مجالية التدبير الصحي بالمغرب على ضوء المستجدات القانونية

https://doi.org/10.23918/ilic10.44

د. طارق الحجوجي
إطار بقطاع الصحة والحماية الاجتماعية بالمركز الاستشفائي الجهوي محمد الخامس بطنجة - المغرب
أستاذ زائر بكلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة وبالمعهد العالي للمهن التمريضية وتقنيات الصحة بطنجة
tarikelhajjouji@gmail.com

The Territorial Dimension of Health Governance in Morocco in Light of Recent Legal Reforms

Dr. Tarik El Hajjouji
Administrator within the Ministry of Health and Social Protection, at the Mohammed V Regional Hospital Center in Tangier – Morocco
Visiting Lecturer at the Faculty of Legal, Economic and Social Sciences of Tangier and at the Higher Institute of Nursing and Health Technology of Tangier

الملخص

يشـــهد التدبير الإداري عبر العالم تحولات عميقة منذ تســـعينيات القرن الماضـــي، أبرزها الانتقال من المركزية إلى اعتماد مقاربات لامركزية وترابية في إدارة المرافق العمومية. ويأتي قطاع الصحة في صلب هذه التحولات، باعتباره من أكثر القطاعات ارتباطاً بالعدالة الاجتماعية والإنصاف المجالي.

في الســياق المغربي، عرف الحقل الصــحي مســتجدات قانونية مهمة، أبرزها القانون الإطار رقم ٠٦,٢٢ المتعلق بالمنظومة الصــحية الوطنية، والقانون رقم ٠٨,٢٢ المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية، إضافة إلى القانون رقم ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية. وتشـكل هذه النصـوص محاولة لإرسـاء تدبير ترابي جديد يهدف إلى ضـمان توزيع منصـف للخدمات الصـحية وتعزيز حكامة المرافق الصحية والموارد البشرية.

تنطلق هذه الدراسـة من إشـكالية محورية مفادها: إلى أي حد سـتسـهم الإصـلاحات القانونية الحديثة في تطوير تدبير المنظومة الصـحية بالمغرب وتحقيق الإنصـاف في العرض الصـحي؟ وللإجابة عن هذا السؤال، تم اعتماد المنهج التحليلي، عبر فحص المقتضـيات القانونية الجديدة وتفسير آثارها المحتملة على مستوى إدارة المرافق الصحية وتدبير الموارد البشرية.

وتسـعى الدراسـة إلى الوقوف على واقع التدبير الصـحي بالمغرب، ثم اسـتشـراف آفاق الإصـلاحات القانونية في أفق معالجة الاختلالات المجالية التي تعيق ولوج المواطنين إلى الخدمات الصحية الأساسية، سواء في المجال الحضري أو القروي.

إن الغاية من هذا البحث هي المساهمة في النقاش الأكاديمي حول دور القانون الإداري في تجويد الحكامة الصحية بالمغرب، وإبراز كيف يمكن للمستجدات القانونية أن تشكل رافعة لتحقيق السيادة الصحية والعدالة المجالية.

الكلمات المفتاحية: التدبير الصـــحي، اللامركزية الترابية، الإصـــلاحات القانونية، المنظومة الصـــحية المغربية، المجموعات الصـــحية الترابية.

Abstract

Since the 1990s, administrative governance worldwide has undergone profound transformations, most notably the shift from centralized models to decentralized and territorial approaches in managing public services. The health sector lies at the core of these transformations, as it is one of the sectors most closely linked to social justice and territorial equity.

In the Moroccan context, the health system has recently witnessed significant legal developments, most notably Framework Law No. 06.22 on the National Health System, Law No. 08.22 establishing Territorial Health Groups, and Law No. 09.22 on the Health Function. These legal instruments represent an attempt to establish a new territorial governance model aimed at ensuring equitable distribution of health services and strengthening the management of health facilities and human resources.

This study addresses a central question: To what extent can recent legal reforms contribute to improving the governance of Morocco's health system and ensuring fairness in the provision of health services? To answer this question, the research adopts an analytical approach, examining the new legal provisions and interpreting their potential effects on the management of public health facilities and health personnel.

The study seeks to highlight the current realities of health governance in Morocco and to explore the prospects offered by these reforms in addressing territorial disparities that hinder citizens' access to essential health services in both urban and rural areas.

Ultimately, the aim of this research is to contribute to the academic debate on the role of administrative law in enhancing health governance in Morocco, and to demonstrate how recent legal reforms may serve as a lever for achieving health sovereignty and territorial justice.

Keywords: Health governance, Territorial decentralization, Legal reforms, Moroccan health system, Territorial Health Groups.

المقدمة

أمام تطور مفهوم الدولة، والتي نظر إليها على أنها كيان سياسي وقانوني منظم، وكمجال التصارع وتفاعل القوى المختلفة في المجتمع، تختار الدولة الحديثة أسلوبها في التنظيم الإداري بما يتلاءم مع ظروفها الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، فتلجأ إلى المركزية الإدارية في مطلع نشأة الدولة[١]. وعندما تستقر أمورها ويكبر حجمها وتزداد واجباتها وتتوسع خدماتها، تتحول إلى اللامركزية الإدارية ضمانا لتفرغ الحكومة المركزية للأمور السياسية الهامة، وتحقيقا لمشاركة المواطنين في إدارة مرافقهم وخدماتهم.

وأمام اتساع نشاط الدولة وتزايد مهامها، وتشعب وظائفها، بات من الضروري الابتعاد عن المركزية، فلم تعد مبرراتها قائمة لا من الناحية السياسية ولا من الناحية التنظيمية. فتنمويا فشلت الدولة المركزية في تحقيق أهدافها، حيث أصبح لزاما عليها توزيع المهام الإدارية بين الإدارة المركزية والهيئات المحلية، قصد تخفيف الأعباء عن الدولة وتحقيق التنمية من جهة، وإعطاء المواطن حق المشاركة في إدارة الشؤون المحلية من جهة ثانية، عن طريق خلق وحدات محلية تتمتع بالشخصية والاستقلال المالي والاداري.

ولما كان النشاط الإداري يمتد ليشمل كافة أجزاء التراب الوطني، فإن الإدارة المركزية لا يمكنها وحدها مهما بلغت كفاءتها وإمكانياتها أن تضطلع بمهمة تأطير فعال لمختلف الجهات والأقاليم والعمالات، لذلك فإن منطق الأمور والمصلحة العامة تقتضي نهج أساليب تدبيرية جديدة وفعالة، وهذا ما يتطلب تطوير جهازها الإداري بشكل يسمح لها بتأمين تواجدها على صعيد مختلف مستويات الإدارة الترابية.

وعلى إثر ذلك، باتت سياسة اللامركزية إحدى أهم الأسس والدعامات التي تتميز بها الأنظمة المعاصرة ومكونا رئيسيا لها بحيث أصبحت لازمة أساسية لتحقيق التنمية في مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ومظهرا من مظاهر الديمقراطية، كونها قبل أن تكون مفهوما قانونيا، فهي بالدرجة الأولى مؤسسة على المقترب السياسي، إذ تعد ذلك النمط والأسلوب الإداري المجمد المشاركة فئات عريضة من المواطنين في صياغة القرارات تدبيرا للشأن العام المحلي من مواقع متعددة، تحت إشراف ووصاية السلطة الإدارية المركزية[٢].

