التمكين من الحق في الصحة وسؤال الدولة الاجتماعية في المغرب

Empowering the Right to Health and the Question of the Social State in Morocco

Ibrahim EL YAHYAOUI إبراهيم اليحياوي

حاصل على الدكتوراه في القانون العام، باحث في حقوق الإنسان والحركات الاجتماعية، جامعة مُحَمَّد الأول – وجدة

Doctor of public law, Researcher in human rights and social movements, Mohammed first University – Oujda

ملخص: عرف المغرب خلال السنوات الأخير سيادة خطاب "الدولة الاجتماعية" في مختلف النقاشات العمومية الرسمية وغير الرسمية، تركزت أساسا حول كيفية كسب رهان تحقيق التنمية في مختلف تجلياتها بما يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة، وهو الأمر الذي يستوجب تدخل الدولة للاضطلاع بمسؤوليتها لتمكين المواطنات والمواطنين من حقوقهم الأساسية، خصوصا ذات الطابع الاقتصادي والاجتماعي. وفي هذا السياق عمل المغرب على إقرار استراتيجية تعزيز أوراش النهوض بالأوضاع السوسيو-اقتصادية بمدخل تحسين الوضع المعيشي، وتوفير فرص الشغل للشباب، وحماية الأسرة والطفولة، وتوفير مناخ الإحساس بالأمن والتضامن الاجتماعيين عبر دعم الفئات الهشة في المجتمع، والعمل على إتاحة التعليم العمومي للجميع بدون تمييز وتجويده، وتأهيل المنظومة الصحية لتمكين المغاربة من التمتع بحياة خالية من الأمراض، تتوفر فيها جودة الخدمات الصحية والطبية ومجانيتها؛ هي مجموعة من الإجراءات والتدابير الحكومية تمت بلورتها في ورش "تعميم الحماية الاجتماعية"، هذه الآلية التي تتأسس على مقومات معيار التمكين من الحقوق الاقتصادية والاجتماعية في مجموعها، وفي مقدمتها الحق في الصحة، والرعاية الصحية، والوصول إلى العلاج الجيد والمجاني، القائم على الإنصاف وانتفاء الفوارق الاجتماعية والمجالية. وبهذا يكون معيار التمكين من الحق في الصحة كما هو متعارف عليه في الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان التي صادق عليها المغرب، المدخل المحوري لتفعيل آلية الحماية الاجتماعية، كما يشكل مبدأ إعماله من عدمه التحدي الرئيسي لقياس مدى وجاهة الخطاب حول مفهوم "الدولة الاجتماعية" أو "دولة الرعاية الاجتماعية" في المغرب.

كلمات مفتاحية: الدولة الاجتماعية، الحق، الصحة، الرعاية، التمكين.

In recent years, Morocco has witnessed a growing focus on the issue of the "social state" in both official and unofficial public discussions. These discussions mainly revolve around how to achieve development in its various forms, in line with sustainable development goals, which requires state intervention to ensure that citizens can access to their basic rights, particularly those of an economic and social nature.

In this context, Morocco has developed a strategy aimed at promoting socio-economic conditions, enhancing living standards, providing job opportunities for youth, protecting families and children, fostering a sense of security and social solidarity, supporting vulnerable groups, improving the quality of education and ensuring this right for all without discrimination. Moreover, the Moroccan government has reformed the healthcare system to enable citizens to enjoy a healthy life with quality, and free healthcare services. It is a set of governmental procedures and measures that were formulated in the framework of "Social Protection Generalization" workshops. This mechanism is based on the principles of enabling access to economic and social rights as a whole, with a focus on the right to health, healthcare, and access to good and free treatment, grounded on fairness and the reducing of social and spatial inequalities. Thus, the standard of empowerment of the right to health, as recognized in the international human rights treaties ratified by Morocco, seems to be the key step for implementing the social protection in the country, and so establishing the so-called "welfare state."

Keywords: social state, right, health, care, empowerment.

مقدمـــة

شكل موضوع وظيفة الدولة محور النقاشات الحادة والمكثفة التي صاحبت فكرة نشأتها وتطورها، وقد كانت للمتغيرات السياسية والسوسيو–اقتصادية التي عرفتها مراحل تطور المجتمعات، الدور البارز في إحداث قطائع معرفية حاسمة في تحديد دور الدولة وماهية المهام التي تستوجب الاضطلاع بها؛ وكان من بين المفاهيم التي تقاطعت حولها العديد من التصورات رغم اختلاف منطلقاتها، هو مفهوم "الدولة الاجتماعية" أو "دولة الرفاه" والذي يعني في مجمله: تدخل الدول وحكوماتها من أجل ضمان الخدمات الأساسية للمواطنات والمواطنين وحمايتها، وتعزيز التماسك والتضامن الاجتماعيين، لضمان بناء مجتمع حر وعادل، ويحقق الكرامة والرفاهية للمواطنات والمواطنين، بما تقتضيه مبادئ المساواة وتكافؤ الفرص وعدم التمييز. وبهذا تكون الدولة الاجتماعية هي الطرف الرئيسي الملزم لإقامة آلية الرعاية الاجتماعية بوصفها فضاءً مؤسساتيا وقانونيا يعمل على إنتاج الرفاه والازدهار الاقتصادي والاجتماعي، ويوفر الخدمات الصحية والتعليمية وفرص الشغل وحماية حقوق الفئات الهشة ومحاربة الفقر والهشاشة، مع تأمين النفقات والموارد المالية اللازمة لذلك، مما يؤهلها لتأسيس مبادئ دولة المواطنة التي تلتزم باحترام مبادئ حقوق الإنسان في كونيتها وشموليتها، وفي جانبها الاقتصادي والاجتماعي بالدرجة الأولى.

لم يكن واقع المغرب مستقلا عن السياق الإقليمي والدولي، بخصوص الاهتمام بالقضايا الاجتماعية وتعزيزها، إذ عمل على وضع استراتيجية النهوض بالحقوق الأساسية للمواطنات والمواطنين، وفي مقدمتها الحق في الصحة والرعاية الصحية، والضمان الاجتماعي، وحماية الأسرة والطفولة، والتمكين من الولوج إلى الحق في التعليم، وتوفير فرص الشغل ومكافحة مظاهر الفقر، وغيرها من الحقوق الأساسية التي تتميز بالطابع الجماعي والاجتماعي، والتي تستوجب تدخل الدولة لحمايتها قانونيا، وتأطيرها مؤسساتيا، ودعمها ماليا، مما يكس معايير وأسس دولة الرعاية الاجتماعية التي تبلورت أسسها وأدوارها بتكريس قاعدة الالتزام بالشرعة الدولية لحقوق الإنسان، وتبني الحقوق الاقتصادية والاجتماعية كإطار مرجعي للحقوق ذات الطبيعة الجماعية، وهذا ما كرسه المغرب منذ الاستقلال، وعمل على تثبيته في الوثيقة الدستورية سارية المفعول التي اعتمدها سنة 2011.

من المعلوم أن رهان التمكين من الحق في الصحة يشكل إحدى الركائز الأساسية التي تقوم عليها فلسفة الحماية الاجتماعية، لأنه من الصعب الحديث عن مؤشرات تحسن الوضعية الاجتماعية، دون ضمان الرعاية الطبية وتوفير التغطية الصحية، باعتبارهما حقوقا جوهرية مرتبطة بالحياة اليومية للناس، كما هو شأن باقي الحقوق الأخرى ذات الصلة. وفي هذا السياق حرص المغرب منذ الاستقلال على وضع الحق في الصحة واستراتيجية الولوج إلى العلاج، من أولويات العمل الحكومي والتدبير السياسي للقطاعات الاجتماعية، منذ المناظرة الوطنية حول الصحة لسنة 1959، ومرورا بجميع الوثائق الدستورية من دستور 1962 إلى دستور 2011، والذي أعقبته العديد من التدابير التشريعية والمؤسساتية للنهوض بالمنظومة الصحية وإصلاحها، بدءا بإصدار القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات سنة 2011، ثم تفعيل وتعميم نظام التغطية الصحية الطبية (راميد ramed) ابتداءً من سنة 2012، وصولا إلى إصدار القانون الإطار 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية

بتاريخ 23 مارس 2021، والذي يسعى إلى بناء منظومة قوية توفر الحماية الاجتماعية للفئات الأكثر هشاشة، والمتمثلة بالدرجة الأولى في توسيع التغطية الصحية الإجبارية، والتأمين الإجباري عن المرض.

