تقييم السياسات العمومية الصحية بالمغرب:

نظام المساعدة الطبية نموذجا

Evaluation of public health policies in Morocco:

Medical assistance regime as a model

Dr. Karim Youssef **د. يوسف كريم**

باحث في القانون العام والعلوم السياسية

✉ youssef.karim1@usmba.ac.ma

ملخص: يعد نظام المساعدة الطبية أحد الأوراش الكبرى التي تهدف إلى تحسين الولوج إلى العلاج تكريسا لمقتضيات الدستور، ويعد أحد الأنظمة في مجال التغطية الصحية الأساسية إلى جانب التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. لكن على الرغم من بروز هذا النظام كمنظومة ذات بعد اجتماعي، إلا أنه لم يتمكن من تقديم النموذج الأمثل في مجال الخدمات الصحية المضمونة للفرد داخل المجتمع، بالنظر للصعوبات والاختلالات الوظيفية التي حدت من فعاليته وقدرته على الاستجابة لحاجيات الفئات المستهدفة، ولا سيَما منها الأكثر عوَزا وهشاشة. وتسعى هذه الدراسة إلى تقييم برنامج المساعدة الطبية راميد، والوقوف على التحديات والسلبيات التي طالت هذا النظام منذ مرحلة تجريبه إلى غاية تعميمه.

الكلمات المفاتيح: التغطية الصحية– نظام المساعدة الطبية– التقييم– الاكراهات.

Abstract : The medical assistance scheme is one of the major projects aimed at improving access to health care in accordance with the provisions of the Constitution, and it is one of the basic health coverage systems in addition to compulsory health insurance. This system has failed to provide the optimal model of health services guaranteed for the individual within society, given the difficulties and functional imbalances that have limited its effectiveness and ability to meet the needs of target groups, in particular those who are most in a situation of precariousness and vulnerability. This study aims to evaluate the medical assistance program and to identify the challenges and drawbacks that have affected this system from its trial phase to its generalization.

Keywords : Health coverage – medical assistance regime – Evaluation – Constraints

مقدمة:

تميزت السياسات العمومية في المغرب خلال العقدين الأخيرين، بتحولات جذرية على مستوى مقارباتها للملفات الاجتماعية. وشكل هاجس الولوج إلى الخدمات الاجتماعية الأساسية أحد اهم شواغل الدولة الوطنية في سعيها نحو إقرار سياسة اجتماعية كفيلة بإرساء نوع من العدالة الاجتماعية، تستهدف إدماج الهوامش وتقليص الهشاشة والتخفيض المنهج للفوارق الاجتماعية والمجالية، وهو ما ترجمته التوجهات المتلاحقة في هذا السياق من خلال إقرار جملة أوراش ومنظومات للحماية الاجتماعية، وفي مقدمتها ضمان استفادة كافة الفئات الاجتماعية الهشة وضمان وصولها السلس إلى خدمات صحية مجانية وذات جودة ونجاعة وفاعلية. فلا يمكن الحديث عن عدالة اجتماعية مالم يكن بإمكان المواطنين، بمختلف شرائحهم، الاستفادة من الخدمات الطبية الضرورية والمساعدة الاجتماعية اللازمة، إذ أن كل تدبير أو إجراء اقتصادي أو سياسي ناجح يتضمن بعدا صحيا، فبلوغ أعلى مستويات الصحة شرط لتحقيق التنمية.

بعد قرابة نصف قرن من الاستقلال، وبعد عدة سنوات من الدراسات والندوات والمناظرات، انخرطت بلادنا في النقاش الدولي حول قضايا الصحة وتحسين الولوج للعلاج وتوسيع التغطية في مختلف محطاته، من خلال التزامه في إطار قرارات منظمة الصحة العالمية لسنتي 2005 و2011، بإصلاح منظومة التغطية الصحية الأساسية.

وفي هذا الصدد، تم الشروع في العمل بنظام التغطية الصحية باعتماد القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، (الصادر بتنفيذه الظهير الشريف المؤرخ في 3 أكتوبر 2002) إذ يعتبر هذا القانون أهم إصلاح في النظام الصحي بالمغرب، بل يعتبر خطوة مهمة لتوسيع قاعدة المستفيدين، والتي تشكل مدخلا أساسيا للحماية الاجتماعية الشاملة. وقد شكل هذا القانون، الذي يحل على ستة مبادئ مهيكلة[1]، نقلة نوعية في اتجاه تكريس الحق في الولوج إلى العلاج وتمويل الخدمات الصحية والحماية الاجتماعية لفئات عريضة من المجتمع، من خلال إحداث نظامين أساسيين:

نظام التأمين الاجباري الأساسي عن المرض، الخاص بموظفي وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، وكذا بمأجوري ومتقاعدي القطاع الخاص، ويقوم هذا لنظام على أساس مبدأ تقاسم المخاطر ومبدأ المساهمة المالية للأشخاص المستفيدين، وكذا على أساس تطبيق نسبة تغطية تترك للشخص المؤمن أمر التكفل بجانب من المصاريف.