وقد عرف المغرب محاولات حديثة لإصلاح الإدارة، إن على مستوى التصور والخطاب أو على صعيد تجريب بعض النماذج. فعلى مستوى الخطاب فقد شكل الإصلاح الإداري محور مختلف المخططات والوثائق الرسمية المترتبة عن المناظرات والملتقيات الوطنية متمحورة حول علاقة الإدارة برهانات الحكامة والاستثمار والديمقراطية، وترتب عنها اقتناع الدولة بتكامل منظومة اللامركزية[٣] ونظام اللاتمركز الإداري[٤] ضمن منظور إصلاحي لتحديث الدولة وعقلنة وتجويد تدخلاتها. أما على مستوى الممارسة فقد عرفت الإدارة المغربية إصلاحات عديدة تفاوتت درجاتها ورهاناتها بين مجرد تبسيط المساطر، والإجراءات وبين إحداث تغييرات جوهرية في بنيات ووظائف الأجهزة الإدارية في علاقتها بالمرتفقين.

وفي هذا الإطار ومواكبة لهذا الإصلاح، تم إنشاء مصالح خارجية تمثل الإدارات المركزية على المستويين الإقليمي والجهوي يعهد إليها بمزاولة بعض الاختصاصات في تسيير الإمكانيات البشرية والمالية في إطار البرامج التي تضعها المصالح المركزية، وهو ما يصطلح عليه بنظام اللاتمركز الإداري أو عدم التركيز الإداري، الذي يعد متمما أساسيا لسياسة اللامركزية.

يختلف التنظيم الإداري من دولة إلى أخرى، فتختار كل دولة أسلوبها في تنظيمها الإداري، بما يتلاءم مع ظروفها الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، وتبعا لتطور في وظائفها وتدخلاتها تنفيذ سياستها العامة، إذ يعتبر التنظيم الإداري محددا أساسيا للفعل العمومي داخل جميع الدول، حيث إن نجاح السياسة العامة في أي مجال من المجالات يرتكز بشكل كبير على حسن اختيار ونهج تنظيم إداري معين.

ويعد قطاع الصحة بالمغرب من بين القطاعات الحكومية السباقة إلى اعتماد اللاتمركز الإداري في استراتيجيتها العامة، حيث انطلقت تجربة قطاع الصحة في العمل باللاتمركز الإداري من خلال إحداث تمثيليات الوزارة الصحة على صعيد العمالات والأقاليم عهد إليها تنفيذ توجهات الإدارة المركزية في دائرة نفوذها الترابي، بهدف تحقيق العدالة المجالية بين مختلف الجهات والأقاليم، والحد من التفاوتات بينها من حيث العرض الصحي، والمؤشرات الصحية الناتجة عن التدبير المركزي للشأن الصحي[٥].

بالموازاة مع الإصلاحات الإدارية التي عرفها المغرب، عرف كذلك مجموعة من المستجدات القانونية المتعلقة بتدبير منظومته الصحية، أبرزها القانون الإطار رقم ٠٦,٢٢ المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، والقانون رقم ٠٨,٢٢ المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية، إضافة إلى القانون رقم ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية.

وتشكل هذه النصوص محاولة لإرساء تدبير ترابي جديد يهدف إلى ضمان توزيع منصف للخدمات الصحية وتعزيز حكامة المرافق الصحية والموارد البشرية.

من خلال ما سبق سنطرح إشكالية محورية مفادها: **إلى أي حد ستسهم الإصلاحات القانونية الحديثة في تطوير تدبير المنظومة الصحية بالمغرب وتحقيق الإنصاف في العرض الصحي؟** وللإجابة عن هذه الاشكالية، تم اعتماد المنهج التحليلي، وفق التقسيم التالي:

---

(١) المصطفى القريشي: ملائمة نظام اللاتمركز الإداري بالمغرب مع متطلبات الجهوية المتقدمة وفق مقتضيات دستور ٢٠١١ والقوانين التنظيمية للجماعات الترابية، مكتبة دار السلام، الرباط، الطبعة الأولى ٢٠١٧.

(٢) محمد يحيا: المغرب الإداري مطبعة كابسبارطيل، الطبعة الثانية ٢٠١٠، ص:١٣٩.

(٣) **اللامركزية الإدارية** تتمثل في نقل بعض اختصاصات الدولة وتحت وصايتها إلى وحدات ترابية منتخبة تعرف الغالب في بالجماعات الترابية، هناك مظهر آخر يتجلى في **اللامركزية المرفقية** أو الوظيفية أو المتخصصة، التي تتجسد في المؤسسات العمومية التي تنقل إليها بعض اختصاصات الدولة بصفة محددة بواسطة النص التشريعي المحدث للمؤسسة، ويتم تمتيعها بالشخصية المعنوية والاستقلال الإداري والمالي، لكن تحت وصاية السلطة المركزية المختصة وهذا هو المعمول به في المغرب طبقا للفصل ٧١ من الدستور المغربي لسنة ٢٠١١.

(٤) **اللاتمركز الإداري** أو **اللاتركيز الإداري** يهدف إلى إعادة توزيع السلط داخل إدارة الدولة من المصالح المركزية إلى المصالح الخارجية، بحيث تمارس الأولى رقابة تسلسلية على الثانية. ومن هنا يتضح أن اللامركزية واللاتمركز، وإن كانا يختلفان في الجوهر، فهما يهدفان إلى وضع أسس إدارة القرب وتخفيف الأعباء عن المركز.

(٥) عمر الأندلوسي الحسني: نظام اللاتمركز الاداري بالمغرب -قطاع الصحة نموذجا-، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون العام (تدبير الشأن العام المحلي)؛ جامعة عبد المالك السعدي – كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة؛ السنة: ٢٠١٨-٢٠١٩، ص: ٦٤.

المحور الأول: المقتضيات القانونية المؤسسة للمجالية الصحية بالمغرب
المحور الثاني: الإصلاحات الحديثة ورهانات المستقبل

المحور الأول
المقتضيات القانونية المؤسسة للمجالية الصحية بالمغرب

عرف قطاع الصحة بالمغرب صدور عدة وثائق ونصوص قانونية متعلقة بمجالية التدبير الصحي. فماهي أبرز المقتضيات القانونية المؤسسة لمجالية التدبير الصحي بالمغرب؟ وماهي الصعوبات التي واجهت أجرأة مضامين هذه النصوص القانونية؟

أولا: الإطار الدستوري والمرجعيات الأساسية

منذ صدور دستور سنة ٢٠١١، تعاقبت ثلاث حكومات بالمغرب، وأصدرت مجموعة من السياسات والاستراتيجيات المتعلقة بالقطاع الصحي، أبرزها: الاستراتيجية القطاعية ٢٠١٢-٢٠١٦، الاستراتيجية القطاعية ٢٠١٧-٢٠٢١، ومخطط الصحة ٢٠٢٥. وكل هذه الاستراتيجيات تستند، في مرجعياتها وأهدافها وتوجهاتها، على إطار قانوني غني، يتمثل أساسا في مقتضيات دستور المملكة المغربية لسنة ٢٠١١، والقوانين الإطار والقوانين والمراسيم المتوالية....