من الأهمية بمكان الإشارة إلى أن الوظيفة الأساسية للدولة الاجتماعية تتجلى في التدخل الفعلي والإيجابي لتفعيل معيار إعمال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية عموما، ومن بينها الحق في الصحة باعتباره حقا جوهريا مرتبطا بالحياة اليومية للناس لا يقبل التنازل أو التأجيل، وهو معيار يتطلب تخصيص مقدرات مالية وموارد بشرية، بما يتوافق مع مبادئ التدرج والإمكانيات لضمان حق المواطنين في الولوج إليه بدون تمييز، مما يعني في هذا الإطار، ضرورة دراسة وتحليل برامج السياسات العمومية المعتمدة في قطاع الصحة، للوقوف على مدى ملاءمتها مع المعايير الدولية وانسجامها مع مبادئ الدولة الاجتماعية واستجابتها لتطلعات المغاربة.

✓ تحديد الإشكالية

إن تحليل ودراسة مسؤولية الدولة ومجالات تدخلها لضمان التمتع بالحق في الصحة، وحدود تمكنها من تفعيل معيار الإعمال في ذلك، هو الذي رسم مدخل صياغة الإشكالية التي تبلورت في السؤال التركيبي التالي:

ماهي حدود نجاعة السياسات العمومية في الميدان الصحي لكسب رهان فعلية الحق في الصحة بما يتلاءم مع مبادئ الحماية الاجتماعية ويستجيب لتطلعات المواطنات والمواطنين؟ وهي إشكالية تتفرع عنها مجموعة من الأسئلة ستوجب التحليل من قبيل: أية مسؤوليات تتحملها الدولة ومؤسساتها بخصوص مبدأ إعمال الحق في الصحة كما هو متعارف عليه عالميا؟ ماهي مؤشرات بنية المنظومة الصحية في المغرب المتعلقة بالموارد المالية والبشرية لتوفير العلاج؟ إلى أي حد تمكنت المبادرات الحكومية المرتبطة بتأهيل وإصلاح المنظومة الصحية لتجاوز الاختلالات التي تعاني منها؟ كيف تمكن المغرب من تثبيت مسألة الحماية الاجتماعية كوظيفة أساسية للدولة الاجتماعية؟ وهل ثمة تناقض بين الخطاب الرسمي حول الحماية الاجتماعية والدولة الاجتماعية وواقع أعطاب التمكين من الحق في الصحة؟

✓ الفرضيات

انطلاقا من الإشكالية البحثية والأسئلة الفرعية المرتبطة بها، يمكن وضع الفرضيات التالية كمدخل أساسي لتحليلها:

– إن مبدأ إعمال الحق في الصحة والوصول إلى مستوى فعال من الخدمات الصحية والعلاج في المغرب، وفق ما تقتضيه مبادئ الحماية الاجتماعية وأسس الدولة الاجتماعية، تعترضه عدة إشكاليات هيكلية وبنيوية، تتمثل أبرزها في عدم توفير المقدّرات المالية الكافية المخصصة لقطاع الصحة من الميزانية العامة، كما هي محددة في معايير منظمة الصحة العالمية لضمان تمويل القطاع وتحسين مستوى التغطية الصحية؛

– تتطلب عملية تأهيل قطاع الصحة، بما يتوافق مع معايير وآليات الحماية الاجتماعية ومرتكزات الدولة الاجتماعية، ترسيخ رؤية استراتيجية متكاملة لتوحيد وتنسيق مسار إصلاح المنظومة الصحية، واعتماد سياسات عمومية ناجعة لتعزيز المنهج الوقائي الصحي، وتعزز التدبير الرشيد للموارد البشرية والمالية؛

– تساهم مظاهر التفاوتات المجالية والاقتصادية والاجتماعية بين الجهات والمناطق، وعدم توفير الأطر الطبية وشبه الطبية الكافية، في اختلال بنية المنظومة الصحية، مما يجعلها غير قادرة على تلبية حاجيات المغاربة في مجال المعالجة والتطبيب وفق ما تقتضيه مبادئ حقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية.

✓ **المنهجية المعتمدة**

تهدف هذه الورقة البحثية إلى إثارة النقاش بشأن مقومات وأسس الدولة الاجتماعية، التي تتأسس على ضمان كرامة المواطنات والمواطنين عبر اضطلاعها بمهام التمكين من حقوقهم الأساسية ذات الطابع الاقتصادي والاجتماعي وعلى رأسها الحق في الصحة، كما تسعى إلى فهم العلاقة التركيبية بين مسؤولية الدولة في مبدأ إعمال هذه الحقوق وحدود الإمكانيات المادية والبشرية والتدابير التشريعية التي توفرها من أجل ذلك، ولبلوغ النتائج التي تم طرحها في الفرضيات أعلاه، سيم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، للوقوف على حدود التزامات الدولة ومسؤولياتها للنهوض بقطاع الصحة، بما يتلاءم ومقومات الدولة الاجتماعية، ويستجيب لتطلعات المواطنات والمواطنين. بالإضافة إلى استخراج بيانات المقدرات المادية والمالية والبشرية الضرورية التي يتم اعتمادها لإعمال هذا الحق، وحدود ملاءمتها مع المعايير الدولية، ومن ثم إعادة تركيبها في شكل استنتاجات وخلاصات بعد تحليل بياناتها.

أولا– في تحديد مفهوم الدولة الاجتماعية ومقوماتها

تأسس مفهوم "الدولة الاجتماعية" في سياق تاريخي اتسم باحتدام علاقات الصراع المتشابكة بين الأفكار المتباينة حول وظيفة الدولة وأدوارها، وهو تشابك فكري متناقض طغى على المناخ السياسي وتجلياته الاقتصادية والاجتماعية الذي ساد أوروبا مع نهايات القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، ، حيث بدأت الأسئلة الصعبة تطرح نفسها بخصوص مسؤولية الدولة ومهامها السوسيو–اقتصادية، وحول حدود تفاعلات أدوارها بوصفها جهازا إداريا للمصالح الجماعية، وبين الاختصاصات التي تمارسها سلطتها السياسية لاتخاذ تدابير واستراتيجيات تفرض نفسها كقرارات شرعية ومشروعية[1]،وقد كانت هذه المغيرات النظرية التي طُرحت بحدة بخصوص مسألة العلاقة بين الدولة والسلطة السياسية والمجتمع حتمتها لحظات تاريخية مفصلية، إذ دشنتها تصاعد وتيرة نضالات الحركة العمالية التي توجت بالثورة الروسية في الشرق، مما سيفرض على الغرب بعد ذلك تبني نموذج "دولة الرفاهية" كجواب على الخطر الشيوعي؛ وتدعّمت في الجنوب بانتصارات حركات التحرر الوطني[2]. كما ارتبطت أيضا بسعي الشعوب نحو بناء أوطان تنعم فيها بالحرية، وإرادة تقرير مصيرها السياسي والاقتصادي والاجتماعي، بما يؤهلها للاهتمام بطاقاتها وتطلعاتها، بمعيار تحقيق التنمية باعتبارها "عملية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية شاملة، تستهدف التحسين المستمر لرفاهية السكان بأسرهم والأفراد جميعهم على أساس مشاركتهم، النشطة والحرة والهادفة، في التنمية وفي التوزيع العادل للفوائد الناجمة

[1]– بيير بورديو، **عن الدولة**: دروس في كوليج دو فرانس (1989–1992)، ترجمة مصير مروة، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، بيروت، 2016، ص ص. 65– 66.

[2]– سمير أمين، **الاقتصاد السياسي للتنمية في القرنين العشرين والواحد والعشرين**، ترجمة فهيمة شرف الدين، دار الفرابي، بيروت، 2002، ص.47.

عنها"[1]، وبهذا يكون طموح إقامة أسس "الدولة الاجتماعية"، قائم بالأساس حول توفير المساحة الواسعة في المجتمعات للتمتع بالحقوق الاجتماعية والاقتصادية الأساسية، وتعزيز أسس التنمية والنهوض بها بدعائم سياسية تستند إلى توفير بنية سلطة سياسية للدولة ترتكز على معيار سيادة القانون كضمان للديمقراطية وحرية المشاركة في اتخاذ القرار.