نظام المساعدة الطبية "راميد" القائم على مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة الساكنة المعوزة التي ليست خاضعة لأي نظام للتامين الاجباري عن المرض. ويتم تأمين تمويل هذا النظام في الجزء الأكبر من قبل الدولة والجماعات المحلية.

[1] – أكد دستور سنة 2011 على هذه المبادئ في الفصل 31 منه: «تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنات والمواطنين، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية؛ والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة».

وقد وضع هذا النظام حدا لاستعمال "شهادة الاحتياج" التي كانت تستفيد الساكنة بواسطتها من الاعفاء من المصاريف المرتبطة بالعلاجات.

وإذا كان نظام التأمين الإجباري قد تم تفعيله سنة 2005، فإن نظام المساعدة الطبية "راميد" قد تم تبنيه، في بدايته سنة 2008، بجهة تادلة أزيلال، قبل أن يتم تعميمه بجميع جهات المملكة سنة 2012، ليتم تغييره في أواخر سنة 2022 بنظام التامين الإجباري عن المرض" أمو تضامن"، أي ما يعرف بتعميم التغطية الصحية.

تكمن أهمية هذه الدراسة إذن في كونها تعالج موضوعا من المواضيع الرئيسية الخاصة بالحماية الاجتماعية من خلال نظام التغطية الصحية وأهميتها في بروز النموذج الجديد للحماية الاجتماعية ودولة الرفاه، وذلك من خلال الاستثمار في تحسين وحماية الحالة الصحية للأفراد كجزء من سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة.

لكن ما مدى شمولية نظام التغطية الصحية المغربي؟ ماهي إجراءات ومبادئ نظام المساعدة الطبية؟ وإلى أي حد ساهم هذا النظام في تأمين تغطية صحية وضمان استفادة الفئات المستهدفة من خدمات الرعاية الصحية وفقا لمبادئ العدالة والانصاف والمساواة وفي الولوج والاستفادة من جميع الخدمات الصحية الضرورية دون اقصاء أو تمييز؟ ماهي آفاق تعميم التغطية الصحية وكيف يمكن تجاوز الاكراهات المرتبطة بها؟.

ستنصب الإشكالية على تحليل وتقييم السياسة الصحية بالمغرب من خلال التركيز على المحور المتعلق ببرنامج المساعدة الطبية وآفاق تعميم التغطية الصحية. وتفترض هذه الدراسة أن نظام المساعدة الطبية "راميد" رغم توسيعه نطاق الحماية وتسهيله عملية الولوج لتشمل الفئات المعوزة للخدمات الصحية، إلا أن هذا النظام واجهته عراقيل وصعوبات، وظل يتسم بالمحدودية وعدم القدرة على مسايرة التحديات مما ساهم في عدم تحقيق تغطية صحية شاملة للفئات المستهدفة.

المطلب الأول: الأحكام العامة لنظام التغطية الصحية المغربي

عرفت منظمة الصحة العالمية التغطية الصحية الشاملة على أنها "حصول كافة الناس على الخدمات الصحية الجيدة التي يحتاجون إليها، متى وأينما كانت حاجتهم إليها، دون التعرض لضائقة مالية من جراء ذلك كالفقر المدقع أو إنفاق مدخرات العمر أو بيع الأملاك أو الاقتراض، مما يدمر مستقبلهم ومستقبل أولادهم في أغلب الأحيان"[1]. كما تم تعريف نظام التغطية الصحية

[1] – التقرير الخاص بالصحة في العالم 2013 "بحوث التغطية الصحية الشاملة"، مقال منشور بالموقع الالكتروني الخاص بمنظمة الصحة العالمية، (تمت الزيارة والتصفح بتاريخ 2024/12/12) على الرابط:

https:/www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(UHC)

أيضا بأنه "ذلك النظام الذي من خلاله تقوم الدولة والهيئات العمومية ومؤسسات التأمين الخاص بتوفير جزء من التغطية الصحية، تتمثل في تحملها مصاريف تطبيب واستشفاء وعلاج أجراء القطاع العام والخاص وذوي حقوقهم"[1].

ولبلورة التزام الدولة الذي يكرس مبدأ الحق في الصحة كما تنص على ذلك الاتفاقيات الدولية[2]، تم إقرار القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، والذي بموجبه تم إحداث نظام التأمين الإجباري عن المرض من أجل توفير تغطية صحية إجبارية أساسية، وضمان الولوج الشامل لنظام التغطية الصحية (الفقرة الأولى). كما تم، بالموازاة مع ذلك، إحداث نظام المساعدة الطبية قائم على مبادئ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: نظام التأمين الإجباري عن المرض

يقوم هذا النظام على أساس مبدأ تقاسم المخاطر ومبدأ المساهمة المالية للأشخاص المستفيدين، وكذا على أساس تطبيق نسبة تغطية تترك للشخص المؤمن أمر التكفل بجانب من المصاريف. ويضمن التأمين الإجباري عن المرض للمؤمن وذوي حقوقه تغطية المخاطر ومصاريف الخدمات الطبية الناجمة عن المرض أو حادثة او ولادة أو تأهيل طبي أو عضوي أو وظيفي دون حوادث الشغل والأمراض المهنية التي تظل خاضعة لقانون خاص بها. ويقوم هذا النظام على مجموعة من المبادئ تشكل الأساس الذي تقوم عليه الحماية الاجتماعية:

