

الشراكة بين القطاعين العام والخاص في ضوء إصلاح المنظومة الصحية الوطنية

The Role of Public-Private Partnerships in the Reform of the National Healthcare System

أحمد ابراهيمي Ahmed IBRAHIMI

دكتور في القانون العام

أستاذ زائر بكلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية - السويسي

ملخص:

تعد الشراكة بين القطاعين العام والخاص آلية حديثة اعتمدها المغرب لدعم إصلاح المنظومة الصحية الوطنية في ظل محدودية التمويل العمومي وتزايد الطلب على الخدمات الصحية. وتهدف هذه الشراكة إلى تعبئة الاستثمارات والخبرات التقنية والتدبيرية للقطاع الخاص من أجل تحسين جودة الخدمات وتسريع إنجاز المشاريع الصحية. كما تساهم في تخفيف الضغط على ميزانية الدولة وتعزيز حكامه القطاع الصحي عبر تقاسم المسؤوليات بين مختلف الفاعلين. غير أن نجاحها يظل مرتبطاً بوجود إطار قانوني ومؤسسي يضمن التوازن بين النجاعة الاقتصادية والحق في الولوج العادل والمنصف إلى العلاج.

الكلمات المفتاحية: الشراكة، الحماية الاجتماعية، المنظومة الصحية الوطنية، القطاع الخاص.

Abstract:

Public-Private Partnership (PPP) is a modern mechanism adopted by Morocco to support the reform of the national healthcare system in the context of limited public funding and the growing demand for healthcare services. This partnership aims to mobilize private sector investments, as well as technical and managerial expertise, in order to improve the quality of healthcare services and accelerate the implementation of health projects. It also helps reduce pressure on the state budget and strengthen healthcare governance through the sharing of responsibilities among various actors in the sector. However, the success of this model remains dependent on the existence of a legal and institutional framework capable of ensuring a balance between economic efficiency and the right to equitable and fair access to healthcare services.

Keywords: Public-Private Partnership, Social Protection, National Healthcare System, Private Sector.

مقدمة:

شهد دور الدولة تحولات عميقة ومتدرجة عبر مختلف المراحل التاريخية، إذ انتقل من نموذج الدولة الحارسة التي اقتصر دورها على الاضطلاع بالوظائف التقليدية المرتبطة بالأمن والدفاع والقضاء، دون التدخل في النشاط الاقتصادي، إلى نموذج الدولة المتدخلة ثم الدولة المنتجة، وصولاً إلى دولة الرفاه الاجتماعي التي تأثرت بالفكر الاشتراكي، حيث توسعت وظائف الدولة لتشمل مختلف الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية، مع التزامها بتوفير الخدمات الأساسية وتحقيق العدالة الاجتماعية وإعادة توزيع الثروة. غير أن محدودية الموارد المالية، وتزايد الحاجيات الاجتماعية، وتفاقم عجز الميزانيات العمومية، خاصة في الدول النامية، أدى إلى تراجع قدرة الدولة على الاستمرار في أداء هذا الدور التدخلية الواسع. ونتيجة لذلك، برز نموذج الدولة التنافسية الذي يقوم على تحقيق التوازن بين تدخل الدولة في رسم السياسات العمومية وضبطها، وبين توسيع مجال المبادرة الاقتصادية للقطاع الخاص.

وفي السياق ذاته، ساهمت التحولات الاقتصادية العالمية التي عرفتها سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي، وما رافقها من صعود للفكر الليبرالي الجديد، في إعادة الاعتبار لمبادئ اقتصاد السوق والملكية الخاصة، الأمر الذي أدى إلى تبني سياسات الخوصصة في عدد كبير من الدول. غير أن النتائج التي أفرزتها الخوصصة، وما صاحبها من انعكاسات اجتماعية واقتصادية سلبية، دفعت الدول إلى البحث عن صيغ بديلة تتيح الاستفادة من كفاءة القطاع الخاص، دون التخلي الكامل عن الدور الاجتماعي للدولة، فبرزت الشراكة¹ بين القطاعين العام والخاص كخيار استراتيجي لتدبير وتمويل المشاريع الكبرى، لاسيما في مجالات الصحة والتعليم والبنيات التحتية والخدمات الاجتماعية.

ومن ثم، أصبحت الشراكة بين القطاعين العام والخاص من المفاهيم المركزية المتداولة في الأدبيات القانونية والاقتصادية، وكذا في تقارير المؤسسات المالية الدولية، باعتبارها آلية حديثة لتدبير المرافق العمومية وتحسين جودة الخدمات، مع تعبئة التمويلات والخبرات التقنية والتدبيرية التي يتوفر عليها القطاع الخاص.

ولم يأت الاهتمام المتزايد بهذا النموذج بمحض الصدفة، وإنما فرضته جملة من الاعتبارات، من أبرزها²:

- تزايد الضغط على الميزانية العامة؛
- محدودية نجاعة تدبير المؤسسات العمومية؛
- ضعف فعالية أنظمة المراقبة المالية؛
- احتكار المبادرات الاقتصادية؛
- الانعكاسات الاجتماعية السلبية لبرامج التقويم الهيكلي؛

¹ - رغم شيوع مفهوم «الشراكة»، فإنه يظل إلى حد ما غير دقيق، شأنه شأن بعض المصطلحات التي فرضت نفسها في الخطابين السياسي والعلمي، مثل الحكامة والتفرغ، للمزيد من التوسع، انظر: محمد البعكوي، مفهوم الشراكة، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 102، فبراير 2012، ص 45 - 50.

² - احمد بوعشيق، عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص: آلية فعالية لتمويل التنمية بالمغرب، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 90 - 91، أبريل 2010، ص 83 - 84.

- تنامي تأثيرات العولمة وترسيخ التوجهات الليبرالية الحديثة. وبالنسبة للمغرب، فقد أفرز تطبيق برنامج التقييم الهيكلي¹ عدة اختلالات ذات أبعاد مالية واجتماعية وتديرية، انعكست بشكل واضح على أداء المرافق العمومية.

أولاً: أزمة التدبير العمومي

أصبح التدبير العمومي محل انتقادات متزايدة بسبب ما عرفه من اختلالات مرتبطة بإهدار المال العام، والمحسوبية، وضعف الحكامة، وتمركز السلط والاختصاصات داخل الإدارة، وهو ما نتجت عنه مجموعة من المظاهر السلبية، من بينها:

- تكريس البيروقراطية؛
- غياب الشفافية؛
- تمركز القرار المالي؛
- ضعف ثقافة المردودية؛
- محدودية آليات المحاسبة والتقييم والتدقيق؛
- تراجع مفهوم المصلحة العامة.

ثانياً: ضعف التمويل العمومي

أدى تزايد الضغط على المرافق العمومية، مقابل محدودية الإمكانيات المالية، إلى عجز الدولة عن تمويل عدد من القطاعات الحيوية، خاصة قطاع الصحة، الأمر الذي دفعها إلى الانفتاح على مساهمة القطاع الخاص، الوطني والأجنبي، في تمويل وتدير بعض المرافق العمومية ذات الطابع الصناعي والاجتماعي.

ثالثاً: هشاشة البنيات الاجتماعية

ساهم ضعف البنيات الاجتماعية، وعدم قدرة المرافق العمومية على الاستجابة للحاجيات المتزايدة للمرتفقين، في إعادة النظر في دور القطاع الخاص باعتباره شريكاً أساسياً في تحقيق التنمية، خاصة بعد سنة 2000. وفي هذا الإطار، انخرط المغرب في مسلسل إصلاح شامل توج بعتماد دستور² سنة 2011، الذي نص في الفصل 35 على أن الدولة «تضمن حرية المبادرة والمقاولة والتنافس الحر، كما تعمل على تحقيق تنمية بشرية مستدامة من شأنها تعزيز العدالة الاجتماعية».

¹ - للمزيد من التوسع، انظر: عبد اللطيف الجواهري، تجربة السياسة النقدية في المملكة المغربي، دراسة قدمت إلى الاجتماع السنوي الثامن والعشرين لمجلس محافظي المصارف المركزية ومؤسسات النقد العربية والذي عقد في القاهرة بجمهورية مصر العربية في سبتمبر 2004، منشورة عبر الموقع الإلكتروني <https://fr.scribd.com/document/866444301/4> تم الاطلاع بتاريخ 02 يونيو 2026 على الساعة 17:44.

² - ظهر شريف رقم 1.11.91 الصادر في 27 من شعبان 1432 (29 يوليو 2011) بتنفيذ نص الدستور، الجريدة الرسمية عدد 5964 مكرر، بتاريخ 28 شعبان 1432 (30 يوليو 2011)، ص 3600.