لقد كان الجدال النظري بخصوص المحددات والمتغيرات الحاسمة في وظائف الدولة يتثمل أساسا في التحديد الدقيق للازدواجية الوظيفية للدولة وتفصلاتها، والتي كانت محصورة بين الفكرة التي لخصها بيير بورديو (Pierre Bourdieu) باعتبار الدولة "حقل السلطة الذي يمكن تسميته "حقلا إداريا" أو "حقل الوظيفة العمومية" الذي يمتلك الاحتكار المشروع والشرعي للعنف المادي والرمزي من أجل إنتاج التراتبيات الاجتماعية وقوننتها قوننة شرعية"[2]، وبين الفكرة القائلة بضرورة "إعطاء الدولة الدور الحاسم في سلسلة من الأنشطة من أجل تأهيلها، من قبيل التدخل في مجال البحث العلمي، وفي إعادة بنية الاقتصاد، وفي نظام الدراسة والتأهيل الوظيفي، وفي مجالات مثل السكن والصحة والنقل والرعاية الاجتماعية، وتنظيم البيئة، والاستهلاك الجماعي، وغيرها من الإجراءات التي تترتب عليها نتائج سياسية واقتصادية واجتماعية هامة"[3]. بمعنى أن النقاش ركز على تحيد ماهية وظائف الدولة والغاية من وجود كيانها، وهو ما تم حسمه عبر ما تمت مراكمته من تفاعلات نظرية مختلفة، التي فرضتها سياقات تاريخية متعددة –خصوصا في أوروبا (آثار الحربين العالميتين الأولى والثانية، والأزمة الاقتصادية 1929، وتصاعد نضالات الحركة العمالية، وتمدد الأفكار الاشتراكية وانتشارها...)، إلى تقاطع الرؤى المختلفة حول ضرورة انتقال وظائف الدولة من مفهوم " الدولة الحارسة" (Etat gendarme) في شكلها المحدد والتقني، إلى مفهوم "دولة الرفاه " (Etat providence)، هذه الأخيرة التي تضطلع، إلى جانب دورها الأمني والدفاعي، بمسؤولية التدخل لتوفير الحقوق الأساسية للمواطنات والمواطنين خصوصا ذات البعد الاقتصادي والاجتماعي، عبر إقرار سياسيات عمومية متوازنة للنهوض بالحقوق ذات الصلة وحمايتها.

وبهذا تكون "دولة الرعاية الاجتماعية" هي تلك التي يتمثل هدفها في التدخل من أجل تعزيز التماسك والتكامل والشمول الاجتماعي، الذي يضمن بناء مجتمع حر وعادل وأكثر أمانا، ويحقق الكرامة والرفاهية لأكبر عدد من الأفراد[4]، كما أنها تمثل نموذج الدولة الحديثة التي لم تعد تتلخص سيادتها في ضبط النظام العام الداخلي وحراسة الحدود، بل أصبحت فيها "الثقافة واللغة والمسكن وتوفير المناعة للصناعة الوطنية لضمان قدرتها التنافسية، وتطوير القدرات الاقتصادية، وضبط الصراعات الاجتماعية وتحقيق السلام الاجتماعي، وضمان العدل في توزيع الثروات الاجتماعية وتأمين الرفاه الاجتماعي، عن طريق توفير الخدمات العامة الصحية والتربوية والترفيهية، وضبط حركة السوق والاستهلاك، والتحكم في سياسة الأسعار والتضخم والأجور

[1]– راجع ديباجة إعلان الحق في التنمية، اعتمد ونشر بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 41/ 128، بتاريخ 4 دجنبر 1986.

[2]– بورديو، مرجع سابق، ص ص. 18، 29.

[3]– نيكولاس بولانتزاس، **نظرية الدولة**، ترجمة ميشيل كيلو، دار الفرابي، بيروت، 2007، ص ص. 177– 178.

[4]– جون ديكسون وروبرت شيريل، **دولة الرعاية الاجتماعية في القرن العشرين**: تجارب الأمم المتقدمة في تكريم الإنسان، ترجمة سارة الذيب، الشبكة العربية للأبحاث والنشر، بيروت، 2014، ص. 322.

وسوق الشغل،من صلب المهمات التي تضطلع بها"[1]؛ مما يعني أن هدف دولة الرفاه أو الدولة الاجتماعية يتثمل في إقرار سياسات واستراتيجيات عمومية وبرامج تنموية، تستهدف تعزيز أوراش النهوض بالوضع الاجتماعي في شموليته، والتي يجب أن تقوم بالأساس على تحسين الوضع المعيشي، وتوفير الشغل للجميع دون تمييز والتعويض عن فقدانه، وضمان الحق في التمتع بحياة خالية من الأمراض تتوفر فيها جودة الخدمات الصحية والطبية ومجانيتها، والإحساس بالأمن الاجتماعي عبر تعزيز مظاهر التضامن والتماسك الاجتماعيين.

لقد طغى بشكل مكثف في الآونة الأخيرة مفهوم "الدولة الاجتماعية" على الخطاب الرسمي في المغرب، وهوما أثار نقاش السياقات السياسية والاجتماعية المحيطة به، وحدود تمكن المغرب من تثبيت نموذج "الدولة الاجتماعية" كما تطورت تاريخيا، واضطلاعها بمسؤولية تمكين المواطنات والمواطنين من حقوقهم الأساسية، خصوصا تلك المرتبطة بالحماية الاجتماعية والضمان الاجتماعي، والنهوض بالوضع التنموي القادر على معالجة المعضلات الاجتماعية في مختلف تجلياتها، هذا دون إغفال إشكالية عدم وضوح التصور الذي يصرفه هذا الخطاب بخصوص مفهوم الدولة الاجتماعية وتمظهراته، "سواء على مستوى تحليل مضامينه ومقوماته وحيثياته، أو من حيث خصوصياته في السياق المغربي الحالي، خاصة بعد إعلان فشل النموذج التنموي (مبادرة التنمية البشرية)، وما واكب ذلك من آمال شعبية وخطابات رسمية رفعت سقف التحدي الاجتماعي إلى أفق تعميم الحماية الاجتماعية لجميع المواطنات والمواطنين، وتحقيق طموح "الدولة الاجتماعية"[2]، بما تعنيه من وظيفة تدخلية في المجالات الاقتصادية والاجتماعية، لتعزيز القدرات المادية والبشرية لتعميم التضامن الاجتماعي، وإقرار التغطية الصحية للجميع، والتعويض عن فقدان الشغل، ورعاية المسنين، وتوفير الإمكانيات الضرورية لحماية الفئات المعوزة من الفقر والهشاشة، وتعزيز المبادرات التنموية الكفيلة بتحقيق العدالة الاجتماعية والمجالية.

لقد ركز الخطاب الرسمي المغربي حول "الدولة الاجتماعية" عبر طرحه الحدود والتطبيقات الفعلية والتشريعية لبناء نموذج يكسب رهان إقامة دعائم "الحماية الاجتماعية"، والتي ركزت أساسا على معيار تعميم التغطية الصحية الشاملة عبر هدف إدماج أزيد من 22 مليون مستفيد في نظام التأمين الصحي الإجباري، مع العمل على توسيع قاعة المستفيدين من المنح العائلية لشمل أزيد من سبعة ملايين طفل في سن التمدرس، بالإضافة إلى زيادة نسبة المستفيدين من معاش التقاعد ليصل إلى أكثر من خمسة ملايين مستفيد[3]، وقد كان رفع هذا التحدي يسعى إلى وضع خارطة طريق دقيقة عبر آلية "السجل الاجتماعي الموحد"، لتحديد عدد الفقراء الذين سيستفيدون من نظام الحماية الاجتماعية، وبرامج المساعدة الاجتماعية بما تقتضيه مبادئ المساواة وعدم

---

[1]- مُحَمَّد حافظ يعقوب، "دولة الرفاه"، في كتاب: **الإمعان في حقوق الإنسان:** موسوعة عالمية مختصرة، الجزء الأول، تحرير هيثم مناع، الأهالي للنشر والتوزيع، دمشق، 2000، ص.138.

[2]- ميلود الرحالي وادريس شكربة، **الدولة الاجتماعية في المغرب دلالات المفهوم وتجلياته في البرامج والسياسات العمومية**، المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، 2023، ص. 8.

[3]- Hamza SAOUDI, " la protection social au Maroc : quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universelle, soutenable et efficace", **Policy Center for the New South**, 2024, p.03.

