الفصل الثاني

الرهانات الاجتماعية للسياسة الصحية في المغرب

معرف الغرض الرقمي	10.5281/zenodo.7015705	DOI
ردمك	0-4-9209-9920-978	ISBN

الملخص

يحاول الكاتب من خلال هذا الفصل، دراسة رهانات السياسات الصحية بالمغرب، و التي تعد أهم سياسة قطاعية اجتماعية بمقاربة سوسيوسياسية. إن السياسات الاجتماعية تقاس بها القدرة التوزيعية للدولة، وتراهن بها السلطة على تفعيل مبادئ وقيم العدالة الاجتماعية و التماسك الاجتماعي، من أجل إعادة بناء المشروعية و استمرار و استقرار النظام الاجتماعي، و هو الشيء الذي حدا بالدولة الى تغيير سياستها الصحية من التوجه العلاجي الى نظام التغطية الصحية، و الذي بدأ ورشه بتعميم هذه الاخيرة على جميع المغاربة، نظام يقوم على مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين و الشرائح الاكثر فقرا و تهميشا.

عبد الرحيم بورزة

باحث في القانون العام بجامعة ابن زهر اگادير، تخصص السياسات الاجتماعية.

مقدمة

ترتبط مختلف البرامج التي تعد في السياسة الصحية بالمغرب برهانات اجتماعية، بانتمائها الى السياسات الاجتماعية القطاعية، التي تمس مختلف فئات المجتمع، لكن برنامج المساعدة الاجتماعية تتوخى منه الدولة ترسيخ قيم التضامن بين الدولة والفرد، وتعزيز العدالة الاجتماعية التي أصبحت ضرورة ملحة للتخفيف من مخاطر عدم الاستقرار السياسي، نتيجة لذلك تم الانتقال إلى برنامج الخدمات الأولية، ثم تنفيذ برنامج التغطية الصحية، فبرنامج المساعدة الطبية للفئات الهشة.

لذلك تتجه هاته الورقة البحثية الى دراسة الرهانات الاجتماعية للسياسات العمومية الصحية في المغرب بمقاربة سوسيوسياسية، عبر التطرق الى نقطتين أولا: ارتباط السياسات الصحية بالسياسات الاجتماعية والعدالة الاجتماعية بالمغرب، وثانيا منظومة الصحة العمومية بالمغرب.

أولا: ارتباط السياسات الصحية بالسياسات الاجتماعية والعدالة الاجتماعية بالمغرب

ترتبط السياسة الصحية بالمغرب بكل ما هو اجتماعي، لذلك فهي تعالج أحد المشاكل العمومية التي يعاني منها المجتمع بشكل يومي، والذي هو المرض، وتلتقي السياسة الصحية بالعديد من القطاعات الاجتماعية الأخرى كالتعليم والتشغيل، لذلك تراهن السلطات العمومية على تحقيق العدالة الاجتماعية انطلاقا من برامجها؛ خاصة نظام المساعدة الطبية.

أ: السياسة الصحية تدخل في السياسات الاجتماعية المهمة في المغرب

تدخل السياسة الصحية في نطاق شمولي هو السياسات الاجتماعية التي تهدف إلى الرفاه الاجتماعي للأفراد، إذ يعتبرها مارشال سياسات الحكومات التي تتضمن الأفعال التي تؤثر على رفاهية المواطنين، من خلال تزويدهم بالخدمات العامة، والتأمينات الاجتماعية، والضمان الاجتماعي، والصحة، وخدمة الرعاية الاجتماعية، والإسكان وغيرها[1]. فهي مرتبطة بالمجتمع ومشاكله، إنها تذهب إلى تلبية احتياجات الأفراد في كل ما يخص التعليم والشغل والسكن والصحة[2].

[1] – T.H. Marshall ، (1965) ∫Social Policy, London, Hutchinson University Press, P. (7).

2 – سيدي الاشكل، القرار والنشاط العام بالمغرب الثابت والمتغير في دراسة السيرورة القرارية، اطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، جامعة القاضي عياض كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية مراكش، 2010/2009، ص.294.

وتتوزع السياسات الاجتماعية بين سياسات اجتماعية قطاعية، كالتعليم والتشغيل والصحة، وسياسات اجتماعية أفقية، وسياسات اجتماعية فئوية كالسياسات الأسرية أو السياسة الخاصة بالطفولة، ثم السياسة الخاصة بالأشخاص المعاقين. تروم هاته السياسات الحماية الاجتماعية: أي مجموع الإمكانيات التي تتيح للأفراد تجنب الآثار المالية للمخاطر الاجتماعية التي يتعرضون لها، وتحقيق الأمن الاجتماعي الذي يعتبر أساس كل السياسات الاجتماعية، والمساعدة الاجتماعية التي تعد التزام السلطات العمومية بهدف تلبية احتياجات الأفراد، والإدماج الاجتماعي عبر محاربة الفقر، والإدماج في سوق الشغل، والحصول على السكن، ثم سياسة المدينة[3].

ارتبط ظهور السياسات الاجتماعية بظهور المصنع ونشأة المجتمع الرأسمالي، بحيث كانت الدولة غير تدخلية، تقوم على توازن المجتمع المدني والرأسمال، لكن بعد أن ظهرت مجموعة من المشاكل الاجتماعية مع الثورة الصناعية اختل ذلك التوازن، ففرض على الدولة التدخل لفرض التوازن، فكان الحل تجاوز تلك الاختلالات من أجل تجاوز الأزمة بسياسات اجتماعية، تمثلت في التأمين عن المرض وحماية حقوق العمال[4].

