على المحك.

I. 3 خلاصات متعلقة بسلسلة التوزيع بالتقسيط

1.3.I سلسلة التوزيع بالصيدليات تتميز بهشاشة مستمرة في توازناتها الاقتصادية والمالية

أبان تحليل أبرز المؤشرات الاقتصادية والمالية لهذه السلسلة عن استمرار هشاشة توازنها العام، إذ ارتفع رقم المعاملات الإجمالي للصيدليات من 11,1 إلى 13,5 مليار درهم في الفترة الممتدة من 2016 إلى 2024، بزيادة معتدلة قدرها 21,6 في المائة (معدل نمو سنوي متوسط نسبته 2,5 في المائة)، ومؤشرا على نمو إجمالي محدود للقطاع.

إضافة إلى ذلك، طالت مداخيل مهنيي الصيدلة ركود شبه مستمر، منحصرة بين 1 و1,1 مليار درهم إلى غاية 2023، ثم انتعشت انتعاشا طفيفا في 2024 بمقدار 1,2 مليار درهم.

وأُرجع هذا التفاوت بين ارتفاع رقم المعاملات وركود المداخيل المهنية إلى عدة عوامل تراكمية، شملت الضغط المستمر على هوامش الربح المنظمة والناجم عن تواتر الانخفاضات في أسعار الأدوية من جهة، لاسيما الأسعار المدرجة في القسمين 1 و2 والتي أفضت إلى تآكل المردودية، وتصاعد تكاليف الاستغلال من جهة ثانية (كراء المحل، وأداء أجور المستخدمين، وما إلى ذلك)، مما يؤدي إلى مزيد من الضغط على الهوامش الصافية. كما أن الزيادة المستمرة في عدد الصيدليات أدت إلى تجزئة متوسط رقم المعاملات لكل صيدلية، وهو ما ينعكس بشكل مباشر على توازنها الاقتصادي.

وفي المحصلة، تراجع متوسط رقم المعاملات السنوي لكل صيدلية بحدة أكبر، منتقلا من نحو 1,1 مليون درهم في 2014 إلى قرابة 950 ألف درهم في 2024، بانخفاض ناهز 17,5 في المائة طيلة هذه الفترة. وفُسر هذا الانخفاض، أساسا، بزيادة عدد الصيدليات بوتيرة أسرع من ارتفاع الطلب على الأدوية.

ولئن كان توسيع الحماية الاجتماعية آلية من شأنها من استهلاك العلاجات، فإن تأثيره يظل محدودا بالنظر إلى الانتشار الكثيف للصيدلات، ذلك أن تزايد عدد الصيادلة الجدد سنويا يكرّس تفكيك السوق، ويؤدي إلى تقليص حجم رقم المعاملات الفردي، ويعرض استدامة الصيدليات للخطر.

إضافة إلى ذلك، كشف تحليل بنية توزيع رقم المعاملات عن استقطاب بارز للنسيج الصيدلي، إذ تنجز 70 في المائة من الصيدليات تقريبا رقم معاملات سنوي أقل من 1,2 مليون درهم، في مؤشر على هشاشة اقتصادية تعاني منها شريحة واسعة من الصيدليات. عكس ذلك، تحقق 20 في المائة من الصيدليات رقم معاملات يتأرجح بين 1,2 و2,5 مليون درهم، بينما تبلغ نسبة الصيدليات التي يتجاوز رقم معاملاتها 2,5 مليون درهم 10 في المائة فقط. ويُبرز هذا التوزيع غير المتكافئ أن شبكة الصيدليات تتقاسمها، بشكل متزايد، أغلبية ذات قدرات اقتصادية ضعيفة، وأقلية تتمتع بوضعية مالية أكثر متانة.

2.3.I كثافة صيدلانية مرتفعة تفوق توصيات منظمة الصحة العالمية، مما يولد اختلالات اقتصادية وترابية

ترتكز سوق الأدوية المغربية على شبكة تضم 14.134 صيدلية موزعة في ربوع المملكة. وفي حين ارتفع عددها من 9185 إلى 14.134 بين سنتي 2015 و2024، ازداد عدد السكان بنسبة 8,8 في المائة فقط في نفس الفترة. بمعنى آخر، تضاعف عدد الصيدليات بمعدل أسرع من نمو السكان بواقع 6,5 مرة، مسلطا الضوء على دينامية نمو مستمرة للشبكة.

وفُسرت هذه الدينامية جزئيا بالتدفق المستمر للخريجين الجدد من كليات الصيدلة (910 خريجا في 2024)، حيث يتجه قسط كبير منهم إلى إنشاء صيدليات كخطوة رئيسية للإدماج في سوق الشغل.

وبتوفره على عدد يصل إلى 38,4 صيدلية لكل مائة ألف نسمة، أي صيدلية واحدة لكل 2600 نسمة، يكون المغرب في وضع يتجاوز بكثير المعيار الموصى به من لدن منظمة الصحة العالمية، والمتمثل في تخصيص صيدلية واحد لكل 5000 نسمة.

فضلا عن ذلك، يصاحب الانتشار واسع النطاق للصيدليات فوارقا ترابية ملحوظة، ذلك أن ما يناهز 45 في المائة من الصيدليات يتمركز في المناطق الحضرية الرئيسية، خاصة في جهتي الدار البيضاء – سطات والرباط – سلا – القنيطرة، وحيث تقع الصيدليات على مسافة قريبة من بعضها البعض في غالب الأحيان. في المقابل، تعاني بعض الجهات يقطنها عدد قليل من السكان، على غرار الشرق أو سوس – ماسة، باستمرار من قلة الصيدليات نسبيا، بحيث يبلغ عددها الإجمالي في كل منهما 6 في المائة فقط.

في المجمل، أسهمت هذه الكثافة الصيدلانية في تحسين الولوج إلى الأدوية على الصعيد الجغرافي. بالمقابل، أفرز تداعيات اقتصادية كبيرة، بحيث كرّس تعدد الصيدليات الى تفكيك السوق، وقلّص متوسط رقم المعاملات لكل صيدلية، وفاقم الضغوط على مردودية الصيدليات المنشأة حديثا على الخصوص، مما ساهم في الاخلال بالتوازن الاقتصادي للشبكة تدريجيا.

I.3.3 نموذج تعويض مالي يعتمد بالأساس على هامش الربح المرتبط بسعر الأدوية

تعود أسباب الوضعية الاقتصادية الهشة للصيدليات، في الغالب، إلى نمط التعويض المالي المطبق. ويحتكم هذا الأخير، أساسا، إلى هامش ربح تجاري يُحتسب استنادا إلى سعر المصنع دون احتساب الرسوم للأدوية المدرجة في القسمين الأولين للأسعار (سعر المصنع أقل أو يعادل 166 درهما للقسم الأول، وأعلى من 166 درهما وأقل من 588 درهما أو يعادله للقسم الثاني)، وإلى المبالغ الجزافية الثابتة المحدّدة في القسمين العاليين (300 درهم للقسم الثالث و400 درهم للقسم الرابع). ويرهن هذا النمط مدخول الصيدليات رهنا وثيقا بمستوى أسعار الأدوية وتطورها.

وفي هذا السياق، أفضت الانخفاضات المتعاقبة في أسعار الأدوية، تلقائيا، إلى تراجع مداخيل الصيدليات، بحيث همت 85 في المائة من تعديلات أسعار الأدوية المدرجة في القسم الأول، والتي تشكل نحو 90 في المائة من حجم المبيعات، وقرابة 80 في المائة من قيمتها.

وأبان تحليل أقسام فرعية، مندرجة ضمن القسم الأول للأسعار، عن تركيز أكبر للأدوية ذات الأسعار المنخفضة للغاية، بحيث استأثرت الأدوية التي يقل سعر بيعها للعموم أو يعادل 100 درهم بنحو 90 في المائة من حجم المبيعات وقرابة 55 في المائة من حيث القيمة، ما يكرس ارتباط النموذج الاقتصادي للصيدليات بحجم الأدوية المصروفة، ويزيد من هشاشتها في سياق مشوب بالضغط المتواصل على الأسعار وبمحدودية الطلب.

علاوة على ذلك، يعد ضعف المساهمة الاقتصادية للأدوية المكلّفة والمؤطرة بمبالغ جزافية ثابتة والتي يتولى عدد محدود من الصيدليات توزيعها في الغالب، عاملا إضافيا لهشاشة الصيدليات. ويعرضها كذلك لمخاطر مالية مهمة (تجميد السيولة، وفقدان الأدوية أو تلفها أو انقضاء صلاحيتها).

وفي ذات السياق، تتكبد الصيدليات زيادات كبيرة في تكاليف الاستغلال. ووفقا لتقديرات المهنيين، ازداد متوسط تكاليف صيدلية واحدة بنسبة 47 في المائة تقريبا طيلة الفترة العقد الممتد من 2015 إلى 2025، متأثرا، بالخصوص، بتصاعد تكاليف كراء المحل والأجور، وبارتفاع النفقات الضرورية والضامنة للسير العادي، ما زاد من حدة الضغوط على هوامش الربح الصافية، وقوّض التوازن المالي للصيدليات بصورة أكبر.

وبالنظر إلى جمود النموذج الاقتصادي الحالي للصيدليات، يمكن أن تتضرر شريحة هامة من شبكة الصيدليات وتواجه خطر الإغلاق، ما قد يؤثر سلبا على الولوج إلى الأدوية في عموم البلاد، ويعاكس الأهداف الرامية إلى تعزيز الولوج إلى العلاجات، والرفع من مستوى التغطية الصحية.

4.3.I تجاوز شبكة الصيدليات بواسطة بعض ممارسات صرف الأدوية في المصحات الخاصة

يجيز الإطار القانوني الجاري به العمل، لاسيما القانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلية، للمصحات والمؤسسات المماثلة التوفر على مخزون من الأدوية يُخصص حصرا لتلبية حاجياتها الداخلية الخاصة. ومبدئيا، يتعين صرف هذه الأدوية لفائدة المرضى الخاضعين للاستشفاء من دون استثناء. ويُحظر تسليمها للعموم خارج نطاقها الاستشفائي.

ومع ذلك، يُرجح أن تفضي بعض ممارسات صرف الأدوية المخصصة للعلاجات العادية للمرضى، الذي يغادرون المصحة، إلى حرمان الصيدليات من حصة اضافية مقابل صرف هذه الأدوية، وأن يكبدها خسارة كبيرة في الأرباح في سياق يسجل فعليا تطور البنيات الخاصة لتقديم العلاجات.