الاستبعاد والإقصاء، ولمكافحة مظاهر الفقر والهشاشة. وذا كان هذا هو التحدي الذي وضعه المغرب من خلال إقرار "نظام الحماية الاجتماعية"، لكسب رهان أسس الدولة الاجتماعية، مع تركيزه في ذلك على إعطاء الأولوية لقطاع الصحة وتأهيله، فإلى أي حد استطاع تحقيق مبدأ التمكين من الحق في الصحة والرعاية الصحية، وتعميم التغطية الصحية والتأمين الإجباري عن المرض، وفق ما تقتضيه المعايير المنصوص عليها في الاتفاقيات الدولية لحقوق الإنسان التي صادق عليها، وتتوافق مع مبادئ ومقومات الدولة الاجتماعية؟ وهو سؤال حارق ومحوري سيتم تحليله أدناه.

ثانيا– الحق في الصحة: تحديد المدلول ومعايير الإعمال

يرتبط الحق في الصحة بشكل وثيق بحياة الأفراد والجماعات، ويعتبر من الحقوق الأساسية ضمن هيكلة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ونظرا لأهميته فإن أي خلل يصيبه إلا ويجعل مبدأ الحق في الحياة معرضا للانتهاك وغير ممكن التحقق. وبهذا عمل المنتظم الدولي على مراكمة ترسانة من الإنجازات والدارسات والأبحاث، في جوانبها الطبية والقانونية والحقوقية لمواجهة الأمراض والقضاء على الأوبئة، وتأهيل الشروط المناسبة لإرساء بيئة مجتمعية تتوفر فيها أدوات العلاج والوقاية من الأمراض وانتشارها، وتمتع الناس بالصحة الجيدة، هذه الأخيرة التي عرفها دستور منظمة الصحة العالمية بأنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، لا مجرد انعدام المرض أو العجز"[1]. وباعتبار التمتع بالصحة الجيدة يستوجب سلامة النفس والجسد، فقد عرفها منصف المرزوقي بأنها "حالة الرضى النفسية الناتجة عن قدرة الشخص على الفعل المستقل، والتفاعل المتوازن، بفضل ما يتوفر عليه الجسم من برنامج جيني سليم، وما يوفره له المحيط من موارد مادية وعلاقات بشرية إيجابية"[2].

إذا كان ما تم ذكره أعلاه هو تعريف للصحة، فما هو الحق في الصحة؟ إن الإجابة عن هذا السؤال تقود إلى فهم كيفية تحول الصحة إلى قضية تستوجب مجموعة من الظروف المناسبة، حتى يتمكن جميع الأفراد من التمتع بها، وهي ظروف ومستلزمات تتحمل فيها الدولة مسؤولية إقرارها، وبهذا كان لحضور الحق في الصحة قوة معيارية واعتبارية، في جميع المواثيق والاتفاقيات الدولية الموضوعاتية والخاصة، وكذا في التشريعات الوطنية. وفي هذا السياق نص الفصل 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان على" أن الصحة حق من حقوق الإنسان"[3]، كما شددت المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في بندها الأول، بضرورة "إقرار الدول الأطراف بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه"[4]، وفي نفس السياق أكدت اتفاقية حقوق الطفل في المادة 27 منها على أن "لكل طفل الحق في مستوى معيشي ملائم لنموه البدني

[1]- voir l'introduction de la Constitution De L'organisation Mondial De La Santé (OMS), disponible sur le lien, https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1/.

[2]– منصف المرزوقي، "الحق في الصحة"، في كتاب، **الإمعان في حقوق الإنسان**: موسوعة عامة مختصرة، الجزء الأول، تحرير هيثم مناع، الأهالي للنشر والتوزيع، دمشق، 2000، ص.116.

[3]– راجع الفصل 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

[4]– راجع المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

والعقلي والروحي والمعنوي والاجتماعي"[1]. ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن إقرار الحق في الصحة، تم التنصيص عليه في جل الاتفاقيات الدولية الموضوعاتية والخاصة المشكلة للشرعة الدولية لحقوق الإنسان، والقانون الدولي لحقوق الإنسان، حيث لا يسع المجال هنا لذكرها.

لم تتوقف المنظومة الدولية لحقوق الإنسان في حدود إقرار الحق في الصحة فحسب، بل عملت على طرح مجموعة من الشروط الأساسية من أجل إعماله، وإلزام الدول والحكومات على اتخاذ التدابير اللازمة لحمايته، ووضع سياسات خاصة للنهوض به، حتى تُتاح إمكانية تمتع الأفراد والجماعات على قدم المساواة بالصحة الجيدة الخالية من المرض، تضمن سلامة النفس والجسد. وقد لخصت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية في تعليقها رقم 14 الصادر في 11 غشت 2000، مسألة الحق في التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، بضرورة توفر العناصر الأساسية المترابطة التالية:

1- **التوافر**: ويعني أن توفر الدولة القدر الكافي من المرافق المعنية بالصحة العامة والرعاية الصحية، وكذلك من السلع والخدمات والبرامج، ويختلف الطابع المحدد للمرافق والسلع والخدمات وفقا لعوامل عديدة، من بينها مستوى التنمية عند الدول فيما يتعلق بالبنية التحتية من المرافق كالمستشفيات والعيادات والأطباء والمهنيين وتوفير الأدوية؛

2- **إمكانية الوصول**: تعني أن يتمكن الجميع دون تمييز من الاستفادة من المرافق والخدمات المرتبطة بالصحة؛

3- **المقبولية**: تعني احترم جميع المرافق والخدمات المرتبطة بالصحة والأخلاق الطبية، وأن تكون مناسبة ثقافيا مع خصوصيات المجتمعات، فضلا عن تصميمها بشكل يحترم السرية ويرفع مستوى الحالة الصحية للأشخاص المعنيين؛

4- **الجودة**: بالإضافة إلى ضرورة كون المرافق والسلع والخدمات المرتبطة بالصحة مقبولة ثقافيا، ينبغي أن تكون مناسبة علميا وطبيا وذات نوعية جيدة[2].

لم يخرج المغرب عن نطاق الاعتراف بالحق في الصحة كحق من حقوق الإنسان، كما هو متعارف عليه عالميا منذ الاستقلال إلى الوقت الراهن، وقد عمل منذ البداية على وضع استراتيجيات فعل حكومي، تضمن الولوج إلى العلاج والتمتع بالحق في الصحة لكل المغاربة بشكل متساو[3]. وفي إطار تعزيزه للمنظومة الصحية عمل على تكريس الحق في الصحة دستوريا في

---

[1]- راجع المادة 27 من اتفاقية حقوق الطفل، تم اعتمادها بموجب قرار الجمعية العامة 25 / 44، 20 نونبر 1989، بدأ نفاذها بتاريخ 2 سبتمبر 1990.

[2]- Conseil Économique Et Social, Comité Des Droits Economiques Sociaux Et Culturels, " le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du pacte international aux droits économiques sociaux et culturels) ", observation générale N° 14 (2000), disponible sur le lien suivant, file:///C:/Users/Gebruiker/Downloads/G0043935.pdf.

[3]- حرص المغرب منذ الاستقلال على وضع الحق في الصحة واستراتيجية الولوج إلى العلاج من أولويات العمل الحكومي والتدبير السياسي للقطاعات الاجتماعية، ويمكن التذكير في هذا الصدد على سبيل المثل لا الحصر ما يلي:

- المناظرة الوطنية حول الصحة لسنة 1959، وتعتبر أول لقاء وطني ترأسه الملك الراحل محمد الخامس وتم التأكيد من خلاله على الارتباط الوثيق بين الصحة والتنمية، وجعلت هذا الأمر من المسؤوليات الملزمة للدولة، وألزمت من خلاله وزارة الصحة بوضع برامج صحية تتيح حق المواطنات والمواطنين في الولوج إلى العلاج؛

الفصل 31 من الوثيقة الدستورية السارية المفعول، حيث أقر فيها على "عمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في: العلاج والعناية الصحية والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية"[1]، وهو ما أثار نقاشا عموميا حول مدى التزام المغرب بتنفيذ تعهداته في ميدان الصحة، بوصفها جزءا محوريا في الحقوق الاقتصادية والاجتماعية التي تم التنصيص عليها، وحول ماهية الضمانات التي تم وضعها بخصوص مبدأ الإعمال، بما يتلاءم مع ما تقتضيه الاتفاقيات الدولية ذات الصلة والآليات المنبثقة عنها، خصوصا وأن الصيغة التي تم من خلالها إدراج الحق في الصحة، لا تعبر عن مبدأ الالتزام بالتوفير كما هو محدد في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية[2]، والذي يعتبر اتفاقية ملزمة للمغرب بعد المصادقة عليه، لأن صيغة "تعمل الدولة على تيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في: العلاج والعناية الصحية و الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية"، لا ترقى إلى مبدأ الضمانة الدستورية من أجل الإعمال، كما أنها تُسقط المسؤولية الملزمة للدولة ومؤسساتها بخصوص ضمان حق المواطنات والمواطنين في التمتع بالصحة والولوج إلى العلاج، وهو أمر يتناقض مع مقررات وتوصيات الآليات الدولية التي تُلزم الدول الأطراف بضرورة الوفاء بتعهداتها، حيث "يقع على عاتق كل دولة من الدول الأطراف حد أدنى من الالتزام الأساسي بضمان الوفاء، على أقل تقدير، بالمستويات الأساسية الدنيا لكل حق من الحقوق"[3]، وهو ما يعني مسؤولية الدولة في تنفيذ التزاماتها المتعلقة باتخاذ التدابير اللازمة للنهوض بالحق في الصحة وحمايته وفق المبادئ الدولية التوجيهية التي صادقت عليها في ميدان حقوق الإنسان.