وباستقرائنا لمقتضيات دستور ٢٠١١، نستنتج بأنه تطرق في العديد من فصوله، بشكل صريح أو ضمني، لمجالية السياسات العمومية بصفة عامة والمجالية الصحية بصفة خاصة. وفيما يلي أمثلة على ذلك: يعتبر **"**التنظيم الترابي للمملكة تنظيم لا مركزي، يقوم على الجهوية المتقدمة**"**[١].

كما تم لأول مرة دسترة الحق في الصحة بالتنصيص عليه في الفصل ٣١. وأكد كذلك على الإنصاف والحكامة الجيدة، من خلال: **"** يتم تنظيم المرافق العمومية على أساس المساواة بين المواطنات والمواطنين في الولوج إليها، والإنصاف في تغطية التراب الوطني، والاستمرارية في أداء الخدمات...**"**[٢].

كل هذه المقتضيات التي جاء بها دستور ٢٠١١، تعتبر مؤشرات على أن الدولة المغربية اعتمدت الجهوية المتقدمة، ونهجت مقاربة المجالية فيما يخص تدبير السياسات الصحية بالمغرب، ومن بينها الصحة. وتطرح هذه المرحلة تساؤلات جوهرية حول هل واكبت باقي النصوص القانونية الأخرى المؤطرة للمنظومة الصحية مقتضيات الدستور الجديد، وسارت على نفس توجهاته، بتبني مجالية السياسات العمومية الصحية؟ وما هي الصعوبات التي واجهتها عند التنفيذ على أرض الواقع؟

ثانيا: القانون الإطار رقم ٣٤,٠٩[٣] والخريطة الصحية

نص القانون الإطار رقم ٣٤,٠٩ المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات الذي صدر خلال أيام قليلة قبل صدور دستور ٢٠١١، في مجموعة من مواده على مجالية السياسات العمومية الصحية. كما أنه أكد على أن المنظومة الصحية المغربية تتألف من مجموع المؤسسات والموارد والأعمال المنظمة لتحقيق الأهداف الأساسية للصحة التي تعتمد على المبادئ التالية:

- التضامن وإشراك الساكنة في مسؤولية الوقاية والمحافظة على الصحة والمعافاة من المرض؛
- المساواة في الولوج إلى العلاج والخدمات الصحية؛
- الإنصاف في التوزيع المجالي للموارد الصحية، والتكامل بين القطاعات[٤].

كما أشار إلى مجالية الصحة، من خلال إبراز دور الجماعات المحلية، في قوله:**"** تساهم الجماعات المحلية والمنظمات المهنية والجمعيات التي تعمل في مجال الصحة والحفاظ على البيئة إلى جانب الدولة في تحقيق الأهداف والأعمال الصحية **"**[٥].

في حين أشار نفس القانون إلى العدالة المجالية، فيما يخص توزيع عرض العلاجات، حيث نص على:

"... يجب أن يكون عرض العلاجات موزعا بشكل متوازن وعادل على مجموع التراب الوطني**"**[٦]. وفي مادة أخرى، نجد:**"** ينظم عرض العلاجات وفقا للخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات المنصوص عليها في القسم الثالث من هذا القانون الإطار**"**[٧].

وبالنسبة لإحداث الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات[٨]، فقد حث عليها القانون الإطار رقم ٠٩. ٣٤ في أكثر من مادة، حيث نقرأ: **"** يتم إحداث خريطة صحية ومخططات جهوية لعرض العلاجات، مع تَوقُّع التطورات الضرورية لعرض العلاجات العمومية والخاصة، تحفيز إجرائها قصد الاستجابة على النحو الأمثل لحاجيات الساكنة من العلاج والخدمات الصحية، تحقيق الانسجام والإنصاف في التوزيع المجالي للموارد المادية والبشرية، وتصحيح الاختلالات بين الجهات وداخل كل جهة والتحكم في نمو العرض **"**[٩].

---

[١] الفقرة الأخيرة من الفصل ١ من الدستور المغربي لسنة ٢٠١١.
[٢] الفقرة الأولى من الفصل ١٥٤ من الدستور المغربي لسنة ٢٠١١.
[٣] الظهير الشريف رقم ١,١١,٨٣، الصادر في ٢٩ من رجب ١٤٣٢ (٢ يوليوز ٢٠١١) بتنفيذ القانون الإطار ٠٩. ٣٤ المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الجريدة الرسمية عدد ٥٩٦٢، بتاريخ ١٩ شعبان ١٤٣٢ (٢١ يوليوز ٢٠١١).
[٤] المادة ٢ من القانون الإطار ٠٩. ٣٤ المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، مرجع سابق.
[٥] المادة ٥، مرجع سابق.
[٦] الفقرة الثانية من المادة ٩، نفس المرجع.
[٧] المادة ١٠، نفس المرجع.
[٨] لا بد من الإشارة إلى أن **الخريطة الصحية لعرض العلاجات** توضع من طرف الإدارة بعد استشارة اللجنة الوطنية لعرض العلاجات، ويستمر تنفيذها لمدة ١٠ سنوات، ويجب تقييمها كل ٥ سنوات، ومراجعتها، وفق نفس المسطرة، عند حدوث تغييرات في المعطيات التي اعتُمدت في إعدادها. ومِما تُحدده هذه الخريطة الصحية، على المستوى الوطني وبين الجهات، وعلى المستوى الجهوي:
١- مجموع وأنواع البنيات التحتية الصحية الموجودة؛
٢- أهمية وطبيعة البنيات التحتية الصحية والمنشآت العمومية والخاصة، الثابتة والمتنقلة، المتوقعة، وكذا المجال الترابي الذي ستقَدِّم فيه خدماتِها؛
٣- شبكات للتكفل بمشاكل ومخاطر محددة تتعلق بالصحة، كما تحدد الموارد البشرية كما ونوعا.
أما بالنسبة **للمخطط الجهوي لعرض العلاجات** فقد نصت المادة ٢٥ من القانون الإطار ٣٤,٠٩ على أن المديرية الجهوية للصحة هي التي تضع مخططها الجهوي لمدة ٥ سنوات، بعد استشارة اللجنة الجهوية لعرض العلاجات، ويمكن مراجعته، وفق نفس المسطرة، في حالة حدوث تغييرات في الخريطة الصحية على المعايير أو كيفيات إحداث البنيات التحتية والمنشآت الصحية يكون لها تأثير على المخطط الجهوي.
[٩] المواد ١٩ – ٢٥ من القانون الإطار ٠٩. ٣٤ المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات (نفس المرجع).

وقد تم التنصيص في المادة ٢٢ على أن: **"** الخريطة الصحية تحدد التقطيع الصحي للتراب الوطني، حسب المجال الترابي الذي تقدم فيه الخدمات للساكنة والخاصيات الوبائية والجغرافية والديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية **"**.