ويشكل دستور 2011 منطلقاً أساسياً لمختلف الإصلاحات التي عرفها المغرب، ومن بينها إصلاح قطاع الصحة والحماية الاجتماعية، باعتبارهما من المرتكزات الأساسية للدولة الاجتماعية¹.

وفي هذا السياق، يندرج إصلاح المنظومة الصحية الوطنية ضمن التحولات التي يعرفها دور الدولة، حيث لم يعد بإمكانها تحمل مسؤولية التمويل والتدبير بشكل منفرد، في ظل تزايد الطلب على الخدمات الصحية وارتفاع كلفتها، فضلاً عن التحديات المرتبطة بالجودة والإنصاف في الولوج إلى العلاج.

وقد كشفت جائحة كوفيد - 19 بشكل واضح هشاشة المنظومة الصحية الوطنية، سواء من حيث البنيات التحتية أو الموارد البشرية أو التجهيزات الطبية، مما أبرز الحاجة إلى تعزيز التعاون والتكامل بين مختلف الفاعلين، بما في ذلك المؤسسات الصحية الخاصة، والمصالح الصحية العسكرية، والجماعات الترابية، وجمعيات المجتمع المدني.

ومن هذا المنطلق، اكتسب الإصلاح الجذري للمنظومة الصحية الوطنية، خاصة في ظل ورش تعميم الحماية الاجتماعية، أهمية استراتيجية تفرض اعتماد آليات مبتكرة للتمويل والتدبير، وفي مقدمتها عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، باعتبارها وسيلة لتعبئة الاستثمارات، وتسريع إنجاز المشاريع الصحية الكبرى، وتحسين جودة الخدمات الصحية.

وتسمح هذه الشراكات بالاستفادة من الخبرة التدييرية والتقنية التي يتوفر عليها القطاع الخاص، بما يساهم في الرفع من نجاعة المؤسسات الصحية، وتخفيف الضغط على الميزانية العامة، مع تعزيز القدرة على مواجهة الأزمات الصحية الطارئة.

كما تساهم الشراكة في إرساء نموذج جديد للحكامة الصحية، يقوم على تقاسم الأدوار والمسؤوليات بين الدولة والقطاع الخاص، في إطار تعاقدية يحدد الالتزامات والحقوق بشكل واضح. غير أن نجاح هذا النموذج يظل رهيناً بقدرة الدولة على توفير إطار قانوني ومؤسسي يضمن التوازن بين متطلبات الربحية الاقتصادية والحفاظ على البعد الاجتماعي للخدمة الصحية.

وبذلك، تشكل الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي آلية عملية لمواكبة التحولات الاقتصادية والاجتماعية، ورافعة أساسية لإنجاح إصلاح المنظومة الصحية الوطنية، بما يحقق الاستدامة المالية، ويحسن جودة الخدمات الصحية، ويكرس الحق الدستوري في الولوج العادل والمنصف إلى العلاج.

وتتجلى أهمية الموضوع في ارتباطه بإصلاح أحد أكثر القطاعات حيوية داخل الدولة الاجتماعية، وهو قطاع الصحة، بالنظر إلى ما تفرضه التحولات الاقتصادية والاجتماعية من ضرورة البحث عن صيغ جديدة لتمويل وتدبير الخدمات الصحية. كما تبرز أهمية الدراسة في راهنية ورش تعميم الحماية الاجتماعية، وما يستلزمه من تعبئة موارد إضافية وتطوير آليات الحكامة الصحية، فضلاً عن أهمية عقود الشراكة باعتبارها آلية قانونية ومؤسسية لتحقيق التكامل بين الإمكانيات العمومية والخاصة.

وقد اعتمدت الورقة البحثية على المنهج التحليلي من خلال تحليل النصوص القانونية والتنظيمية المؤطرة للشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي، إلى جانب المنهج الوصفي لرصد واقع هذه الشراكة بالمغرب، مع الاستعانة بالمقاربة النقدية لتقييم مختلف الإكراهات والآفاق المرتبطة بها.

¹ - طارق الحجوجي، مجالية السياسة الصحية بالمغرب في ظل الجهوية المتقدمة، مكتبة دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع - الرباط، الطبعة الأولى 2026، ص 43.

وانطلاقاً مما سبق، يمكن صياغة الإشكالية المحورية للموضوع على النحو الآتي: إلى أي حد يمكن لعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص أن تسهم في إنجاح إصلاح المنظومة الصحية الوطنية، وتحقيق التوازن بين متطلبات النجاعة الاقتصادية وضمان الحق في الولوج العادل والمنصف إلى الخدمات الصحية؟

للإجابة عن الإشكالية المطروحة، سيتم تقسيم الموضوع وفق التصميم الآتي: الأسس القانونية للشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي (المبحث الأول)، تقييم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي (المبحث الثاني).

المبحث الأول: الأسس القانونية للشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي

تكتسي الشراكة بين القطاعين العام والخاص أهمية متزايدة في إطار إصلاح المنظومة الصحية الوطنية، بالنظر إلى ما تتيحه من آليات فعالة لتعبئة الموارد المالية والتقنية والبشرية، وتحسين جودة الخدمات الصحية، وتوسيع نطاق الولوج إليها، بما ينسجم مع متطلبات الحكامة الجيدة ومبادئ الدولة الاجتماعية. وقد أضحت هذا التوجه خياراً استراتيجياً تفرضه التحولات الاقتصادية والاجتماعية، وكذا التحديات المرتبطة بتمويل القطاع الصحي وضمان استدامته.

وفي هذا السياق، كرس دستور المملكة لسنة 2011 هذا التوجه من خلال إقراره لمبادئ التعاون والتضامن والحكامة الجيدة، وتشجيعه على انخراط مختلف الفاعلين العموميين والخواص في تدبير المرافق العمومية وتطوير الخدمات الأساسية، وعلى رأسها الخدمات الصحية. وانسجاماً مع هذه المقتضيات الدستورية، عمل المشرع المغربي على إرساء إطار قانوني وتنظيمي يؤطر الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي، من خلال سن مجموعة من النصوص التشريعية والتنظيمية المرتبطة بإصلاح المنظومة الصحية الوطنية.

وقد أكدت هذه النصوص، بشكل صريح، اعتماد الشراكة كخيار استراتيجي يروم تعزيز التكامل بين الإمكانيات العمومية والخاصة، وتحقيق النجاعة في تدبير المؤسسات الصحية، وتطوير العرض الصحي، وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمواطنين، بما يضمن استمرارية المرفق الصحي وتحقيق العدالة في الولوج إلى العلاج. ومن ثم، تبرز أهمية الوقوف عند المرجعية القانونية المؤطرة لهذه الشراكة، وكذا مختلف صور التعاون التي تجمع الدولة بمختلف الفاعلين، لاسيما جمعيات المجتمع المدني، في مجال النهوض بالقطاع الصحي.

وعليه، سيتم التطرق إلى المرجعية القانونية للشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي (المطلب الأول)، ثم إلى الشراكة بين الدولة وجمعيات المجتمع المدني في الميدان الصحي (المطلب الثاني).

المطلب الأول: المرجعية القانونية للشراكة بين القطاعين العام والخاص في القطاع الصحي

كّرس دستور المملكة المغربية لسنة 2011 الحق في الصحة باعتباره من الحقوق الاجتماعية الأساسية، حيث نص الفصل 31 منه على أن:

«تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة

المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في:

- العلاج والعناية الصحية؛
- الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة؛
- «.....».

ويستفاد من مقتضيات هذا الفصل أن المشرع الدستوري أقام ترابطا وثيقا بين الحق في الصحة وباقي الحقوق الاقتصادية والاجتماعية، بالنظر إلى الدور المحوري الذي تضطلع به هذه الحقوق في تكريس الولوج الفعلي والمنصف إلى الخدمات الصحية¹. كما عزز الدستور هذا التوجه من خلال مقتضيات دستورية أخرى ذات صلة، من بينها الفصل 20 الذي يضمن الحق في الحياة، والفصل 21 الذي يكفل الحق في السلامة الشخصية، فضلا عن الفصل 34 الذي أولى عناية خاصة للأشخاص في وضعية إعاقة، من خلال دعوة السلطات العمومية إلى وضع وتنفيذ سياسات موجهة للنهوض بأوضاعهم وضمان إدماجهم الاجتماعي والصحي².