رغم اعتماد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية مبدأ التدرج لبلوغ أهداف إقرار هذه الحقوق، إلا أنه ربط ذلك بالتحقيق التام لها عبر سلك كل الخطوات المتاحة للتمكين منها، كما أن مفهوم التدرج لا يمكن أن يكون مبررا لتملص الدولة من التزاماتها، خصوصا وأن اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية حسمت رأيها في

– أقرت وثيقة القانون الأساسي للمملكة سنة 1961 على التزام الدولة بإقرار نظام اقتصادي يضمن العدالة الاجتماعية المبنية على التزام الدولة بضمان الحقوق الاقتصادية والاجتماعية ومن ضمنها الحق في الصحة؛

– التزمت الدولة بضمان الحق في الصحة في جميع الوثائق الدستورية من دستور 1962 إلى دستور 2011، وبالرغم من أن بعض نصوصها لم تكن صريحة الدلالة بتوفير الصحة والخدمات الطبية، غير أنها كانت متضمنة في النصوص العامة بخصوص احترام توفير الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، للمزيد من التفاصيل في هذا الصدد، راجع، سعيد الرجراجي، **الحق في الصحة**: الواقع والآفاق دراسة مقارنة، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 2019، ص ص. 60 – 65.

[1]– دستور المملكة المغربية، سنة 2011، الفصل 31.

[2]– ينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، على تعهد كل دولة طرفا فيها بأن تتخذ، وبأقصى ما تسمح به مواردها المتاحة، ما يلزم من خطوات لضمان التمتع الفعلي التدريجي بالحقوق المعترف بها في العهد الذكور، وسلكها جميع السبل المناسبة، خصوصا سبيل اعتماد تدابير تشريعية، للمزيد من التفاصيل راجع: العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الجزء الثاني، المادة 02.

[3]– اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 03 (1990)، بشأن طبيعة التزام الدول الأطراف، المادة 02 (1) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ص.184، متوفر على الرابط التالي: http://hrlibrary.umn.edu/arab/GC3.pdf.

هذا الأمر معتبرة أن "الإعمال التام للحقوق ذات الصلة يمكن تحقيقه تدريجيا، فلابد من اتخاذ خطوات باتجاه هذا الهدف في غضون مدة قصيرة معقولة من الزمن بعد بدء نفاذ العهد بالنسبة للدول المعنية"[1]، وهو نفس المنحى الذي أقرته مبادئ ليمبورغ بشأن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، حيث أكدت أن "ضمان التمتع الفعلي التدريجي بالحقوق المعترف بها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، يستلزم أن تتجه الدول الأطراف بأسرع ما يمكن نحو إعمالها، ولا يمكن تحت أي ظرف من الظروف إرجاؤها، بل يتوجب على جميع الدول البدء فورا باتخاذ التدابير اللازمة للوفاء بالتزاماتها بموجب العهد"[2]، وهو ما يعني عدم مقبولية تذرع الدول بمبرر "التدرج" و "التوفير عبر مراحل"، للتنصل من مسؤولياتها السياسية والاجتماعية والاقتصادية لتمكين المواطنات والمواطنين من حقوقهم الاجتماعية الأساسية.

ثالثا– وضعية الحق في الصحة بالمغرب: المعطيات والمؤشرات

احتل المغرب الرتبة 121 في المؤشر العالمي للتنمية البشرية حسب تقرير برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لسنة 2020[3]، وقد تراجع درجتين فيما يقارب سنتين فقط حيث احتل المرتبة 123بمؤشر بلغ 0،683 حسب تقرير نفس المنظمة لسنتي 2021\ 2022[4]، ليتمكن بعد ذلك بسنتين من تحقيق تقدم طفيف في التصنيف العالمي إذ سيحتل الرتبة 120 بمؤشر بلغ 0،698[5]،وهو مؤشر يوحي إلى عدم تمكن المغرب من مواكبة تطور تحسين مؤشرات التنمية البشرية التي تقوم أساسا على تحسين شروط العيش والصحة والتعليم والقضاء على البطالة، وهو ما يؤكد أيضا، أنه رغم المبادرات التي يتم إعلانها رسميا بخصوص النهوض بالقطاعات الاجتماعية، وفي مقدمتها المنظومة الصحية، إلاّ أن نتائجها لم تستطع تحقيق المستوى المطلوب، حسب التقارير الرسمية وغير الرسمية حول الموضوع.

لقد أثارت النقاشات حول الحق في الصحة بالمغرب بعد اعتماد دستور 2011 تفاعلات مختلفة بخصوص مبدأ الإعمال، ومدى استجابة المخططات التي طرحتها الدولة للنهوض بالخدمات الصحة لتطلعات المغاربة، وقد تبلورت هذه التفاعلات في صيغتين: الأولى متعلقة بالمبادرات الحكومية المتعلقة بإصلاح المنظومة الصحية والنهوض بها[6]، وفي المقابل، برزت

---

[1]– اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، مرجع سابق، ص.182.

[2]– راجع مبادئ ليمبورغ بشأن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، متوفر على الموقع الرسمي للأمم المتحدة، في الرابط التالي: http://hrlibrary.umn.edu/arabic/LimburgguidelinesAR.html.

[3]- Observatoire National du Développement Humain, rapport sur le développement humain 2020, « être jeune au Maroc de nos jours », p. 24.

[4]- Le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Rapport Sur le développement Humain, 2021/ 2022, P.303.

[5]- Le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Rapport Sur le développement Humain, 2023/ 2024, P. 304

[6]– بعد إقرار دستور 2011، عملت الدولة على تنزيل مجموعة من البرامج الحكومية للنهوض بالوضع الصحي، وإصدار في شأنها مجموعة من القوانين والتشريعات لإصلاح منظومة الصحة في المغرب كان من أبرزها:

أصوات تعبر عن عدم الرضا عن واقع الصحة بالمغرب، حيث شددت على أن القطاع يعاني من إكراهات متعددة تستوجب الوقوف عندها وتشخيصها لبلورة برامج عمل لتطوير وتأهيل المنظومة الصحية، حتى تتمكن من كسب رهان آفاق معيار الإعمال كما هو متعارف عليه عالميا.

في هذا السياق، وفي إطار سعي المغرب إلى تنزيل ورش النموذج التنموي الجديد، وإطلاق دينامية تطوير وتحسين مؤشرات المقدرات الاقتصادية والمالية لتطوير القطاعات الاجتماعية، وتعزيز آليات الحماية الاجتماعية، بما في ذلك حق الولوج إلى الخدمات الصحية بما يتوافق مع مبادئ الجودة والتمكين والمساواة، وفي إطار تثبيت إصلاح المنظومة الصحية وتأهيلها وتنفيذ رؤية مخطط الصحة 2025، فإن من الإجراءات الأساسية التي أقدمت عليها الحكومة لضمان حق المغاربة في الصحة، هو الرفع من الميزانية المرصودة للقطاع في الميزانية العامة خلال السنوات الأخيرة، حيث انتقلت النسبة المخصصة لقطاع الصحة في الميزانية العامة من نسب 5,7 % سنة 2020 إلى نسبة 7,7% سنة 2024[1]، وهو معطىً يشير إلى اهتمام المغرب بتطوير هذا القطاع الحيوي في المجتمع، من خلال إدراكه لضرورة رفع المقدرات المالية الأساسية لتأهيل وتعزيز المنظومة الصحية في البلاد ماديا وبشريا، وتشكل المحور الأساسي لبلوغ طموح ضمان حق "الرعاية الاجتماعية"، باعتباره حقا من حقوق الإنسان يستوجب تدخل الدولة لإتاحته بما يتوافق مع تطلعات المواطنات والمواطنين.