مبدأ الانتماء المهني في القطاعين الخاص والعام، حيث يسري التأمين الاجباري الأساسي عن المرض على كل من موظفي وأعوان الدولة والجماعات المحلية والمؤسسات العمومية، والأشخاص الخاضعين لنظام الضمان الاجتماعي الجاري به العمل في القطاع الخاص، وأصحاب المعاشات بالقطاعين العام والخاص، والعمال المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنة حرة، وجميع الأشخاص الآخرين الذين يزاولون نشاطا غير مأجور. ويسري التأمين الإجباري الأساسي عن المرض أيضا على قدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير وطلبة التعليم العالي العام والخاص[3]. وقد علق المشرع استفادة هذه الفئات على صدور تشريعات تنظم شروط وكيفية الاستفادة من هذا النظام[4].

مبدأ التعاضد في تحمل الأخطار، حيث يهدف هذا المبدأ إلى توزيع الخطر على أكبر عدد من المؤمنين، بحيث يضمن كل واحد منهم جزءا من الخطر في حدود النسب المتفق عليها مع كل واحد منهم (التأمين المشترك).

---

[1]- الحبيب بلكوش ومحمد بلوط،" منظومة الحماية الاجتماعية"، منشورات مركز دراسات حقوق الإنسان والديمقراطية، السنة 2014، ص 194.

[2]- تنص المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أن " تقر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه.".

[3]- المادة 2 من مدونة التغطية الصحية.

[4]- الفقرة الثالثة من المادة 4 من قانون 65.00.

وإذا كان تبني المشرع المغربي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، يعكس رغبته الملحة في تغطية شريحة عريضة من ساكنة البلاد، وتوفيره حماية لذوي حقوقها، عبر إحداث أنظمة التأمين الصحي لفائدة العاملين في القطاع الخاص، وفي الوظيفة والقطاع العموميين، إلا أن عملية تقييم هذا النظام كشفت عن مجموعة من أوجه القصور والاختلالات:

فعلى مستوى الفئات المشمولة بالتغطية ومستوى التكفل، لازال هذا النظام يواجه صعوبة في احترام مبادئ الشمولية والتضامن والمساواة. فحسب أرقام كشفت عنها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي[1]، بلغت نسبة الساكنة المغربية المشمولة بنظام من أنظمة التغطية الصحة، 54,6 في المائة في نهاية سنة 2016، بينما لا يتوفر 45,4 في المائة من السكان على أيّ تغطية صحية.

أما فيما يتعلق بمبادئ الحكامة، فإن التعدد في أنظمة التأمين الإجباري عن المرض (التأمين الاجباري عن المرض في إطار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، التأمين الاجباري عن المرض في إطار الصندوق الوطني منظمات الاحتياط الاجتماعي)، يتناقض مع مبادئ الالتقائية والتضامن والتعاضد في تحمل المخاطر والتوحيد التي نص عليها القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية. كما يسجل أيضا غياب وضمان توزيع نفقات التأمين الصحي الاجباري الأساسي عن المرض، بحيث يلاحظ أن معظم هذه النفقات تتجه نحو العلاج والاستشفاء بالقطاع الخاص، وذلك نظرا لضعف عرض وجاذبية القطاع العام[2].

هذه الاختلالات وغيرها تكشف الحاجة إلى مسار إصلاح شامل ومستدام لمنظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، يستند إلى قيم ومبادئ الإنصاف والفعالية وجودة الخدمات، وذلك في سبيل ضمان الكرامة الصحية لجميع المواطنات والمواطنين.

الفقرة الثانية: نظام المساعدة الطبية: المبادئ والمرتكزات

ارتبط العمل بنظام المساعدة الطبية راميد بالسياسة العمومية التي تهدف إلى الاهتمام بالجانب الاجتماعي لفائدة الفئات في وضعية فقر أو هشاشة، والذي تم تفعيله بمقتضى ظهير شريف رقم 01.02.296 الصادر بتاريخ 3 أكتوبر 2002 بتنفيذ القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الأساسية. ويمكن تعريف نظام المساعدة الطبية، الذي يعد اختصارا للعبارة الفرنسية (RAMED)[3]، بالنظر إليه من زاوية عامة على أنه مجموعة من القواعد التي تهدف إلى مساعدة الفئات الاجتماعية التي لا تمتلك الوسائل والامكانيات المتطلبة للولوج إلى الخدمات الطبية، أي أنه برنامج الدولة يقوم على أساس مبدأ التضامن الوطني لفائدة الفئات المعوزة أو الهشة التي ليست خاضعة لأي نظام للتأمين الإجباري عن المرض[4]. ويستشف من مقتضيات المادة 1 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، أن نظام المساعدة الطبية هو نظام عمومي يهدف إلى توسيع خريطة

---

[1]- نظام المساعدة الطبية 18.6%، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (الأجراء) 17,6%، الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (المستخدمون والطلبة) 8,9%، أنظمة أخرى 4,7%، المادة 114 من القانون رقم 65.00 (قطاع عام وخاص) 4,7%.