علاوة على ذلك، يتسع نطاق هذه الممارسات بشكل يتجاوز الإطار التنظيمي الأصلي في غياب نص واضح وكاف يفرق بين الأدوية المخصّصة حصرا للاستشفاء والأدوية الموجّهة للعلاجات العادية من جهة، ومحدودية استخدام الأدوية الاستشفائية والمصمّمة لتلبية احتياجات مؤسسات الرعاية الصحية من جهة ثانية.

كما تتفاقم هذه الممارسات بسبب انتشار شكل من أشكال "رهن المرضى"، الذين يُوجهون إلى الصيدلية الداخلية للمصحة لاقتناء الأدوية في الغالب، دون أن يتمتعوا بحرية حقيقية في الاختيار، لاسيما في الحالات التي يكونون فيها في وضعية ضعف بعد إجراء عملية جراحية أو استشارة طبية. وإلى جانب تبعاتها الاقتصادية، تطرح هذه الظاهرة تحديات تتعلق بتوازن منظومة التوزيع، وباحترام النصوص التنظيمية، وبالحفاظ على التكامل بين مؤسسات الرعاية الصحية وشبكة الصيدليات.

5.3.I غياب حق استبدال الأدوية: ضعف تدبير حالات انقطاع الأدوية وتصاعد إكراهات التخزين

لا يخول الإطار التنظيمي الحالي للصيدلي الحق في استبدال دواء جنيس بدواء مماثل بكيفية مؤطرة، الأمر الذي يحد من الاستمرارية في الولوج إلى العلاجات، ويحول دون تدبير مخزون الأدوية في الصيدليات على النحو الأمثل.

والحال أن غياب هذا الحق يحد من قدرة الصيادلة على التعاطي مع حالات انقطاع الإمدادات لاسيما فيما يتعلق ببعض الأدوية المتخصصة، في حين تتوفر السوق على بدائل علاجية مماثلة.

إضافة إلى ذلك، تضطر الصيدليات إلى الحفاظ على مستويات أعلى من مخزون الأدوية بسبب غياب هذا الحق، والإبقاء على مجموعة متعددة من المراجع الخاصة بنفس الفئة العلاجية، بغية الحد من مخاطر الانقطاع. وتبرز هذه الإكراهات، بالخصوص، في بعض الفئات العلاجية، من قبيل مثبطات مضخة البروتون (الأوميبرازول) أو بعض المضادات الحيوية الشائعة في الوصفات الطبية (أموكسيسيلين). وتفضي هذه الوضعية إلى تجميد السيولة المالية للصيدليات على نحو متزايد وتعريضها لضغوط إضافية، كما تؤدي الى تفاقم المخاطر المرتبطة بالأدوية غير المباعة وانتهاء صلاحيتها وفقدانها، في سياق يتسم بضيق هوامش الربح وضعف المردودية.

وعلى الصعيدين الاقتصادي والصحي، يحد غياب الحق، سالف الذكر، من استخدام الأدوية الجنيسة منخفضة التكلفة عادة، والتي من شأنها تحسين القدرة المالية للمرضى على الولوج إلى العلاجات، وتعزيز استدامة المنظومة الصحية بشكل عام. كما أن هذا الغياب لا يساعد الصيدلي على الاضطلاع الكامل بدوره كفاعل ميداني يساهم في صرف الأدوية بشكل أمثل وضمان توفرها. وفي ظل هذه الظروف، يبدو أن غياب هذا الحق يكرّس انغلاق الصيدليات، ويفاقم إكراهات تدبير المخزون، ويقوض استمرارية الولوج إلى العلاجات.

6.3.I بنية تنظيمية للنسيج الصيدلي تعيق دينامية الاستثمار والادماج المهني للخريجين الشباب علاوة على تحديث الشبكة وهيكلتها

في الوقت الراهن، يشكل المشهد الحالي للنسيج الصيدلي، الذي تطبعه بنية مفككة وتغلب عليه الصيدليات المستغَلة بصورة فردية وغير المدمجة إدماجا مهنيا كافيا، عاملا بنيويا يحد من تطور سلسلة التوزيع بالتقسيط وتحولها، كما يعيق الاستثمار، ويحول دون إدماج الخريجين الشباب، ويصعّب الولوج إلى التمويل، وتحديث شبكة الصيدليات وهيكلتها.

ويكرّس هذا المشهد نمط استغلال الصيدليات الذي يتم في الغالب بصورة فردية، بالرغم من إمكانية الاستعانة بشريك كما ينص على ذلك القانون. وضمن هذا النموذج، يزاول الصيدلي في الآن نفسه وظائف مالك الصيدلية ومسيّرا لها ومهنيا في الصحة، دون فصل حقيقي للممتلكات الشخصية عن الأصول المهنية، وهو ما يحدّ من مرونة التدبير المالي، ويضاعف المخاطر، ويعيق إضفاء الطابع المهني على الصيدليات. إضافة إلى ذلك، يظل الولوج إلى التمويل محدودًا، حيث تشترط البنوك، عادة، توفير ضمانات شخصية، وتفضل التعامل مع الشركات المهيكلة والمتوفرة على رؤوس أموال ذاتية.

ومن الناحية الاقتصادية، يحد هذا المشهد من قدرة الصيدليات على تجميع الموارد اللازمة لتطويرها، وهيكلة وظائف الدعم، والاستفادة من وفورات الحجم. كما تجد نفسها غير قادرة على الاستثمار في الرقمنة، وعلى تحسين البنيات التحتية، وعلى الابتكار في التنظيم، وعلى توسيع نطاق الخدمات الصيدلية، أخذا بعين الاعتبار الضغط المستمر على هوامش الربح، والارتفاع المتواضع للطلب على الأدوية.

وفي الجانب المهني، تتضاءل فرص إيجاد وظائف مدفوعة الأجر بالصيدليات، كما تتقلص إمكانات تنويع المسارات المهنية للصيادلة الشباب. وفي ظل غياب شبكات صيدليات أكثر تكاملا، تفضل شريحة هامة من الخريجين الشباب إنشاء صيدلياتهم الخاصة كخطوة رئيسية للإدماج في سوق الشغل، مما يساهم في تكاثر الصيدليات بشكل مستمر ويكرّس البنية المتناثرة لشبكة الصيدليات.

وبصرف النظر عن الرهانات الاقتصادية والمهنية، يحول هذا المشهد كذلك دون انبثاق أشكال تنظيمية أكثر فعالية، وقائمة على التعاون، وعلى تجميع الموارد، وعلى احترافية التدبير.

وفي ظل هذه الظروف، يبدو أن هذا المشهد لا يواكب بالشكل الكافي رهانات تحول القطاع، ويشكل عاملا رئيسياً يفسر الهشاشة الاقتصادية والتنظيمية والمهنية الملحوظة. ومن ثم، فإن الاعتماد التدريجي والمؤطَّر لصيغ أكثر تنظيمًا وهيكلة يُعد رافعة أساسية لتعزيز الجدوى الاقتصادية لشبكة الصيدليات، والرفع من جاذبيتها، وتعزيز الإدماج المهني للصيادلة، وتوطيد دورها باعتبارها دعامة استراتيجية ضمن منظومة الرعاية الصحية للقرب.

ثانيا: التوصيات

على ضوء التشخيص المنجز في إطار هذا الرأي والخلاصات المنبثقة عنه، صاغ مجلس المنافسة سلسلة من التوصيات، تتوخى تقويم الأعطاب المرصودة في سير سوق توزيع الأدوية من جهة، وتقوية أدائها التنافسي من جهة ثانية.

وتستند هذه التوصيات إلى تحليل للخصوصيات البنيوية للسوق، وديناميتها التنافسية. وجرى تعزيزها بسلسلة من المشاورات مع كافة الأطراف الفاعلة في سلسلة التوزيع، من أجل مراعاة الحقائق الميدانية.

ويكمن الغرض منها في الرفع من مستوى توزيع الأدوية، بشكل يعود بالنفع على جميع الجهات الفاعلة المعنية، لاسيما الصيدليات، والمؤسسات الصيدلية الصناعية، والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، وصناديق التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والمرضى. كما تستهدف رصد السبل الملموسة والكفيلة بتعزيز الإنصاف والفعالية في السير التنافسي للسوق.

وترتكز هذه التوصيات على ثلاثة محاور رئيسية:

يرتبط المحور الأولى بالتخفيف من صرامة النصوص التنظيمية المتعلقة بالولوج إلى السوق، ومزاولة الصيادلة والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة لأنشطتهما.

ويقترن المحور الثاني بالرفع من أداء التوزيع بالجملة، وتعزيز توازن الروابط التجارية بين الصيادلة والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة.

ويهم المحور الثالث التوصيات المتعلقة بالتوزيع بالتقسيط، والمتمثلة أساسا في إعادة النظر في النموذج الاقتصادي للصيدليات بهدف تثمين كفاءات الصيادية بشكل أفضل، وضمان الجدوى الاقتصادية لهذا الفرع الأساسي من سلسلة توزيع الأدوية.

II. 1 توصيات أفقية ذات الصلة بالمنظومة العامة لتوزيع الأدوية

ساعد تحليل سلسلة توزيع الأدوية بالمغرب على صياغة توصيات أفقية، ترمي إلى تكريس فعالية منظومة التوزيع الشاملة وتعزيز إنصافها. وتتمحور هذه التوصيات حول: أولا، الإطار التنظيمي الذي يتطلب تحديث والتسريع من وتيرة اعتماد النصوص التطبيقية اللازمة لتفعيل القوانين الجاري بها العمل، بهدف سد الثغرات القانونية وضمان التنزيل الفعال للنصوص القائمة، وتكييف قواعد التوزيع مع مستجدات القطاع، وثانيا، الإطار المؤسساتي بغية توطيد آليات الحكامة والتنسيق بين مختلف الأطراف الفاعلة. وثالثا، الولوج إلى السوق بشكل يمهد لتحسين شروط عرض الأدوية في السوق، ويضمن وفرتها وقابلية الوصول إليها في بيئة ضامنة للإنصاف والمنافسة النزيهة.

