

دراسة حول  
الفوارق في الاستفادة من الرعاية الطبية بالمغرب  
-دراسة الحالات-

## الفوارق في الاستفادة من الرعاية الطبية بالمغرب -دراسة الحالات-

### تقرير موجز

يتم تحديد الاستفادة من الرعاية الطبية عبر عدد من العوامل ذات الطبيعة المختلفة. فالمسافة قد تؤثر في اللجوء إلى الخدمات الصحية، غير أنها عامل غير كاف لتفسير صعوبات الحصول عليها. ويمكن لمستوى استعمال الخدمات الصحية العلاجية منها والوقائية على حد سواء أن يرتبط بنوعية الخدمات المقدمة، وبالمداخيل، وبالمستوى التعليمي وبالوضع الاجتماعي عموماً؛ كما ترتبط المحددات، من قبيل نوع ومكان الإقامة، ارتباطاً شديداً بالاستفادة من الرعاية الطبية. لقد قامت الدولة المغربية، في السنوات الأخيرة، باستثمارات مهمة في مجال الصحة، غير أنها تعترف بـ "كون الفوارق بين الوسطين الحضري والقروي، وبين الساكنة الميسورة والساكنة الفقيرة، والجهات والأقاليم ما تزال قائمة سواء على مستوى المؤشرات ذات الصلة بالحالة الصحية للسكان أو المؤشرات المتعلقة بالاستفادة من الرعاية الطبية والتغطية من لدن مصالح الصحة العمومية... وهكذا، فالفوارق قائمة في عدد من الجهات حيث يبقى الفارق مع المعدل الوطني للخدمات في الوسط القروي مرتفعاً نسبياً" (برنامج عمل الصحة 2008-2012).

لقد تكلف فريق العمل التابع للمرصد الوطني للتنمية البشرية المعني بـ "الفوارق السوسيو- جهوية و الحصول على السلع والخدمات الأساسية" بضمان السهر على السياسات العمومية الخاصة بالحصول على السلع والخدمات واستشرافها والمساعدة على تقييمها النوعي، وخاصة الاستفادة من الرعاية الطبية. ولقد كشف الفريق عن أهمية توثيق ثلاثة قضايا متعلقة بهذه الإشكالية، وذلك بتعاون مع معهد البحث من أجل التنمية، وهي ولوج مؤسسات الرعاية الطبية، و الاستفادة من خدمات مُقَدِّم الرعاية الصحية، وخاصة الطبيب ممارس الطب العام، والحصول على الأدوية.

ومن أجل تقييم الأنواع المختلفة من الإكراهات التي من شأنها أن تؤثر في الاستفادة من الرعاية الطبية والحصول على الأدوية، تم اعتبار المستويات الكلية (الوطني) والمتوسطة (الإقليمي) والجزئية (المحلي والمراكز الصحية). وقد تم التشديد على دراسات الحالات النوعية في ثلاث جهات تتمثل فيها الصعوبات الخصوصية المتصلة بالاستفادة من الرعاية الطبية: إقليم سلا، وهو مجال حضري ذو كثافة سكانية ذات حاجات خاصة يمكنها أن تواجه صعوبات جمة في الاستفادة من الخدمات الصحية على الرغم من قربها الجغرافي؛ وإقليم أزيلال حيث تم تجريب نظام التأمين الطبي لفائدة المحرومين اقتصادياً، وهي جهة تتميز بتضاريسها الجبلية؛ وإقليم فيكيك وهو إقليم بعيد عن المحاور والمراكز الكبرى، يتميز بخصوصياته المرتبطة بالسياق الصحراوي وتنوع أنماط عيش سكانه (المستقرون و"الرحل").