[2]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، رأي حول "تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض: حصيلة مرحلية تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها"، أكتوبر2024، ص5.

[3] -RAMED, acronyme de Régime d'Assistance Médicale.

[4]- أحمد الصادقي، "أنظمة التغطية الصحية بالمغرب، نظام المساعدة الطبية نموذجا"، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون الخاص، ماستر قانون الاعمال والمقاولات، كلية الحقوق السويسي، الرباط، يونيو 2013، ص 14.

المستفيدين من التغطية الصحية على عموم المواطنين، وذلك بانفتاح هذه الخريطة على الفئات الاجتماعية الأكثر فقرا وهشاشة، وفق مبدأ التكافل والتضامن بين كل مكونات المجتمع في سبيل تحقيق حماية لجميع الأفراد بغض النظر عن ظروفهم الاقتصادية والاجتماعية.

قبل إحداث نظام "راميد"، كانت عملية التكفل بالمرضى المعوزين تتم عبر استصدار وثيقة إدارية (شهادة الاحتياج)، تثبت الوضع المالي للمعنيين بالأمر، مع تخويلهم إمكانية الولوج مجانا إلى الخدمات الصحية. وبالنظر إلى عدم التكافؤ في الولوج والاستفادة من الخدمات الصحية، يمكن القول إن نظام المساعدة الطبية راميد يعد شكلا من أشكال إعادة توزيع الثروة لفائدة المواطنين الأكثر فقرا. ومن هذا المنظور، فإنه يعد أيضا سياسة عمومية ذات جدوى يمكن الاستعانة بها لتأهيل المنظومة الصحية والمساهمة في تعزيز التماسك الاجتماعي في البلاد.

في نونبر 2022، صادق البرلمان بمجلسيه على القانون رقم 27.22 القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، فيما يخص نظام التأمين الاجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك؛ مع احتفاظهم بجميع المكتسبات الممنوحة لهم في إطار نظام المساعدة الطبية (راميد). فخلافا للنظام التأميني السابق الذي كان يسمح للفئات المعوزة بالولوج المجاني للعلاجات في القطاع العمومي، جاء نظام "أمو –تضامن" أي نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ليفتح هامشا واسعا أمام العديد من الفئات الجديدة. وبموجب هذه المقاربة المبتكرة، انتقل إجمالي المستفيدين وذوي حقوقهم إلى ما يناهز 11 مليون شخص، بعد أن تم إدماج 4 ملايين أسرة في هذا النظام، حيث تتمتع الأسر المستفيدة من مجانية التطبيب والاستشفاء بمختلف المؤسسات الصحية العمومية، وكذا من نفس سلة الخدمات التي يقدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عند الولوج للعلاج في القطاع الصحي الخاص[1]. بالموازاة مع ذلك، جرى توسيع نطاق التأمين عن المرض ليشمل فئة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا، وذلك في إطار نظام خاص بهم يسمى اختصارا "أمو– العمال غير الأجراء" (AMO-TNS). كما تم بداية سنة 2024 إحداث نظام إضافي يحمل اسم "أمو– الشامل" موجه للأشخاص غير المؤهلين للاستفادة من نظام أمو– تضامن ولا من أي نظام آخر. غير أن نظام التأمين الاجباري عن المرض، بقدر ما يحمل من آثار إيجابية مهيكلة، بقدر ما يواجه صعوبات بل وينطوي على مخاطر بنيوية محتملة، ما يحتم المزيد من الجهود من أجل استكماله وضمان استدامته.

وإذا كان ورش تعميم التأمين الاجباري الأساسي عن المرض يشكل أحد أهم المنجزات في المجال الاجتماعي في تاريخ المغرب الحديث، ونجح في تغطية ما يزيد على عشرة ملايين شخص مسجل، وهو ما يبين أن نظام راميد يشكل تقدما ملموسا على درب تعميم التغطية الصحية. فإن استكماله يواجه جملة من التحديات على مستوى حكامته، وضمان استدامته المالية، والرفع من مستوى عرض الرعاية الصحية، وتحسين طرق استهداف المستفيدين حسب نهج متكامل وتشاركي، وهي تحديات

[1]– أنظر "دليل التأمين الإجباري عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك"، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي:
https://www.cnss.ma/sites/default/files/old/files/files/Guide%20Ramedistes_ar%2002_12.pdf

ومشاكل بنيوية تتطلب اشتغالا جماعيا على المستويات القانونية والتقنية والتنظيمية، في أفق توفير منظومة للتأمين الأساسي عن المرض وطنية، تضامنية ومستدامة.

المطلب الثاني: نظام المساعدة الطبية: تقييم الأداء ومساءلة الأثر

يكتسي التقييم في مجال السياسات العمومية أهمية كبرى، حيث يتطلب مبدئيا الوقوف على الآثار الفعلية الناجمة عن تطبيقها، وبفضل عملية التقييم يمكن لصانعي السياسات العمومية مراجعة البرنامج أو المشروع بالنظر لما حققه من عوائد.