1.1.II تحديث الإطار التنظيمي والتعجيل باعتماد بعض النصوص القانونية بغية ملاءمة توزيع الأدوية مع مستجدات القطاع

أبان الإطار التنظيمي والمؤسساتي المعمول به، في الوقت الراهن، عن عجزه عن مواكبة التطورات السريعة التي تشهدها سوق الأدوية، بالرغم من دوره في هيكلة سلسلة التوزيع بالمغرب وتأطيرها. وتستلزم النصوص القائمة تحيينا عميقا، بالنظر إلى زحف الرقمنة، وانبثاق ابتكارات علاجية، وتنويع سلاسل التموين، وتطور ممارسات صرف الأدوية، وأهمية تأطير العمل الصيدلي على النحو الأمثل. وعليه، يعد تحديث الإطار سالف الذكر رافعة أساسية لتعزيز شفافية سلاسل التوزيع وتتبع مسارها، والتقيد بالممارسات المعمول بها، وملاءمة المعايير الوطنية مع الضوابط الدولية، وموازنة وفرة الأدوية مع قابلية ولوج المرضى إلى العلاجات، علاوة على الرفع من المرونة الاقتصادية للفاعلين، وضمان حسن السير التنافسي للسوق.

في هذا الصدد، يوصي المجلس بتحيين الإطار التنظيمي، والمتجسد أساسا في القانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة، قصد إعادة تحديد بوضوح حقوق مختلف الجهات المتدخلة في توزيع الأدوية وواجباتها، وتأطير مختلف سلاسل التموين بالأدوية وتوزيعها وضمان سلامتها، وتقوية مسار تتبعها وشفافيتها، وتكريس آليات ضبطها تفاديا لتحريف سير المنافسة، ومكافحة الممارسات غير المهيكلة.

وفضلا عن تحيين هذا الإطار، يحظى تحديد أسعار الأدوية باستمرار بأولوية قصوى، إذ بالرغم من دورها في تكريس الوضوح والشفافية، ترخى المنظومة ذات الصلة والجاري بها العمل بظلالها على صمود الفاعلين في توزيع الأدوية، وعلى تنافسية الإنتاج المحلي، مما يستدعي مراجعتها لضمان مزيد من الإنصاف، وتكييفها مع الحقائق الاقتصادية بشكل أفضل، مع مراعاة استمرارية هوامش الربح، ووفرة الأدوية، وضرورة تدعيم الصناعة الوطنية.

وتحقيقا لهذه الغاية، يوصي المجلس بإعادة النظر في نمط تعويض المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، عبر إرساء نموذج هجين يمزج بين هامش ربح متناسب مع سعر المصنع دون احتساب الرسوم ومبلغ جزافي ثابت يُؤدى مقابل كل وحدة موزعة، بما يضمن حدا أدنى من التعويض بصرف النظر عن سعر الدواء، ويكفل استمرارية هذا المكون الأساسي من سلسلة التوزيع، ومواصلة التموين بالأدوية. وفي الوقت ذاته، يوصي المجلس باعتماد نمط مختلط لتعويض الصيادلة، يتكون من هامش ربح تجاري ومن أتعاب مقابل صرف الأدوية، بما يساهم في تثمين العمل الصيدلي، وتنزيل أهداف الصحة العمومية.

كما يجب إيلاء عناية خاصة للأدوية الباهظة، لاسيما المدرجة في القسمين 3 و4، والتي لا تتناسب هوامش الربح المتأتية منها حاليا مع تكاليف التوزيع. ويُرجح أن تسهم مراجعة شروط التعويض عنها في ضمان وفرتها، وتعزيز الإنصاف في ولوج المرضى إليها، وتقوية المرونة الاقتصادية للصيدليات كما المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، وإزالة الغموض المحيط بالمنظومة ككل، والحد من خطر تحريف سير المنافسة.

وضمن هذاالسياق، يكتسي التفريق بوضوح بين الأدوية المستوردة والأدوية المصنعة محليا ضرورة أساسية، في سياق بلغت الواردات أزيد من 10,6 مليار درهم في 2024، مقابل 1,6 مليار درهم من الصادرات تقريبا في نفس السنة، ما أفضى إلى عجز تجاري قدره تسعة مليارات درهم.

علاوة على ذلك، يوصي المجلس بإعادة النظر في كيفيات مراجعة أسعار الأدوية، من خلال تقليص المدة الزمنية للمراجعة من خمس إلى ثلاث سنوات ومواءمة الأساليب المعتمدة. ويشمل ذلك وضع حد لأوجه عدم الاتساق الحالية، والمتمثلة في مراعاة كل من السعر الأدنى في البلدان المرجعية لتحديد الأسعار الأولية للأدوية الأصلية، ومتوسط سعر المصنع دون احتساب الرسوم في هذه البلدان لإجراء مراجعات لاحقة، في أفق تعزيز التناغم، وتقليص الفوارق في الأسعار المطبقة في السوق المغربية والأسواق الأجنبية.

لذلك، يرى المجلس أنه يُستحسن الشروع في تحرير أسعار الأدوية غير المقبول إرجاع مصاريفها، والمعروفة باسم "الأدوية غير الأساسية" (médicaments de confort)، من خلال توفير شروط المنافسة في سوق ضبط أسعارها، طبقا للممارسات المعتمدة في عدد كبير من البلدان المماثلة.

وفي سياق تحديث الإطار التنظيمي، ثمة عدد من النصوص التي طالها التقادم تماما، من بينها الظهير الشريف الصادر في 2 دجنبر 1922 المتعلق بالمواد السامة والمعمول بها إلى يومنا هذا، والذي لا يعكس التقدم العلمي المنجز، أو يراعي المتطلبات الحالية للصحة العمومية، كما صرح المهنيون المستمع إليهم في إطار مسطرة التحقيق. ومن ثم، يتحتم مراجعته بهدف مراعاة المستجدات الصيدلية، وتعزيز السلامة الصحية، وتقوية شروط صرف الأدوية، والحيلولة دون تعريض الصيادلة لعقوبات جنائية ظالمة.

وبالموازاة مع تحديث الإطار سالف الذكر، يتعين التعجيل باعتماد مراسيم تطبيقية، معلّقة إلى يومنا هذا، بهدف سد الثغرات القانونية، وضمان نجاعة الإصلاحات المدشنة فعليا. وتهم هذه المراسيم، أساسا، إصلاح الحكامة المهنية المنصوص عليها في القانون رقم 98.18، والمتمثلة في إحداث المجالس الجهوية والقطاعية التي تكتسي ضرورة أساسية لتجويد التأطير، وتمثيل الصيادلة على الوجه الأمثل، وتعزيز ضبط توزيع الأدوية.

2.1.II تقوية الإطار المؤسساتي لتجويد الحكامة وتعزيز التنسيق بين الفاعلين في القطاع

يتألف الإطار المؤسساتي من مجموعة من الفاعلين، بمن فيهم المهنيون والمؤسسات العمومية، والذين يتخذ تدخلهم طابعا محددا أو تكميليا في كل مرحلة من مراحل سلسلة توزيع الأدوية. وفي الآونة الأخيرة، شهد هذا الإطار تطورات بالتزامن وتعزيز آليات الضبط، وإنشاء مؤسسات خاصة. وفي هذا الصدد، خطت البلاد خطوة أساسية لإرساء حكامة بفعالية أكبر عبر إحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، بوصفها السلطة المكلفة بضبط الأدوية والمنتجات الصحية ومراقبتها ضمانا لجودتها وسلامتها وفعاليتها، وإنشاء الهيئة العليا للصحة. ومن ضمن صلاحياتها، التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والتقييم الدوري للأدوية والمنتجات الصحية.

بيد أن جني ثمار هذه الإصلاحات كاملة يقتضي التسريع من وتيرة تفعيل هذه المؤسسات على أرض الواقع، وإمدادها بالوسائل الضرورية للاضطلاع بمهامها. وفي نفس الوقت، يوصي المجلس بالرفع من مستوى التنسيق بين المؤسسات، وضمان تناغم عدد من عمليات صنع القرار، لاسيما من خلال تنظيم الدراسة المشتركة لطلبات الإذن بالعرض في السوق وقبول إرجاع مصاريف الأدوية، ما من شأنه تقليص آجال عرض الأدوية في السوق، وضمان وفرتها، وتيسير الولوج المرضى إلى العلاجات، ودعم ديمومة المنظومة الصحية.

إضافة إلى ذلك، يشدد المجلس على أهمية التنزيل الفعلي لإصلاح الحكامة المهنية المنصوص عليها في القانون رقم 98.18 المتعلق بالهيئة الوطنية للصيادلة، والمندرج في إطار المراجعة الشاملة للأحكام

المنصوص عليها في الظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.75.453 بتاريخ 25 ذي الحجة 1396 (17 دجنبر 1976) المتعلق بإحداث هيئة للصيادلة. نظرا لكون هذه الأحكام طالها التقادم، ولم تعد تساير التغيرات التي سجلتها مهنة الصيدلي منذ سنة 1976.

وينص القانون رقم 98.18 على إعادة تنظيم الهيئة الوطنية للصيادلة عبر خلق مجالس جهوية وقطاعية، والتي تكتسي أهمية بالغة لضبط العمل الصيدلي، وتعزيز تمثيل الصيادلة، وتمكينهم من المساهمة مساهمة فعالة في تنشيط سلسلة توزيع الأدوية.

3.1.II تحسين شروط الولوج إلى السوق بما يضمن توفر الأدوية وتسهيل الولوج إليها في إطار من الإنصاف والمنافسة النزيهة

يعد الولوج إلى السوق رافعة أساسية لتوفير الأدوية، وتعزيز المنافسة، وتحسين ولوج المرضى إلى العلاجات. بيد أن الوضعية الحالية، وفقا للمهنيين المستمع إليهم، تشير إلى أن الحصول على إذن بالعرض في السوق يتطلب آجالا طويلة تمتد من سنتين إلى ثلاث سنوات في المتوسط، وتتجاوز ما تنص عليه الأحكام التنظيمية. ويترتب عنها تعطيل ولوج المرضى إلى الابتكارات العلاجية، وتأخير إدراج الأدوية الجنسية والمثيلات الحيوية، والتي تشكل ركيزة جوهرية لتحفيز المنافسة، وخفض الأسعار.