وقد عرف القانون الإطار المخطط الجهوي كالتالي: **"** يشكل المخطط الجهوي لعرض العلاجات أداة لتخطيط وتنظيم عرض العلاجات على المستوى الجهوي.

ويحدد المخطط الجهوي بالنسبة إلى كل عمالة أو إقليم، مع مراعاة الخريطة الصحية وتبعا للتقطيع الصحي داخل الجهة وكذا على أساس تحليل الحاجيات، ما يلي:

- جرد البنيات التحتية الموجودة؛
- التوقعات المرتقبة للمؤسسات الصحية والأسرة والأماكن والتخصصات والمنشآت العمومية والخاصة الثابتة والمتنقلة والتجهيزات الثقيلة وكذا توزيعها الجغرافي؛
- التوزيع المجالي والتوقعات المرتقبة في إعداد الموارد البشرية**..."**[١].

كما نص القانون الإطار رقم ٣٤,٠٩ على مجموعة من هيئات التشاور في المجال الصحي من أجل ضمان انسجام أعمال المنظومة الصحية وتحسين حكامتها، ومن بين هذه الهيئات نجد اللجنة الوطنية واللجان الجهوية لعرض العلاجات[٢].

ومن أجل تنزيل مضامين القانون الإطار رقم ٣٤,٠٩، صدر المرسوم التطبيقي رقم ٢,١٤,٥٦٢ الذي يهدف إلى تحديد تنظيم عرض العلاجات والتقطيع الصحي للتراب الوطني وكذا كيفيات إعداد الخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات على أساس التقطيع الصحي المعتمد.

أما فيما يخص تحديد المجالات الترابية الصحية، فترتكز على التقسيم الإداري للمملكة، ويمكن عند الاقتضاء، تتميم هذا التحديد بتقسيم خاص يضعه وزير الصحة لضبط المجالات الترابية الصحية الأكثر نجاعة للعمل الصحي. وتتكون هذه المجالات من[٣]:

- الدوائر الصحية؛
- العمالات والأقاليم الصحية؛
- الجهات الصحية؛
- المجالات الترابية الصحية المشتركة بين عدة جهات.

وبالنسبة **لعرض العلاجات في القطاع العام**، فينقسم إلى أربع شبكات، على الشكل التالي:

١- شبكة مؤسسات الرعاية الصحية[٤]: وتتكون هذه الشبكة من المؤسسات التالية:

- المراكز الصحية القروية والحضرية من المستوى الأول؛
- المراكز الصحية القروية والحضرية من المستوى الثاني؛
- المستوصفات القروية، عند وجودها؛
- بنيات متخصصة لدعم المؤسسات السالفة الذكر (المراكز الصحية للصحة الإنجابية، مراكز تشخيص وعلاج الأمراض التنفسية، مختبرات الصحة العمومية).

٢- الشبكة الاستشفائية[٥]: التي تتكون من المراكز الاستشفائية الجامعية، المستشفيات الجهوية، المستشفيات الإقليمية، مستشفيات القرب، مصحات النهار، المستشفيات المتخصصة في الأمراض العقلية، مراكز تصفية الدم، بالإضافة إلى بنيات متخصصة لدعم المؤسسات الصحية السالفة الذكر (المركز الوطني والمراكز الجهوية لتحاقن الدم، المعهد الوطني للصحة، المركز الوطني لمحاربة التسمم واليقظة الدوائية، المركز الوطني للوقاية من الأشعة الأيونية).

٣- الشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية[٦]: ويشمل عرض العلاجات الاستعجالية المنظم في إطار هذه الشبكة على خدمات المستعجلات الطبية للقرب، مستعجلات ما قبل الاستشفاء والمستعجلات الطبية الاستشفائية.

٤- شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية[٧]: يتم إحداث هذه المؤسسات من طرف وزارة الصحة أو بشراكة بينها وبين فاعلين آخرين من القطاع العام أو الخاص، وتتكون من ستة مؤسسات: المراكز المسماة: " فضاءات صحة الشباب "، مركز إعادة التأهيل البدني وتقويم البصر وتقوية النطق، مراكز لتقويم العظام، مراكز معالجة الإدمان، المراكز الطبية الجامعية، مراكز العلاجات الملطفة.

أما بخصوص **عرض العلاجات بالقطاع الخاص[٨]**، فقد حددها القانون الإطار رقم ٣٤,٠٩، في:

- العيادات الطبية (للطب العام والطب المتخصص)؛
- عيادات الفحص بالأشعة والتصور الطبي؛
- منشآت المساعدة الطبية المستعجلة؛
- عيادات طب الأسنان؛
- المؤسسات الطبية الاجتماعية التي تتكفل طبيا بالأشخاص المسنين، وبصفة عامة بالأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة؛
- المؤسسات الصحية التي تتكفل بالتتبع والنقاهة؛
- مختبرات التحاليل الطبية؛
- الصيدليات ومستودعات الأدوية؛

---

(١) للمزيد من التفاصيل، يمكن الرجوع إلى المادة ٢٤ من الإطار ٠٩. ٣٤ المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، مرجع سابق.

(٢) المادة ٣٠ من القانون الإطار ٠٩. ٣٤ المتعلق بالمنظومة الصحية وعرض العلاجات، نفس المرجع.

(٣) المادة ١٠ من المرسوم ٥٦٢. ١٤. ٢ بتاريخ ٢٤ يوليوز ٢٠١٥، بتطبيق القانون الإطار ٠٩. ٣٤ المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، الجريدة الرسمية عدد ٦٣٨٨، بتاريخ ٢٠ غشت ٢٠١٥.

(٤) للمزيد من التفاصيل حول شبكة مؤسسات الرعاية الصحية، أنظر المواد من ٢١ إلى ٢٦ من المرسوم التطبيقي ٢,١٤,٥٦٢.

(٥) للمزيد من التفاصيل حول الشبكة الاستشفائية، أنظر المواد من ٢٧ إلى ٣٦ من المرسوم التطبيقي ٢,١٤,٥٦٢.

(٦) للمزيد حول الشبكة المندمجة للعلاجات الطبية الاستعجالية أنظر المادتين ٣٧ و٣٨ من المرسوم التطبيقي ٢,١٤,٥٦٢.

(٧) للمزيد حول شبكة المؤسسات الطبية الاجتماعية العمومية أنظر المواد من ٣٩ إلى ٤١ من المرسوم التطبيقي ٢,١٤,٥٦٢.

(٨) للمزيد من التفاصيل حول العرض الصحي بالقطاع الخاص، أنظر المواد من١١ إلى ١٦ من القانون الإطار ٣٤,٠٩

- العيادات شبه الطبية.

ثالثا: القانون الإطار رقم ٠٩. ٢١[١] والحماية الاجتماعية[٢]

يُعتبر ورش تعميم الحماية الاجتماعية من الأوراش الكبرى التي أطلقها جلالة الملك محمد السادس. وهو ثورة اجتماعية حقيقية يقودها عاهل المغرب، تهدف إلى: تقليص الفقر ومحاربة كل أشكال الهشاشة، دعم القدرة الشرائية للأسر المغربية، تعميم التأمين الصحي الإجباري على جميع المواطنات والمواطنين، تعميم التعويضات العائلية والتعويض عن فقدان الشغل، وتوسيع نظام التقاعد[٣].