وفضلا عن المؤسسة التشريعية التي خولها الدستور دورا مهما في تقييم السياسات العمومية (الفصول 70 و100و101 من الدستور)، تمت دسترة فاعلين جدد في التدخلات العمومية، ومنحها حق تقديم المساعدة للبرلمان والحكومة، سواء عند وضع السياسات أو عند تقييمها، بحيث أسس المتن الدستوري لميلاد هيئات يمكن أن تصنف بحسب الأستاذ حسن طارق كمؤسسات " مدسترة"[1]، مقارنة بالمؤسسات الدستورية "التقليدية" المرتبطة بالسلط الأساسية كالملكية والحكومة والبرلمان والقضاء. كما أنها مؤسسات لا تخضع لا للسلطة الرئاسية للحكومة ولا لوصايتها، وهو ما يعني أن هيئات الحكامة ليست بإدارات موضوعة تحت تصرف الحكومة، على غرار باقي الإدارات العمومية التي يشير إليها الفصل 89 من الدستور[2].

وفي سياق تقييم نظام المساعدة الطبية، سنركز على تقييم التجربة النموذجية لتطبيق هذا النظام بجهة تادلة أزيلال (الفقرة الأولى)، كما سنركز على مؤسسات المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي والمجلس الأعلى للحسابات ومؤسسة الوسيط، وهي مؤسسات دستورية تلعب دورا هاما في تقييم نجاعة السياسات العمومية من خلال التقارير التي تقوم بصياغتها وكذلك الآراء والاقتراحات التوصيات الصادرة عنها (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: تقييم نظام المساعدة الطبية من خلال التجربة النموذجية

انطلق العمل بنظام المساعدة الطبية "راميد" سنة 2008 على شكل تجربة نموذجية (expérience pilote) همت جهة تادلة أزيلال، والتي تعد واحدة من أكثر الجهات ضعفا من حيث التغطية الصحية، كما أن اغلبية ساكنة هذه الجهة يصنفون ضمن الفئات الأكثر فقرا وهشاشة حسب إحصاء المندوبية السامية للتخطيط سنة 2002[3].

وفي إطار الدراسة التي أعدتها وزارة الصحة حول هذه التجربة[1]، يظهر أن نظام راميد كان له بعض النتائج الإيجابية على مستوى المساهمة المباشرة للمستفيدين في نفقات العلاج، حيث أظهرت تراجع نسبة نفقات العلاج المباشرة للأسر ب 29 بالمائة

[1]- حسن طارق، "الربيع العربي والدستورانية، قراءة في تجارب المغرب، تونس ومصر"، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، سلسلة مؤلفات واعمال جامعية، العدد 105، السنة 2014، ص 65.

[2]- حسن طارق،" هيئات الحكامة في الدستور: السياق، البنيات والوظائف"، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، سلسلة مؤلفات واعمال جامعية، العدد 125، الطبعة الثانية 2019، ص 40.

[3] -Ministre de la sante, Direction des hôpitaux et des soins ambulatoires, structure et analyse Des couts des hôpitaux publics au Maroc, Edition 2009, P, 13.

بجهة تادلة أزيلال. كما انعكست هذه التجربة أيضا بشكل إيجابي على مستوى تحسين مستوى المراكز الصحية الموجودة على مستوى الجهة من خلال عمليات الإصلاح والترميم التي شهدتها هذه المراكز، وتجهيزها بالأطقم الطبية المطلوبة وتوفير الإمكانيات والموارد المالية الكافية. لكن تقييم هذه التجربة النموذجية كشف أيضا مجموعة من الصعوبات والاختلالات الوظيفية التي لازمت تطبيق هذا النظام.

ففيما يتعلق بالشق المتعلق بالتمويل، ظلت طريقة تمويل البرنامج بعيد كل البعد عن الواقع وتتطلب إعادة النظر[2]، كما أظهر التقييم أن نظام المساعدة الطبية لم يتم تجريبه بشكل كاف بسبب ضعف التواصل في تعريف المواطنين المعنيين به وسحب ملفات الانخراط فيه، خاصة وأن أغلب الساكنة المستهدفة به تقطن في البوادي والمناطق الجبلية[3].

ومن وجهة نظر قانونية وتنظيمية، تعتبر المقتضيات التي تم إعدادها لهذه الجهة غير كافية وغير مناسبة، فمن خلال قراءتنا لمعايير الأهلية، يلاحظ أنها صعبة التطبيق وفي حاجة لتحديث بياناتها على ضوء الدراسة التي أنجزتها المندوبية السامية للتخطيط حول الدخل سنة 2007، كما أن استمارة الأهلية التي تم اعتمادها تشوبها مجموعة من الاختلالات وتصطدم بالقيود الموجودة على أرض الواقع، حيث بينت الدراسة أن 74 في المئة من الفئة المستفيدة أمية[4].

ومن الانتقادات الموجهة لهذه التجربة أيضا نجد الإعلان عنها في ظرف قياسي دون توفير الشروط المناسبة لتفعيل البرنامج، ودون تقديم تحفيزات لموظفي القطاع الذين يقومون باستقبال المرضى حاملي بطائق "راميد"، أضف إلى ذلك عدم تعزيز القدرات الإدارية والتدبيرية في مستشفيات وملاءمة العرض الصحي للاحتياجات المتزايدة، مما يدفع المعنيين إلى البحث عن مسالك العلاج خارج الجهة مع ما يعنيه ذلك من أثقال كاهلهم بتكاليف العلاج وزيادة مصاريف التنقل.