## السياقات والأنظمة المحلية للرعاية الصحية

يطرح كل سياق من السياقات المختارة مشاكل محددة مرتبطة بالبيئة و بعرض الخدمات الصحية. و يضم إقليم فيكيك ساكنة حضرية قليلة العدد، وهو إقليم شاسع جداً، وذو كثافة سكانية ضعيفة، وبالتالي يصعب عليه أن يستفيد من الرعاية الصحية؛ فضلاً عن ذلك، بالنظر إلى موقعه النائي، فلما يستقطب موظفي وزارة الصحة. فيما يتميز إقليم أزيلال، على وجه الخصوص، بتضاريسه الجبلية الكثيرة ذات قرى صغيرة وأخرى تغدو معزولة في بعض فترات السنة بسبب سوء الأحوال الجوية؛ ويبدو هذا الإقليم الأمازيغي إقليمياً يعاني من الحرمان نسبياً بالمقارنة مع مركزي الاستقطاب الكبيرين بالجهة اللذين يوجد بينهما أي قطب مراكش وقطب بني ملال. ويتعارض إقليم سلا في كل النقط مع هاتين المنطقتين اللتين تتشكل غالبية ساكنتها من القرويين والفلاحين: فهو يأوي ما يناهز مليون نسمة بكثافة سكانية جد هامة أحيانا وغير مستقرة وتقتن أساساً في أحياء مسماة بالأحياء "غير القانونية" لتسبب بذلك، في بعض المناطق، شروطاً غير لائقة في مجال النظافة والأمن. ويعتبر عرض الرعاية الصحية، العمومية والخاصة على حد سواء، وافراً، خاصة إذا أضفنا إلى ذلك عامل القرب من مدينة الرباط. إلا أن شروط عمل موظفي المراكز الصحية العمومية تشهد أحياناً أوضاعاً جد صعبة، فيما تعتبر الصحة هاجساً يصنف بعد الشغل والسكن بفارق كبير، كما تشهد بذلك، حسب إفادات بعض المسؤولين المحليين، الدينامية الضعيفة التي يعرفها القطاع الجمعي المهتم بالمشاكل الصحية، وهو ما يشكل اختلافاً آخر هاماً مع الموقعين الآخرين موضوع الدراسة.

وتعاني مراكز الصحة العمومية من نقص مزمن في الموارد البشرية، وهي وضعية قد يزيد من خطورتها أحياناً (خاصة في فيكيك وأزيلال) عزوف بعض الموظفين عن الاستقرار في القرى البعيدة جداً عن المراكز الحضرية للمنطقة. وإذا كانت التجهيزات الطبية توفير الأدوية، عموماً، في مستوى يعتبره الفاعلون في المجال الصحي كافياً نسبياً، فإن المشكل الأكبر المطروح، على ما يبدو، يتعلق بصيانة المراكز الصحية، والتي غالباً ما تفتقر إلى حسن الاستقبال، وبتنظيم مقراتها، ونظافتها، وتوفير الأمن بها (خاصة بسلا). و في هذه السياقات، يشكل عرض الرعاية الصحية بالقطاع الخاص بديلاً، وذلك في المواقع الثلاثة، إلا أنه يبقى خياراً مفروضاً أكثر مما هو نتيجة تكامل حقيقي (وذلك بسبب عدم توفر الموظفين وبسبب استعمال تجهيزات القطاع العمومي استعمالاً غير كاف). إن تحسين الخدمات على مستوى مؤسسات الرعاية الصحية الأساسية (بفضل كثافة شبكة هذه المؤسسات و بسبب الإجراءات الخاصة في مجال توفير الرعاية بشأن تحمل مخاطر تعقيدات الحمل، وبعض الأمراض المزمنة أو المخططات المالية الخاصة) يؤدي إلى تزايد الطلب على المؤسسات الطبية الكبرى التي غالباً ما تفتقر إلى التفاعلية اللازمة بسبب عدم توفر الأخصائيين.