ولا أحد يجادل في كون: " تحقيق الحماية الاجتماعية يُعتبر مدخلا أساسيا لا محيد عنه للنهوض بالعنصر البشري، باعتباره حلقة أساسية في التنمية، ولبناء مجتمع تسوده العدالة الاجتماعية والمجالية التي ما فتئ صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله يصبو إليها منذ اعتلائه عرش أسلافه المنعمين. ولقد تجسدت هذه الرؤية المولوية السامية في إطلاق مجموعة من البرامج الاجتماعية، في مقدمتها المبادرة الوطنية للتنمية البشرية، نظام المساعدة الطبية، وبرنامج تقليص الفوارق المجالية والاجتماعية..."[٤].

تبلغ تكلفة تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب[٥] ما قدره ٥١ مليار درهم، مفصلة كالتالي: ١٤ مليار درهم لتعميم التغطية بالتأمين الإجباري عن المرض، و٢٠ مليار درهم لتعميم التعويضات العائلية، و١٦ مليار درهم لتوسيع قاعدة المنخرطين في نظام التقاعد، و١ مليار درهم لتعميم الولوج إلى التعويض عن فقدان الشغل.

أما الجدولة الزمنية لتنزيل هذا الورش فتشمل تعميم التأمين الإجباري عن المرض لـ٢٢ مليون شخص خلال ٢٠٢١-٢٠٢٢، وتعميم التعويضات العائلية لـ٧ ملايين طفل خلال ٢٠٢٣-٢٠٢٤، وتوسيع الانخراط في أنظمة التقاعد لـ٥ ملايين شخص في ٢٠٢٥، وتعميم التعويضات عن فقدان الشغل للذين لا يتوفرون على شغل قار في سنة ٢٠٢٥[٦].

وتبرز **مظاهر مجالية التدبير الصحي** التي نص عليها القانون الإطار ٠٩. ٢١ المتعلق بالحماية الاجتماعية، بشكل صريح وواضح، أو بشكل ضمني، من خلال المادة ٣ التي تطرقت إلى مبادئ تعميم الحماية الاجتماعية التي تستند على:

"١- مبدأ التضامن في أبعاده الاجتماعي والترابي وبين الأجيال والبين -منهي، الذي يقتضي تظافر مجهودات جميع المتدخلين في هذا المجال؛

٢- مبدأ عدم التمييز في الولوج إلى خدمات الحماية الاجتماعية؛..."

ويتم تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من خلال: توسيع الاستفادة من هذا التأمين لتشمل الفئات المعوزة المستفيدة من نظام المساعدة الطبية، وتحقيق التنزيل التام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا ليشمل كل الفئات المعنية[٧]،... .

كما يَعتبر القانون الإطار ٠٩. ٢١ تعميم الحماية الاجتماعية أولوية وطنية، ومسؤولية مشتركة بين الدولة والجماعات الترابية والمؤسسات والمقاولات العمومية والقطاع الخاص والمجتمع المدني ومختلف الهيئات العامة والخاصة الأخرى والمواطنين[٨].

وهكذا يتضح، من خلال إلتقائية مجموعة من مضامين مواد القانون الإطار ٠٩. ٢١، المذكورة سابقا كأمثلة (الديباجة، المادة ٣، المادة ٥، والمادة ١٠)، بأن مقاربة مجالية السياسة الصحية بالمغرب حاضرة بشكل واضح كما هو الأمر بالنسبة للديباجة والمادتين ٣ و١٠، وبشكل ضمني في المادة ٥ عندما تم التنصيص على تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من خلال توسيع الاستفادة لتشمل جميع الفئات المعنية، في جميع مناطق المملكة المغربية، وهذا يعني استهداف جميع الجهات والجماعات الترابية، دون تمييز بين الوسطين، الحضري والقروي.

رابعا: الصعوبات التي واجهت الأجرأة

⟸ الصعوبات الرئيسية في تنفيذ قوانين الإصلاح الصحي:

واجه تنفيذ حزمة القوانين الصحية (مثل ٠٦,٢٢ الإطار العام و٠٨,٢٢ للمجموعات الصحية الترابية) تأخيرًا في صدور المراسيم التطبيقية، مما أعاق تحديد آليات التسيير والصلاحيات بين المركز والجهات، وخلق غموضًا إداريًا خاصة في التجربة النموذجية بجهة طنجة-تطوان-الحسيمة. أدى ذلك إلى ارتباك في عملية التنفيذ، مع نقص استشارة المهنيين الصحيين، وتوترات عمالية ناتجة عن مخاوف تفكيك الهياكل المستقلة.

⟸ نقص الموارد والبنى التحتية:

---

[١] الظهير شريف رقم ١,٢١,٣٠ الصادر في ٩ شعبان ١٤٤٢ (٢٣ مارس ٢٠٢١) بتنفيذ القانون-الإطار رقم ٠٩,٢١ المتعلق بالحماية الاجتماعية، الجريدة الرسمية عدد ٦٩٧٥ بتاريخ ٢٢ شعبان ١٤٤٢ (٥ أبريل ٢٠٢١).

[٢] **يُقصد بالحماية الاجتماعية** جميع آليات الاحتياط الاجتماعي التي تُمكن الأفراد أو الأسر من مجابهة الآثار المالية المترتبة عن المخاطر الاجتماعية، إذ توفر للأسر مزايا اجتماعية تمكنها من العيش بكرامة، وهو حق معترف به في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان. وترتكز على آليتين، هما: " التأمين الاجتماعي" و"المساعدة الاجتماعية". إنها توفر دورة فعالة من التنمية والنمو. وتمكن من الحد من فقر الأسر، وتعزيز التماسك والاستقرار الاجتماعي، والمساهمة في التنمية الشاملة للبلدان. وبالتالي فهي، اليوم، تشكل أداة أساسية لتحقيق أهداف التنمية المستدامة (ODD).

أما مفهومها، حسب القانون الإطار ٠٩. ٢١، فقد نصت المادة ٢ منه، على أن الحماية الاجتماعية تشمل:

- الحماية من مخاطر المرض؛
- الحماية من المخاطر المرتبطة بالطفولة وتحويل تعويضات لفائدة الأسر التي لا تشملها هذه الحماية؛
- الحماية من المخاطر المرتبطة بالشيخوخة؛
- الحماية من مخاطر فقدان الشغل.

[٣] إصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب، مقال نُشر بالموقع الرسمي لوزارة التضامن والإدماج الاجتماعي للأسرة: www.social.gov.ma، تاريخ الاطلاع عليه: ٢٠٢٢/١٠/١٠، الساعة ١٠.

[٤] مقتطف من ديباجة القانون الإطار ٠٩. ٢١ المتعلق بالحماية الاجتماعية، مرجع سابق.

[٥] عرض وزير الاقتصاد والمالية وإصلاح الإدارة، في شأن تقديم مشروع القانون الإطار ٠٩. ٢١ ، ٢٠٢١/٢/٢٢، ص: ١٤.