وتجدر الإشارة إلى أن الدساتير المغربية السابقة لم تتضمن بشكل صريح هذا الزخم من الحقوق المرتبطة بالحماية الصحية والاجتماعية، رغم أن المشرع المغربي كان قد بادر، منذ سنة 1959، إلى إصدار مجموعة من النصوص القانونية المنظمة للمجال الصحي والتغطية الصحية والمهن الطبية. كما صادق المغرب على عدد من المواثيق والاتفاقيات الدولية ذات الصلة، من بينها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان لسنة 1948، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لسنة 1966، وهي المواثيق التي تشكل مرجعية أساسية لضمان الحق في الصحة وتعزيز الحماية الاجتماعية.

وفي السياق ذاته، جاء ورش الحماية الاجتماعية تنفيذا للتوجيهات الملكية السامية، لاسيما ما ورد في الخطاب الملكي الموجه إلى أعضاء البرلمان بتاريخ 12 أكتوبر 2018، والذي أكد فيه جلالة الملك على ضرورة: «وضع آليات جديدة لإشراك القطاع الخاص في النهوض بالميدان الاجتماعي، والمساهمة في تحسين الخدمات المقدمة للمواطنين، سواء في إطار المسؤولية الاجتماعية للمقاولة، أو من خلال إطلاق شراكات بين القطاعين العام والخاص في هذا المجال³».

وتفعيلا لهذه التوجيهات، تعززت المنظومة القانونية الوطنية بإصدار قانون - الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية⁴، باعتباره مدخلا أساسيا لبناء الدولة الاجتماعية والنهوض بالرأسمال البشري، من خلال تعميم الحماية الاجتماعية وتحقيق العدالة الاجتماعية والمجالية.

¹- Kaoutar Natji, « Le droit à la santé au Maroc : Optimisme ou pragmatique constitutionnel ? », Revue Al Manar pour les études juridiques et administratives, N° 24, 2018, p 154.

²- تقرير حول المنظومة الصحية بالمغرب: الحالة الراهنة ومداخل الإصلاح مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية بمجلس النواب، الولاية التشريعية 2021 - 2016، منشورات مجلس النواب، يوليو 2021، الرباط، ص 46.

³- مقتطف من خطاب الملك محمد السادس، أمام أعضاء مجلسي البرلمان بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الثالثة من الولاية التشريعية العاشرة، بتاريخ 12 أكتوبر 2018، منشور عبر الموقع الإلكتروني www.maroc.ma تم الاطلاع عليه بتاريخ 27 ماي 2026 على الساعة 12.34.

⁴- القانون - الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.21.30 المؤرخ في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021)، الجريدة الرسمية عدد 6975، بتاريخ 5 أبريل 2021، ص 2178.

وقد اكتسى هذا القانون أهمية خاصة بالنظر إلى السياق الذي صدر فيه، والذي اتسم بتفاهم مظاهر المشاشة الاجتماعية، وصعوبة ولوج فئات واسعة من المواطنين إلى الخدمات الصحية والتغطية الصحية¹، فضلا عن التدايمات الصحية والاجتماعية التي خلفتها جائحة كوفيد - 19. كما أدى تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض إلى ارتفاع ملحوظ في الطلب على الخدمات الصحية، الأمر الذي فرض ضرورة إعادة تأهيل المنظومة الصحية الوطنية وتطوير قدراتها الاستيعابية والتدبيرية.

وفي هذا الصدد، صدر قانون - الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية²، الذي شكل اللبنة الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية وإعادة هيكلتها وفق مقارنة تشاركية تقوم على الانخراط الجماعي والمسؤول لمختلف الفاعلين، سواء تعلق الأمر بالدولة أو الجماعات الترابية أو القطاع الخاص أو المجتمع المدني.

وقد جعل هذا القانون من الشراكة بين القطاعين العام والخاص أحد المرتكزات الأساسية لإصلاح المنظومة الصحية، وهو ما يتجلى من خلال عدد من مقتضياته، من بينها:

- ما ورد في ديباجته من أن النهوض بالقطاع الصحي وتطويره «يعتبر مسؤولية مشتركة بين الدولة والجماعات الترابية والمؤسسات العمومية من جهة، والقطاع الخاص والمجتمع المدني والهيئات المهنية والسكان من جهة أخرى»، مع تخصيص الباب السادس منه للشراكة بين القطاعين العام والخاص؛
- المادة 2 التي نصت ضمن أهداف الإصلاح على: «تفعيل آليات الشراكة والتعاون والتكامل بين القطاعين العام والخاص»؛
- المادة 17 التي خولت للمؤسسات الصحية إمكانية تطوير علاقات شراكة مع الهيئات المهنية والجمعيات ومنظمات المجتمع المدني، قصد المساهمة في تحقيق أهداف المنظومة الصحية الوطنية، خاصة في مجالات الإعلام والتربية الصحية والتحسيس؛
- المادة 21 التي أكدت على ضرورة اتخاذ الدولة للتدابير اللازمة لإقامة شراكة بين القطاعين العام والخاص، بما يراعي خصوصيات قطاع الصحة، مع إحداث آليات لتنسيق الخدمات العلاجية بين مؤسسات القطاعين؛
- المادة 22 التي أجازت للمؤسسات الصحية العمومية الاستعانة بخدمات مهنيي الصحة بالقطاع الخاص لإنجاز مهام محددة، وفق شروط وكيفيات يحددها نص تنظيمي.

¹ - Anouar Ammi et Mohammed Saad Eddine, « santé et développement durable » Revue Al Manar pour les études juridiques et administratives, N° 24, Septembre 2018, p 22.

² القانون - الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، الصادر بالجريدة الرسمية عدد 7151 بتاريخ 17 جمادى الأولى 1444 (12 ديسمبر 2022)، ص 7895.

وفي الاتجاه نفسه، كرس القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة¹ مبدأ الانفتاح على الشراكة مع القطاع الخاص، حيث نصت المادة 7 منه على إمكانية إبرام الهيئة لعقود واتفاقيات شراكة مع فاعلين وطنيين ودوليين في مجال اختصاصها، بما يهدف إلى تعبئة الخبرات والموارد وتعزيز النجاعة في الأداء وتحسين جودة الخدمات الصحية.

كما عزز القانون رقم 08.22 المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية² هذا التوجه، من خلال تمكين هذه المجموعات من إبرام اتفاقيات شراكة في مجالات البحث والخبرة والابتكار والتنسيق الإداري، سواء مع مؤسسات البحث أو مع المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص، بما يرسخ التكامل بين مختلف مكونات المنظومة الصحية.

وعلى المنوال ذاته، نص القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية³، ولاسيما المادة 9 منه، على إمكانية ممارسة بعض مهنيي الصحة لمهام داخل المؤسسات الصحية الخاصة، في إطار الشراكة بين القطاعين العام والخاص المنصوص عليها في القانون الإطار رقم 06.22، وفق شروط وكيفيات تحدد بنص تنظيمي.

ويعكس هذا المقتضى خصوصية قطاع الصحة مقارنة بباقي القطاعات الخاضعة للنظام الأساسي العام للوظيفة العمومية، الذي يمنع، من حيث الأصل، الجمع بين الوظيفة العمومية وممارسة أنشطة مهنية موازية⁴. ويهدف هذا التوجه إلى الاستفادة المثلى من الكفاءات الصحية الوطنية، والاستجابة للخصائص التي تعرفها بعض المؤسسات الصحية، خاصة بالمناطق النائية.

كما أتاح قانون الوظيفة الصحية إمكانية اللجوء إلى التشغيل بموجب عقود لمدة محددة قابلة للتجديد، كلما اقتضت المصلحة ذلك، مع إمكانية ترسيم المتعاقدين وفق الشروط القانونية المعمول بها، وهو ما يعكس مرونة أكبر في تدبير الموارد البشرية الصحية.

¹ - القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.23.84 المؤرخ في 16 من جمادى الأولى 1445 (30 نوفمبر 2023)، الجريدة الرسمية عدد 7253، بتاريخ 4 ديسمبر 2023، ص 10229.

² - القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.23.50 بتاريخ 9 ذي الحجة 1444 (28 يونيو 2023)، الجريدة الرسمية عدد 7213، بتاريخ 17 يوليو 2023، ص 5700.

³ - القانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.23.51 المؤرخ في 9 ذي الحجة 1444 (28 يونيو 2023)، الجريدة الرسمية عدد 7213، بتاريخ 17 يوليو 2023، ص 5719.