وقد انتقل في مرحلة ثانية إلى معالجة المشاكل التي يعيشها المجتمع، فأصبحت السياسات الاجتماعية تلك البرامج والخطط التي تسعى إلى تحسين المستوى المعيشي للأفراد، وتحقيق العدالة الاجتماعية، والتوزيع العادل لمصادر الدخل، وتوفير مستويات صحية وتعليمية جيدة لأفراد المجتمع، وتمكينهم من المشاركة الفاعلة في العملية التنموية. كما تركز السياسات الاجتماعية الحديثة على أهمية الاستثمار الاجتماعي، إلى جانب الاستثمار الاقتصادي، بطريقة متوازنة دون التقليص من أهمية التنمية الاجتماعية لحساب الاستثمارات الاقتصادية، كما هو الحال في كثير من الخطط التنموية السابقة. إنها مرتبطة بتحقيق النمو والاستقرار السياسي للأنظمة السياسية. ولها دور هام وفعّال في تحقيق العدالة الاجتماعية، وإفادة جميع أفراد المجتمع من النمو الاقتصادي، ودعم المواطنين لحكوماتهم من خلال الشفافية في وضع الخطط التنموية وإشراكهم فيها، من خلال تصحيح التوزيع غير العادل للموارد، وذلك عن طريق جعل العلاقة بين السياسات التنموية والاقتصادية علاقة تكاملية وربطها بعضها ببعض[5].

---

[3] – les politique sociales et de santé comprendre et agir, op.cit. p .21-25.

4- سيدي الاشكل، القرار والنشاط العام بالمغرب الثابت والمتغير في دراسة السيرورة القرارية، مرجع سابق، ص.275.

[5] – les politique sociales et de santé comprendre et agir, sous la direction de Yvette rose rayssiguier et gilles huteau,3eme Edition, PRESSES de l'EHESP, p.7.

بالموازاة مع هاته التحولات التي عرفتها السياسات الاجتماعية، انطلاقا من سياق الثورة الصناعية وانتقالها مما هو تقليدي إحساني كانت تقوم به الكنائس في أوروبا، ارتبط التحول بأزمة الدولة الراعية، مما فرض خطاب الإصلاح عليها بتقنين العلاقات المهنية داخل المصنع، والتأطير الاجتماعي عبر سن الحق في الانتماء النقابي، ثم خلق مؤسسات الرعاية من خلال إنشاء صناديق الرعاية الصحية، ليأتي سياق العولمة فارضا سياسة الخوصصة التي مكنت الشركات متعددة الجنسيات من الهيمنة على القطاع العام، لتصبح أغلب الخدمات الاجتماعية مجرد سلع خاضعة لقانون الطلب والعرض[6].

إن أصل المسؤولية الاجتماعية للدولة يعود الى المسؤولية الاجتماعية للمقاولات الصناعية، التي كانت تتوزع بين مسؤولية اقتصادية بواجب النفعية والإنتاجية، ومسؤولية أخلاقية وإنسانية بضمان رفاهية المجتمع، ثم مسؤولية قانونية تحترم فيها النصوص القانونية[7].

هذا التحول جاء بالموازاة مع ظهور الدولة الراعية وأزمة الدولة الدركية، إذ مع أزمة 1929م انتهت أطروحة التدخل بسبب أن الاقتصاد غير منظم وغير مضبوط، لتظهر نظرية جون مينارد كينز حول واجب الدولة للتدخل من أجل ضبط وتطوير الاقتصاد. وتدخل الدولة من أجل تشجيع الطلب والاستهلاك، تم عبر ثلاث سياسات: سياسة دعم التشغيل، وسياسة إعادة توزيع الضرائب، ثم سياسة الاستثمار العمومي.[8]

منذ الاستقلال لم تكن السياسات الاجتماعية ضمن أولويات صانع القرار في المغرب، وإنما ارتبطت بالتنمية الاقتصادية التي كانت ضعيفة، لكن رغم ذلك تم تأسيس بنيات اجتماعية من قبيل صندوق المقاصة، وصندوق الإنعاش الوطني، ثم مكتب التعاون الوطني، فكانت هاته المرحلة عنوانا للدولة الحامية المسؤولة عن القطاعات الاجتماعية. لتأتي المرحلة الثانية التي عرفت بسياسة التقويم الهيكلي، وتخلي الدولة عن دعم القطاعات غير المنتجة، بحيث كانت مهمة الحكومة ضبط التوازنات الأساسية للميزانية العامة، وتقليص الإنفاق العمومي على السياسات الاجتماعية، لكن مع مرحلة الانفتاح

6- عبد القادر ازريع، تأملات في المسالة الاجتماعية، المجلة المغربية للسياسات العمومية، عدد مزدوج 2-3 2008، ص.165.

7- محمد حركات، المسؤولية الاجتماعية للدولة في بناء العمل و نجاعة الاداء: قراءة مقارنة في ابرز مؤشرات وارقام القطاع الصحي، مجلة المغربية للتدقيق و التنمية العدد 48- 2019، ص. 32.

8 - l'intervention le directeur de budget à la 12 -ème Edition du colloque internationale sur les finances publique 21-22 septembre 2018 sur le thème de budget de l'état et justice sociale au Maroc quelles pratiques.

السياسي المضبوط عرفت تضخما في برامج السياسات الاجتماعية في المغرب، والتي تمحورت حول تقليص الفقر والهشاشة[9]، فكان نصيب العالم القروي منها فك العزلة، وبرامج الوصل بالماء الصالح للشرب، والكهرباء. أما المجال الحضري فكان برنامج محاربة السكن غير اللائق. هاته المرحلة تميزت باهتمام شديد من الملك محمد السادس بالمسألة الاجتماعية، من أجل مشروعية جديدة، ومن ثم الهيمنة على المسألة الاجتماعية دون الفاعلين الآخرين كالأحزاب السياسية[10].