وبالإضافة إلى الإمكانيات المالية، انكب العمل الحكومي خلال السنوات الأخيرة على بلورة استراتيجية تعزيز المكتسبات وتقويتها بهدف تحقيق تطوير ميدان الصحة العمومية، وتركزت بالأساس على تعزيز العرض الصحي الاستشفائي، وخلق مناصب مالية جديدة للرفع من قدرات الموارد البشرية وتثمين الرأسمال البشري، وتعميم الحماية الاجتماعية لضمان حق الفئات الهشة في الاستفادة من الحق في التطبيب والحصول على الأدوية والمستلزمات الطبية، مع العمل على تقليص الفوارق المجالية في هذا الخصوص[2]. وفي سياق ورش تعميم الحماية الاجتماعية تم رفع عدد المنخرطين الجدد في التأمين الإجباري عن المرض حتى نهاية 2023 إلى 14،1 مليون مستفيد في أفق تحقيق هدف ما مجموعه 22 مليون مستفيد سنة 2025[3]، مع تمكين حوالي أربعة

– إصدار القانون الإطار رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات سنة 2011، حيث حدد مسؤولية الدولة حسب مقتضيات المادة 02 منه، في تحقيق أهداف المنظومة الصحية لتوفير الحق في العلاج والتطبيب المبني على مبادئ التضامن والمساواة في الولوج إلى العلاج والخدمات الطبية، والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد الصحية، والتكامل بين القطاعات، واعتماد مقاربة النوع في الخدمات الصحية؛

– تفعيل وتعميم نظام التغطية الصحية الطبية (راميد ramed) ابتداء من سنة 2012، بعد أن تم تنزيله في نونبر2008 على شكل تجربة في جهة درعة تافيلالت، وكان الهدف منه هو إعفاء الفئات الفقيرة والهشة والمعوزة من تكاليف العلاج، وتوفيرها مجانيا من طرف المستشفيات العمومية؛

– إصدار القانون الإطار 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية بتاريخ 23 مارس 2021، والذي يسعى إلى بناء منظومة قوية توفر الحماية الاجتماعية للفئات الأكثر هشاشة، والمتمثلة بالدرجة الأولى في توسيع التغطية الصحية الإجبارية، والتأمين الإجباري عن المرض.

[1]– وزارة الاقتصاد والمالية، مشروع قانون المالية لسنة 2025، "التقرير الاقتصادي والمالي"، ص.57.

[2]– راجع دراسة وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: "2018 سنة وضع مخطط الصحة 2025"، متوفر على الرابط التالي: https://www.sante.gov.ma/Documents/2019/02/bilan%20sant%C3%A9%202018.pdf(15-11-2024).

[3]– وزارة الاقتصاد والمالية، "ملخص التقرير حول المؤسسات والمقاولات العمومية المرفق بقانون المالية لسنة 2024"، ص. 04.

ملايين أسرة فقيرة من الولوج إلى العلاج بالمستشفيات العمومية والخاصة، مع تحميل الدولة لاشتراكاتهم في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من خلال تعبئة غلاف مالي ما بين فترة فاتح دجنبر 2022 إلى أخر دجنبر 2023 يقدر بحوالي 8،4 مليار درهم[1]، وفي إطار تعزيز الطاقم البشري للمنظومة تم خلق 5500 منصب مالي في إطار قانون مالية 2024[2]، وذلك من أجل تأهيل الموارد البشرية اللازمة من الأطر الطبية وشبه الطبية لتلبية تطلعات المغاربة، ومواكبة طموح الإصلاح الشامل للمنظومة الصحة لتعزيز خدماتها بما يتوافق مع غايات برنامج الحماية الاجتماعية الذي وضع هدف تأهيل قطاع الصحة العمومية من أولوياته.

كما تم وضع برامج عمل متنوعة لتعزيز بنية العرض الاستشفائي من خلال تأهيل العديد من المراكز الاستشفائية وتجهيزها، وتشييد مستشفيات جامعية وإقليمية جديدة، وإعادة تأهيل القائمة منها عبر تهيئة قدراتها الاستيعابية، كما تم تطوير وتحديث المعدات الطبية والعلاجية والتجهيزات الخاصة في عمليات التطبيب، والمستلزمات الطبية- التقنية الخاصة بمختبرات تحليلات الأمراض، مع تكثيف حملات آلية الصحة المتنقلة بتنظيم قوافل طبية متكررة تستهدف النهوض بالوضع الصحي في العالم القروي؛ هذا، بالإضافة إلى تحسين الولوج إلى الأدوية والمستلزمات الطبية وذلك من خلال تخفيض أثمنة أزيد من 270 دواء الأكثر استهلاكا والموجه أساسا لعلاج بعض الأمراض المزمنة والخطيرة[3]. إذن هي مجموعة من التدابير والإجراءات التشريعية والمالية والمادية والتقنية عمل المغرب على اتخاذها طيلة خمس السنوات الأخيرة (2018-2024)، بهدف تأهيل المنظومة الصحية وإصلاحها بما يتوافق مع أهداف مرتكزات "الدولة الاجتماعية" القائمة على بلوغ طموح إنجاح ورش "الحماية الاجتماعية"، وتحقيق التنمية المتوازنة بين الجهات والأقاليم في إطار المبادئ التوجيهية للتنمية المستدامة 2030 التي وضعت تحقيق الصحة الجيدة والرفاه للجميع في المرتبة الثالثة من أهدافها.

رابعا- إعمال الحق في الصحة بين مسؤولية الدولة وأعطاب التمكين

يشكل الحق في الصحة إحدى التحديات الكبرى التي يحاول المغرب النهوض بها وكسب رهان التمكين منها، غير أن المؤشرات والمعطيات المتنوعة المرتبطة بالقطاع، تبين صعوبة تمكنه من بناء منظومة صحية قوية تتوفر فيها شروط الحق في الصحة كما تم التنصيص عليها في المقررات الأممية التي صادق عليها، والتي تحدد المعايير التي يتوجب توفيرها لتمكين كافة المواطنات والمواطنين التمتع بهذا الحق الأساسي على قدم المساواة، وبوصفه القاعدة الرئيسية والمدخل المحوري لبناء دولة الحقوق والمواطنة، المبنية على تلبية الاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية الأساسية لجميع المغاربة، لأنه من الصعب الحديث عن مؤشرات تحسن الوضعية السوسيو- اقتصادية، دون ضمان الرعاية الطبية وتوفير التغطية الصحية، باعتبارهما حقوقا جوهرية مرتبطة بالحياة اليومية للناس، كما هو شأن باقي الحقوق الأخرى ذات الصلة غير القابلة للتجزيء أو التأجيل.

---

[1]- وزارة الاقتصاد والمالية، "مذكرة تقديم لقانون المالية 2024"، ص. 49.

[2]-وزارة الاقتصاد والمالية، "مذكرة تقديم لقانون المالية 2024"، ص. 55.

[3]- راجع دراسة وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: "2018 سنة وضع مخطط الصحة 2025"، متوفر على الرابط التالي: https://www.sante.gov.ma/Documents/2019/02/bilan%20sant%C3%A9%202018.pdf (15-11-2024).

مما لا شك فيه أن مبدأ إعمال الحق في الصحة والوصول إلى مستوى فعال من الخدمات الصحية والعلاج في المغرب، تعترضه عدة إشكاليات هيكلية وبنيوية، تتمثل أبرزها حسب الدراسات والأبحاث المهتمة بالموضوع في:

1- غياب العدالة المجالية وسيادة واقع التفاوتات الجغرافية والاقتصادية والاجتماعية بين الجهات والمناطق؛

2- عدم توفير المقدرات المالية الكافية المخصصة لقطاع الصحة من الميزانية العامة، كما هي محددة في المعايير الدولية لضمان تمويل القطاع وتحسين مستوى التغطية الصحية؛

3- غياب العدد الكافي من الأطباء المختصين والممرضين، لتلبية حاجيات المغاربة في مجال المعالجة والتطبيب؛

4- نهج سياسة خوصصة قطاع الصحة مما يساهم في إعاقة الاستفادة من الخدمات الصحية تضمن مبدأ المساواة وتكافؤ الفرص في الولوج إلى العلاج الجيد، بالإضافة إلى ضعف استراتيجية التعاون بين القطاعين العام والخاص للنهوض بأوضاع الصحة في البلاد؛

5- غياب استراتيجية توحيد وتنسيق مسار إصلاح المنظومة الصحية، وغياب أساليب التدبير الرشيد للموارد البشرية، إضافة إلى ضعف المبادرات المتعلقة باعتماد المنهج الوقائي الصحي، بما يتوافق مع المحددات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية المحيطة[1].