⁴ - على سبيل المثال: استثناء من أحكام الفصل 15 من الظهير الشريف رقم 1.58.008 بتاريخ 4 شعبان 1377 (24 فبراير 1958) في شأن النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية، نصت المادة 94 من القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب على أنه: «يجوز للأطباء الموظفين المتخصصين في طب الشغل مزاولة تخصصهم بموجب عقود خاصة للتكفل بالعاملين بمؤسسات أو مقاولات عمومية أو بأجراء مقاولات خاصة، بعد إذن السلطة الحكومية التابع لها الطبيب المعني مع مراعاة أحكام المادة 93 أعلاه. يحدد في الإذن المذكور الوقت المسموح به بمزاولة تخصصهم».

وفي السياق نفسه، كان المرسوم رقم 2.12.507 المتعلق بوضعية الأطباء وأطباء الأسنان بالقطاع الخاص المتعاقدين مع وزارة الصحة¹ قد أتاح، قبل صدور هذه الإصلاحات، إمكانية تعاقد الوزارة مع أطباء من القطاع الخاص للعمل لبعض الوقت بالمؤسسات الصحية العمومية الواقعة بالمناطق التي تعاني خصاصة في الخدمات العلاجية، وذلك بهدف ضمان استمرارية العلاجات وخدمات المستعجلات.

ومن جهة أخرى، كرس كل من القانون رقم 10.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية²، والقانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته³، مبدأ الانفتاح على الشراكة والتعاون مع مختلف الفاعلين العموميين والخواص، من خلال تمكين هاتين المؤسستين من إبرام اتفاقيات وتقديم الخبرات والاستشارات في المجالات المرتبطة باختصاصاتهما، بما يساهم في تطوير المنظومة الصحية وتحسين أدائها.

وعلى مستوى التنظيم الإداري، عرف الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية تطوراً ملحوظاً في اتجاه تعزيز آليات الشراكة والتعاون. فبعد أن كانت الشراكة مع القطاع الخاص والجمعيات الصحية مجرد قسم ضمن مديريةية التنظيم والمنازعات بموجب المرسوم رقم 2.94.285 في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية⁴، جاء المرسوم رقم 2.25.615 الصادر سنة 2026 ليحدث مديريةية مركزية تعنى بالاستراتيجيات والتعاون والبحث، وأسند إليها مهام تتعلق بتطوير الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وتعزيز التعاون الوطني والدولي، وتشجيع البحث والابتكار في المجال الصحي.

ويعكس هذا التطور التنظيمي المكانة المتزايدة التي أصبحت تحتلها الشراكة بين القطاعين العام والخاص ضمن السياسات الصحية الوطنية، باعتبارها آلية أساسية لتحسين الحكامة الصحية، وتعبئة الموارد، وتحفيز الاستثمار، وتوسيع نطاق الولوج إلى الخدمات الصحية، بما ينسجم مع أهداف تعميم الحماية الاجتماعية وتعزيز نجاعة المنظومة الصحية الوطنية.

المطلب الثاني: الشراكة بين الدولة وجمعيات المجتمع المدني

يشكل العمل الجماعي أحد أبرز مظاهر الدولة الحديثة، بالنظر إلى ما يضطلع به من أدوار في ترسيخ قيم الديمقراطية التشاركية وتعزيز الحقوق والحريات، فضلاً عن تمكين الأفراد والجماعات من المساهمة في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وفي

¹ - مرسوم رقم 2.12.507 الصادر في 28 من ربيع الأول 1436 (20 يناير 2015) يتعلق بوضعية الأطباء وأطباء الأسنان بالقطاع الخاص المتعاقدين مع وزارة الصحة، الجريدة الرسمية عدد 6342، بتاريخ 12 مارس 2015، ص 1655.

² - القانون رقم 10.22 بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.23.54 المؤرخ في 23 من ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023)، الجريدة الرسمية عدد 7213، بتاريخ 17 يوليو 2023، ص 5710.

³ - القانون رقم 11.22 بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.23.55، المؤرخ في 23 من ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023)، الجريدة الرسمية عدد 7213، بتاريخ 17 يوليو 2023، ص 5706.

⁴ - تم نسخ المرسوم رقم 2.94.285 الصادر في 17 من جمادى الآخرة 1415 (21 نوفمبر 1994) في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية، بموجب المرسوم رقم 2.25.615 الصادر في 7 رمضان 1447 (25 فبراير 2026) بتحديد اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، الجريدة الرسمية عدد 7487 بتاريخ 2 مارس 2026، ص 1400.

المجال الصحي على وجه الخصوص، أصبحت جمعيات المجتمع المدني فاعلا أساسيا داخل المنظومة الصحية الوطنية، بالنظر إلى مساهمتها في دعم الخدمات الصحية وتوسيع نطاق الاستفادة منها، خاصة لفائدة الفئات الهشة والمعوزة.

وقد عرف المغرب خلال السنوات الأخيرة تناميا ملحوظا لدور المجتمع المدني، حيث اتسعت مجالات تدخله لتشمل عددا من القضايا المرتبطة بالسياسات العمومية، ومن بينها السياسة الصحية، وذلك سعيا منه إلى المساهمة في معالجة الاختلالات التي يعرفها المرفق الصحي العمومي، والمشاركة في تحسين جودة الخدمات الصحية وتقريبها من المواطنين.

وتعتبر جمعيات المجتمع المدني شريكا أساسيا في تحقيق التنمية، وقد عرفها الظهير الشريف رقم 1.58.376 المتعلق بحق تأسيس الجمعيات¹، ولاسيما الفصل الأول منه، بأنها: «اتفاق لتحقيق تعاون مستمر بين شخصين أو عدة أشخاص لاستخدام معلوماتهم أو نشاطاتهم لغاية غير توزيع الأرباح فيما بينهم».

وفي إطار تأطير العلاقة بين الدولة والجمعيات، صدر المنشور رقم 2003/7 بتاريخ 27 يونيو 2003 المتعلق بالشراكة بين الدولة والجمعيات²، والذي سعى إلى تحديد مجالات هذه الشراكة وآليات تفعيلها، مع التأكيد على ضرورة إبرامها في إطار تعاقدى واضح يحدد الالتزامات المتبادلة بين الأطراف، وكذا طرق تمويل المشاريع وكيفية تتبع تنفيذها وتقييم نتائجها.

وفي السياق ذاته، أكد مشروع نجاعة الأداء لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية³ برسم سنة 2026 استمرار الوزارة في تعزيز الشراكة مع القطاع غير الربحي، ممثلا في جمعيات المجتمع المدني، خاصة في المجالات المرتبطة بالتكفل بمرضى القصور الكلوي، وتفعيل برامج العمل الاجتماعي الطبي، وذلك من خلال مجموعة من التدابير، من أهمها:

- إعداد وتبعية مخططات العمل الخاصة بتفعيل سياسة العمل الطبي الاجتماعي؛
- تنسيق العمل الاجتماعي الصحي مع مختلف الفاعلين الوطنيين والدوليين؛
- ضمان التكفل الطبي والاجتماعي بالأشخاص المسنين والأطفال والنساء ضحايا العنف؛
- المساهمة في التكفل الطبي والاجتماعي بالأطفال والمسنين داخل المؤسسات الاجتماعية.

كما تعمل وزارة الصحة والحماية الاجتماعية على إبرام اتفاقيات شراكة مع الجمعيات العاملة في المجال الصحي، وفق محاور وأولويات يتم تحديدها سنويا، مع تخصيص دعم مالي لفائدة المشاريع المقبولة، وذلك وفق مساطر قانونية وتنظيمية محددة⁴. ويمكن تصنيف مجالات الشراكة بين الوزارة وجمعيات المجتمع المدني في الميدان الصحي إلى عدة مجالات، من أبرزها:

¹ - ظهير الشريف رقم 1.58.376 الصادر في 3 جمادى الأولى 1378 (15 نوفمبر 1958) يضبط بموجبه حق تأسيس الجمعيات، الجريدة الرسمية عدد 2404 مكرر بتاريخ 27 نونبر 1958، ص 2849.

² - للمزيد من التوسع، انظر: المنشور المتعلق بالشراكة بين الدولة والجمعيات عبر الموقع الإلكتروني للوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلفة بالعلاقات مع البرلمان <https://www.mcrcpsc.gov.ma> تاريخ الاطلاع 05 يونيو 2026، على الساعة 17:36.

³ - مشروع نجاعة الأداء لوزارة الصحة والحماية الاجتماعية برسم سنة 2026، ص 7.

⁴ - عبد المنعم الانصاري، حكاما المنظومة الصحية بين التشريع والممارسة، أطروحة لنيل الدكتوراه في العلوم القانونية والسياسية، جامعة محمد الخامس الرباط، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية السوسية الرباط، السنة الجامعية 2020 - 2021، ص 345.