لقد اتخذت وزارة الصحة وشركاؤها الوطنيون والمحليون (الجمعيات) مبادرات عديدة قصد تحسين الاستفادة من الرعاية الطبية. وقد كان للجهود المبذولة من أجل تحسين القدرة على تغطية التكاليف المالية مفعول ناجع، وخاصة عبر تطوير التغطية الصحية، إلا أنها تواجه مشاكل التواصل بين مختلف المستويات الإدارية داخل نفس المؤسسة وبين المؤسسات المختلفة. كما تواجه سوء فهم المستفيدين ومُقدمي خدمات الرعاية الطبية، في بعض الأحيان. ومن أجل تقريب الرعاية الصحية من السكان، وفي إطار الشراكات مع وزارة الصحة، تم اقتناء سيارات الإسعاف (خاصة بالنسبة للوسط القروي)، وتم تنظيم فرق طبية متحركة و"قوافل طبية". وغالباً ما تنطوي هذه المبادرات على قضايا الحكامة المحلية، مع

فاعلين ذوي رؤى مختلفة عن تنظيم العرض المحلي للرعاية الصحية، وهو ما يُعيق أحياناً نجاعة بعض الإجراءات وبعض أنشطة أطر وتقنيي الأنظمة المحلية للصحة.

## مشاكل الاستفادة من الرعاية الطبية كما يراها السكان:

لقد مكنت المقابلات المنجزة، في المواقع الثلاثة مع 127 شخصاً تم استجوابهم حول مسارهم والمشاكل التي واجهوها وإدراكهم لجودة الرعاية الطبية، من تحديد الإكراهات المتعددة التي تؤثر في قرارات السكان بخصوص اللجوء إلى مُقدم الرعاية الطبية.

و يبدو، أولاً وقبل كل شيء، أن القرار مرتبط بتقدير المرضى ومحيطهم لخطورة المشكل الصحي ذي الصلة. فقرار اللجوء إلى مُقدم الخدمات الصحية يتم اتخاذه في أغلب الحالات حينما تدوم الأعراض، خاصة بالنسبة للسكان القاطنين بعيداً عن المراكز الصحية. ويتم اتخاذ قرار اللجوء إلى الطبيب بشكل جماعي؛ وتتمثل العوامل المحددة في تراتبية الأجيال وعلاقات النوع الاجتماعي وعلاقات التبعية الاقتصادية. ويبدو أن كلا من التمدن المتزايد للفتيات والاستقلال المالي للنساء الشباب، خاصة في الوسط الحضري، من شأنهما أن يعطيا دفعة جديدة للارتقاء بعملية تقدير خطورة المشكلة واتخاذ القرار.

و غالباً ما تكون إكراهات الوصول إلى المركز الصحي مهمة: كلفة النقل، وصعوبات إيجاد مركبة بالمناطق "المعزولة" ( بما في ذلك الوسط الحضري أحياناً)، ونفقات مرتبطة بالمبيت وتغذية المرافقين ونفقات خاصة مرتبطة بالخدمات الصحية (تحاليل مخبرية، وأدوية، إلخ..). ويكمن الرهان هنا في ضرورة القيام باختيار الطبيب بالنظر إلى إكراهات النقل والوقت والتكلفة التي يجب مواجهتها والتي لها صلة بخطورة الوضع التي تم تقديرها.