لقد تم تأسيس مجموعة من البنيات المؤسساتية بالموازاة مع القطاعات الحكومية، منها وكالة التنمية الاجتماعية، وتم خلق ثلاث وكالات للتنمية الاقتصادية والاجتماعية لأقاليم الشرق والجنوب والشمال، وإنشاء مديرية الاقتصاد الاجتماعي سنة 2002م، ثم مؤسسة محمد الخامس للتضامن. هاته المرحلة بالضبط عرفت تسليع الخدمات الصحية، بحيث تم تقليص دور الدولة، وأصبحت فقط تضبط التوازنات تاركة العلاج الصحي رهين اقتصاد السوق[11].

لتتعدد برامج الحماية الاجتماعية في المغرب بين آليات إعادة توزيع التعويضات، ودعم أسعار المواد الأساسية، ودعم القدرة الشرائية للأفراد، وبرامج التدخل، ومحاربة الفقر من قبيل المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، وبرامج المساعدة الاجتماعية كبرنامج تيسير، ومليون محفظة، ومدونة الأسرة، والقانون المتعلق بمحاربة العنف ضد النساء، وبرامج المقاولة الذاتية، ونظام المُساعدة الطبية، والتأمين الإجباري عن المرض، هاته البرامج والمشاريع العمومية تروم محاربة الفقر، والتفاوتات الاجتماعية، والإقصاء الاجتماعي، ورغم كثافة هاته البرامج إلا أنها مثقلة بتراكمات الماضي، وتضم مجموعة من البرامج غير المترابطة والمجزأة، تبتعد عن الالتقائية، وتجعل فعاليتها ونجاعتها ضعيفة[12].

على مدى تطور السياسات الاجتماعية يلاحظ أن السياسة الصحية تعتبر أحد عناصرها الأساسية، فالصحة مجال اجتماعي إنساني مهم، رغم أنها أصبحت حلبة للصراعات الاجتماعية بين الفاعلين، إنها سياسة اجتماعية مرتبطة بتأمين العدالة الاجتماعية، وتماسك واستقرار المجتمع، لذلك

[9]- حسن طارق، تاريخ السياسات الاجتماعية بالمغرب محاولة في التحقيب، المجلة المغربية للسياسات العمومية، عدد مزدوج 2-3 2008، ص. 7-21.

10 - مولاي عبد الصمد عفيفي، تحليل السياسات العمومية الاجتماعية في المغرب سياسة تقليص الفقر نموذجا 1956-2015، اطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام بجامعة القاضي عياض كلية الحقوق مراكش، 2015-2016، ص. 17.

[11] - علي لطفي، المسالة الصحية بالمغرب ورهان العدالة الاجتماعية المجلة المغربية للسياسات العمومية، عدد مزدوج 2-3 2008، ص. 152.

[12] - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول الحماية الاجتماعية في المغرب لسنة 2018، ص.11.

تحظى باهتمام الفرد والمجتمع والسلطة. فالتمتع بصحة جيدة يؤثر على تفاعل ومشاركة الفرد في الحياة العامة، وكذلك تتأثر الصحة العمومية بمجموع السياسات الاقتصادية والاجتماعية الأخرى.

تتويجا لهذا الارتباط بين مشروعية الإنجاز والسياسات العامة؛ تبنى المغرب مجموعة من الخيارات في السياسات الاجتماعية، تسعى إلى الحماية والدعم الاجتماعي للفئات الهشة؛ بدءا من المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، وصولا إلى برنامج تيسير للتحويلات المالية المشروطة، والذي يسعى إلى دعم الأسر الفقيرة من أجل محاربة الهدر المدرسي، والذي انطلق شهر شتنبر 2008[13]. لقد انتقل عدد الأسر من حوالي 47050 سنة 2008-2009م، إلى حوالي 441000 سنة 2016-2017م، أي تضاعف أكثر من 9 مرات. وقد وصل معدل عدد الأطفال المستفيدين من البرنامج لكل أسرة 1,66.

وربطت الحكومة الاستفادة من هذه البرامج كلها بضرورة الاستفادة من برنامج المساعدة الصحية في القطاع الصحي؛ الذي هو من البرامج التي تدخل في إطار المساعدة الاجتماعية، لتصبح الدولة كشباك يقدم مجموعة من الخدمات للمواطنات والمواطنين، لتظهر في الخطب الملكية التي جعلت من القرب والمفهوم الجديد للسلطة فلسفتها في الحكم، وفي تدبير السياسات العمومية الصحية بالمغرب.

ب: العدالة الاجتماعية والتماسك الاجتماعي رهان السياسات العمومية الصحية

يحظى مفهوم العدالة الاجتماعية بأهمية كبرى من طرف الباحثين والإعلاميين والسياسيين في العالم المعاصر، لبروزه كمطلب مجموعة من الفئات الاجتماعية التي تعاني من سوء التوزيع للثروات،

[13]– يستهدف "تيسير" المجالات ذات الأولوية في المؤسسات التعليمية الابتدائية والإعدادية بالوسط القروي، في الجماعات الترابية التي يفوق مؤشر الفقر فيها نسبة 30 %. ويتم اختيار المؤسسات التعليمية الابتدائية المتواجدة داخل تراب الجماعة القروية المستهدفة، وكذا المؤسسات الإعدادية المنتمية للحوض المدرسي والتي تستقبل تلاميذ المدارس الابتدائية المعنية بالمشروع. ويصل مبلغ المنحة الشهرية لكل تلميذ ستين (60) درهما بالنسبة لكل تلميذ في المستويين الأول والثاني، وثمانين (80) درهما بالنسبة لكل تلميذ في المستويين الثالث والرابع، ومائة (100) درهم لكل تلميذ بالنسبة للمستويين الخامس والسادس. أما بالنسبة لسلك الإعدادي، فإن مبلغ المنحة لكل تلميذ يصل إلى مائة وأربعين (140) درهما للسنوات الثلاث من السلك. وتغطي هاته المنحة الشهرية عشرة (10) أشهر من السنة الدراسية، على أنه يتم احتساب المنحة كل شهرين. وتسلم المنحة لولي أمر التلميذ (الأب، الأم أو وصي التلميذ)، كما يتم التحويل النقدي من خلال الوكالات البريدية (الشباك الثابت): في حالة قربها من مقر سكنى الأسرة، أو المؤسسة التعليمية (الشباك المتنقل)، في حالة بعد أو صعوبة ولوج الوكالة البريدية.