- تقديم خدمات الرعاية والعلاج؛
- اقتناء الأدوية والمنتجات الصحية؛
- تشييد وتأهيل البنيات التحتية الصحية؛
- توفير الموارد البشرية الصحية.

وقد أفرزت هذه الشراكات عددا من التجارب الرائدة في المجال الصحي، من أبرزها تجربة جمعيات مرضى القصور الكلوي (أولا)، وكذا تجربة مؤسسة للا سلمى للوقاية وعلاج السرطان (ثانيا).

أولا: تجربة جمعيات مرضى القصور الكلوي

في إطار تعزيز التعاون مع الجمعيات العاملة في المجال الصحي، عملت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية على تطوير شراكات تهدف إلى تحسين التكفل بمرضى القصور الكلوي، خاصة في ظل محدودية الطاقة الاستيعابية للمؤسسات الصحية العمومية، والنقص المسجل في مراكز تصفية الدم والموارد البشرية المتخصصة.

وتستفيد من هذه الشراكات فئة المرضى المسجلين في لوائح الانتظار، حيث تشمل الخدمات المقدمة حصص تصفية الدم، ونقل المرضى في الحالات الاستعجالية، وضمان المتابعة الطبية، إضافة إلى تنظيم حملات للتحميس والتوعية الصحية¹. وتبرز أهمية هذه الشراكة في كونها مكنت من التخفيف من الضغط الذي تعاني منه المؤسسات الصحية العمومية، كما ساهمت في تحسين الولوج إلى العلاج بالنسبة لفئات واسعة من المرضى الذين يصعب عليهم تحمل التكاليف المرتفعة للعلاج، الأمر الذي جعل اللجوء إلى الجمعيات غير الربحية خيارا عمليا لدعم السياسة الصحية العمومية.

ثانيا: مؤسسة للا سلمى للوقاية وعلاج السرطان

تعد مؤسسة للا سلمى للوقاية وعلاج السرطان من أبرز التجارب الرائدة في مجال الشراكة بين الدولة والمجتمع المدني في القطاع الصحي. وقد تأسست سنة 2005 بهدف جعل مكافحة السرطان من أولويات الصحة العمومية بالمغرب، من خلال اعتماد مقارنة تشاركية تستند إلى أفضل الممارسات والتجارب الدولية، مع مراعاة خصوصيات الواقع الوطني.

وفي هذا الإطار، تم إعداد الخطة الوطنية للوقاية من السرطان ومكافحته (2010-2019) بشراكة بين وزارة الصحة ومؤسسة للا سلمى، والتي هدفت إلى تعزيز الوقاية والكشف المبكر والتشخيص والعلاج والرعاية الصحية الخاصة بمرضى السرطان².

وقد أسفرت هذه الشراكة عن تحقيق عدد من المنجزات المهمة، من بينها:

- تشغيل قطبين لعلاج السرطان لفائدة النساء بكل من الرباط والدار البيضاء؛
- تشغيل مركزين لعلاج الأورام بالمراكز الاستشفائية الجامعية بفاس ومراكش؛

¹ - وزارة الصحة، الكتاب الأبيض، من أجل حكام جديدة لقطاع الصحة، المناظرة الوطنية الثانية للصحة، مراكش من 1 إلى 3 يوليو 2013، ص 36.

² - Ministère de la santé, «Projet de performance (projet de loi de finances 2016)», Rabat, 2015, P13.

- بناء مركز لعلاج الأورام بالمركز الاستشفائي الجامعي بوجدة؛
 - تشغيل المركز الإقليمي لعلاج السرطان بمدينة مكناس؛
 - بناء مراكز جديدة لعلاج الأورام بكل من الراشدية وبنى ملال؛
 - إحداث وحدات للرعاية التلطيفية للسرطان بعدد من المدن؛
 - إنجاز وتأهيل عدد من مراكز الصحة الإنجابية المرجعية بمختلف جهات المملكة.
- ولا تقتصر نماذج الشراكة بين الدولة وجمعيات المجتمع المدني على هاتين التجريبتين فقط، بل تمتد لتشمل عددا من الجمعيات والمؤسسات الأخرى، من قبيل الجمعية المغربية لمحاربة داء السيدا، ومؤسسة الحسن الثاني لطب العيون، وجمعيات رعاية وتأهيل الأشخاص في وضعية إعاقة.
- وفي هذا الإطار، تحظى الجمعية المغربية لمحاربة داء السيدا بدعم خاص من طرف وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، حيث تساهم في تنظيم وتقديم الخدمات الصحية لفائدة المصابين بهذا المرض، من خلال برامج للتوعية والتحسيس، وتوفير المواكبة الطبية والنفسية والاجتماعية، بدعم مالي وتقني من الوزارة.
- كما ساهمت هذه الشراكات في تعزيز برامج الحد من المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدرات عن طريق الحقن، خاصة داخل مراكز علاج الإدمان، من خلال توفير الرعاية الطبية والنفسية، والعلاج البديل، والكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية والتهاب الكبد، إلى جانب حملات التوعية والتأطير الاجتماعي التي يتم تنفيذها بشراكة مع الجمعيات المختصة.
- وبذلك، يتضح أن الشراكة بين الدولة وجمعيات المجتمع المدني في المجال الصحي أصبحت تشكل آلية أساسية لدعم المنظومة الصحية الوطنية، بالنظر إلى ما توفره من مساهمة فعالة في تقريب الخدمات الصحية من المواطنين، وتعزيز التكفل بالفئات الهشة، وتحقيق التكامل بين العمل العمومي والعمل الجماعي، بما يكرس مبادئ التضامن والتعاون وتحقيق الحق في الصحة.

المبحث الثاني: تقييم الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي

أصبحت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي من الآليات الحديثة التي تراهن عليها الدولة من أجل تجاوز الإكراهات البنوية التي تعاني منها المنظومة الصحية الوطنية، خاصة في ظل تزايد الطلب على الخدمات الصحية، وارتفاع تكاليف العلاج والتجهيزات الطبية، واتساع نطاق الأوراش المرتبطة بتعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية الشاملة. وقد أفرز هذا التوجه تحولا ملحوظا في فلسفة تدبير القطاع الصحي، من خلال الانتقال من منطق التدبير العمومي الأحادي إلى منطق يقوم على التعاون والتكامل بين مختلف الفاعلين العموميين والخواص.

وفي هذا الإطار، تعددت صيغ الشراكة المطبقة في القطاع الصحي، سواء تعلق الأمر بالشراكات ذات الطابع الربحي التي تجمع الدولة بالمؤسسات الاستشفائية والمقاولات الخاصة، أو بالشراكات غير الربحية التي تنخرط فيها جمعيات المجتمع المدني والمؤسسات ذات الطابع الاجتماعي والإنساني. وقد شملت هذه الشراكات مجالات متعددة، من قبيل بناء وتجهيز المؤسسات

الصحية، وتدبير بعض الخدمات الطبية، وتوفير الموارد البشرية، وتطوير البحث العلمي والتكوين، إضافة إلى المساهمة في حملات الوقاية والتحصين والتكفل بالفئات الهشة.

غير أن التجربة العملية أبانت أن اعتماد الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي، رغم ما يتيحها من إمكانيات واعدة، لا يخلو من صعوبات وإكراهات تحد من فعاليته، سواء على المستوى القانوني أو المالي أو المؤسسي أو الاجتماعي. فنجاح هذه الشراكات لا يرتبط فقط بوجود نصوص قانونية تؤطرها، وإنما يقتضي أيضا توفير بيئة مؤسسية وإدارية قادرة على ضمان حسن تنزيلها، وتحقيق التوازن بين متطلبات النجاعة الاقتصادية وضرورة الحفاظ على الطابع الاجتماعي للمرفق الصحي.

كما أن خصوصية القطاع الصحي باعتباره قطاعا اجتماعيا يرتبط بشكل مباشر بحقوق الإنسان الأساسية، تفرض نوعا من الحذر في اعتماد منطق السوق وآليات الربح داخل مجال يفترض فيه ضمان المساواة والإنصاف في الولوج إلى العلاج والخدمات الصحية. ومن ثم، فإن تقييم تجربة الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي يقتضي الوقوف عند مختلف الإكراهات والاختلالات التي تعيق فعاليتها، وكذا استشراف الآفاق الكفيلة بتطويرها وتعزيز نجاعتها.

وعليه، سيتم التطرق في هذا المبحث إلى أهم معيقات الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي (المطلب الأول)، قبل الانتقال إلى دراسة آفاق تطوير هذه الشراكة وسبل تعزيز فعاليتها (المطلب الثاني).