وبمجرد ما يتخذ القرار ويتم التنقل، عادة ما تواجه المريض حواجز جديدة ذات صلة بالاستقبال، من شأنها أن تمدد مرة أخرى أجل الرعاية الصحية؛ وهنا تشكل الرشوة و/أو التدخلات عوامل تُسهّل الوصول إلى مُقدم الرعاية الطبية. ويعتبر الهدف المعلن عنه من لدن المرضى هو الوصول إلى الطبيب، على أن الطبيب المفضل هو الطبيب الأخصائي؛ وسرعان يتم إدراك عدم توفر الطبيب أو غيابه باعتباره فشلاً بالنظر إلى كافة الجهود المبذولة للاستفادة من الرعاية الطبية. ويعتبر الطبيب المرغوب في الوصول إليه هو الذي يطمئن المريض أو يمكنه من فهم مرضه. وسيكون التفاعل مع الطبيب أيسر وأكثر تقديراً إذا كان يتكلم لغة المريض، ويفهم ممارساته اليومية، ويعرف شروط عيشه وأمراض سياقاته؛ وبالتالي، فالطبيب المنحدر من المنطقة يُنظر إليه باعتباره الممارس المثالي. ويعتبر اللجوء إلى الأخصائي (الممارس في المدن الكبرى) والمنحدر من الجهة، أو اللجوء إلى طبيب أجنبي (أوربي أو صيني) مطلوباً كذلك. ويُوفر الطبيب الخاصي بديلاً يتم اعتماده على نطاق واسع، بما في ذلك بالوسط القروي وخاصة بسبب الشعور المتزايد بعدم توفر الطبيب المرغوب فيه.

## تكوين الأطباء العامين وممارساتهم وشروط عملهم:

يعتبر الطبيب العام "مدخلا" إلى النظام الصحي، ويلعب دوراً أساسياً في تقوية أداء أنظمة الرعاية الصحية. وقد رسمت وزارة الصحة في السنوات الأخيرة، وهي واعية بأهمية الطبيب العام، توجهها نحو إضفاء الصبغة الاستشفائية على الخدمات الأساسية للصحة، وخاصة بالعالم القروي، والتفكير في موضوع إضفاء القيمة على الطب العام وتعزيز الرعاية الصحية الأساسية. إلا أن أهمية الطب العام في المنظومة الصحية تتعارض، كما لاحظ ذلك مسؤولو الوزارة، مع الموقع الذي يشغله باعتباره مجالاً دراسياً بكليات الطب. ويعترف كل الفاعلين المؤسساتيين الذين تم الاتصال بهم (وزارة الصحة وكليات الطب) بأن التكوين، كما يجري في المراكز الاستشفائية الجامعية، لا يتطابق مع ممارسة الطب العام في المؤسسات الاستشفائية الكبرى.

كما يعتبر أغلب الشباب الحاصلين على دبلومات في الطب أن التكوين الأساس سطحي و لا يمكن الطبيب العام من تطوير الكفاءات الضرورية للممارسة المهنية. ففي نهاية المسار التكويني يمتلك هؤلاء الأطباء الشباب تمثلاً سلبياً عن الطب العام، إذ يتصوره الشباب الخريجون سيئاً ويعتبرون الفاعلين يبخسون قيمته. ويتوافق مع آراء هؤلاء الأطباء الشباب، يصرح أغلب الأطباء العموميين الذين تم استجوابهم (القطاعين العام والخاص)، والممارسين في مواقع مختلفة، أنهم كانوا يرغبون في متابعة دراستهم في تخصص معين، وبأسفون لعدم الاعتراف بالطب العام، حتى من أولئك الذين يرون إنهم راضون عن ممارساتهم المهنية.

لقد حسن إضفاء الصبغة الاستشفائية على المراكز الصحية استعمال التكوينات الصحية الأساسية. غير إجراءات ضرورية تتعلق بالمصاحبة لم تعقب ذلك (لاسيما شروط العمل، وشروط العيش، ووسائل التحفيز بالنسبة للطبيب والدعم التقني الملائم). وقد شكلت هذه العوامل مواطن ضعف عملية إضفاء الصبغة الاستشفائية تجلت في عدم استقرار الطبيب وغياب انخراطه في بيئة عمله، خاصة بالوسط القروي. و علاوة على ذلك، حينما يتجاوز المريض كافة العوائق الطبيعية والثقافية والمالية ويقرر البحث عن رعاية طبية عصرية، فإن ضمان توفر الطبيب العام العمومي ليس مضموناً دائماً. و بمجرد تجاوز هذا العائق، فإن الجودة العلائقية والخدمة الطبية لا تسمحان دائماً بتطوير علاقة الثقة الضرورية لرعاية طبية مُركزة على المريض.