وبعد التجربة النموذجية بجهة تادلة أزيلال، قررت الحكومة سنة 2012 تعميم العمل بنظام "راميد" دون ملاءمة المنظومة الصحية للاحتياجات الإضافية التي يفرضها النظام، ودون اعتبار نتائج التجربة النموذجية. لكن التعميم لم يؤدي إلا إلى زيادة الضغط على الخدمات الصحية واستنزاف الموارد بالمستشفيات العمومية، والتي كان لها عواقب سلبية على تنظيم العلاجات، وإعاقة وصول الفئات الهشة والفقيرة إلى رعاية صحية جيدة، فضلا عن تحديات أخرى رصدتها تقارير المؤسسات الدستورية وهيئات الحكامة.

الفقرة الثانية: تقييم نظام المساعدة الطبية من خلال تقارير المؤسسات الدستورية

---

[1] -Ministre de la Santé: EMCA audit et conseil, Ramed l'évaluation de l'expérience pilote de Tadla Azilal, Mot de synthés février 2010, P 66.

[2]- المرصد الوطني للتنمية البشرية، تقرير نظام المساعدة الطبية راميد، 2017، ص 55.

[3]- علي إكو، تقييم السياسة الصحية بالمغرب: من برنامج المساعدة الطبية راميد إلى تعميم التغطية الصحية، أطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية ظهر المهراز فاس، السنة الجامعية 2025/2024، ص 206.

[4] - Ministre de la Santé. Op cit p 24.

على الرغم من المنجزات التي حققها قطاع الصحة ببلادنا، ولاسيما في مجال تعميم التغطية الصحية الأساسية وتوسيع نظام التأمين الاجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية "راميد"، الذي ساهم إلى حد كبير في تحسين معدل التغطية الصحية منذ تعميمه سنة 2012، إلا أنه مازال يواجه العديد من أوجه القصور والمشاكل البنيوية التي تهدد نجاعة وفعالية هذا النظام. وتكاد تجمع مختلف التشخيصات المنجزة في القطاع الصحي (تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير مؤسسة الوسيط، تقارير المجلس الأعلى للحسابات،)، على أن الخدمات الصحية العمومية لا تزال دون مستوى انتظارات المواطنين وتطلعاتهم المشروعة إلى خدمات صحية متاحة، فعالة وذات جودة.

في هذا السياق، أكد المجلس الأعلى للحسابات، الذي يعتبر مؤسسة دستورية للرقابة[1]، في تقريره السنوي لسنتي 2016 و2017، أن نظام المساعدة الطبية كسياسة عمومية في مجال الصحة ساهم في الولوج إلى الخدمات الصحية، غير أن التناقض بين القانون 65.00 والمرسوم 2.08.177 بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من القانون 65.00 كما تم تغييره وتتميمه، تبين عن عدم الوضوح في تدبير موارد نظام المساعدة الطبية، كما أن المساهمات الممنوحة في إطار نظام المساعدة الطبية لا تأخذ بعين الاعتبار طبيعة وكلفة الخدمات المقدمة للمستفيدين من النظام، إضافة إلى صعوبة تقييم كلفة نظام المساعدة الطبية وعدم الحرص على فوترة الخدمات المقدمة في إطار هذا النظام[2].

أما المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي[3]، والذي يعد أيضا مؤسسة دستورية مستقلة تم تنصيبها من طرف جلالة الملك مُحَمَّد السادس يوم 21 فبراير 2011، فاعتبر في تقريره السنوي لسنة 2023، أنه رغم التقدم الملحوظ في تسريع تعميم نظام التامين الاجباري الأساسي عن المرض، فمازال يواجه العديد من التحديات، ترتبط، من ناحية، بتحدي الشمولية، إذ بالإضافة إلى وجود فئة غير مسجلة في أي نظام للتأمين على المرض، هناك أكثر من 3,5 مليون شخص مسجلون فعليا في منظومة التأمين عن المرض، لكنهم في وضعية "الحقوق المغلقة"، وبالتالي لا يستفيدون من تغطية مصاريف العلاجات[4].

ومن ناحية أخرى، يواجه نظام التأمين الاجباري الأساسي عن المرض تحديا على مستوى استدامة تمويل النظام بشكل عام وضمان الولوج الجغرافي لعرض صحي ذي جودة بالنظر إلى التفاوتات بين مختلف المجالات الترابية على مستوى العرض الصحي. ذلك أن خمس جهات من جهات المغرب الاثني عشر تتركز فيها أكثر من 60 بالمائة من المؤسسات الاستشفائية والمصحات

[1]- حسب الفصل 147 من الدستور المغربي لسنة 2011، يمارس المجلس الأعلى للحسابات مهمة تدعيم وحماية مبادئ وقيم الحكامة الجيدة والشفافية والمحاسبة بالنسبة للدولة والأجهزة العمومية.