زيادة على ذلك، يتسبب الإطار التنظيمي الحالي في تعطيل وصول الأدوية الجنيسة، إذ تجد المؤسسات الصيدلية الصناعية نفسها مضطرة إلى التقيد بقواعد حماية البيانات السريرية التي تحظر ذكر البيانات المتعلقة بصاحب الإذن المسبق بالعرض في السوق دون موافقته، ولمدة تصل إلى خمس سنوات، ما ينتج عنه آجالا إضافية وكبيرة تؤخر طرح الأدوية الجنيسة في السوق بفعالية، وتقلص قدرتها على المنافسة، وتحد من المكاسب المتوقعة والمرتبطة بوفرة الأدوية، وقابلية الولوج إليها، واستدامة المنظومة الصحية.

لذلك، يوصي المجلس بتخفيض آجال دراسة طلبات الإذن بالعرض في السوق عبر تحديث المساطر الداخلية، وبإتاحة إمكانية الإيداع المسبق لملفات الإذن بعرض الأدوية الجنيسة في السوق طيلة السنة الأخيرة من الفترة المخصصة لحماية البيانات السريرية، قصد تسريع طرحها الفعلي في السوق، وربط ذلك بنهاية فترة الحماية المنصوص عليها تنظيميا. فضلا عن ذلك، يوصي المجلس بحصر مبدأ حماية البيانات السريرية على العناصر الكيميائية الجديدة دون غيرها، دون أن يشمل التعديلات التي طالت المواد المعروفة مسبقا، مقترحا الشروع في رفع الحماية عن البيانات السريرية في حالة إصدار رخصة إلزامية [73]، بغية توفير أدوية تلبي حاجيات الصحة العمومية ذات الأولوية.

وعلى صعيد آخر، تصطدم سلسلة توزيع الأدوية بإكراهات اقتصادية وبنيوية، تشمل هامش ربح ضئيل نتيجة لانخفاض الأسعار، وآجال طويلة للأداء، وسيولة مالية متعثرة، وصعوبات في الاستثمار، ناهيك عن تنامي المتطلبات المتعلقة بوفرة الأدوية، وتتبع مسارها، وضبط توزيعها، مما يستدعي تعزيز الرقمنة. ويعاني القطاع كذلك من محدودية ولوج صغار الصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، على الخصوص، إلى التمويل، ما يحول دون عصرنته وتحديثه.

[73] تُصدر رخصة إلزامية حين تأذن السلطات العمومية للأغيار بتصنيع المنتوج المحمي ببراءة اختراع، أو استخدام الطريقة المحمية ببراءة الاختراع دون موافقة صاحب براءة الاختراع (المصدر: بطاقة تركيبية حول الجوانب التجارية لحقوق الملكية الفكرية وبراءات الاختراع في مجال الأدوية).

وتقويما لهذا الوضع، ينبغي إعطاء الأولوية للتسريع من وتيرة الرقمنة من جهة، وتحسين الولوج إلى التمويل من جهة ثانية، بهدف تعزيز استدامة منظومة التوزيع وتكريس مرونتها.

4.1.II تعزيز رقمنة سلسلة التوزيع بما يساهم في تحسين تنظيم الأسعار وضمان توفر الأدوية وتتبع مسارها والرفع من شفافية السوق

لا يساعد تعزيز رقمنة سلسلة توزيع الأدوية، في الوقت الراهن، على تأمين عملية التوزيع وتحديثها فحسب، بل يساهم كذلك في إذكاء روح المنافسة في قطاع يبتغي توفير الأدوية، وتتبع مسارها، وضبط أسعارها. وتمكن الرقمنة من تفادي انقطاع الإمدادات بفضل أنظمة الإنذار الفوري، ومن تقليص آجال عرض الأدوية في السوق، بما في ذلك الابتكارات العلاجية، ومن تقوية سلامة السلسلة عبر الحد من طرح أدوية مزيّفة أو تحويل مسارها. وتتيح كذلك لهيئات الضبط التسلح بأدوات اليقظة والتحليل، موفرة رؤية شاملة ومحيّنة بشأن وفرة الأدوية، وتطور الأسعار على الصعيدين الوطني والدولي.

بيد أن دمج الرقمنة في عملية التوزيع يظل محدودا، ويتفاوت تعميمه، ذلك أن العديد من الصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، وصغيرة الحجم بالخصوص، لا تتوفر على الموارد المالية والتقنية الضرورية للاستثمار في حلول رقمية ملائمة. ويترتب عن هذا الوضع تدبير متقطع وغير مندمج للعملية، يحد من فعاليتها الشاملة، ويحرم السلطات من الأدوات الضرورية عليها على النحو الأمثل، وضبط أسعار الأدوية في ظرف فعلي.

وعليه، يوصي المجلس بتوطيد الرقمنة في جميع مراحل مسار توزيع الأدوية، من خلال مواكبة الوسم التسلسلي (sérialisation)[74] وتأطيره، تماشيا مع المعايير الدولية ذات الصلة بتتبع مسار الأدوية، وابتكار منصات رقمية تتيح مراقبة مدى وفرة الأدوية، وتفعيل التنبيهات في حالة انقطاع الإمدادات، وضمان يقظة دولية للأسعار على مستوى هيئات الضبط، لاسيما الوكالة الوطنية للأدوية والمنتجات الصحية. كما يجب أن تشمل هذه التدابير رقمنة مسار تسجيل الأدوية والتعويض عنها بالكامل، وتيسير الترابط الشامل بين كافة الفاعلين في المنظومة، ما سيساهم في الرفع من شفافية السوق، وتعزيز تفاعل السلطات، والتعجيل بعرض الأدوية في السوق، ومن ثم ضمان وفرتها، وتسهيل ولوج المرضى إليها.

5.1.II تيسير الولوج إلى التمويل وخلق صناديق ضمان لدعم الاستقرار الاقتصادي للصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

تعد مسألة الولوج إلى التمويل، حاليا، عقبة رئيسية أمام تطوير شبكتي الصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة وعصرنتها، إذ تجد كل منها صعوبة في الحصول على قروض بنكية بالنظر إلى الهواجس التي تعبر عنها المؤسسات المالية، وانعدام ضمانات ملائمة.

وسعيا إلى التغلب على هذه الإكراهات، يوصي المجلس بإرساء منظومة وطنية للدعم المالي الموجه لتوزيع الأدوية والمنتجات الصحية، وقائمة على دعامتين تكميليتين:

تتجلى الدعامة الأول في إحداث صندوق ضمان يُخصص لتوزيع الأدوية، وتموله الدولة ومساهمات المهنيين. ويتولى تغطية جزء من مخاطر تعثر تسديد القروض الممنوحة للصيدليات وللمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة. ويستهدف هذا الصندوق، المعزز بضمانات مضادة (contre-garantie)

[74] يعد الوسم التسلسلي، الذي يطلق عليه كذلك اسم "تتبع المسار على مستوى علبة الدواء (traçabilité à la boite)"، نظاما للتحقق من مصداقية الدواء، انطلاقا من توزيعه وإلى غاية صرفه الفعلي لفائدة المرضى. ويقوم على وضع رمز تعريفي على كل علبة من علب الدواء على شكل رقم تسلسلي من طراز "Datamatrix". وفي الاتحاد الأوروبي، أضفى التوجيه عدد UE/62/2011 طابعا إلزاميا على الوسم التسلسلي للأدوية المصروفة بناء على وصفة طبية.

عمومية تتيح توسيع نطاق الولوج إلى القروض عبر التقليص من شروط الضمانات وتخفيض تكلفة التمويل، يستهدف أساسا الصيدليات والمؤسسات الجديدة المتمركزة بالمناطق الأقل اكتظاظا بالسكان من جهة، والاستثمارات الاستراتيجية من جهة ثانية، من قبيل الرقمنة وتتبع المسار، وتأهيل البنية اللوجستية، والتقيد بالتزامات المدخر الاحتياطي، وتحصين السيولة المالية.

وتتمثل الدعامة الثانية في وضع آليات تمويلية ملائمة لإنعاش السيولة المالية للصيدليات والمؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، والحد من تعرضها لمخاطر آجال الأداء. وتشمل التمويل المقدم لمبالغ التعويض المستحقة، والذي يمكن أن يشكل حلا ملائما للقطاع، لاسيما وأن قسطا كبيرا من السيولة يتوقف على التعويضات المؤداة من لدن التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وعمليا، يهدف هذا التمويل إلى تمكين الصيدليات من الحصول على تسبيق، يعادل قيمة مبالغ التعويض المقرّرة وغير المؤداة بعد، من مؤسسة مالية شريكة. بعد ذلك، تتولى هيئة التدبير تسديد المبلغ مباشرة للمؤسسة المالية، مساهمة في الحد من المخاطر التي يتعرضا لها الفاعل، وفي تقليص آجال الأداء الفعلية.

ويُستوحى هذا النموذج من الممارسات الدولية، على غرار ما هو معمول به في المملكة المتحدة. في هذا الصدد، وضعت البلاد برنامج الأداء المقدم للصيدليات (PEPS) لتمكين الصيادلة من تسديد المبالغ المستحقة والمعوض عنها من لدن هيئة الخدمات الصحية الوطنية (National Health Service) بوتيرة أسرع من المدة الزمنية المعتادة للأداء. وأتاح هذا البرنامج، الذي تدبره الدولة بشراكة مع هيئة مالية خاصة، تقليص آجال الأداء لعدة أسابيع، وتعزيز استقرار السيولة المالية للصيدليات، لاسيما الأصغر حجما.

2.II توصيات ذات الصلة بسلسلة توزيع الأدوية بالجملة

تتبوأ المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة مكانة رائدة في سلسلة توزيع الأدوية، باعتبارها وسيطا لا محيد عنه بين الصيدليات والمؤسسات الصيدلية الصناعية. وتسهر على تأمين نحو 95 في المائة من الإمدادات الموجهة للصيدليات، مساهمة في توفير الأدوية في مجموع التراب الوطني، وتسليمها بوتيرة يومية وفورية. ومن ثم، يزاوج دورها الاستراتيجي بين أداء مهمة من مهام المرفق العام، ومزاولة نشاط اقتصادي تتحكم فيه إكراهات لوجستية وتنظيمية قوية.