## بحث ميداني كمي حول الاستفادة من الرعاية الطبية لدى السكان:

من أجل تأكيد أو دحض أو تكملة نتائج الأبحاث الميدانية عبر المقابلات، ولاسيما مع سكان المواقع الثلاثة، تم إجراء بحث ميداني قائم على استمارة موجهة لـ 1200 فرداً منهم 480 في سلا، و360 في أزيلال و360 في فيكيك، حيث تكرر اعتبار الاستفادة من الرعاية الطبية بوصفها صعبة، بسبب العوائق الجغرافية، فضلاً عن الصعوبات المالية التي تحول دون الاستفادة من الاستشارة الطبية والحصول على الأدوية. غير أن المركز الصحي، وعلى الرغم من الصعوبات، تم اعتباره البنية المفضلة بالنسبة للاستشارة الطبية. وقد استعمل أغلب المشاركين بنيات الخدمات الطبية المتوفرة، رغم أن جودة الرعاية الصحية تم اعتبارها غير كافية.

وقد عرفت أغلبية الأشخاص المستجوبين (82,5%)، حالة مرض واحدة على الأقل خلال السنة الفارطة. إلا أن البحث الميداني قد كشف عن أن 30% (5,4% - 44,2%) لم يستفيدوا من استشارة طبية. وحينما يتعلق الأمر بطفل، فقد انتظرت العائلات انقضاء فترة المرض في 12,9% من الحالات. وحينما يستفيد المستجوبون من الاستشارة الطبية فإنهم يجرونها لدى طبيب في المؤسسات الاستشفائية الأساسية في أكثر من 70% من الحالات، وبطريقة متكافئة تقريباً في القطاع العمومي (45,5%) وفي القطاع الخاص (42,9%) بالنسبة للبالغين. أما لدى الأطفال، فالسعي للرعاية الصحية مختلف، حيث تجري العائلات الاستشارة الطبية بشكل متواتر لدى طبيب القطاع العمومي (56,4%) أكثر من طبيب القطاع الخاص (25,5%).

و تبقى الصعوبات المالية عائقاً مهماً، فقد عبر 60% عن مواجهتهم صعوبات تتصل بأداء تكاليف الرعاية الصحية وقد كان من نتائج ذلك أحياناً التخلي عن إجراء الاستشارة الطبية، وذلك بشكل متواتر لدى الطبيب الخصوصي (49,7%) أكثر من الطبيب العمومي (21,2%). وتتوقف أسباب عدم إجراء الاستشارة الطبية بالمركز الصحي في حالة المرض، على وجه الخصوص، على المحيط المحلي. وغالباً ما يعد الاستقبال السيئ السبب الرئيسي في الوسط الحضري (كما ذكر 30%- 40% من الأشخاص المستجوبين)، بينما يعتبر غياب الطبيب أو الشعور بتدني الكفاءة في الوسط القروي عاملاً وارداً في الأجوبة (حوالي 30% من الأشخاص المستجوبين). وما عدا الرحل، فإن أغلب الأشخاص المستجوبين (74%) يسكنون على بعد أقل من 3 كيلومترات من المركز الصحي، فيما يسكن الثلثان تقريباً على بعد أقل من ساعة. وأما الولوج الفعلي للمستشفى من حيث الوقت فهو أقل من ساعة بالنسبة لـ 57% من الأشخاص وأقل من 4 ساعات بالنسبة لـ 91%، بينما يعتبر البعد أكبر عائق تم ذكره (42%)، متقدماً بذلك على المشاكل المالية (17,7%) والاستقبال السيئ (8,1%). وتجدد الإشارة إلى أن المعدلات إذا كانت تقدم توجهات عامة، فإنها تخفي فوارق هامة تفرض التفكير في حلول يتحسن بموجبها الاستفادة من رعاية طبية مكثفة بشكل جيد مع المحيط المحلي.