[2]- المجلس الأعلى للحسابات، التقرير السنوي برسم سنتي 2016 و2017، ص 107.

[3]- الظهير الشريف رقم 1.14.124 صادر في 3 شوال 1435(31 يوليو 2014) بتنفيذ القانون التنظيمي رقم 128.12 المتعلق بالمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الجريدة الرسمية ع 6282، 17 شوال 1435 (14 أغسطس 2014).

[4]- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير حول "تعميم التأمين الإجباري عن المرض: حصيلة مرحلية. تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها"، إحالة ذاتية رقم 2024/80، ص 20.

الخاصة[1]، مما يبرز الفوارق في الولوج إلى العلاجات على المستوى الوطني[2]. ولكي يتسم أي نظام للتأمين الاجباري عن المرض بالشمولية والولوج المتاح للجميع، يتعين أن تكون الاستفادة من خدماته قائمة على مبدأ الانصاف، غير أن هذا المبدأ يصعب تحقيقه في ظل التفاوتات الصارخة، أبرزها التفاوتات المسجلة في نسب الاشتراك بين مختلف الأنظمة[3]، أو التفاوت على مستوى التغطية[4].

من جهتها، كشفت مؤسسة الوسيط[5]، في تقريرها السنوي لسنة2024[6]، أن ورش تعميم التغطية الصحية الأساسية، رغم حيويته، عانى من مجموعة من الأعطاب التي تتقاطع فيها أبعاد زمنية (تأخر أو تعثر في الولوج للخدمة)، وموضوعية (القصور في تحقيق الأثر الاجتماعي المتوخى)، وفئوية (عدم التناسب بين الفئات المستهدفة والمستفيدة فعليا من البرنامج). وكشفت مؤسسة الوسيط، أنه رغم الأهمية الاستراتيجية لتعميم التأمين الإجباري عن المرض باعتباره إحدى ركائز الدولة الاجتماعية، ورافعة مركزية لتقليص الفجوة في الولوج إلى التغطية الصحية، فقد تم رصد مجموعة من الاختلالات الجوهرية التي تعيق تنفيذ هذا البرنامج بالشكل المطلوب، وتؤثر سلبا على فعاليته المفترضة، وتتثمل أبرز هذه الاختلالات في:

- الحرمان من الاستفادة بسبب صعوبات الولوج الرقمي للتسجيل عبر المنصات الرقمية المخصصة لهذا النظام، فبسبب ضعف كفاياتهم الرقمية، يلجأ عدد كبير من المستهدفين إلى الاستعانة بخدمات وسطاء غير مؤهلين مع ما يترتب عن ذلك من إدخال معطيات خاطئة أو استغلال بياناتهم. وهو ما يستلزم تبسيط مساطر الانخراط وتوفير مواكبة رقمية للفئات الهشة.

- غياب العدالة في مؤشر الاستهداف في تحديد الأحقية في الاستفادة، إذ أدى اعتماد بعض المؤشرات غير الدقيقة في تصنيف الأسر مثل نوعية الأغراض المملوكة أو التجهيزات المنزلية أو طبيعة النشاط المزاول بالنسبة للأشخاص المنتمين للقطاع الفلاحي، إلى حرمانها من الاستفادة من هذا البرنامج رغم هشاشتها الفعلية، وهو ما يعيد إلى الواجهة الحاجة لإعادة النظر في مسطرة الاستهداف والتصنيف المهني.

---

[1]-حسب المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، فإن الجهات الخمس المعنية هي: الدار البيضاء-سطات، الرباط -سلا-القنيطرة، طنجة-تطوان-الحسيمة، فاس-مكناس ومراكش- آسفي.

[2] -MOUSTATRAF, Abdellatif. Le régime d'assistance médicale au Maroc, critique Holistique et pistes de réforme. Thèse de doctorat en Sciences de la Vie et de la Santé, Rabat, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V, 2019. p.87.

[3]- مثلا يؤدي موظفو القطاع العام وأجراء القطاع الخاص مبلغ الاشتراك على أساس دخلهم الحقيقي، بينما تؤدي فئات أخرى واجب اشتراك جزافي (أمو- العمال غير الأجراء) أو حسب المؤشر المحصل عليه برسم السجل الاجتماعي الموحد (أمو- الشامل).

[4]- مثلا يستفيد المؤمنون لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS) من مستوى تغطية أعلى بشكل ملحوظ مقارنة بالمؤمنين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS).

[5]- مؤسسة وسيط المملكة (ديوان المظالم سابقا) حسب الفصل 162 من الدستور 2011، هي مؤسسة وطنية مستقلة ومتخصصة، مهمتها الدفاع عن الحقوق في نطاق العلاقات بين الإدارة والمرتفقين، والاسهام في ترسيخ سيادة القانون، وإشاعة مبادئ العدل والانصاف، وقيم التخليق والشفافية في تدبير الإدارات والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية والهيئات التي تمارس صلاحيات السلطة العمومية.

[6]- مؤسسة الوسيط، التقرير السنوي لسنة 2024، الجريدة الرسمية عدد ع 7423 مكرر- 26 محرم 1447(22 يوليوز 2025)، ص 5447.