غير أن تحليل سير هذه المؤسسات أبان عن أوجه هشاشة بنيوية تهدد استمراريتها، إذ لا يكفي النمط المعمول به حاليا لتعويضها ماليا، والقائم على هامش ربح تنظيمي وضئيل يتحدد في 11 في المائة من سعر المصنع دون احتساب الرسوم للأدوية المدرجة في القسمين الأول والثاني و2 في المائة للأدوية المدرجة في القسمين الثالث والرابع، لا يكفي لاستدراك التكاليف اللوجستية والمالية الناجمة عن تطور السوق. بالموازاة، ترخي آجال الأداء الطويلة والمتباينة بين الموردين (المؤسسات الصيدلية الصناعية) والعملاء (الصيدليات)، في غالب الأحوال، بظلالها على السيولة المالية لهذه المؤسسات وعلى مردوديتها، ما يستدعي إصلاحا يرتكز على أولويتين رئيسيتين: إرساء نظام هجين للتعويض وأكثر تقاطعا مع الحقائق الاقتصادية من جهة، ووضع آلية تنظيمية ذات الصلة بآجال الأداء أكثر إنصافا ومؤطرة تأطيرا أمثلا من جهة ثانية.

1.2.II إرساء نظام لتعويض المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة ملائم لواقع السوق بما يضمن استدامتهم الاقتصادية

استنفذ نموذج تعويض المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة الحالي، القائم حصرا على هامش ربح خام يُحتسب استنادا إلى سعر المصنع دون احتساب الرسوم لكل علبة من علب الدواء الموزّعة، ودون مراعاة التكاليف اللوجستية الحقيقية. وتشمل هذه التكاليف عمليات تخزين الأدوية وتحضيرها وتسليمها، والتي تختلف حسب طبيعة المنتجات (سلسلة التبريد، والعقاقير المخدرة، وحجم الأدوية ووزنها، ووتيرة تسليم الطلبيات، وغيرها). في واقع الأمر، تأثر هذا النموذج مباشرة بالانخفاضات المتلاحقة في أسعار الأدوية، بحيث يفضي أي تخفيض في سعر المصنع دون احتساب الرسوم تلقائيا إلى تراجع هامش ربح المؤسسات المذكورة. وتتصاعد حدة هذه الهشاشة بسبب الارتفاع المستمر في تكاليف الاستغلال التي لا يمكن إسقاطها مباشرة على الأسعار،إذ شهدت هاته التكاليف ارتفاعا بحوالي 36 في المائة خلال الفترة الممتدة بين 2020 و2024، وفقا للمعطيات التي قدمتها المديرية العامة للضرائب.

إضافة إلى ذلك، ثبت أن هذا النموذج لا يتناسب وخصوصيات الأدوية الباهظة، التي لا يفي هامش ربحها، المحدد في 2 في المائة فقط من سعر المصنع دون احتساب الرسوم، بالحد المطلوب للتعويض عن التكاليف اللوجستية والمالية اللازمة لضمان سلامة التوزيع. ويفضي هذا التفاوت بين التعويض والتكاليف الحقيقية إلى اختلال التوازن الاقتصادي للمؤسسات المشار إليها أعلاه، خاصة المؤسسات صغيرة الحجم التي تنشط في مناطق أقل إدرارا للأرباح، وتقويض قدرتها على الاضطلاع الأمثل بمهمة المرفق العام الموكولة إليها، والمتمثلة في ضمان تموين مستمر وعادل ومتجانس بالأدوية في سائر أرجاء التراب الوطني.

ولا ينبغي الاستهانة بتأثير هذا النموذج على المردودية، إذ كشفت أحدث بيانات التجمع المهني للتوزيع الصيدلي، برسم 2023، أن 22 في المائة فقط من المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة أبقت على مردودية تعادل أو تفوق 1 في المائة. بالمقابل، تراوحت مردودية 30 في المائة من المؤسسات بين 0,5 و1 في المائة، و27 في المائة منها حققتن نسبة متأرجحة بين 0,15 و0,5 في المائة. وتكبدت 21 في المائة من المؤسسات خسارة أو حققت نسبة أقل من 0,15 في المائة. وتعكس هذه الأرقام الهشاشة البنيوية التي تمس باستمرارية هذه المؤسسات، مستلزمة إصلاحا عميقا لمنظومة التعويض.

في هذا الصدد، يوصي المجلس بإرساء منظومة مختلطة للتعويض، تزاوج بين هامش ربح متناسب مع سعر المصنع دون احتساب الرسوم للأدوية، ومبلغ جزافي يُصرف مقابل كل وحدة موزعة. ويُحتمل أن تضمن هذه المنظومة، المعمول بها في بلدان أوروبية كثيرة، حدا أدنى ومستقرا من التعويض، بصرف النظر عن سعر الدواء، وتكفل الاستمرارية الاقتصادية للمؤسسات، المذكورة أعلاه، قصد تمكينها من الاضطلاع الأمثل بمهمة المرفق العام المنوطة بها، وضمان استمرارية التموين بالأدوية في كل شبر من التراب الوطني.

فضلا عن ذلك، يدعو المجلس إلى إعادة تثمين هوامش الربح المتأتية من الأدوية الباهظة، والمدرجة في القسمين 3و4، لضمان وفرتها في هذه السلسلة، وتوزيعها في سائر أرجاء البلاد، وتفادي تحريف سير المنافسة.

2.2.II إرساء تنظيم عادل لآجال الأداء لتقويم الاختلالات التجارية التي تثقل كاهل المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة

تطغى على العلاقات التجارية بين الفاعلين في سلسلة توزيع الأدوية تدفقات مالية مهمة، تفضي إلى قيام علاقة ترابطية وقوية بين هؤلاء. غير أن هذه العلاقات تتسم كذلك باختلالات بنيوية تُرهق قدرات المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة التي يقع على عاتقها تشكيل المخزون الاحتياطي المنصوص عليها تنظيميا، مما يضطرها إلى تحمل تكاليف مالية مهمة. في المقابل، تظل آجال تحصيل المستحقات طويلة ومشوبة بالغموض. ففي هذا السياق، تفرض الشركات الصناعية، عادة، آجالا صارمة للأداء في المرحلة القبلية (تتراوح بين 45 و60 يوما، أو 90 يوما في بعض الحالات)، بينما تستفيد الصيدليات من آجال أطول في المرحلة البعدية (تتجاوز 100 يوما). وتُستثنى 90 في المائة منها من نطاق تطبيق القانون رقم 69.21، طالما أن رقم معاملاتها المنجز سنويا يقل عن مليوني درهم.

ويثقل هذا التفاوت في آجال الأداء كاهل المؤسسات الصيدلية الموزعة بالجملة، مضاعفا من مديونتها التي بلغت مستويات مقلقة (50 في المائة في المتوسط). ونُسبت 40 في المائة من تكاليفها المالية إلى التأخر في أداء مستحقات الصيدليات. وفي الواقع العملي، تتحول هذه المؤسسات إلى "وكالات بنكية" تجاه عملائها، حيث تتحمل تكلفة مالية متوسطة قدرها 18 في المائة نتيجة التأخر في الأداء، ما ينعكس سلبا على مردوديتها، ويحد من قدرتها على الاستثمار، وينطوي على خطر مباشر على مواصلة تموين الصيدليات، وعلى ولوج المرضى إلى العلاجات.

وفي مسعى لتقويم هذه الاختلالات، يوصي المجلس بتوسيع نطاق تطبيق القانون رقم 69.21 على الصيدليات التي تنجز رقم معاملات سنوي أقل من مليوني درهم، بواسطة آليات تُفعل تدريجيا وتراعي الحقائق الاقتصادية، ما سيمكن من إرساء إطار تجاري أكثر إنصافا وتوازنا، وتأمين التدفقات المالية، وضمان استمرارية المؤسسات سالفة الذكر، ومواصلة تموين السوق، وتيسير ولوج المرضى إلى الأدوية.

وتجدر الإشارة إلى أن المجلس سبق وأن أثار، في رأيه عدد 1/ر/22، المخاطر المتعلقة باستثناء الشركات، التي يقل رقم معاملاتها السنوي عن مليوني درهم، من نطاق تطبيق القانون، معتبرا أن هذا الاستثناء يفرغ جزءا كبيرا من القانون من مضمونه. بعبارة أخرى، يتسبب إقصاء فئة هامة من المهنيين، من بينهم الصيادلة الذين يمثلون ركيزة أساسية في سلسلة الأدوية، في تقليص البعد التحفيزي والزجري للقانون، وفي الحد من تأثيره الشامل على آجال الأداء.

3.II توصيات ذات الصلة بسلسلة توزيع الأدوية بالتقسيط

كشفت الخلاصات المنبثقة عن هذا الرأي أن سلسلة توزيع الأدوية بالتقسيط، التي تسهر عليها الصيدليات، تشكل همزة الوصل الأولى بين المواطنين والمنظومة الصحية، وتضطلع بدور محوري في الولوج إلى العلاجات. غير أنها تتخبط اليوم في اختلالات بنيوية ومستمرة أنهكت تدريجيا نموذجها الاقتصادي. كما تنطوي على مخاطر حقيقية تضع جدواها واستمراريتها على المحك.

وتستدعي هذه الوضعية إعادة النظر بعمق في النموذج الاقتصادي للصيدليات وفق مقاربة شمولية ومندمجة، بما يعزز نجاعة هذا المكون الأساسي في المنظومة الصحية الوطنية ويدعم صموده، ويكفل استدامته المالية بصرف النظر عن آليات الدعم العمومي التي أبانت عن فعاليتها المحدودة في قطاعات أخرى.

وعلى ضوء هذه المعاينات، ترتكز توصيات المجلس المتعلقة بهذه السلسلة على المحاور التالية:

1.3.II إرساء معايير جديدة لخلق الصيدليات وتكييفها مع الخصوصيات الترابية

في سياق يتسم بتزايد عدد الصيدليات وتوزيعها بشكل غير متوازن على الصعيد الترابي، واستكمالا للقاعدة الحالية المتمثلة في تحديد مسافة دنيا قدرها 300 متر مقاسة بخط مستقيم، يكتسي إرساء معايير جديدة لإحداث الصيدليات ضرورة أساسية بهدف ملاءمة العرض الصيدلي مع احتياجات السكان بشكل أفضل. ويكمن الهدف في تقويم الاختلالات المسجلة، والمتجلية في التركيز المفرط للصيدليات في بعض المناطق الحضرية قياسا على مناطق أخرى.