## الحصول على الأدوية

من البديهي أن تشكل إمكانية الحصول على علاج متاح وفعال تحفيزاً هاماً على الاستفادة من الرعاية الطبية. غير أن ثمن الدواء بالمغرب يبقى مرتفعاً بالمقارنة مع وضعية بلدان أخرى، ويمثل شراء الأدوية قدراً هاماً للغاية من نفقات الصحة لدى الأسر. وتطرح مسألة إمكانية الحصول عليه في إطار سياسة صيدلانية للدواء تشمل عدة عناصر: مختلف أبعاد الاستفادة المتمثلة في توفر الأدوية، والسعر المناسب وجودة الدواء؛ ومختلف مراحل دورة الدواء المتمثلة في الاختيار، والافتناء والتوزيع والاستعمال؛ وأنماط التمويل العمومي والخصوصي؛ وانخراط مختلف الفاعلين المتدخلين في دورة الدواء والمؤثرين في بُعد واحد أو أكثر من أبعاد إمكانية الحصول على الدواء.

وعلى المستوى المركزي، تقوم الأقسام والمديريات التابعة لوزارة الصحة بجهود حثيثة من أجل تحسين إمكانية الحصول على الدواء في القطاع العمومي والقطاع الخاص في نفس الوقت. وقد مكنت الزيادة المحسوسة في الميزانيات المسجلة في السنوات الأخيرة والإجراءات التي تتيح إشراك المراكز الصحية في تحديد حاجياتها، من تقديم خدمات أفضل

للمرضى المعانين من أمراض مزمنة مثل داء السكري وارتفاع ضغط الدم أو داء السل والحصول على أدوية حيوية وغالية الثمن. وقد سمح الاستعمال الواسع لمساطر طلبات العروض بتخفيض الأثمان، وجعل الدواء في متناول المالية العمومية والجماعة والزيادة في توفرها وذلك بتوقع اقتناء كميات جد هامة من الأدوية في القطاع العمومي. وتساهم مساطر تسجيل الدواء ومراقبة الجودة، من جهة، وتحديد الأثمان، من جهة أخرى، في توفر الأدوية الجيدة وذات الثمن المناسب في كافة التراب الوطني. وتجري الآن محادثات من أجل تحسين مساطر تحديد أثمان الأدوية المستوردة وذلك بصورة ملموسة.

وعلى المستوى الوطني، إذا كانت جهود الفاعلين بالقطاع الخاص في مجال الحصول على الدواء متنوعة، فإن آراءهم تلتقي إجمالاً في نقطة واحدة. فالحصول على الدواء رهان أساسي يكشف عن تحد من الحجم الكبير، وهو تحدي التغطية الصحية. ويتجاوز هذا التحدي إلى حد بعيد الجهود التي بوسع الفاعلين الخواص القيام بها حيث قد تقوض مصالحهم. فهم لا يحبذون أي محاولة لتخفيض الأثمان في قطاع ترتفع فيه تكاليف الإنتاج بسبب ضعف الإنتاج، وصغر حجم سوق الأدوية و تدني القدرة الشرائية. كما يرفض الموزعون أي فكرة تخص مراجعة هامش الربح بالنسبة إليهم، بالنظر إلى الموارد الضخمة المستثمرة من أجل ضمان توفر الدواء في البلاد كلها، بما في ذلك المناطق الأكثر بعداً. وينظر الصيادلة، من جهتهم، مع أنهم قلقون من دخول الأدوية الجنيسة إلى سوق الدواء، لمراجعة هامش ربحهم بحذر شديد في سياق أزمة مهنية تدعو للقلق بشكل متزايد. وهكذا، فالنقاشات تتعدد بين الفاعلين للخروج من المأزق وإيجاد أدوات ملائمة من أجل تحسين حصول السكان على الدواء. والهدف من ذلك أيضا عدم إضعاف الصناعة المحلية، والتوزيع والصيدليات.