كما يتضح من خلال الإحصائيات المتضمنة في التقارير الرسمية وغير الرسمية، أن قطاع الصحة في المغرب لا زال يعاني من عدة اختلالات رغم المجهودات المبذولة، حيث أن مؤشر عدد السكان لكل طبيب لازال مرتفعا مقارنة مع المؤشرات الدولية، وأن عرض الموارد البشرية الصحية البالغ 8773 طبيب و20735 ممرض غير كاف لسد حاجيات القطاع المرتفعة، إضافة إلى كون كثافة العاملين في قطاع الصحة تبلغ 21،2 طبيب وممرض لكل 10.000 نسمة[2]، وهو مؤشر يتناقض جوهريا مع المعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية وفقا لمنهجية مؤشر أهداف التنمية المستدامة لتوفير العلاج الضروري لكافة المواطنين، حيث تم تحديد عتبة إرشادية لكثافة إجمالية تبلغ 44،5 طبيب وممرض على الأقل لكل 10.000 مواطن[3]، وفي نفس السياق تشير مجموعة من التقارير الرسمية إلى ضعف كبير في الكثافة الطبية والشبه الطبية مقارنة مع العديد من البلدان النامية والصاعدة مثل البرازيل والأردن وتونس والتايلاند[4]، مما يؤكد وجود مفارقة حادة بين واقع توفير الأطر الطبية وشبه الطبية في المغرب والحد الأدنى الذي حددته الآليات الدولية. وجدير بالذكر أيضا، أنه رغم تضاعف ميزانية الدولة المخصصة لقطاع الصحة في السنوات الأخيرة من نسبة 5،7% سنة 2020 لتصل إلى حدود 7،7% سنة 2024،غير أنها تبقى نسبة غير كافية لتحقيق حاجيات القطاع

---

[1]- سعد الزبيري، "الحق في الصحة في المغرب، أبرز المشكلات والتحديات"، متضمن في منشور **سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية**، شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، بيروت، 2023، ص ص. 12- 13.

[2]- إحصائيات وزارة الاقتصاد والمالية وإصلاح الإدارة، متوفرعلى الرابط التالي، https://www.finances.gov.ma/ar

[3]-World Health Organization, "Global strategy on human resources for health: Workforce 2030", Geneva, Switzerland, 2016, p.42.

[4] - قانون المالية لسنة 2022، التقرير الاقتصادي والمالي، ص.40.

حسب معايير منظمة الصحة العالمية المحددة في نسبة 12%على الأقل من الميزانية العامة للدولة[1]، وهو ما يبين أن المقدرات المالية المخصصة لقطاع الصحة في المغرب لازال لم تبلغ مستوى الحد الأدنى المحددة عالميا، مما يجعلها تكون موضوع تناقض بين خطاب "دولة الرعاية الاجتماعية" وواقع الاختلال الناتج عن النسبة المالية المتدنية المخصصة للقطاع، مما يؤدي موضوعيا إلى التأثير السلبي على عملية تطويره وتأهيله.

كما يشكل غياب العدالة المجالية أحد المعضلات الأساسية التي يعاني منها قطاع الصحة في المغرب، وفي هذا الإطار خلص المجلس الوطني لحقوق الإنسان في تقريره الموضوعاتي حول فعلية الحق في الصحة، إلى ضرورة عمل الدولة على تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية لتحقيق رهان هذا الحق، وهو رهان يتوقف على ربط الإصلاحات في مجال الصحة بتقليص التفاوتات المجالية، سواء بين الوحدات الترابية أو داخل نفس الوحدة (العالم الحضري في مقابل العالم القروي)، مؤكدا أن بناء سياسة صحية مناهضة للتمييز، وعلى رأسها التمييز على أساس الانتماء المجالي، تقتضي إعطاء الأولوية للمناطق الأكثر هشاشة، عبر إيجاد وسائل مبتكرة لتمييزها إيجابيا لمساعدتها على تدارك الخصاص البنيوي في المجال الصحي، بالإضافة إلى العمل على إيجاد حلول ترابية لإشكالية استقرار الموارد البشرية الصحية في المناطق المهمشة [2]. وانطلاقا من هذه التوصيات يتبين أن إشكالية تردي الخدمات الصحية في المغرب يرتبط إلى حد بعيد بمعضلة غياب العدالة المجالية والترابية في تجلياتها المتنوعة التي ذكرها التقرير، خصوصا في جانبها المتعلق بتوفير الموارد البشرية وتدبيرها.

وفي نفس السياق، سجل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي أنه رغم التحسن الذي عرفته المنظومة الصحية في المغرب خلال السنوات الأخيرة، إلاّ أنها تظل دون ما تقتضيه دينامية تعميم التغطية الصحية، خصوصا في الجانب المتعلق بالتوزيع المجالي والجغرافي حيث غياب معايير العدالة المجالية، هذا، بالإضافة إلى الخصاص الذي يعاني منه قطاع الصحة في الموارد البشرية، مما يؤثر سلبا على عملية ولوج المواطنات والمواطنين إلى الخدمات الطبية الأمر الذي ينعكس على نتائج مؤشر ثقة الأسر، إذ كشف هذا الأخير برسم سنة 2022 بأن 60،8 % من الأسر المغربية لا تزال تعتبر أن جودة الخدمات الصحية تعرف تدهورا[3]. وبدوره كشف تقرير المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي التي شكلها مجلس المستشارين، بأن قطاع الصحة لازال يعاني من إكراهات هيكلية تحول دون تحقيق النجاعة المطلوبة في تدبير المنظومة الصحية الوطنية، "أهمها تعاقب مجموعة من الإصلاحات دون إحداث تغيير حقيقي في القطاع، خاصة على مستوى ضعف النتائج المحققة بخصوص المبادرة الوطنية لتكوين 3300 طبيب سنويا، هذا، دون إغفال العجز البنيوي الكمي والنوعي في الموارد البشرية، وتوزيعها بشكل غير عادل بين الجهات وبين المجال الحضري والقروي، وعدم تحفيزها بالشكل الكافي، مما يجعلها تفضل الهجرة على البقاء في وطنها"[4].

---

[1] – قانون المالية لسنة 2022، التقرير الاقتصادي والمالي، ص.41.

[2] – المجلس الوطني لحقوق الإنسان، "فعلية الحق في الصحة"، التقرير الموضوعاتي، 2022، ص ص. 31- 32.

[3] – المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، التقرير السنوي، 2022، ص. 76.

[4] – مجلس المستشارين، المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي، تقرير موضوعاتي، "الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية"، 2022، ص ص. 42- 43.

إذا كان واقع حال المنظومة الصحية في المغرب يعاني من الاختلالات البنيوية المشار إليها أعلاه حسب تشخيص المؤسسات الوطنية الرسمية، فمن الأهمية بمكان الإشارة كذلك، إلى أن الأعطاب التي تعاني منها يمكن ملامستها أيضا من خلال التعبير عن الرفض الجمعي لوضعها المتفاقم الذي عبر عنه المغاربة في كثير من المناسبات الاحتجاجية، والتي طالبوا عبرها بتحسين مستوى الخدمات الصحية والنهوض بها بما يستجيب لتطلعاتهم، وإعلانهم أن العراقيل التي تواجههم للولوج إلى الخدمات الطبية والعلاج الجيد جعلتهم يفقدون الثقة في البرامج التي يتم الإعلان عنها رسميا لتحسين أوضاعها، محملين الدولة ومؤسساتها الرسمية مسؤولية تراجع دورها في حماية حقوقهم والنهوض بها، واتخاذ التدابير اللازمة لتفعيل مبدأ إعمال الحق في الصحة، وتعزيز الحماية الاجتماعية، بما تستوجبه مبادئ العدالة الاجتماعية والمجالية، وكما تم تكريسها دستوريا وتشريعيا، ومتضمنة في المواثيق الدولية التي صادقت عليها، وهو ما تمثل بشكل بارز في احتجاجات حراك الريف وحراك جرادة[1]، وفي مجموعة من المحطات الاحتجاجية التي تطالب بتعزيز المنظومة الصحية بما تقتضيه من تأهيل لبنية العرض الصحي، وتوفير الموارد المالية والبشرية الملائمة القادرة على الاستجابة لتطلعات المغاربة في التطبيب والتغطية الصحية الجيدة.