في هذا الصدد، يوصي المجلس بإدراج ضوابط جديدة لإنشاء صيدليات جديدة، تشمل، بالخصوص، الامتداد الفعلي لمنطقة استقطاب العملاء (zone de chalandise)، والكثافة السكانية، ومدة الوصول أو المسافة إلى أقرب صيدلية.

وينبغي تنفيذ هذه المعايير الجديدة وفقا لآلية للتخطيط الترابي، تضمن الحفاظ على التوازن الاقتصادي لشبكة الصيدليات، والولوج العادل والمستمر إلى الأدوية في مجموع التراب الوطني. كما يُرجح أن تسهم هذه المعايير في تعزيز اتساق التوزيع الصيدلي، والحد من حالات انعدام التوازن الترابي، ودعم الجدوى الاقتصادية للشبكة، والاستجابة لمتطلبات الولوجية واستمرارية الخدمات الصيدلية.

2.3.II إضفاء قدر من المرونة، بشكل مؤطر، على ساعات فتح الصيدليات بما يضمن الولوج الدائم إلى الأدوية ويعزز مردودية الصيادلة

تخضع شبكة الصيدليات لقيود تنظيمية تؤطر أوقات الفتح والحراسة[75]. وتتحكم فيها كذلك ترتيبات متباينة نسبيا باستمرار ترتبط بالتنظيم الترابي للخدمات الصيدلية. وينتج عن ذلك تفاوت بين الولوج الجغرافي الظاهر والولوج الوظيفي الفعلي لهذه الخدمات، بالرغم من التوزيع الكثيف للشبكة، الأمر الذي يحد من توفير الأدوية في ظرف فعلي، ويقيّد إمكانية الولوج إليها في بعض أوقات اليوم، بخلاف ما هو عليه الحال بالنسبة لمواد أساسية أخرى.

في هذا الصدد، يوصي المجلس بإضفاء قدر من المرونة المؤطرة في تنظيم أوقات فتح الصيدليات، بما يتيح لها تكييف أوقات الفتح والإغلاق، ووفقا للخصوصيات المحلية ومستوى كثافة الطلب. ولا تشمل هذه المرونة خدمة الحراسة الليلية التي تندرج ضمن مهام استمرارية المرفق الصيدلي، وتظل خاضعة للتنظيم و التي ينبغي أن تندرج ضمن إطار ملائم للتعويض.

ويُرجح أن يسهم تفعيل هذا التدبير في تعزيز ولوج المواطنين الفعلي للأدوية، خارج أوقات العمل على الخصوص، ومنح الصيدليات هامشا للرفع من مستوى أدائها، بما من شأنه مضاعفة مردوديتها، وتكريس استدامتها الاقتصادية.

3.3.II إرساء نمط مختلط للتعويض يثمّن العمل الصيدلاني بشكل مستقل عن سعر الدواء

يرتكز النموذج الاقتصادي الحالي للصيدليات أساسا على نظام للتعويض مرتبط بسعر الدواء، ما يرهن دخل الصيدليات بشدة بمستويات الأسعار وبهوامش الربح المحددة تنظيميا. ويزداد هذا النظام هشاشة في سياق موسوم بتخفيضات متعاقبة في أسعار الأدوية، وبهيمنة صرف الأدوية منخفضة السعر.

[75] تنص المادة 111 من القانون رقم 17.04 بمثابة مدونة الأدوية والصيدلة بوضوح على ما يلي: " يجب على الصيدلي صاحب الصيدلية، تحت طائلة الجزاءات التأديبية، احترام أوقات فتح الصيدلية في وجه العموم وإغلاقها وكذا الكيفيات التي يتم وفقها تولي مهمة الحراسة. يحدد عامل العمالة أو الإقليم المعني أوقات فتح الصيدليات وإغلاقها والكيفيات التي يتم وفقها تولي مهمة الحراسة باقتراح من المجلس الجهوي لهيئة الصيادلة".

وتتحكم الأدوية منخفضة السعر في بنية سوق الصيدليات، إذ تستحوذ الأدوية المدرجة في القسم الأول (التي يعادل سعر مصنعها دون احتساب الرسوم أو يقل عن 166 درهما) على ما يقارب 99 في المائة من الحجم الإجمالي للمبيعات، ونحو 80 في المائة من قيمتها، ما يعكس تركيزا ملحوظاً للنشاط الصيدلي على المنتجات ذات هامش ربح ضئيل. علاوة على ذلك، همت التخفيضات المتعاقبة في الأسعار الأدوية المدرجة في القسم المذكور، مما أدى تلقائيا إلى تضخيم أثر الانكماش (effet de contraction) في مداخيل الصيدليات.

وهكذا يظل النموذج الاقتصادي للصيدليات رهينا بحجم المبيعات في منظومة تتسم بضغط مستمر على هوامش الربح، وباستمرار محدودية الطلب، ما يرخي بظلاله على استدامة الصيدليات، ويزيد من حساسيتها لتقلبات أسعار الأدوية. كما يقلص من قدراتها على الاستثمار والابتكار والتكيف مع تطورات المنظومة الصحية.

علاوة على ذلك، ورغم أن هوامش الربح الإجمالية تبدو مرتفعة نسبيا من حيث المبدأ (تتراوح بين 47 و57 في المائة من سعر المصنع دون احتساب الرسوم وحسب أقسام السعر)، فإن الواقع الاقتصادي يختلف تماما، إذ لا يتجاوز هامش الربح الصافي الحقيقي للصيادلة بين 8 و10 في المائة عادة، بعد خصم تكاليف الاستغلال (كراء المحل، وأداء أجور المستخدمين، وتسديد الضرائب، وغيرها).

زيادة على ذلك، لا يراعي هذا التعويض العمل الصيدلي باعتباره خدمة من خدمات الصحة العمومية، في حين أن دور الصيدلي لا يقتصر على مجرد صرف الدواء، بل يتعداه ليشمل تقديم الاستشارة، ومتابعة التفاعلات الدوائية، والوقاية من المخاطر المرتبطة بالعلاجات، وتوفير خدمات القرب الصحية، على غرار التلقيح، والكشف عن الأمراض، ومواكبة المرضى المصابين بالأمراض المزمنة. وفي غياب تثمين هذه المهام، يضطر الصيادلة إلى العمل وفقا لنموذج تجاري محض، دون الاعتراف بمساهمتهم الحقيقية في المنظومة الصحية.

وفي هذا الصدد، يوصي المجلس باعتماد نموذج مختلط للتعويض، على غرار ما هو معمول به في الكثير من البلدان، يمزج بين هامش تجاري مرتبط بسعر الدواء من جهة، وأتعاب صرف الأدوية بحسب الخدمات المقدمة من جهة ثانية. ويتيح تعويض العمل الصيدلي بشكل مستقل عن سعر الدواء، على أن تُحدد هذه الأتعاب بنص تنظيمي أو على أساس تعاقدي.

ومن شأن اعتماد هذا النموذج تخويل الصيادلة تعويضا أكثر إنصافا، بما يتماشى مع دورهم الحقيقي، وتعزيز الاستدامة الاقتصادية للصيدليات، وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى. أخيرا، سيشكل رافعة للاستثمار وتحديث شبكة الصيدليات، بما يسهم في إسناد مهام جديدة في مجال الصحة العمومية، ويعزز الإدماج التدريجي للصيدلي كفاعل محوري في مسار العلاج.

ضمن هذا المنظور، وانسجاما مع بعض الممارسات الدولية، يمكن التفكير في تخفيف تدريجي لنظام تحديد أسعار الأدوية، مع التركيز على التأطير التنظيمي الصارم للأدوية التي تكتسي أهمية كبرى في مجال الصحة العمومية، لا سيما تلك المدرجة ضمن قائمة الأدوية المقبول إرجاع مصاريفها والتي تستحوذ على حصة كبيرة ضمن الأدوية المرخص لها بالمغرب، علاوة على بعض الأدوية غير المعوض عنها. غير أنها تؤشر على خدمة طبية مثبتة، مع استثناء الأدوية التي يمكن بيعها دون وصفة طبية.

ويُحتمل أن تمكن هذه التدابير من تعديل هوامش الربح وفقا لظروف السوق، والرفع من المردودية، وإضفاء فعالية أكبر في تدبير للمخزون وتكريس الممارسات التجارية، فضلا عن تعزيز الجدوى المالية لشبكة الصيدليات وضمان استمراريتها، واستمرارية سلسلة توزيع الأدوية بكافة مكوناتها.

4.3.II توسيع الدور والمهام الموكولة إلى الصيدلي مما يجعله فاعلا أساسيا في صحة العمومية عن قرب وبشكل يتجاوز منطق صرف الأدوية

انطلاقا من التوصية السابقة الرامية إلى إرساء نموذج مختلط للتعويض يثمن العمل الصيدلي بغض النظر عن سعر الدواء، ينبغي مواكبة هذه المسألة بتوسيع مهام الصيدلي، بهدف ملاءمة النموذج الاقتصادي للصيدليات مع مساهمتها الفعلية في المنظومة الصحية، وتعزيز دور الصيادلة كمهنيين في صحة القرب.

بالفعل، يعد الصيدلي أول وسيط يقصده المواطنون للولوج إلى العلاجات، لا سيما في المناطق التي يظل فيها العرض الطبي دون المستوى المطلوب. بيد أن دوره يظل رهينا بمنطق صرف الأدوية إلى حد كبير، في الوقت الذي يستلزم تطور الاحتياجات الصحية، المتمثل في استفحال الأمراض المزمنة، وضرورة انتظام التتبع العلاجي، وضمان مزيد من الإنصاف في الولوج إلى العلاجات، تعبئة أكبر للفاعلين العاملين في الخطوط الأمامية للرعاية الصحية.

علاوة على ذلك، أبانت تجربة الأزمة الصحية المرتبطة بجائحة كوفيد-19 عن قدرة شبكة الصيدليات على الاضطلاع بمهام موسعة في مجال الصحة العمومية. بمعنى آخر، انخرط الصيادلة في جهود الكشف وحملات التطعيم، ما أتاح الوصول إلى فئات سكانية متنوعة، بما في ذلك في المناطق الأقل تزويدا بالتجهيزات الطبية، وضبط التكاليف بشكل أفضل. وأثبتت هذه الدينامية وجاهة تعزيز مسؤولياتهم بغية تثمين خبراتهم من جهة، وتدعيم الجدوى الاقتصادية للصيدليات من جهة ثانية.