ويبرز تحليل إمكانية الحصول على الدواء على مستوى هامش المراكز الصحية الواقعة في المناطق الثلاثة موضوع الدراسة وضعيات متناقضة. فهناك، أولاً، المراكز الصحية التي تؤكد أنها لم تعان من نفاد المخزون؛ فيما تشكو مراكز أخرى، على العكس من ذلك، من نفاد المخزون بشأن أدوية حيوية. وأخيراً، فإن كل المراكز الصحية تشكو من نفاد المخزون بنسبة هامة بخصوص الأدوية غير تلك التي تغطيها برامج الصحة العمومية. ويستنتج من ذلك أن توفير الرعاية الصحية للمرضى المصابين بمرض مزمن يعتبر مرضياً إلى حد ما. ولا تسمح التخصيصات المالية للمراكز الصحية بتغطية خدمات أخرى، حيث تحيل إلى القطاع الخاص تلبية حاجيات المرضى بالأدوية غير الحيوية. وبشكل عام، فإن توفر الأدوية في المواقع الثلاثة موضوع الدراسة يعتبر مرضياً جداً في القطاع الخاص، حتى في الدواوير الأكثر عزلة شريطة أن توجد صيدلية لتوفر خدمة للسكان. ويتنوع توفر الأدوية، في القطاع العمومي، من موقع إلى آخر بحسب بعد المراكز الصحية عن المركز الإداري للموقع، ووجود وسائل النقل لتسليم المنتجات، وحالات نفاد المخزون في الصيدليات الإقليمية. ومع ذلك، يمكننا اعتبار توفر الأدوية مرضياً خاصة بالنسبة لأدوية بعض البرامج الصحية ذات الأولوية (صحة الأم-الطفل، السكري، ارتفاع ضغط الدم). وتبقى نسبة الإرضاء ضئيلة بخصوص بعض المنتجات مثل المضادات الحيوية، والمضادات للالتهابات خاصة منها المنشطات وأدوية الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي في بعض المواقع.

وبالنسبة للسكان، وانطلاقاً من مقارنة كلام المستعملين، ومقدمي الخدمات الطبية والمعطيات الكمية، فإن الدواء يعتبر بوصفه الموضوع المركزي للجوء إلى مقدم الخدمات الطبية. وترتبط قيمته، أولاً، بوظيفته (فهو يفضي إلى الشفاء)

لكنه مشروط كذلك بصيغ الحصول عليه. ويبدو أن قيمة أي دواء تتوقف أيضا على مصداقية الذي يسلمه وتعتمد هذه المصداقية على خاصيات دقيقة: التوفر والعناية.

وبطبيعة الحال، فشروط الحصول على الأدوية تبقى مرتبطة بكلفتها وتوفرها. فمجانية بعض الأدوية للجميع أمر يبعث على ارتياح حقيقي بالنسبة لأغلب المستعملين، سواء أكانوا منخرطين في نظم التغطية الصحية أم لا. وتتعدّد إمكانية الحصول على الأدوية بالنسبة للمرضى الذين يعانون من أمراض تتطلب وصفة الاخصائي، خاصة بالوسط القروي، أو حينما لا تكون الرعاية الصحية المجانية عادة متاحة بصفة مباشرة بسبب غياب الموظفين القائمين على الرعاية الصحية، وغياب المواد المستهلكة (المحاقن بالنسبة للمرضى بالسكري)، والرشوة المطلوبة أو النصيب الذي يخصصه الموظفون المعالجون لشبكة معارفهم. و بالتالي، يصبح الحصول على الأدوية بالنسبة للبعض واجبا اقتصاديا واجتماعيا. وهكذا، يكون الصيادلة بالتقسيم مجبرين على قبول السلف لفائدة زبائنهم، وهو واجب تجاه زبائن القرب نظرا لضعف القدرة الشرائية وغياب التغطية الصحية.