خاتمة:

انخرطت الدولة في تنفيذ عدد من البرامج الاجتماعية الكبرى، الرامية إلى تكريس العدالة الاجتماعية وضمان الحقوق الأساسية للمواطنين، وتحسين شروط الولوج إلى الخدمات ذات الطابع الاجتماعي، على قاعدة المساواة والانصاف في الاستفادة. ويعد نظام المساعدة الطبية أحد الأوراش الكبرى التي تهدف إلى تحسين الولوج إلى العلاج والخدمات الصحية لفائدة الفئات الاجتماعية الأكثر فقرا وهشاشة. نظام عمومي يقوم على أساس التكافل ويستهدف فئات محددة من الشرائح الاجتماعية ذات الدخل المحدود. وقد مضى ما يزيد على عقد من الزمان على تعميم العمل بهذا النظام، وهي مدة كافية لتقييم حصيلته مؤقتا لاستدراك ما يشوبه من نقائص وما يعترضه من إكراهات، والاستفادة أكثر مما يتيحه من فرص.

إن الاختلالات المسجلة في تدبير نظام المساعدة الطبية، والتي توقفت عندها تقارير المؤسسات الدستورية وهيئات الحكامة، لا يجب أن ينظر إليها كمجرد انعكاس لاختلالات وقصور في الأداء الإداري أو أن تختزل فقط في معطيات كمية أو قراءات ظرفية. بل إن هذا الاختلالات، فضلا عن كونها تمس بشكل مباشر جوهر الحق في الولوج العادل والمنصف إلى العلاجات، فإنها تسائل، في عمقها، نجاعة السياسات العمومية الاجتماعية وجدوى التدابير المعتمدة لتنفيذها، وقدرتها على الاستجابة الفعلية لحاجيات المجتمع، وهو ما يستدعي تفكيرا جماعيا لتجديد أدوات التدبير والتخطيط العمومي، ومدى التزام الإدارات المعنية بتفعيل المبادئ الدستورية المؤطرة للمرفق العمومي وفي مقدمتها ضمان انصاف اجتماعي حقيقي يراعي الأوضاع الواقعية للفئات المستهدفة، وذلك ضمن منظومة موحدة وشاملة للتأمين الأساسي عن المرض، تكون مستدامة على المستوى المالي وقادرة على الاستمرار على المدى الطويل.

لائحة المصادر والمراجع:

أ- باللغة العربية

الأطروحات والرسائل:

- علي إكو، تقييم السياسة الصحية بالمغرب: من برنامج المساعدة الطبية راميد إلى تعميم التغطية الصحية، أطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية ظهر المهراز فاس، السنة الجامعية 2025/2024.
- أحمد الصادقي، أنظمة التغطية الصحية بالمغرب، نظام المساعدة الطبية نموذجا، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون الخاص، كلية الحقوق السويسي، الرباط، السنة الجامعية 2012-2013.
- لمياء أزرن، الإصلاح في المجال الصحي: التغطية الصحية نموذجا، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون العام، كلية الحقوق أكدال، الرباط، السنة الجامعية 2005-2006.

- **المقالات:**

- سعد الرجراجي، الحق في الصحة الواقع والآفاق دراسة مقارنة، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 112، السنة 2016.
- يوسف حمومي، أنظمة التغطية الصحية: واقعها ودواعي إصلاحها. مجلة الحقوق، العدد 20، السنة 2017.

- **التقارير**

- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير حول "تعميم التأمين الإجباري عن المرض: حصيلة مرحلية. تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها"، إحالة ذاتية رقم 2024/80.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير حول" واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، إحالة ذاتية رقم 2018/34.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير حول "الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم"، إحالة رقم 2013/6.
- مجلس النواب، تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، أبريل 2021.
- المرصد المغربي للتنمية البشرية، دراسة حول الفوارق للاستفادة من الرعاية الطبية بالمغرب، دراسة حالة 2017.
- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، تقرير أنشطة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، نظام المساعدة الطبية، سنة 2016.

النصوص القانونية:

- ظهير شريف رقم 1.02.296 صادر في 25 رجب 1423 (3 أكتوبر 2002) بتنفيذ القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية. ج. ر.ع 5058 الصادرة بتاريخ 16 رمضان 1423 (21 نوفمبر 2002).

ب – باللغة الأجنبية

–Rapports

- Agence Nationale de l'Assurance Maladie. Rapport annuel global de l'assurance maladie obligatoire.2018.

-Agence Nationale de l'Assurance Maladie. Rapport Annuel global de l'assurance maladie obligatoire 2019.

-Banque Mondiale. Programme pour résultats d'amélioration de la santé première dans les zone rurales, évaluation des systèmes de gestion environnementale et sociale au Maroc, Banque Mondiale. 2015.

-Ministre de la Santé, Rapport d'évaluation du test pilote du régime d'assistance Médicale AUX économiquement démunis dans la région Tadla Azilal, Févier, 2010.

-Royaume du Maroc, «Programme pour résultat d'amélioration de la santé primaire dans les zones rurales»، document de banque mondiale. 2015.