[٦] الفقرة الرابعة والفقرة الثامنة من ديباجة القانون الإطار ٠٩. ٢١، مرجع سابق.

[٧] المادة ٥ من القانون الإطار ٠٩. ٢١، نفس المرجع.

[٨] المادة ١٠ من القانون الإطار ٠٩. ٢١، نفس المرجع.

تواجه المنظومة الصحية في المغرب تحديات كبيرة نتيجة هشاشة البنى التحتية، مع ضعف نسبة تمويل القطاع رغم زيادة الميزانية، ونقص حاد في الموارد البشرية الصحية خاصة الممرضون والأطباء، بالإضافة إلى سوء توزيعها الجغرافي ، وكذا ضعف التجهيزات والمعدات، وغياب ظروف ملائمة للاستشفاء، مما يدفع نسبة من المرضى إلى اللجوء للقطاع الخاص أو الاستدانة أو طلب مساعدة المحسنين والجمعيات الاجتماعية لتلقي العلاج[١].

⟸ التحديات الاجتماعية والمجالية:

أثار الإصلاح احتجاجات بسبب تفاوتات مجالية مستمرة، خاصة في المناطق الريفية، وبطء تعميم التغطية الصحية الشاملة (٧٨٪ تغطية لكن مشاركة فعالة أقل)، مع خطر التوزيع الغير متوازن بين القطاعين العام والخاص. يتطلب النجاح تمكين الجهات بميزانيات مستقلة وتنسيقًا أفضل لتجنب تحول الإصلاحات إلى هياكل صورية.

من بين الملاحظات الأساسية التي يمكن استنتاجها مما سبق، من خلال مقارنة بسيطة بين الجانب القانوني والجانب التطبيقي لمجالية التدبير الصحي بالمغرب، سجلنا ما يلي:

- بالرغم من أهمية الإكثار من النصوص القانونية المؤطرة لمجالية الصحة، فإن ذلك الإكثار ليس دليلا على النهوض بمجالية الصحة، في غياب توفير الشروط المناسبة (بشرية ومادية ومالية، حكامة،...) لتطبيق تلك الإجراءات والعمليات على أرض الواقع.
- مؤشرات الإنجاز ضعيفة مقارنة مع ما تنص عليه التشريعات القانونية المتوفرة.

ولعل الاستنتاج العام للمقارنة بين الجانبين، التأطير القانوني للمنظومة الصحية بالمغرب وواقع تطبيقه يؤكد بأن الحق في الصحة لجميع المواطنات والمواطنين كهدف أساسي لم يتحقق بعد. وقد أكد المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي على أن «أوجه القصور» في منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب كبيرة، مما ينطوي على مخاطر كبرى، ويجعل أعدادا كبيرة من الساكنة لا تستفيد من أي تغطية أو تستفيد من خدمات محدودة جداً[٢].

المحور الثاني
الإصلاحات الحديثة للتدبير الصحي بالمغرب

تشمل الإصلاحات الحديثة لقطاع الصحة بالمغرب حزمة قوانين صادرة منذ ٢٠٢٢، تركز على أربعة محاور رئيسية: تحسين الحكامة بتعزيز الهيكل الجهوي، تطوير الموارد البشرية، توسيع وتحديث الخدمات الطبية خاصة المستشفيات، ودمج التقنيات الرقمية في الرعاية الصحية. يُعد القانون الإطار رقم ٠٦,٢٢[٣] الإطار القانوني العام للمنظومة الصحية، مدعومًا بالقانون رقم ٠٨,٢٢[٤] لإحداث المجموعات الصحية الترابية التي تعتمد نموذجًا إداريًا قريبًا من المواطن لتعبئة الموارد بشكل تشاركي بين القطاعين العام والخاص، والقانون رقم ٠٩,٢٢[٥] لتحديث الوظيفة الصحية.

أولا: القانون الإطار رقم ٠٦,٢٢ كمدخل لتحديث المنظومة الصحية الوطنية

يعتبر القانون الإطار رقم ٠٦,٢٢ المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، متمما للنقص الحاصل في المقتضيات التشريعية المتعلقة بالمجالية الصحية بالمغرب حيث أكد على ضرورة "إحداث المجموعات الصحية الترابية في شكل مؤسسات عمومية تتولى، على الصعيد الجهوي، تنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة[٦]"، كما نص كذلك على عدة مبادئ لها علاقة مباشرة في تحسين العدالة المجالية للولوج إلى الخدمات الصحية، حيث ورد فيه ما يلي: " تقوم المنظومة الصحية الوطنية على المبادئ التالية:

- المساواة في الولوج إلى العلاج وفي الاستفادة من الخدمات الصحية؛
- الاستمرارية في أداء الخدمات الصحية؛
- الإنصاف في التوزيع المجالي للموارد والبنيات والخدمات الصحية على كل التراب الوطني[٧]".

وتنص المادة ٢ من القانون الإطار رقم ٠٦,٢٢، بخصوص ولوج منصف للخدمات الصحية على:

- "... تيسير ولوج الساكنة إلى الخدمات الصحية وتحسين جودتها؛
- ضمان توزيع متكافئ ومنصف لعرض العلاجات على مجموع التراب الوطني؛
- التوطين الترابي للعرض الصحي بالقطاع العام وتحسين حكامته بإحداث مجموعات صحية ترابية...."

إن تنزيل وتطبيق مضامين القانون الإطار ٠٦,٢٢ بالشكل الصحيح كفيل بمعالجة الاختلالات الحاصلة على مستوى العدالة المجالية في الولوج للعلاجات الصحية، بالإضافة إلى إصدار وتفعيل المراسيم التطبيقية للقانون ٠٨,٢٢ المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية، والقانون ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية.

ثانيا: المجموعات الصحية الترابية: البنية الجديدة

إن تجويد المنظومة الصحية بالمغرب واكتسابها للمصداقية لا يتأتى إلا من خلال توفير وتجويد الخدمة الميدانية المقدمة للمواطن(ة)، وهذا يتطلب التخفيف من المركزية في المجال الصحي، وتقوية الحكامة المجالية واعتماد أسلوبي المواكبة والتأطير عن قرب، بدلا من الرقابة المركزية. فضمان تقديم الخدمات الصحية ذات الجودة، يحتاج إلى الحضور المستمر لأدوات التدخل العمومي للتصدي لمختلف مظاهر

---

(١) سناء القويطي: هل تدفع الاحتجاجات في المغرب إلى إصلاح جذري لقطاع الصحة؟، https://www.aljazeera.net، بتاريخ: ٢٣-٩-٢٠٢٥، تاريخ الاطلاع: ٤-١٢-٢٠٢٥ على الساعة ١١ ليلا.

(٢) المملكة المغربية، تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي،"الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، إحالة ذاتية: ٢٠١٨/٣٤، ص: ٣٥.

(٣) الظهير الشريف رقم ١,٢٢,٧٧ صادر في ١٤ جمادى الأولى ١٤٤٤ (٩ ديسمبر ٢٠٢٢) بتنفيذ القانون-الإطار رقم ٠٦,٢٢ المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، جريدة رسمية عدد: ٧١٥١، بتاريخ ١٧ جمادى الأولى ١٤٤٤ (١٢ ديسمبر ٢٠٢٢).