المطلب الأول: معيقات الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي

أضحى الشراكة بين القطاعين العام والخاص تفرض نفسها، بشكل متزايد، كآلية استراتيجية لتمويل وإنجاز المشاريع الصحية، بالنظر إلى ما توفره من إمكانيات لتعبئة الموارد المالية والخبرات التقنية والتدبيرية، وكذا مساهمتها في تطوير البنيات التحتية الصحية وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرتفقين. كما أن تنامي الطلب على الخدمات الصحية، في مقابل محدودية الإمكانيات العمومية، جعل من اللجوء إلى هذه الشراكات خيارا عمليا لتجاوز الاختلالات التي يعرفها القطاع الصحي.

غير أن تنزيل هذه الشراكات على أرض الواقع يواجه عددا من الإكراهات التي تحد من فعاليتها، وتؤثر سلبا على قدرتها في تحقيق الأهداف المتوخاة منها، خاصة في ظل غياب شروط مؤسسية وقانونية ومالية ملائمة تضمن حسن تدبيرها وتبويبها وتقييمها.

وتتخذ هذه الإكراهات أبعادا متعددة، يمكن إجمالها أساسا في الإكراهات القانونية والتنظيمية (أولا)، والإكراهات المالية والاقتصادية (ثانيا).

أولا: الإكراهات القانونية والتنظيمية

يثير اعتماد الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي عددا من التخوفات المرتبطة بطبيعة الدور الذي ينبغي أن تضطلع به الدولة في القطاعات الاجتماعية الحيوية، وعلى رأسها قطاع الصحة. فهناك اتجاه يعتبر أن التوسع في اعتماد الشراكة

قد يؤدي إلى تراجع الدور الاجتماعي للدولة وتخفيفها التدريجي من مسؤولياتها الأساسية تجاه المواطنين، خاصة فيما يتعلق بضمان الحق في العلاج والخدمات الصحية الأساسية.

وفي هذا السياق، سبق للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي أن أشار إلى وجود تحديات مرتبطة بإمكانية المساس بالمبادئ التقليدية للمرفق العام، وفي مقدمتها مبدأ المساواة في الولوج إلى الخدمات العمومية، ومبدأ استمرارية المرفق العام، وكذا مجانية بعض الخدمات الأساسية المرتبطة بقطاعي التعليم والصحة¹. ولذلك، كثيرا ما ينظر إلى الشراكة بين القطاعين العام والخاص باعتبارها شكلا غير مباشر من أشكال الخصوصية، أو وسيلة لتفويض الدولة لبعض وظائفها الاجتماعية لفائدة القطاع الخاص. وعلى الرغم من صدور القانون رقم 86.12 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص²، فإن هذا الإطار القانوني لا يزال يثير مجموعة من الملاحظات المرتبطة بمدى قدرته على توفير التأطير القانوني الكافي لهذا النوع من العقود، خاصة بالنظر إلى خصوصية القطاع الصحي. ومن أبرز هذه الملاحظات:

- غياب هيئة وطنية مركزية تتولى وضع استراتيجية وطنية موحدة لتدبير وتتبع مشاريع الشراكة بين القطاعين العام والخاص؛
 - تعقد بعض المساطر الإدارية المرتبطة بإبرام عقود الشراكة، خاصة ما يتعلق بالعروض التلقائية والمساطر التفاوضية؛
 - غياب نصوص تنظيمية دقيقة تحدد بشكل واضح آليات تنفيذ وتتبع وتقييم مشاريع الشراكة الصحية؛
 - ضعف آليات المراقبة والتقييم والمحاسبة المرتبطة بتنفيذ العقود.
- كما يلاحظ أن المشرع المغربي، في عدد من النصوص المرتبطة بإصلاح المنظومة الصحية، قد استعمل عبارات عامة وفضفاضة دون تحديد دقيق للآليات العملية الكفيلة بتنفيذ الشراكة بين القطاعين العام والخاص. ويتجلى ذلك، على سبيل المثال، في المادة الثانية من قانون - الإطار رقم 06.22 المتعلقة بـ «تفعيل آليات الشراكة والتعاون والتكامل بين القطاعين العام والخاص»، دون أن يحدد القانون طبيعة هذه الآليات أو كفاءتها أو حدود تدخل كل طرف.
- وينطبق الأمر نفسه على المادة 17 من القانون ذاته، التي نصت على «تطوير علاقات شراكة مع الهيئات المهنية والجمعيات ومنظمات المجتمع المدني»، دون وضع إطار تنظيمي واضح يحدد أشكال هذه الشراكات ومجالاتها وآليات تقييم نتائجها.

¹ رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول: مشروع القانون رقم 86.12 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، منشور عبر الموقع الإلكتروني <https://www.cese.ma> تم الاطلاع عليه بتاريخ 05 يونيو 2026 على الساعة 18:55.

² القانون رقم 86.12 المتعلق بعقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.14.192 المؤرخ في فاتح ربيع الأول 1436 (24 ديسمبر 2014)، الجريدة الرسمية عدد 6328 بتاريخ 22 يناير 2015، ص 456.

ويؤدي هذا الغموض التشريعي إلى خلق نوع من عدم الوضوح في توزيع المسؤوليات بين مختلف المتدخلين، كما قد يفتح المجال أمام اختلاف التأويلات وصعوبة تفعيل المقتضيات القانونية على أرض الواقع، الأمر الذي ينعكس سلبا على فعالية الشراكات وجودة الخدمات الصحية المقدمة.

إلى جانب ذلك، يطرح غياب ثقافة تعاقدية متخصصة داخل الإدارة الصحية إشكالا حقيقيا، خاصة فيما يتعلق بإعداد العقود وتدبير المخاطر المرتبطة بها، وهو ما قد يؤدي إلى اختلال التوازن التعاقدى لفائدة الطرف الخاص، باعتباره الطرف الأكثر خبرة واحترافية في المجال التعاقدى والاستثماري.

ثانيا: الإكراهات المالية والاقتصادية

رغم الارتفاع الملحوظ الذي عرفته ميزانية قطاع الصحة خلال السنوات الأخيرة، حيث انتقلت من حوالي 19.7 مليار درهم سنة 2021 إلى ما يفوق 42.4 مليار درهم سنة 2026¹، فإن هذه الاعتمادات المالية لا تزال غير كافية بالنظر إلى حجم التحديات التي يعرفها القطاع الصحي، خاصة في ظل ورش تعميم الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية الإلزامية. كما أن نسبة الإنفاق العمومي على الصحة لا تزال دون المستوى الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية، إذ لا تتجاوز حوالي 6% من الميزانية العامة للدولة، في حين توصي المنظمة بنسبة تقارب 15% بالنسبة للدول النامية. إضافة إلى ذلك، تبقى حصة الفرد من الإنفاق العمومي على الصحة بالمغرب أقل من مثيلاتها في عدد من الدول ذات المستوى الاقتصادي المماثل².

وفي ظل هذه الإكراهات المالية، يتم تقديم الشراكة بين القطاعين العام والخاص باعتبارها وسيلة لتخفيف الضغط على الميزانية العامة، وتمكين الدولة من تعبئة تمويلات إضافية لإنجاز المشاريع الصحية الكبرى. غير أن هذا الطرح لا يخلو من انتقادات، خاصة من طرف عدد من الباحثين والاقتصاديين الذين يرون أن هذه الشراكات قد تؤدي، على المدى البعيد، إلى تحميل المالية العمومية أعباء إضافية تفوق في بعض الأحيان تكلفة التمويل العمومي المباشر³.

كما أن اعتماد عقود شراكة طويلة الأمد في قطاع اجتماعي حساس كقطاع الصحة يطرح عدة مخاطر، من بينها:

- ارتفاع كلفة الخدمات الصحية بسبب منطق الربح الذي يحكم تدخل القطاع الخاص؛
- إمكانية توجيه الاستثمارات نحو المجالات والمناطق الأكثر ربحية على حساب المناطق الهشة والنائية؛
- احتمال تراجع جودة بعض الخدمات في حال ضعف المراقبة والتتبع؛
- تحميل الدولة التزامات مالية طويلة الأمد قد تؤثر على توازن المالية العمومية مستقبلا.

¹ - وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، مشروع نجاعة الأداء، بتاريخ 30 أكتوبر 2025، ص 14.

² - تقرير حول المنظومة الصحية بالمغرب، مرجع سابق، ص 198.

³ - زينب سوداري، حكام المنظومة الصحية بالمغرب من خلال الشراكة بين القطاعين العام والخاص، رسالة لنيل ماستر العلوم الإدارية والمالية، جامعة محمد الخامس الرباط، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية السوسية، السنة الجامعية 2023 - 2024، ص 128 - 129.