حتى المنظمات الدولية، ومنها منظمة الأمم المتحدة، أفردت يوما عالميا تمثل في 20 فبراير للعدالة الاجتماعية بحيث تتحقق بالجمع بين المساواة والتفاوت معا[14].

إن العدالة الاجتماعية قضية جوهرية لإقرار السلم الاجتماعي، وتحقيق التنمية المستدامة المنشودة في إطار مناخ تسوده الشفافية، وتوفير أمن الفرد في المجتمع شرط من شروط تحقيق العدالة الاجتماعية، الأمن بمعناه الواسع المتمثل في الأمن الاقتصادي والاجتماعي والثقافي من طرف السلطة العمومية[15]. ليشمل مفهوم العدالة الاجتماعية في بعده العام التنمية المستدامة، ويمتد إلى تمتيع الأفراد بالحريات الحقيقية[16].

إن تحقيق العدالة الاجتماعية سيسهم في الحد من المخاطر المرتبطة بالهشاشة، وسينعكس إيجابا على الساكنة، لاسيما فئتي النساء والشباب؛ من خلال تفعيل الحق في الولوج إلى الخدمات الأساسية، وإصلاح منظومتي العدالة والصحة. العدالة الاجتماعية تعد غاية في حد ذاتها، ويمكن أن تؤثر على إشكاليات مرتبطة بقضايا راهنة وحارقة، لا سيما التطرف والهجرة[17].

إن العدالة الاجتماعية تبقى مرتبطة أساسا بقيمة فوق القيم، وهي المساواة في الحقوق، وكذا أحقية الفرد المواطن بأن يكون له نصيب من التقدم الاقتصادي والاجتماعي، دون أي إقصاء أو تهميش. لتبقى العدالة الاجتماعية مطمحا تعكسه البرامج السياسية والخطط التنموية[18].

إلى حدود الثمانينات من القرن الماضي تغيرت المعادلة ما بين الدولة وباقي الفاعلين المساهمين في بلورة وتفعيل السياسات العامة، ومرد ذلك هو كون الدولة حديثا عبرت عن مدى محدوديتها، ومدى

---

[14] – **François-Xavier** Merrien, « La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international », *International Développement Policy / Revue internationale de politique de développement*, 4.2 | -1, 68-88.

15- سيدي الاشكل، القرار والنشاط العام بالمغرب الثابت والمتغير في دراسة السيرورة القرارية، اطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، جامعة القاضي عياض كلية العلوم القانونية و الاقتصادية والاجتماعية مراكش، 2010/2009، ص.278.

[16]– علي عبد القادر على، العدالة الاجتماعية وسياسة الإنفاق العام في دول الثورات العربية، مجلة العمران العدد 9/3، صيف 2014، ص. 15.

17 - كمال المنوفي، السياسات العامة وأداء النظام السياسي، تنسيق :علي الدين هلال: تحليل السياسات العامة قضايا نظرية ومنهجية، مكتبة النهضة المصرية الطبعة الأولى 1988، ص.45.

[18] – إبراهيم العيسوي، العدالة الاجتماعية والنماذج التنموية مع الاهتمام الخاص بحالة مصر وثورتها، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات الطبعة الأولى لبنان 2014، ص. 115.

عجزها في التقليص من مجموعة من المشاكل الاجتماعية كالبطالة والفساد الإداري والمالي... الشيء الذي طرح كذلك عدم إمكانية الدولة وقدرتها على تمويل مشاريع عمومية انطلاقا من الميزانية العامة، وذلك نظرا لمجموعة من الاعتبارات منها على الخصوص الوضع الاجتماعي، وارتفاع تكاليف الحياة، واتساع دائرة البطالة في صفوف السكان النشطين، مما استدعى إعادة النظر والتفكير في أسلوب جديد لتدبير قدرات الدولة على حل مشاكلها، وذلك بربط شراكة مع القطاع الخاص من خلال صيغ تشاركية، وجعله عنصرا فاعلا في الإدارة، أو المشاركة في عملية تدبير الملك العمومي من خلال المساهمة في العديد من القطاعات الاقتصادية والاجتماعية العامة، للحيلولة دون السقوط في نمط اللادولة، وتعميق أزماتها الاقتصادية والاجتماعية، الأمر الذي استدعى اللجوء إلى مجموعة من التدابير التقنية اقتصاديا واجتماعيا بمنطق وآليات السوق الاقتصادية[19]، تكون فيه الكلمة الفصل للموظفين الكبار وخبراء المقاولات بصفة عامة، على أساس أنهم مالكو المعرفة التقنية، ومؤثرون على مستوى القرار والنشاط العام[20].