(٤) الظهير شريف رقم: ١,٢٣,٥٠ صادر في ٠٩ ذي الحجة ١٤٤٤ (٢٨ يونيو ٢٠٢٣)، بتنفيذ القانون رقم: ٠٨,٢٢ المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية، جريدة رسمية عدد: ٧٢١٣، بتاريخ ٢٨ ذو الحجة ١٤٤٤ (١٧ يوليوز ٢٠٢٣)، ص: ٥٧٠٠.

(٥) الظهير شريف رقم ١,٢٣,٥١ صادر في ٩ ذي الحجة ١٤٤٤ (٢٨ يونيو ٢٠٢٣)، بتنفيذ القانون رقم ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية، الجريدة الرسمية عدد ٧٢١٣، بتاريخ ٢٨ ذو الحجة ١٤٤٤ (١٧ يوليوز ٢٠٢٣)، ص: ٥٧١٩.

(٦) المادة ٣٢ من القانون الإطار رقم ٠٦,٢٢ المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، مرجع سابق.

(٧) المادة ٤ من القانون الإطار رقم ٠٦,٢٢ المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، مرجع سابق.

القصور الصحي مجاليا. وإذا كانت اللامركزية الترابية، بشكل عام، قد حققت قفزة نوعية، سواء من حيث الإطار القانوني المنظم لها، انطلاقا من مقتضيات الدستور المغربي، أو على مستوى النتائج المترتبة عن تراكمات التجربة المغربية في هذا المجال، فإن أسلوب اللاتركيز الإداري لم يعرف نفس التطور، بشكل عام. ويرجع ذلك، بالأساس، إلى عدم تحديد نطاق التفويض المجالي بالنسبة للفاعلين على مستوى العديد من القطاعات، كما هو الحال بالنسبة لقطاع الصحة. ولعل تخفيف العبء عن الحكومة المركزية يقتضي تخويل بعض الموظفين في الأقاليم المختلفة سلطة البث في الأمور ذات الطابع المحلي، دون الحاجة للرجوع إلى الوزير المختص في العاصمة[١].

إن التفويض المجالي بالنسبة للفاعلين على مستوى قطاع الصحة والحماية الاجتماعية، دفع الدولة إلى تبني مجالية السياسة الصحية بالمغرب وتطويرها من أجل تعزيز العرض الصحي وتوفير خدمات صحية ذات جودة وتحسين الولوج إليها وتحقيق عدالة مجالية صحية، وهذا ما يترجمه إصدار المغرب للقانون الإطار ٢٢. ٠٦ المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية الذي يرتكز على أربع دعامات أساسية ستساهم لا محالة في إصلاح المنظومة الصحية المغربية، يمكن إجمالها في:

- **إرساء حكامة جديدة للمنظومة الصحية:** من شأنها ضمان الإنصاف والديمقراطية والشفافية في التسيير العام والإشراف والتتبع. ويتم ذلك من خلال إحداث هيئات التدبير والحكامة التي نص عليها هذا القانون الإطار من خلال المادة ٣٢، حيث نصت على إحداث الهيئة العليا للصحة، المجموعات الصحية الترابية، وكالات للأدوية والمنتجات الصحية ووكالة للدلم ومشتقاته.
- **تثمين الموارد البشرية:** لأنها تُعتبر الركيزة الأساسية في الإصلاح، والطرف الفاعل في عملية التنزيل والتنفيذ على أرض الواقع، فبدونها لا يمكن لأي مشروع إصلاحي أن ينجح. وذلك بإحداث قانون جديد بغية إرساء الوظيفة الصحية.
- **رقمنة المنظومة الصحية:** من أجل تتبع أداء المنظومة الصحية وتقييمه، وكذا ضبط ملفات العلاجات وتقديم قاعدة المعطيات بالنسبة لطالبي العلاجات، وتسهيل التعامل مع حالات المرضى وتتبع مسار علاجاتهم. من خلال إحداث آلية جديدة تحمل اسم "الملف الطبي المشترك".
- **إحداث نظام لاعتماد المؤسسات الصحية:** من أجل ضمان التحسين المستمر لجودة وسلامة العلاجات والخدمات للمؤسسات الصحية أو أحد المصالح التابعة لهذه المؤسسات.

كما أنه من خلال تتبعنا للتطورات والتعديلات التي تشهدها المنظومة الصحية الوطنية بناء على المستجدات القانونية والأوراش التي أعطى انطلاقتها الملك محمد السادس، هو أن السياسة الصحية الحالية تتجه نحو تعزيز المجالية الصحية، وبهذا الخصوص صدرت مجموعة من النصوص القانونية المرتبطة بتطوير هذه المجالية كان آخرها وأبرزها القانون رقم ٠٨,٢٢ المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية. وباستقرائنا لمقتضيات القانون رقم ٠٨,٢٢ نجده نص في العديد من مواده على إرساء مجالية السياسة الصحية انطلاق من تأليف مجلس الإدارة الذي يضم ممثل عن السلطة المنتخبة (اللامركزية الإدارية) في شخص رئيس الجهة أو من ينوب عنه بالإضافة إلى ممثل عن السلطة المعينة (اللاتركيز الإداري) في شخص السيد الوالي أو من يمثله[٢].

حسب المادة الأولى من هذا القانون سيتم إحداث بكل جهة من جهات المملكة، تحت تسمية "المجموعة الصحية الترابية"، مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي.

وتضم المجموعة جميع المؤسسات الصحية العمومية التابعة لنفوذها الترابي، باستثناء:

- المؤسسات الصحية الخاضعة لنصوص تشريعية أو تنظيمية خاصة؛
- المؤسسات الاستشفائية العسكرية؛
- المكاتب الجماعية لحفظ الصحة.

تتولى المجموعة، في حدود مجالها الترابي، تنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة. كما يُعهد إليها، دون الإخلال بالمهام المخولة للسلطات أو الهيئات الأخرى المختصة، بالمهام في المجالات التالية[٣]:

مجال عرض العلاجات، مجال الصحة العامة، مجال العلاجات، مجال التكوين، مجال البحث والخبرة والابتكار، والمجال الإداري.

تعتبر الصحة حق إنساني متعدد الأبعاد، من مكوناته عدالة الولوج المجالي والاجتماعي للعلاج والانتفاع منه دون قيد أو شرط أو تمييز. وقد سعت الدولة المغربية إلى تحقيق ذلك خلال العقود الأخيرة في إطار دولة الحق والقانون وسياسة التنمية الاجتماعية، بصياغة وتطبيق العديد من التدابير والإجراءات والآليات القائمة على مبدأ التضامن والأنسنة والتلاحم الاجتماعي والمساواة والإنصاف في استفادة جميع السكان المغاربة من الخدمات الطبية. ولضمان هذا الحق، تم إصدار القانون المتعلق بمدونة التغطية الصحية رقم ٦٥,٠٠ سنة ٢٠٠٢ وقانون التأمين الإجباري عن المرض، ونظام المساعدة الطبية سنة ٢٠٠٥، وإحداث العديد من المؤسسات الاستشفائية والوقائية، وزيادة عدد الأطر الصحية وتشجيع القطاع الصحي الخاص، وكذا إنجاز بنايات اجتماعية صحية متعلقة ببرامج المبادرة الوطنية للتنمية البشرية لتغطية الحاجيات الصحية للسكان في جميع المجالات الترابية. علاوة على ذلك تبني سياسات ترابية لتذويب الفوارق الترابية، كسياسة إعداد التراب الوطني والجهوية المتقدمة وسياسية المدينة، لخلق توفيق ما بين الحاجيات الصحية للسكان المرتبطة بالتغيرات والانتقالات العامة وعرض العلاجات الصحية[٤].