ويزداد الأمر تعقيدا بالنظر إلى الطبيعة الخاصة للخدمة الصحية، باعتبارها خدمة اجتماعية لا ينبغي أن تخضع بشكل مطلق لمنطق السوق والربح. فالقطاع الخاص، رغم مساهمته المهمة في تطوير الخدمات الصحية، يظل موجها أساسا بمنطق تحقيق الربح والعائد الاستثماري، في حين تقوم فلسفة المرفق الصحي العمومي على ضمان الحق في العلاج وتحقيق العدالة الاجتماعية والمجالية.

ومن ثم، فإن الجمع بين منطق الربحية الاقتصادية ومتطلبات العدالة الاجتماعية يظل من أبرز التحديات التي تواجه الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي.

ومن جهة أخرى، فإن ضعف حضور جمعيات المجتمع المدني داخل المنظومة الصحية يشكل بدوره أحد الإكراهات المطروحة، إذ تشير بعض التقارير إلى أن عدد الجمعيات العاملة في المجال الصحي لا يمثل سوى نسبة ضئيلة مقارنة بإجمالي عدد الجمعيات الوطنية، وهو ما يعكس محدودية مساهمة العمل الجماعي في دعم السياسات الصحية العمومية.

وترتبط هذه الوضعية بعدد من التحديات، من أهمها:

- محدودية الإطار القانوني والتنظيمي المنظم للشراكة بين الدولة والجمعيات؛
 - ضعف إشراك الجمعيات في إعداد وتنفيذ السياسات الصحية العمومية؛
 - محدودية الموارد المالية والبشرية والتقنية المتوفرة للجمعيات الصحية؛
 - غياب آليات مؤسسية تضمن تمثيلية الجمعيات داخل الهيئات الصحية ومجالس المؤسسات الاستشفائية.
- وعليه، يتضح أن نجاح الشراكة بين القطاعين العام والخاص في المجال الصحي يظل رهينا بمدى قدرة الدولة على تجاوز مختلف هذه الإكراهات، عبر تطوير الإطار القانوني والمؤسسي، وتعزيز الحكامة والشفافية، وضمان التوازن بين متطلبات النجاعة الاقتصادية والبعد الاجتماعي للخدمة الصحية.

المطلب الثاني: آفاق تطوير الشراكة عام - خاص في الميدان الصحي

أضحت الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي خيارا استراتيجيا تفرضه التحولات العميقة التي يشهدها قطاع الصحة، سواء على المستوى الوطني أو الدولي¹، وذلك في ظل تزايد الطلب على الخدمات الصحية، وارتفاع كلفة العلاج والتجهيزات الطبية، وتنامي الحاجة إلى تعميم التغطية الصحية وضمان الولوج العادل إلى العلاج. كما أن الأزمات الصحية المتعاقبة، وفي مقدمتها جائحة كوفيد - 19، أبرزت محدودية الإمكانيات العمومية وحدها في مواجهة التحديات الصحية الكبرى، الأمر الذي جعل من التعاون بين الدولة والقطاع الخاص والجمعيات ضرورة عملية لتحقيق النجاعة والاستدامة داخل المنظومة الصحية.

¹ - للمزيد من التوسع، انظر: أرضية المؤتمر العربي الرابع عشر، الأساليب الحديثة في إدارة المستشفيات، الشراكة بين القطاعين العام والخاص في استدامة الخدمات الصحية، خلال الفترة 7 - 9 دجنبر 2015، عمان - الأردن، تم الاطلاع عبر الرابط الإلكتروني <https://www.spa.gov.sa/1425394> بتاريخ 6 يونيو 2026 على الساعة 19:23.

وفي هذا السياق، تتجه مختلف السياسات الصحية الحديثة نحو اعتماد مقارنة تشاركية تقوم على تكامل الأدوار بين الدولة والقطاع الخاص والمجتمع المدني، باعتبار أن النهوض بالصحة العمومية لم يعد مسؤولية حصرية للسلطات العمومية، بل أصبح رهينا بتعبئة مختلف الفاعلين والمتدخلين. فالدولة تضطلع بوظيفة التنظيم والتأطير وضمان احترام الحق في الصحة، بينما يساهم القطاع الخاص في تعبئة التمويلات والخبرات والتكنولوجيا الحديثة، في حين تلعب الجمعيات دورا محوريا في القرب الاجتماعي والتوعية الصحية ومواكبة الفئات الهشة.

ومن ثم، فإن تطوير الشراكة عام - خاص في المجال الصحي يقتضي، بالدرجة الأولى، تعزيز الإطار القانوني¹ والمؤسسي المنظم لهذه الشراكة، عبر وضع نصوص قانونية دقيقة وواضحة تحدد اختصاصات ومسؤوليات كل طرف، وتضبط آليات التعاقد والتنفيذ والتتبع والتقييم، بما يضمن الشفافية وحسن التدبير وربط المسؤولية بالمحاسبة. كما يتعين تجاوز الطابع العام الذي يطبع بعض النصوص القانونية الحالية، من خلال إصدار نصوص تنظيمية تحدد بشكل دقيق كيفية تفعيل الشراكة وآليات اشتغالها، مع توحيد المرجعيات القانونية المؤطرة لها تفاديا لتداخل الاختصاصات أو تضاربها.

ويقتضي تطوير هذه الشراكة أيضا إرساء حكمة صحية فعالة تقوم على التنسيق المؤسسي بين مختلف المتدخلين، من خلال إحداث آليات دائمة للتشاور والتخطيط والتتبع، تسمح بتقييم المشاريع الصحية المشتركة وقياس أثرها على جودة الخدمات الصحية وعلى مستوى الولوج إليها. كما ينبغي اعتماد مؤشرات دقيقة لقياس الأداء والنجاعة، وربط تمويل المشاريع بنتائجها الفعلية ومدى تحقيقها للأهداف المسطرة، بما يضمن ترشيد النفقات العمومية وتحقيق الفعالية في التدبير.

ومن بين أهم آفاق تطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي، توسيع الاستثمار في البنيات التحتية الصحية والتجهيزات الطبية الحديثة، عبر تشجيع القطاع الخاص على المساهمة في بناء وتجهيز وتدبير المؤسسات الصحية، خاصة بالمناطق التي تعرف خصاضا في العرض الصحي. فالدولة لم تعد قادرة لوحدها على تحمل الأعباء المالية الضخمة المرتبطة بإنشاء المستشفيات والمراكز الاستشفائية المتخصصة، الأمر الذي يجعل من الشراكة وسيلة لتعبئة التمويلات والخبرات الضرورية لتطوير البنية الصحية الوطنية.

كما يمكن لهذه الشراكة أن تساهم في تطوير الخدمات الطبية ذات التكنولوجيا العالية، كالتصوير الطبي والعلاج الإشعاعي والجراحة المتقدمة والطب الرقمي، من خلال الاستفادة من الخبرة التقنية والتكنولوجية التي يتوفر عليها القطاع الخاص، بما يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وتقليص الضغط على المؤسسات الصحية العمومية.

ومن جهة أخرى، تفتح الرقمنة والتحول الرقمي آفاقا واعدة لتطوير الشراكة الصحية، خاصة في مجال الطب عن بعد² وتبادل المعطيات الصحية واعتماد الملفات الطبية الإلكترونية المشتركة¹. فالتحول الرقمي أصبح يشكل ركيزة أساسية لتحديث

¹ - خليفة علي السنوسي الهادي، قراءة في قانون عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص بالمغرب: دراسة في ضوء إشكالية المفهوم وطبيعة عقود الشراكة، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 125، ديسمبر 2015، ص 333.

² - مرسوم رقم 2.18.378 الصادر في 11 من ذي القعدة 1439 (25 يوليو 2018) في شأن الطب عن بعد، الجريدة الرسمية عدد 6694 بتاريخ 26 يوليو 2018، ص 4932.

المنظومة الصحية وتحسين حكومتها، عبر تسهيل الولوج إلى الخدمات الصحية وتقريبها من المواطنين، خاصة بالعالم القروي والمناطق النائية التي تعاني خصوصا في الأطر الطبية والتجهيزات الصحية.

كما يمكن للشراكة أن تشمل مجالات البحث العلمي والتكوين المستمر والابتكار الطبي، من خلال تعزيز التعاون بين الجامعات ومؤسسات البحث العلمي والمقاولات الخاصة والمؤسسات الصحية العمومية. فالنهوض بالبحث العلمي الصحي يعتبر مدخلا أساسيا لتطوير المنظومة الصحية وتحسين قدراتها على مواكبة المستجدات العلمية والتكنولوجية، فضلا عن تكوين موارد بشرية مؤهلة وقادرة على الاستجابة للتغيرات المتسارعة التي يعرفها القطاع الصحي.