إن السياسات العمومية في الربع الأول من القرن الواحد العشرين استحضرت البعد الاجتماعي، مع تحقيق التوازنات المالية والنقدية على مستوى الاقتصاد الكلي، وكذا الاهتمام بمستويات عيش الأسر والأفراد، عبر مجموعة من البرامج، من قبيل برنامج الأولويات الاجتماعية، والتغطية الصحية، والسكن الاجتماعي، والمبادرة الوطنية للتنمية البشرية، وبرنامج تيسير، والبرامج المتعلقة بفك العزلة عن المناطق الجبلية والقروية. فالسياسات العمومية للعدالة الاجتماعية تجيب على تحديات مفصلية، تهم أساسا تعزيز أسس التضامن الاجتماعي، وتوزيع ثمار النمو الاقتصادي في العهد الجديد.

ولقد حرص جلالة الملك على الاعتناء بكافة الفئات المهمشة، أو الموجودة في وضعية هشاشة، مشيرا إلى أن المملكة تعيش اليوم على وقع العديد من الأوراش الهادفة إلى تمكين المواطنين والمواطنات من حقوقهم، وتحقيق مزيد من العدالة الاجتماعية، وتقليص الفوارق بين فئات المجتمع، إذ كان يشدد دائما على أن تفعيل العدالة الاجتماعية لا يستقيم إلا بتوفر شرطين أساسيين وهما: ضمان العيش الكريم للمواطنين، وتحقيق حاجياتهم اللازمة في شتى المجالات الحيوية.

[19] – Mohamed Harakat / Gouvernance locale et système d'évaluation des risques / in Revue marocaine d'audit et de développement, N° 12 décembre 2000, p. 123.

20 – سيدي الاشكل، القرار والنشاط العام بالمغرب الثابت والمتغير في دراسة السيرورة القرارية، مرجع سابق، ص.262.

في إطار دستور 2011م، تم تعزيز دولة الحق والقانون، وضمان الحرية والكرامة والمساواة، وتكافؤ الفرص والعدالة الاجتماعية، ومقومات العيش الكريم، مع ضمان الحق -في إطار مدونة الشغل- لكل مواطن في شغل يناسب حالته الصحية ومؤهلاته ومهارته.

أما في مجال الحماية الاجتماعية، فقد تم تعزيز الترسانة القانونية، من خلال تفعيل حق المواطنات والمواطنين في الاستفادة على قدم المساواة من الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة، والمصادقة على مجموعة من الاتفاقيات الدولية، لاسيما الاتفاقية الدولية رقم 102 حول المعايير الدنيا للحماية الاجتماعية، والتوصية رقم 202 حول أرضية الحماية الاجتماعية، فضلا عن إدخال سلسلة من الإصلاحات الأساسية ابتداء من سنة 2012م على منظومة التغطية الاجتماعية والصحية، وفق مخطط عمل متكامل ومندمج.

إن المملكة عرفت إصلاحات شاملة ونوعية، احتل فيها موضوع العدالة الاجتماعية مكانة جد هامة، بحيث ركزت العديد من فصول الدستور على أجرأة مفهوم العدالة الاجتماعية، عبر ضمان الحقوق الاجتماعية الأساسية لكل مواطن؛ كالتعليم والصحة والسكن والتشغيل، وخصصت حيزا مهما لملامسة الأوضاع المعيشية لبعض الفئات ذات الأوضاع الاجتماعية الخاصة؛ كالأطفال والشباب والنساء والمسنين وذوي الاحتياجات الخاصة، وذلك في محاولة لإعادة تأهيلهم وتسهيل إدماجهم في المجتمع، عبر ضمان حقوقهم الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[21].

وتمثل مسألة دعم التماسك الاجتماعي حجر الزاوية في السياسات العمومية ذات الصلة الوثيقة بالمواطنين، وذلك من خلال مساهمة هاته السياسات بشكل فعال في تحقيق العدالة الاجتماعية، باستهداف الفئات الهشة والفقيرة، والمناطق الجغرافية النائية والمعزولة. وفي هذا السياق تم إنشاء عدة صناديق اجتماعية تهدف إلى تعزيز التماسك الاجتماعي، وتقليص الفوارق الاجتماعية والمجالية، ومواصلة دعم البرامج الاجتماعية، وإنعاش التشغيل، وتفعيل نموذج تنموي يرتكز على التضامن والمساواة بين مختلف الجهات والفئات الاجتماعية.

يتمثل ذلك أساسا في تعزيز أسس التضامن الاجتماعي الفئوي والمجالي والبيئي، والتضامن بين الأجيال، خاصة عبر سياسات وبرامج اجتماعية مبنية على منطق الحقوق، تلعب فيها الدولة والجماعات

[21]– تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول الثروة الإجمالية للمغرب بين 1999 و2013، دجنبر 2016، ص. 55.

الترابية دورا استراتيجيا. ويمكن أن تتحقق أيضا من خلال تأسيس استراتيجية تصحيح التفاوتات المجالية، بناء على الآليات المالية الملائمة، وعلى استثمار الإمكانيات المؤسساتية الجديدة، ووضع آلية مستدامة للتنسيق على أعلى مستوى حكومي، تضمن التقائية السياسات الاجتماعية الموجهة للفئات الهشة[22].

تَمَّتْ ترجمة العدالة الاجتماعية في السياسة الصحية من خلال برامج المجال الصحي، خاصة ما يتعلق بالحماية الاجتماعية، في شقها المرتبط بنظام المساعدة الطبية والتأمين الصحي عن المرض، ليشكل نظام التغطية الصحية الطبية (راميد) أحد المكونات الأساسية لسياسة التنمية الاجتماعية، والهادف إلى تجسيد قيم التآزر والعدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص، والعمل بتعميم مبادئ المساعدة الاجتماعية، والتضامن الوطني لفائدة المعوزين، وتيسير الولوج أمام الفئات المحرومة للاستفادة من الخدمات الصحية، على قدم المساواة مع باقي الفئات الاجتماعية.