خاتمـــــة

إن انخراط المغرب في مسايرة ركب النهوض بأوضاع حقوق الإنسان في شموليتها، جعله يتبنى استراتيجيات الاهتمام بالقضايا الاقتصادية والاجتماعية باعتبارها حقوقا أساسية ترتبط ماديا ومحوريا بحياة المغاربة، وإذا كانت الآليات الدولية التي تتولى مهام الحماية والنهوض بحقوق الإنسان، خصوصا تلك المتعلقة بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية تشدد على ضرورة وفاء الدول الأطراف بتعهداتها بشأن مبدأ إعمال الحقوق ذات الصلة، حيث يقع على عاتقها توفير الحد الأدنى من الالتزام الأساسي بضمان الوفاء، على أقل تقدير، بالمستويات الأساسية الدنيا لكل حق من الحقوق، فقد كان لزاما على المغرب، باعتباره عضوا فيها، أن يعمل على إقرار حزمة من التدابير والإصلاحات الهيكلية والقطاعية للنهوض بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وحمايتها، والتي عززها بإطلاق ورش الحماية الاجتماعية التي تستهدف أساسا تأهيل المنظومة الصحة وتدعيمها بالارتقاء بباقي الحقوق المرتبطة بها فعليا. لكن بالرغم من الديناميات التي أطلقها المغرب لإرساء أسس الدولة الاجتماعية بمدخل تعميم الحماية الاجتماعية، إلاّ أن واقع التمكين من الحق في الصحة كشف حجم الأعطاب التي تعاني منها المنظومة الصحية، والمتمثلة أساسا في غياب معايير الإعمال من التوافر وإمكانيات الوصول والمقبولية والجودة، إذ يعاني القطاع من سيادة مظاهر التمييز على الأساس الاجتماعي والذي يتمظهر خصوصا في التفاوتات المجالية التي يعرفها سواء بين المركز والهامش، أو بين المجال الحضري والعالم القروي، مما يكرس

[1] عرفت الساحة الاحتجاجية المغربية في السنوات الأخيرة موجة احتجاجات واسعة تميزت بالاعتراض على الوضعية المتفاقمة التي تعرفها القطاعات الاجتماعية وخدماتها، وقد تجسدت بشكل قوي في احتجاجات حراك الريف وحراك جرادة، وقد كان لمطلب تحسين الخدمات الصحية العمومية وتجويدها والتمكين من العلاج للفئات التي تعاني من الهشاشة في المجتمع، ووضع الحد لمظاهر اللاعدالة المجالية التي يعاني منها القطاع، وقد كان لهذه الاحتجاجات تأثير قوي في المشهد السياسي المغربي، وخلفت تفاعلات رسمية وغير رسمية متعددة، تقاطعت كلها حول عدالة مطالبها، ومن بينها مطلب النهوض بالحق في الصحة وحمايته، للمزيد من المعلومات في هذا الشأن، راجع، إبراهيم اليحياوي، **الحركات الاحتجاجية وسؤال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية بالمغرب**، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة محمد الأول بوجدة، سنة 2024، ص ص. 141-160.

مظاهر التوزيع غير المتكافئ وغير المنصف للخدمات الطبية والعرض الصحي، بالإضافة إلى ضعف مقدرات الموارد البشرية والمالية مما ينعكس سلبا على ضمان تحسين عملية الولوج إلى الخدمات الصحية وتجويدها؛ كما أن الإشكالية الملموسة التي يعاني منها القطاع تبرز بشكل أعمق في تعزيز آلية خوصصته، مع تراجع مؤشرات برامج الاستثمار العمومي المتعلقة بتأهيله وتعزيزه، مما يكرس قاعدة خدمة القطاع العام للقطاع الخاص وليس آلية الشراكة والتكامل بينهما، وهو ما يتنافى مع أسس مفهوم الدولة الاجتماعية ويساءل الخطاب الرسمي حولها.

قائمة المراجع:

بالعربية

- أمين سمير، ***الاقتصاد السياسي للتنمية في القرنين العشرين والواحد والعشرين***، ترجمة فهيمة شرف الدين، دار الفرابي، بيروت، 2002.
- بورديو بيير، ***عن الدولة دروس في كوليج دو فرانس (1989-1992)***، ترجمة مصير مروة، المركز العربي للأبحاث ودراسة السياسات، بيروت، 2016.
- بولانتزاس نيكولاس، ***نظرية الدولة***، ترجمة ميشيل كيلو، دار الفرابي، بيروت، 2007.
- جون ديكسون وروبرت شيريل، دولة *الرعاية الاجتماعية في القرن العشرين تجارب الأمم المتقدمة في تكريم الإنسان*، ترجمة سارة الذيب، الشبكة العربية للأبحاث والنشر، بيروت، 2014.
- الرجراجي سعيد، ***الحق في الصحة: الواقع والآفاق دراسة مقارنة***، منشورات المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، مطبعة المعارف الجديدة، الرباط، 2019.
- الرحالي ميلود وشكربة ادريس، ***الدولة الاجتماعية في المغرب دلالات المفهوم وتجلياته في البرامج والسياسات العمومية***، المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، 2023.
- سعد الزبيري، "الحق في الصحة في المغرب، أبرز المشكلات والتحديات"، **سلسلة تقارير الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية**، شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، بيروت، 2023.
- *مناع هيثم، **الإمعان في حقوق الإنسان موسوعة عالمية مختصرة**، الجزء الأول، الأهالي للنشر والتوزيع، دمشق، 2000.*
- اليحياوي إبراهيم،"***الحركات الاحتجاجية وسؤال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية بالمغرب***"، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، جامعة مُحَمَّد الأول، وجدة، 2024.
- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان.
- إعلان الحق في التنمية، اعتمد ونشر بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 41/ 128، بتاريخ 4 دجنبر 1986.
- اتفاقية حقوق الطفل.
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، التعليق العام رقم 03 (1990)، بشأن طبيعة التزام الدول الأطراف، المادة 02 (1) من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.
- مبادئ ليمبورغ بشأن تنفيذ العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

- دستور المملكة المغربية، سنة 2011.
- مجلس المستشارين، المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالأمن الصحي، تقرير موضوعاتي، "الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية"، 2022.
- المجلس الوطني لحقوق الإنسان، "فعلية الحق في الصحة"، التقرير الموضوعاتي، 2022.
- المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، التقرير السنوي، 2022.
- وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: "2018 سنة وضع مخطط الصحة 2025".
- وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: "2018 سنة وضع مخطط الصحة 2025".
- وزارة الاقتصاد والمالية، "ملخص التقرير حول المؤسسات والمقاولات العمومية المرفق بقانون المالية لسنة 2024".
- وزارة الاقتصاد والمالية، مشروع قانون المالية لسنة 2025، "التقرير الاقتصادي والمالي".
- وزارة الاقتصاد والمالية، "مذكرة تقديم لقانون المالية 2024".
- وزارة الاقتصاد والمالية، قانون المالية لسنة 2022، التقرير الاقتصادي والمالي.

باللغة الأجنبية

- Hamza SAOUDI, "**la protection social au Maroc : quelles solutions pour un système de couverture sanitaire universelle, soutenable et efficace** ", Policy Center for the New South, 2024.
- Conseil Économique Et Social, Comité Des Droits Economiques Sociaux Et Culturels, " le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12 du pacte international aux droits économiques sociaux et culturels) ", observation générale N° 14 (2000).
- L'introduction de la Constitution De L'organisation Mondial De La Santé (OMS.
- Observatoire National du Développement Humain, rapport sur le développement humain 2020, « être jeune au Maroc de nos jours ».
- Le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Rapport Sur le développement Humain, 2021/ 2022.

- Le Programme des nations unies pour le développement (PNUD), Rapport Sur le développement Humain, 2023/ 2024.
- World Health Organization, "**Global strategy on human resources for health**: **Workforce 2030**", Geneva, Switzerland, 2016.