وفي السياق نفسه، يشكل تعزيز الشراكة مع جمعيات المجتمع المدني أحد المداخل الأساسية لتطوير المنظومة الصحية الوطنية، بالنظر إلى الدور الحيوي الذي تضطلع به هذه الجمعيات في مجالات التحسيس والتوعية والتكفل الاجتماعي والطبي بالفئات الهشة. كما أن الجمعيات تتميز بقدرتها على القرب من الساكنة ومعرفة حاجياتهم الحقيقية، خاصة بالمناطق الصعبة، مما يجعلها شريكا أساسيا في تنزيل البرامج الصحية الوطنية وتحقيق العدالة الصحية والمجالية.

ويقتضي تطوير هذه الشراكة أيضا توفير بيئة جاذبة ومحفزة للاستثمار الخاص في القطاع الصحي، وذلك عبر اعتماد مجموعة من التدابير التحفيزية، من قبيل منح امتيازات ضريبية وتسهيلات عقارية وتبسيط المساطر الإدارية المتعلقة بإحداث المؤسسات الصحية وتجهيزها وتشغيلها. كما يشكل الاستقرار التشريعي والمؤسسي عاملا حاسما في تعزيز ثقة المستثمرين وتشجيعهم على الانخراط في مشاريع الشراكة الصحية طويلة الأمد.

ومن بين التدابير الكفيلة بإنجاح هذه الشراكة كذلك، تحديث الإدارة الصحية ورقمنة الخدمات والمساطر الإدارية، بما يضمن السرعة والشفافية والفعالية في معالجة الملفات المرتبطة بمشاريع الاستثمار والشراكة. فتعقيد المساطر وطول آجال الترخيص يعدان من بين أهم العوامل التي تحد من جاذبية القطاع الصحي للاستثمار الخاص.

¹ - ترأس وزير الصحة والحماية الاجتماعية، بمعية الوزيرة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلفة بالانتقال الرقمي وإصلاح الإدارة، المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والمدير العام لوكالة التنمية الرقمية، بتاريخ 02 فبراير 2024، بالرباط، مراسيم التوقيع على اتفاقية إطار للشراكة حول تنسيق تبسيط الإجراءات المتعلقة برقمنة الملف الطبي المشترك وورقة العلاجات الإلكترونية بالمؤسسات الصحية.

وتهدف هذه الاتفاقية تحديد إطار الشراكة والتعاون بين الأطراف الموقعة عليها، وتبسيط وتسهيل المتابعة الطبية، وكذا تنسيق العلاجات بين مهنيي الصحة، وتيسير إجراءات استرداد تكاليف الرعاية الطبية للمريض، وذلك عبر إرساء واجهة موحدة لتوافق واجهات حلول الملف الطبي المشترك وأوراق العلاجات الإلكترونية على المستوى الوطني، مع ربط هذه الحلول ببرامج تدبير المؤسسات الصحية العمومية والخاصة، وكذا مع تلك المتعلقة بمهنيي الصحة بالقطاع الخاص؛ بالإضافة إلى استخدام هذه الحلول من قبل المرضى ومهنيي الصحة من خلال تطبيقات أو بوابات إلكترونية مخصصة، كما تأتي هذه الاتفاقية في إطار مواكبة وزارة الانتقال الرقمي وإصلاح الإدارة ووكالة التنمية الرقمية لرقمنة مختلف القطاعات، انظر الرابط الإلكتروني <https://www.sante.gov.ma/sites/Ar/Pages/activites.aspx?activiteID=361> تم الاطلاع عليه بتاريخ 06 يونيو 2026 على

كما ينبغي الحرص على إعداد عقود شراكة مرنة ومتوازنة تراعي خصوصية القطاع الصحي، مع تحديد دقيق لالتزامات كل طرف وآليات توزيع المخاطر والمسؤوليات¹، وتضمن مقتضيات واضحة تتعلق بالمراقبة والتتبع والتقييم وتسوية النزاعات. فنجاح مشاريع الشراكة لا يرتبط فقط بتوفير التمويل، وإنما كذلك بوجود إطار تعاقدى واضح يضمن استمرارية المرفق الصحي وجودة الخدمات المقدمة للمرتفقين.

ومن الضروري أيضا إخضاع مشاريع الشراكة الصحية لمبادئ الحكامة الجيدة²، من خلال ضمان الشفافية وتكافؤ الفرص والمنافسة النزيهة في إبرام العقود، مع تعزيز آليات المراقبة والتدقيق المالي والإداري، حماية للمال العام وضمانا لحسن تنفيذ المشاريع وتحقيق أهدافها الاجتماعية والتنموية.

وعلاوة على ذلك، فإن نجاح الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي يظل رهينا بمدى احترام البعد الاجتماعي والإنساني للخدمة الصحية، باعتبار أن الصحة ليست مجرد مجال للاستثمار وتحقيق الأرباح، بل هي حق دستوري أساسي يتعين ضمانه لجميع المواطنين دون تمييز. ومن ثم، ينبغي أن تظل الدولة حاضرة بقوة في ممارسة وظائفها الرقابية والتنظيمية، لضمان عدم تحول الشراكة إلى وسيلة للمساس بمبادئ المرفق العام الصحي، وعلى رأسها المساواة والاستمرارية والإنصاف في الولوج إلى العلاج.

وبناء على ما سبق، يتضح أن تطوير الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي يشكل مدخلا أساسيا لإصلاح المنظومة الصحية الوطنية وتعزيز قدرتها على الاستجابة لحاجيات المواطنين وتطلعاتهم. غير أن تحقيق هذا الهدف يقتضي توفير رؤية استراتيجية متكاملة تقوم على الحكامة الجيدة والتخطيط الاستباقي والتنسيق بين مختلف الفاعلين، مع الحرص على جعل الحق في الصحة وتحقيق العدالة الاجتماعية والمجالية في صلب كل السياسات الصحية المعتمدة.

خاتمة:

وفي ختام هذا الموضوع، يتبين أن الشراكة بين القطاعين العام والخاص أضحت من الآليات الحديثة التي يعول عليها لتطوير المنظومة الصحية بالمغرب وتحسين مردوديتها، خاصة في ظل التحديات المتزايدة التي يعرفها القطاع الصحي، سواء من حيث محدودية الموارد العمومية، أو ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية، أو الحاجة إلى تحديث البنيات والتجهيزات الطبية وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمواطنين.

وقد أبانت التجربة العملية أن هذه الشراكة تتيح إمكانيات مهمة لتعبئة التمويلات والخبرات التقنية والتدبيرية، وتعزيز الاستثمار في المجال الصحي، والمساهمة في تطوير العرض الصحي وتقريبه من المواطنين، خصوصا بالمناطق التي تعرف خصاضا في

¹ - يوسف بلشهب، عقود الشراكة بين القطاعين العام والخاص على ضوء القانون رقم 12.86، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، العدد 121، أبريل 2015، ص 118 - 119.

² - انظر الباب الثاني عشر من الدستور المغربي.

البنيات الصحية والموارد البشرية. كما أن انفتاح الدولة على القطاع الخاص والجمعيات يعكس توجهها جديدا يقوم على المقاربة التشاركية وتكامل الأدوار بين مختلف الفاعلين، بما ينسجم مع مبادئ الحكامة الجيدة والدولة الاجتماعية.

غير أن نجاح هذا النموذج يظل رهينا بوجود إطار قانوني ومؤسسي واضح وفعال، قادر على ضمان التوازن بين متطلبات النجاعة الاقتصادية وحماية الحق في الصحة باعتباره حقا دستوريا واجتماعيا. كما أن تطوير هذه الشراكة يقتضي تعزيز آليات الحكامة والشفافية والمراقبة، وضمان العدالة المجالية في توزيع الخدمات الصحية، مع إشراك حقيقي لمختلف المتدخلين في بلورة وتنفيذ السياسات الصحية.

وعليه، فإن مستقبل الشراكة بين القطاعين العام والخاص في الميدان الصحي بالمغرب يظل مرتبنا بمدى قدرة الدولة على بناء نموذج تعاوني متوازن، يقوم على الثقة والتكامل وتحقيق المصلحة العامة، بما يساهم في إرساء منظومة صحية وطنية أكثر نجاعة وإنصافا واستدامة، قادرة على الاستجابة لتطلعات الساكنة وتحقيق أهداف التنمية الصحية الشاملة.