ثانيا: منظومة الصحة العمومية بالمغرب

أقر المغرب التأمين الإجباري عن المرض، والقائم على مبادئ وتقنيات التأمين الاجتماعي، كما تم إرساء قواعد للمساعدة الطبية المبنية على مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين والشرائح الأكثر تهميشا وفقرا، إذ يهدف الفاعلون في المجال الصحي إلى الوصول إلى تغطية صحية قائمة على أساس الأمن الصحي؛ أحد أهم أركان الأمن الاجتماعي.

أ: الانتقال من التوجه العلاجي إلى نظام التغطية الصحية

تبنى المغرب خلال المخطط الخماسي 1985/1981م، هدف الصحة للجميع في أفق 2000م، أي تحقيق الصحة للجميع وفق مبدأ المساواة في الولوج إلى الخدمات الصحية، الأمر الذي لزم على الدولة الانتقال من التوجه العلاجي المكلف إلى نظام صحي يقوم على الخدمات الصحية الأولية[23].

[22] – Roudies lalla wafaa ، la gestion de la sante au Maroc : entre efficacité et quitte de système de soins, thèse de doctorat en science économiques, université Mohamed V faculté de droit agdal rabat, avril 2011, P .120.

[23] – mazini elhabib ،essai en économie de la sante une planification au système de sante marocain, thèse de doctorat en science économiques, université Hassan II faculté de droit, p .188-191.

تعتبر علاجات الصحة الأولية علاجات مبنية على مناهج وتطبيقات تقنية صحيحة علميا ومقبولة اجتماعيا، يستفيد منها جميع أفراد المجتمع بتكاليف أسهل، تتحملها الدولة في مختلف مستوياتها، إذ تشكل هاته العلاجات المستوى الأول لاتصال أفراد الأسرة بالمؤسسات الصحية؛ نظرا لقربها من الأفراد بأقصى حد ممكن، كما أنها تعبر عن المستوى الأول للحماية الصحية[24].

انبنت هاته الاستراتيجية على ثلاث مقاربات: المقاربة المتعددة التخصصات؛ بحيث من الضروري تضافر مجموعة من القطاعات الوزارية كالتعليم والفلاحة والماء الصالح للشرب والداخلية في إطار التقائية السياسات العمومية، والمقاربة القائمة على المشاركة الجماعية لمجموع الفاعلين من مجتمع مدني وأفراد وجماعات ترابية، ثم المقاربة الأخيرة المتمثلة في التحكم في التكنولوجيا المستعملة لتجويد الصحة العمومية.

لم ينخرط المغرب في تبني هذا التوجه في السياسة الصحية إلا بناء على اعتبارها عنصرا مركزيا للنظام الصحي العالمي الجديد، تغير معه المنظور للصحة بحيث لم تصبح فقط انعدام المرض، وإنما حالة اكتمال الوضع الجسدي والعقلي والاجتماعي، هذا إضافة إلى اعتبار أن الوصول إلى هدف الصحة للجميع في سنة 2000م، لن يتأتى إلا عبر الخدمات الصحية الأولية[25].

ويعود إقرار التأمين الصحي إلى خطاب جلالة الملك الحسن الثاني في خطاب 3 مارس 1993م، بتعميمه ليشمل جميع الطبقات الاجتماعية، وقد تم بعد ذلك اعتماد مشروع قانون يتعلق بإحداث التأمين الصحي الإلزامي على المرض سنة 1995م. غير أن الأمر لزم الانتظار حتى سنة 2002م، من أجل التصويت على القانون 00-65 بمثابة مدونة للتغطية الصحية الأساسية، لكن لم تصدر المراسيم التطبيقية إلا بعد ثلاث سنوات فيما يخص التأمين الإجباري عن المرض، وست سنوات بالنسبة لنظام المساعدة الطبية[26].

[24] – plan de développement sanitaire 1981/1985 extrait de document du plan de développement économique et sociale 1981/1985 chapitre V la sante publique p .160-210.

[25] – تقييم استراتيجية تحقيق الصحة للجميع بحلول سنة الفيين. التقرير السابع عن الوضع الصحي العالمي. المجلد السادس–إقليم شرق البحر المتوسط، في جزأين: الجزء الأول–التقييم الإقليمي، الجزء الثاني–التقييم حسب البلد والمنطقة، 1985، ص 8.

[26]– تقييم نظام المساعدة الطبية، تقرير المرصد الوطني للتنمية البشرية، سنة 2017، ص 11.

يقصد بالتغطية الصحية الشاملة أن يستطيع جميع السكان من الولوج إلى الخدمات الصحية التي يحتاجونها، وأن تكون ذات جودة كافية، دون أن تشكل كلفتها صعوبات مالية للمستفيدين، أي تحقيق مبادئ الولوج المنصف والجودة والحماية المالية[27].

رأى نظام التغطية الصحية بالمغرب النور خال فترة الحماية الفرنسية، من خلال إنشاء تعاضديات للموظفين، تؤطرها نصوص قانونية وظهائر شريفة، يعود تاريخها إلى سنتي 1927 و1928م، ويستند النظام الحالي على مقتضيات القانون رقم(65.00) بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف المؤرخ في 3 أكتوبر 2002م، والذي يحيل على ستة مبادئ مهيكِلة، لم يتم بعد احترامها بشكل كامل، وهي: الإجبارية، والشمولية، والإنصاف، والتضامن، ومنع جميع أشكال التمييز، ومنع انتقاء المخاطر.