في هذا السياق، يوصي المجلس بتوسيع المهام المنوطة بالصيادلة تدريجيا، ومنح الأولوية للأنشطة ذات الأثر الصحي القوي والقيمة المضافة العالية، وفي مقدمتها:

- إجراء عدد من اختبارات التوجيه التشخيصية السريعة في إطار بروتوكولي وقابل للتتبع، بما يتيح توجيه المرضى مبكراً نحو التحمل المناسب، ويساهم في تحسين رصد بعض الأمراض الشائعة،
- المشاركة في حملات التطعيم، وفقا للكيفيات التي تحددها السلطات الصحية، بما في ذلك التوعية، وإدارة بعض اللقاحات، والمساهمة في توسيع نطاق التلقيح، بما بشمل السكان المعرضين للخطر على الخصوص،
- مواكبة المرضى المصابين بأمراض مزمنة، من خلال متابعة الالتزام العلاجي (observance thérapeutique)، ورصد التفاعلات الدوائية، والوقاية من الآثار الجانبية،
- تطوير أنشطة الكشف والوقاية، بما في ذلك الاستشارة الدوائية المصمّمة حسب الحاجة، والتوجه صوب البنيات العلاجية حين تقتضيها الضرورة.

وينبغي أن يندرج هذا التوسيع ضمن إطار تنظيمي وتشريعي ملائم، ومواكبته بتعويض مناسب مقابل الخدمات المقدمة، بما يتيح الاعتراف الكامل بالعمل الصيدلي، وتقليص رهن الصيدليات على سعر الدواء، وضمان استقرار مالي أكبر لشبكة الصيدليات.

وإلى جانب تحسين الولوج إلى العلاجات، ستساهم هذه التدابير في تخفيف الضغط على المؤسسات الصحية، وتعزيز مكانة الصيدلي كفاعل قريب من المواطنين، وترسيخ المنافسة القائمة على جودة الخدمات وعلى الاستشارة وعلى مصاحبة المرضى.

5.3.II إقرار حق استبدال الأدوية، مستقبلا وبشروط معينة، قصد تعزيز الولوج إلى العلاجات وتقليص التكاليف

في ضوء الخلاصات المتوصل إليها، يوصي المجلس بتخويل الصيدلي حق استبدال الأدوية بكيفية تدريجية ومؤطرة، بوصفه أداة ترمي إلى تحسين استمرارية العلاجات، وتعزيز وفرة الأدوية، والمساهمة في ضبط النفقات الصحية.

وكشفت تجربة العديد من الدول أن تفعيل هذا الحق ضمن إطار تنظيمي صارم يسهم في ضمان استمرارية العلاجات، وتعزيز وفرة الأدوية، وتخفيف آثار انقطاع الإمدادات، وإضفاء فعالية أكبر في تدبير المخزون داخل الصيدليات. وفي سياق تعدد فيه الأصناف المتاحة ضمن نفس الفئة العلاجية، تتيح إمكانية الاستبدال تحسين دوران المخزون، وتقليص مخاطر الندرة، وتقوية صمود سلسلة توزيع الأدوية.

وضمانا للسلامة وفعالية حق الاستبدال، يوصي المجلس باتخاذ التدابير التالية على وجه الخصوص:

- وضع دليل مرجعي وطني للأدوية الجنيسة مقدما، يحدد التكافؤ العلاجي ويوفر إطاراً واضحً وشفافا. ويشكل مستقبلا أداة أساسية لتأمين عملية الاستبدال، وتعزيز ثقة واضعي الوصفات الطبية والصيادلة، وضمان انسجام الممارسات على المستوى الوطني،
- تشجيع واضعي الوصفات الطبية على الإشارة إلى اسم الدواء المتعارف عليه دوليا عند تحرير الوصفات الطبية، إلى جانب الاسم التجاري عند الاقتضاء، بهدف تيسير عملية الاستبدال من قبل الصيدلي، وإضفاء وضوح أكبر على الوصفات، وتشجيع استخدام أوسع للأدوية الجنيسة، بما يعود بالنفع على المرضى وعلة المنظومة الصحية على السواء،
- ربط ممارسة حق الاستبدال بالحضور الفعلي للصيدلي بغية ضمان سلامة العمل الصيدلي عند الاستبدال،
- ضمان الحضور الفعلي للصيدلي عند صرف الأدوية باعتباره شرطا أساسيا لضمان سلامة العمل الصيدلي عند الاستبدال،
- تعزيز تكوين الصيادلة والطاقم الصيدلي، لاسيما في مجالات التكافؤ الحيوي والاحتراز الدوائي وتدبير عمليات الاستبدال،
- تنظيم حملات إعلامية وتوعوية تستهدف مهنيي الصحة والرأي العام الواسع بهدف تكريس الثقة في الأدوية الجنيسة، وإبراز فوائدها في تيسير الولوج إلى العلاجات، وضمان استدامة المنظومة الصحية،

• إرساء منظومة للتتبع والتقييم، تتيح قياس انعكاس حق الاستبدال على الولوج إلى الأدوية، وعلى استمرارية العلاجات، وعلى ضبط النفقات.

II.6.3 تأطير صرف الأدوية في المصحات الخاصة بما يحافظ على دور الصيدليات

سعيا إلى ضمان تنظيم واضح ومتوازن لسلسلة توزيع الأدوية، يوصي المجلس بتقوية الإشراف على صرف الأدوية داخل المصحات الخاصة. والغرض من ذلك ليس تعقيد الولوج إلى العلاجات، بل التأكد من كون كل فاعل في المنظومة الصحية يمارس دوره وفقا للأنظمة المعمول بها ودون التأثير على الآخرين.

في هذا الصدد، ينبغي أن يقتصر صرف الأدوية داخل المصحات على الحالات التي تبرره فعليا، لا سيما حالات الطوارئ والمرضى الخاضعين للاستشفاء. وسيسهم ذلك في تفادي التداخل مع دور الصيدليات، وضمان عدم تجاوز الإمدادات لمسار الصيدليات، بما يضمن تتبع العلاج بشكل أفضل وتوزيعا أكثر توازنا للأدوية.

فضلا عن ذلك، يوصي المجلس بمنح الأولوية، داخل المؤسسات الصحية، لاستعمال العروض الدوائية المخصصة للاستشفاء داخل المؤسسات الصحية، والمتناسبة مع الاحتياجات العلاجية، ومع كيفيات استخدام الأدوية في المصحات، ما من شأنه تدبير العلاجات بطريقة أكثر عقلانية، وضبط الاستهلاك على نحو أمثل، ووضع فواتير أكثر توافقا مع الأعمال المنجزة فعليا.

وينبغي مواكبة هذه التدابير بآليات مراقبة أكثر صلابة قصد التحقق من التقيد بقواعد صرف الأدوية، والحيلولة دون تحريف سير المنافسة في السلسلة، وضمان التكامل بين البنيات العلاجية وشبكة الصيدليات.

II.7.3 إعادة هيكلة النسيج الصيدلي بكيفية مؤطرة لتعزيز تحديث الشبكة والرفع من جاذبيتها وضمان استدامتها

على ضوء الخلاصات المنبثقة عن هذا الرأي، يوصي المجلس بالقيام بإعادة هيكلة الشبكة الصيدلانية بكيفية مؤطرة، بشكل يتوخى تعزيز الاستدامة الاقتصادية للصيدليات، وتجويد التدبير، وتشجيع النجاعة، والرفع من جاذبية القطاع، مع الحفاظ على الاستقلالية المهنية للصيدلي والوظيفة الصحية للصيدلية.

ويظل النموذج الصيدلاني الحالي مطبوعا ببنية سوقية مفككة وبسيادة الصيدلية المملوكة لأشخاص ذاتيين. وعلى الرغم من أن التشريع يجيز خلق صيدليات في إطار شركة، إلا أن الواقع الميداني يكشف استمرار استغلال الأشخاص الذاتيين للصيدليات على نطاق واسع، ما يحد إمكانية تعاضد الموارد، ويعيق قدرات الاستثمار والوصول إلى التمويل، ويبطئ تحديث الشبكة الصيدلية.

وتتفاقم هذه الهشاشة البنيوية مع الزيادة المستمرة في عدد الصيدليات، والتي يزكيها الارتفاع المتواصل للخريجين الجدد المتجهين أساسا صوب إنشاء الصيدليات كمسار رئيسي للإدماج المهني، ما يتسبب في تصاعد شبكة الصيدليات، خصوصا في المناطق الحضرية، وظهور حالات من الكثافة المفرطة التي يمكن أن تهدد التوازن الاقتصادي للشبكة على المدى البعيد.

زيادة على ذلك، تحد الهشاشة الاقتصادية لجزء كبير من الصيدليات من قدرتها على توظيف الصيادلة المساعدين وصرف أجورهم، إذ في غياب هوامش مالية كافية، تُفضّل العديد من الصيدليات اعتماد حد أدنى من الموارد البشرية والمادية، ما يقلص فرص توظيف الشباب كصيادلة أجراء.

لا ريب أن القانون رقم 17.04 يشترط أن يكون الصيدلي المؤهل مدعومًا بصيدلي أجير حين يتراوح رقم المعاملات السنوي للصيدلية بين 3,5 و5,5 مليون درهم. كما يشترط توظيف صيدلي مساعد إضافي حين يتجاوز رقم المعاملات 5,5 مليون درهم. بيد أن الممارسة العملية كشفت أن نسبة محدودة من الصيدليات (10 في المائة تقريبا) بلغت السقف الذي يتيح لها التطبيق الفعّال لهذه الالتزامات، ما يجعل هذا الآلية غير كافية لاستيعاب التدفق المتزايد للخريجين الجدد. ومن ثم، يظل النموذج الحالي غير ملائم من الناحية البنيوية لمواجهة تحديات الإدماج المهني والضبط الديموغرافي للمهنة.