لذلك تم أحداث هذا النظام قصد استفادة جميع الأفراد النشيطين من التأمين الإجباري عن المرض، وبناء على مبدأ التعاضد والتكافل في المخاطر القائمة على فكرة العقد الاجتماعي، بحيث تجعل من الأفراد على قدر المساواة في التضحية والتنازل عن الحقوق لفائدة ضمان تماسك النسيج الاجتماعي، بدل الصراع والتطاحن وتضارب المصالح.

ويفترض أن يضم هذا النظام مستويين: تغطية صحية أساسية إجبارية(CMB)، وتغطية تكميلية(CMC)، وقد عُهد بتدبير التغطية الأساسية لمؤسستين بناءً على معايير تتعلق بالوضع المهني(القطاع العام مقابل القطاع الخاص)، وعلى الحقوق المكتسبة قبل دخول مدونة التغطية الأساسية حيز التنفيذ، وعلى معايير ترتبط بمستويات الدخل[28].

وقد نشأ عن هذا التقسيم – الذي تم في البداية كمرحلة انتقالية قبل إنشاء نظام أساسي شامل- نظامُ تأمينٍ إجباري عن المرض، قائم على الاشتراكات، يتم تمويله من الاقتطاعات من أجور ومداخيل الأشخاص المزاولين نشاطا يدر عليهم دخلا، والمستفيدين من المعاشات، وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير، والطلبة؛ إلى جانب نظام للمساعدة الطبية (راميد) القائم على مبدئي المساعدة الاجتماعية

[27]– عرض السيد الجيلالي حازيم، تحت عنوان المغرب، الطريق لتحقيق التغطية الصحية الشاملة، في المناظرة الوطنية الثانية للصحة، بتاريخ 1، 2،3، يوليوز 2013.

[28] – تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي لسنة 2018 حول الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال الحصيلة وسبل تعزيز انظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، ص 78.

والتضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين. أما التغطية الصحية التكميلية فتوفرها التعاضديات وشركات التأمين الخاصة.

ب: نظام المساعدة الطبية في المغرب

انطلاقا من ديباجة مدونة التغطية الصحية يتحدد دور الدولة في الحرص على التوازن المالي، بتأطير منظومة التغطية الصحية بصفة مستديمة، والالتزام بالتنظيم والتوزيع المتكافئ على مجموع التراب الوطني بصفة عامة، أي التوطين الترابي للسياسة العمومية الصحية، وتحقيق مبدأ الإنصاف الذي سنه دستور 29 يوليوز 2011م، كمبدأ يحكم المرافق العمومية. وانطلاقا من هاته الوظيفة يظهر التناقض بين إعلان الدولة عن الإعفاء من المساهمة من الخدمات الطبية النوعية، ومبدإ ضمان صحة السكان المعوزين اقتصاديا، لتكون الدولة فقط ضابطة بدل متدخلة[29]. إنها منظومة صحية مجزأة، تكتفي الدولة فيها بضبطها في ظل ظروف الهشاشة والفقر الذي لابد له من تدخل عمومي قوي.

كانت التغطية الصحية للسكان المعوزين تتم بموجب شهادة الاحتياج، أنشئت هاته الآلية منذ سنة 1913م، تحت الحماية الفرنسية، وهي عبارة عن وثيقة إدارية تثبت الوضع المالي لشخص معين، مع تخويله إمكانية الولوج مجانا إلى الخدمات الصحية، إنها وثيقة إدارية تثبت وضعية الهشاشة التي يوجد فيها الشخص، وتمكنه من الحصول مجانا على بعض الخدمات الصحية والاجتماعية. وتسمح بالاستفادة من مجانية الخدمات في أوقات محددة فقط. ووضعية العوز هذه لم تكن تندرج ضمن نسق منظم للمساعدة، وبالتالي لم تكن تسمح بإدماج المرضى في مسار محدد للتغطية الاجتماعية. وكان إصدار تلك الشهادات خاضعا لمنطق التعسف تقريبا، لأنه لم يكن يستند على معايير محددة بوضوح. بحيث كانت تسلم تلك الشهادة من قبل أعوان السلطة، وتسمح بالاستفادة مجانا من تلك الخدمات مرة واحدة فقط. لقد كانت، في الواقع، سارية المفعول لإجراء طبي واحد، بحيث كان يتعين على المريض الحصول في كل مرة على شهادة ثانية لكل إجراء طبي جديد، داخل نفس المستشفى ولنفس المرض[30].

يقوم نظام المساعدة الطبية على مبادئ التضامن والعدالة والمساواة في الولوج إلى الخدمات الطبية، ومبدأ التفريق بين كلفة الاستفادة من النظام، وموازنة التسيير للمستشفيات العمومية. إذ

[29] – سعد الرجراجي، الحق في الصحة: الواقع والأفاق دراسة مقارنة المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية سلسلة مؤلفات وأعمال جامعية عدد 2016/112، ص.229.

[30]– تقرير المرصد الوطني للتنمية البشرية حول تقييم نظام المساعدة الطبية ل 2017 ص. 9.

يستهدف نظام المساعدة الطبية ذوي الدخل المحدود، والأشخاص المعوزين، وحتى يتم ضبط مجال تطبيق يتعين تحديد دقيق لمفهوم الاحتياج.

على أن المعيار الوحيد للاستفادة هو محدودية الدخل، بحيث يحددهم في الأشخاص غير الخاضعين لأي نظام أساسي للتأمين الإجباري عن المرض، أو الذين لا يتوفرون على موارد كافية لمواجهة المصاريف المتعلقة بالخدمات الطبية، وأزواجهم والأطفال الذين يعيشون تحت نفقتهم غير المأجورين، والذين لا تتجاوز أعمارهم 21 سنة، ويمكن تمديد هذا السن إلى غاية 26 سنة في حالة متابعة الدراسة مع ضرورة الإدلاء بما يثبت ذلك، على ألا يستفيد من أي تأمين إجباري عن المرض، ثم الأطفال المعاقين العاجزين كليا عن القيام بأي نشاط مؤدى عنه، ثم الأطفال الذين يقتسمون سقفا واحدا مع الأشخاص المذكورين سابقا، والذين تحت كفالتهم الفعلية التامة، ثم آبائهم الذين يعيشون تحت نفقتهم والذين لا يستفيدون من أي تأمين ضروري ضد المرض، يضاف إلى هاته الفئات نزلاء المؤسسات الخيرية، ودور الأيتام، والملاجئ، والإصلاحيات.

أثناء تنفيذ هذا البرنامج تلتقي مجموعة من القطاعات الوزارية كالداخلية والصحة والمالية والوكالة الوطنية للتأمين الصحي، فمعظم مصادر التمويل هي ذات طبيعة عمومية، لأنها تتأسس على مبدإ التضامن الوطني، هذا بالإضافة إلى مساهمة المستفيدين، إذ يدفع المنخرطون سنويا ثمن انخراطهم النسبي، بحيث تكون المساهمة جزافية، أو متناسبة مع الدخل المصرح به.

إن إنشاء نظام مجاني جيد للرعاية الصحية، جاء اعتبارا للطلب المتزايد على الرعاية الصحية، فشكل بذلك نظام المساعدة الطبية أحد أشكال إعادة توزيع الثروة في المغرب، وأحد السياسات الاجتماعية التي تروم الحفاظ على التماسك الاجتماعي، ومعالجة أوجه عدم التكافؤ في الولوج إلى الخدمات الطبية والتصدي لعواقبها، إذ يدخل في إطار تقديم المساعدة الاجتماعية للأفراد للمعوزين. وبهذا أصبحت الصحة في صلب العقد الاجتماعي الضمني الذي يربط المواطنين بالمؤسسات الاجتماعية.

يبدو أن تفعيل برنامج المساعدة الطبية جاء متأخرا، إذ لم يكن مواكبا لمنظومة التأمين الإجباري، ثم إن هناك ارتباكا في تفعليه، وقد كانت بداية انطلاقه في جهة تادلة أزيلال التي تعتبر جهة رائدة في هذا المجال، رغم عدم وضوح معايير اختيار هاته الجهة من بين جهات المملكة. يزداد هذا الارتباك في تأخر التعميم، بدءا من سنة 2001م، مرورا بسنة 2005م، فسنة 2006م، ثم سنة 2008م، وصولا إلى سنة 2011م. إنها كرونولوجيا توضح بشكل جلي بداية متعثرة لهذا البرنامج.

المراجع:

أولا : المراجع باللغة العربية:

على لطفي، المسالة الصحية بالمغرب ورهان العدالة الاجتماعية المجلة المغربية للسياسات العمومية، عدد مزدوج 2-3 2008.

علي عبد القادر على، العدالة الاجتماعية وسياسة الإنفاق العام في دول الثورات العربية، مجلة العمران العدد 9/3، صيف 2014.

كمال المنوفي، السياسات العامة وأداء النظام السياسي، تنسيق :علي الدين هلال: تحليل السياسات العامة قضايا نظرية ومنهجية، مكتبة النهضة المصرية الطبعة الأولى 1988.

حسن طارق، تاريخ السياسات الاجتماعية بالمغرب محاولة في التحقيب، المجلة المغربية للسياسات العمومية، عدد مزدوج 2-3 2008.

سعد الرجراجي، الحق في الصحة: الواقع والأفاق دراسة مقارنة المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية سلسلة مؤلفات وأعمال جامعية عدد 2016/112.

سيدي الاشكل، القرار والنشاط العام بالمغرب الثابت والمتغير في دراسة السيرورة القرارية، اطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، جامعة القاضي عياض كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية مراكش، 2010/2009، ص.275.

عبد القادر ازريع، تأملات في المسالة الاجتماعية، المجلة المغربية للسياسات العمومية، عدد مزدوج 2-3 2008، ص.165.

محمد حركات، المسؤولية الاجتماعية للدولة في بناء العمل و نجاعة الاداء: قراءة مقارنة في ابرز مؤشرات وارقام القطاع الصحي، مجلة المغربية للتدقيق و التنمية العدد 48- 2019.

مولاي عبد الصمد عفيفي، تحليل السياسات العمومية الاجتماعية في المغرب سياسة تقليص الفقر نموذجا 1956-2015، اطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام بجامعة القاضي عياض كلية الحقوق مراكش، 2015-2016.

ثانيا : المراجع الأجنبية :

El Mostafa OULAID، la couverture médicale au Maroc cas de l'assurance maladie obligatoire, mémoire pour l'obtention du diplôme du cycle supérieure en gestion administratif, école nationale d'administration 2004/2005.

François-Xavier Merrien, « La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international », *International Développement Policy | Revue internationale de politique de développement*, 4.2 | -1.

Les politique sociales et de santé comprendre et agir, sous la direction de Yvette rose rayssiguier et gilles huteau,3eme Edition, PRESSES de l'EHESP, p.7.

Mazini ELHABIB ،essai en économie de la sante une planification au système de sante marocain, thèse de doctorat en science économiques, université Hassan II faculté de droit, p .188-191.

ROUDIES Lalla Wafaa ، la gestion de la sante au Maroc : entre efficacité et quitte de système de soins, thèse de doctorat en science économiques, université Mohamed V faculté de droit agdal rabat, avril 2011, P .120.

T.H. Marshall ، (1965) ∫Social Policy, London, Hutchinson University Press.

Mohamed HARAKAT / Gouvernance locale et système d'évaluation des risques / in Revue marocaine d'audit et de développement, N° 12 décembre 2000.