وتبرز أهمية تطوير النموذج الصيدلاني بوضوح من خلال المقارنات الدولية. في المغرب، لوحظ ارتباط واضح بين عدد الصيادلة المسجلين في الهيئة وعدد الصيدليات، بمعدل يبلغ نحو صيدلي واحد لكل صيدلية، ما يعكس مستوى محدودا من التأطير المهني. وعلى العكس من ذلك، تتيح أشكالا تنظيمية أكثر هيكلة في بعض البلدان، لا سيما الأوروبية منها، تعبئة الموارد البشرية الصيدلية وتعزيز الإدماج المهني. على سبيل المثال، يُقدَّر عدد الصيدليات في فرنسا بنحو 20.242 صيدلية مقابل نحو 75.080 صيدليا مقيدا في الهيئة، بمعدل يقارب 3,7 صيدلي لكل صيدلية. وفي إيطاليا، يُقدّر عدد الصيدليات بحوالي 20.160 صيدلية مقابل نحو 100.000 صيدليا تقريبا، بمعدل يناهز5 صيدلي لكل صيدلية. وفي البرتغال، يبلغ عدد الصيادلة المقيدين قرابة 16.439 ضمن شبكة تضم نحو 3000 صيدلية، أي ما يقارب 5,6 صيدلي لكل صيدلية. أخيرا، يبلغ هذا المعدل في تونس نحو2,2 صيدلي لكل صيدلية.

ويُستفاد من هذه المقارنة أن تنويع أشكال التنظيم وتوسيع الآفاق المهنية داخل الشبكة الصيدلية قد يسهما في التخفيف من الضغط المرتبط بالعدد المفرط للصيدليات، وتعزيز استدامة النموذج الاقتصادي، وتوطيد تطوير الشبكة سالفة الذكر.

إضافة الى ذلك، أبرزت التجارب الدولية أن انبثاق هياكل أكثر تنظيما، ولو في النماذج التي تظل فيها ملكية الصيدليات حكرا على الصيادلة، يندرج ضمن توجه عالمي يقوم على التجمع وعلى تعاضد الموارد داخل القطاع الصيدلي. وبصرف النظر عن هذه الهياكل التي تتخذ طابعا رأسماليا أو غير رأسمالي (تعاونيات أو مجموعات ذات النفع الاقتصادي أو صيغ تدبير مشتركة وتحت نفس العلامة التجارية، وغيرها)، فقد أتاح هذا التطور الرفع من جودة التدبير، وتقاسم وظائف الدعم، وجني الموارد المالية، وتعزيز النجاعة، وتكريس الجاذبية الاقتصادية للقطاع، دون المساس بالاستقلالية المهنية للصيدلي أو بالوظيفة الصحية للصيدلية.

وفي غياب تطور من هذا القبيل، يمكن أن يترتب عن استمرار الوضع الحالي للشبكة الصيدلية تدهور تدريجي لتوازنها الاقتصادي. ومن ثم، تكتسي إعادة الهيكلة ضرورة لتفادي تفاقم هشاشة القطاع، وضمان استمراريته الاقتصادية، والرفع من قدرته على استيعاب التدفق المتزايد للخريجين الجدد،الذين يتجه معظمهم إلى إنشاء صيدليات خاصة، مما يساهم في تفاقم الكثافة المفرطة للصيدليات.

ويظل الطلب على الصيادلة لمواكبة تطور النظام الصحي الوطني قائما، كما يشكل التكوين الصيدلي رافعة استراتيجية لا يستهان بها. وإذا كان تنويع الآفاق المهنية، ولا سيما نحو الصناعة الدوائية أو البيولوجيا الطبية أو الصيدلة الاستشفائية، مسألة مرغوبا فيها، فإن خلق الصيدليات يظل المنفذ المهني الرئيسي لممارسة المهنة. غير أنه ومع استمرار الاختلالات الحالية، فقد يضطر القطاع الصيدلي الخاص إلى اللجوء إلى آليات تنظيمية أكثر صرامة على المدى البعيد، من شأنها الحد من ديناميته. وقد تجسد ذلك بالفعل من خلال بعض التجارب الدولية. في بلجيكا، على سبيل المثال، أقرت البلاد

آلية لتعليق فتح صيدليات جديدة بشكل مؤقت، ومدّدته إلى غاية سنة 2029، بهدف الحفاظ على عدد مستقر من الصيدليات، وضمان استمرار التوازن الاقتصادي للشبكة، وتحسين توزيعها الترابي. وعلى نحو مماثل، كرست تونس آليات التنظيم الترابي لإحداث الصيدليات تلزم إحداث أي صيدلية جديدة بالتسجيل في قائمة انتظار تعتمد على معايير ديموغرافية وجغرافية، في تجسيد مماثل لنظام التعليق المؤقت بهدف ضبط تطور الشبكة الصيدلية، والحفاظ على توازنها الاقتصادي والترابي.

علاوة على ذلك، تكتسي هذه التطورات أهمية أكبر، لاسيما وأن التعميم التدريجي للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض قد يفضي إلى تصاعد النفقات الصحية، بالرغم من محدودية الطلب في الوقت الحالي، ومن ثم إلى ارتفاع استهلاك الأدوية، ناهيك عن الانعكاسات مباشرة على نشاط الصيدليات. في هذا السياق، يشكل تجميع الصيدليات خيارا مناسبا للحيلولة دون تفتت آثار هذا النمو عبر خلق عدد كبير من الصيدليات صغيرة الحجم.

وتحقيقا لهذه الغاية، يدعو المجلس إلى إدراج إعادة تنظيم النسيج الصيدلي ضمن النقاش العمومي، باعتبارها أحد الحلول الرامية إلى تكريس استدامة النموذج الاقتصادي للصيدليات. ويتوقف نجاح هذا الورش على تكييف مسبق للإطار القانوني، وعلى تنفيذ تدريجي للإصلاح. وفي هذا الصدد، يوصي المجلس القطاع الوصي بالإشراف التدريجي والمرحلي على هذه الإصلاحات، وإخضاعها لتقييم مسبق للآثار بما يمكن من تعديل كيفيات تنفيذها.

وعليه، يوصي المجلس بإعادة النظر في هيكلة النسيج الصيدلي الوطني بكيفية تدريجية ومؤطرة، من خلال تشجيع تطوير صيغ التنظيم والتجميع بين الصيدليات، بما فيها القائمة وغير القائمة على الرأسمال، وخلق بنيات لتقديم الخدمات لا تمتلك بالضرورة حصصا في رأسمال الصيدليات نفسها، غير أنها تعمل على توحيد الصيدليات ضمن منظومة تعاونية قائمة على تقاسم الموارد. وسيمكن إعادة تنظيم القطاع من:

- تقاسم وظائف الدعم (المشتريات، والوسائل اللوجستية، والرقمنة، والتكوين، وغيرها)،
- تطوير شبكات أو شراكات تتيح الرفع من مستوى التدبير، وتقليص التكاليف، وتقوية قدرات الاستثمار،
- إدماج الصيادلة الشباب عبر تمكينهم من مسار مهني متنوع، يشمل مزاولة عمل مؤدى عنه، والمساهمة في الرأسمال، والولوج إلى هيئات الحكامة.

ويقتضي تفعيل إعادة الهيكلة، سالفة الذكر، الارتقاء التدريجي بالإطارين التشريعي والتنظيمي، بما يتيح بروز أشكال تنظيمية أكثر هيكلة، مع إقرار الضمانات اللازمة، لا سيما في الصيغ ذات البعد الرأسمالي. وتكتسي هذه اليقظة أهمية أكبر للوقاية من مخاطر تقويض بنية الصيدليات أو إغلاقها، خاصة الصيدليات المستقلة. وقد سُجّلت مثل هذه الحالات في بعض التجارب الدولية، وإن كانت حالات الإغلاق يعقبها، عادة، إعادة فتح الصيدليات أو نقلها إلى مواقع أخرى.

ضمن هذا المنظور، ترمي هذه التدابير إلى:

- الحفاظ على الاستقلالية المهنية للصيدلي وتعزيزها، من خلال تمتيع الصيدلي بالاستقلالية في ممارسة عمله، وفي صرف الأدوية وتقديم الاستشارات الصيدلية،

• الوقاية من مخاطر التركيز المفرط، والاندماج العمودي، وتضارب المصالح الذي قد يطال المؤسسات الصيدلانية الصناعية، وواضعي الوصفات الطبية، والمصحات والمجموعات الصحية، وشركات التأمين، وأي فاعل اقتصادي قوي (سلاسل التوزيع الكبرى). وسيساهم ذلك في تفادي أي سلوك يمكن أن ينتج عنه اختلالات تنافسية،

• صون الدور الصحي للصيدلية وتعزيزه، باعتبارها فاعلا أساسيا في تقديم علاجات القرب،

• ضمان توزيع متوازن للصيدليات في مجموع التراب الوطني، وضمان استدامة الصيدليات المستقلة، باعتباره شرطا لا محيد عنه لضمان الولوج العادل إلى الأدوية وإلى العلاجات.

ملاحـــــــــق

الملحق 1: الهيئة المشرفة على إعداد رأي مجلس المنافسة

المقرر العام
محمد هشام بوعياد
المقرر العام المساعد
عبد الإلاه قشاشي
المقرران المكلفان بملف مبادرة الإدلاء بالرأي
كوثر امكوني
عبد الهادي الفلاح

الملحق 2: لائحة أعضاء الاجتماع السبعين لهيئة المجلس

الرئيس	الأمين العام
أحمد رحو	محمد أبو العزيز
الأعضاء الدائمون	
شيماء عبو	
عبد العزيز الطالبي	
حسن أبو عبد المجيد	
الأعضاء المستشارون	
عبد الخالق التهامي	
عادل هدان	
عبد السلام بنعبو	
منير مهدي	
رشيد بن علي	
العيد محسوسي	
عثمان الفردوس	
بوعزة خراطي	
نائب مندوب الحكومة	
لطيفة بدومة	

الملحق 3: لائحة الأعضاء الذين تداولوا في موضوع الرأي

الرئيس
أحمد رحو
الأعضاء الدائمون
شيماء عبو
عادل بوكبير
عبد العزيز الطالبي
حسن أبو عبد المجيد
الأعضاء المستشارون
عبد الخالق التهامي
عادل هدان
عبد السلام بنعبو
منير مهدي
رشيد بن علي
العيد محسوسي
عثمان الفردوس
بوعزة خراطي

مجلس المنافسة
زاوية شارع الزيتون ومحمد اليزيدي حي الرياض - الرباط
الهاتف : 16 62 75 37 05 - 10 28 75 37 05
www.conseil-concurrence.ma