فالمنظومة الصحية والحماية الاجتماعية مشروع وطني يجب أن يتأسس على المقاربة التشاركية، لتجاوز الأهداف الوظيفية الضيقة، والانخراط في عملية إنجاز أهداف النموذج الصحي المجتمعي، الذي من شأنه تأسيس لعلاقة جديدة مع المواطنات والمواطنين، وتُشعرهم بأهميتهم في تنمية مؤسسات الخدمات الصحية، وذلك عبر سياسة إرادية تستهدف التملك الوطني للرؤية الصحية الملائمة والمُستجيبة لحاجيات وتطلعات المواطنين والمهنيين، وتصميم برنامج استراتيجي متوافق حول موضوعاته الصحية ومرتب، في أولوياته الوطنية والجهوية، وتدبير إجراءاته وتطبيقاته، وفق مخطط زمني، يُحدد من جهة المؤشرات والنتائج المطلوبة، ومن جهة أخرى يوفر طرق

---

[١] حسن الوالي: الحكامة في مجال السياسة الصحية بالمغرب، أية استراتيجية؟، أطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، جامعة عبد المالك السعدي، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة، السنة الجامعية: ٢٠٢١- ٢٠٢٢.، ص: ١٨٧.

[٢] للمزيد حول تأليف أعضاء مجلس إدارة المجموعة الصحية الترابية، أنظر المادة ٦ من القانون ٠٨,٢٢، مرجع سابق.

[٣] للمزيد من التفاصيل المرجو الاطلاع المادة ٤ من القانون ٠٨,٢٢، مرجع سابق.

[٤] بدرالدين أيت لعسري ومحمد أنفلوس: البعد الجغرافي للعدالة الصحية ومؤشرات التباينات الجهوية للمنظومة الصحية المغربية، مجلة ابن خلدون للدراسات والأبحاث، المجلد الأول، العدد الثالث، الجزء الثاني، ص: ١٣٤٤.

الافتحاص والتقييم والتعديل لتحقيق مشروع الصحة المواطنة. وهذه العملية تتطلب وضع إطار منهجي للتنمية الصحية، يقوم على مبادئ العدل والمساواة والتضامن بين الجماعات والأفراد، وإعادة توزيع الخدمات وتنظيمها مجاليا، بما يناسب الحاجيات والتطلعات الصحية، تُراعي التحرر من المركزية المفرطة والشديدة، بمُقابل بناء منظومة صحية تقوم على أساس جهوي ملائم للخصوصيات السكانية والمجالية والوبائية والمرضية، يستحضر مفهوم الاقتراب أو القرب، كما يُقدم خريطة صحية توفر مختلف الخدمات الصحية المحلية والإقليمية والجهوية، بحيث تستقبل وتتكفل وتُوجه وتحدد، بشفافية، واجبات وحقوق المنتجين والمستهلكين للخدمات الصحية.

ثالثا: دو افع إحداث المجموعات الصحية الترابية

إن من أهم الدوافع لسن السياسات الصحية الترابية تعدد الإشكاليات الصحية التي تعيشها المجالات الترابية، وعدم قدرة السياسة الوطنية على الاستجابة لهذه التحديات، وينبني اعتمادها على تحقيق عدة إيجابيات منها احتواء وترشيد النفقات، تجميع أفضل للمهنيين والمرتفقين من خلال سياسة القرب، وضمان جودة وكفاءة الرعاية الصحية وتقليص التفاوتات في توزيع العرض الصحي على المستوى الجهوي.

ويمثل إحداث المجموعات الصحية الترابية خطوة مهمة من حيث لامركزية المرفق الصحي العمومي ومواكبة الجهود الرامية إلى إصلاح المنظومة الصحية بالمغرب وتحسين العرض الصحي، وتحقيق العدالة المجالية في الولوج إلى الخدمات الصحية عبر التراب الوطني، وتحديد إطار مؤسساتي جديد من شأنه تدبير المنظومة الصحية على الصعيد الترابي والجهوي وإعادة هيكلته بما يتناسب ومتطلبات وخصوصية كل جهة في المملكة(١).

وكذا إعادة النظر في البناء التنظيمي للمؤسسات الصحية وجعل المراكز الاستشفائية الجامعية في قمة الهيكل التنظيمي للمؤسسات الصحية، للقطع مع الاستراتيجيات والتصورات السابقة التي تميزت أساسا بضعف التنسيق بين المؤسسات الصحية في المجالات الترابية المعنية وبهدف الترشيد والتعاضد في الموارد المتاحة.

ويرتكز إحداثها كذلك على تفعيل الخريطة الصحية الجهوية عبر تنفيذ البرنامج الطبي الجهوي وإحداث المؤسسات الصحية الجديدة وفق الخريطة الصحية الجهوية، من أجل ضمان التوازن والتوزيع العادل للبنيات والموارد البشرية والتجهيزات الصحية. وقد منح القانون رقم ٠٣,١١ المجموعات الصحية الترابية صفة مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي تجاه الشخص العام الذي تمثله الدولة والذي ترتبط معه برابطة الخضوع لوصايته.

وجعلها متميزة عن الدولة التي أنشأتها وتتمتع المؤسسات العمومية التي على شاكلتها بالذمة المالية المستقلة، وبأهلية التعاقد والتقاضي وبحق الملكية، بالإضافة إلى تحملها المسؤولية عما قد تحدثه أعمالها.

كما نص القانون المذكور على حلولها محل الدولة والمراكز الاستشفائية الجامعية، وعلى تمتعها باختصاصات واسعة في المجال الترابي المعني، ومنحها إطارا قانونيا واسعا يتجاوز المراكز والمؤسسات الصحية في التنظيم السابق، وهذا الأمر يدعو إلى تغيير في أسلوب تدبير الشأن الصحي ترابيا بالموازاة مع التنظيم الجديد لهذه المؤسسات(٢).

رابعا: الموارد البشرية والقانون ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية

يعتبر موضوع الموارد البشرية بقطاع الصحة بالمغرب الأكثر إثارة للنقاش وحضورا في العديد من التقارير التي صدرت عن مؤسسات وهيئات دستورية بخصوص المنظومة الصحية الوطنية.

كما يطرح مشكل الموارد البشرية بقطاع الصحة بالمغرب تحديا كبيرا أمام الوزارة الوصية، ذلك أن نجاح المنظومة الصحية ككل يتوقف، بشكل كبير، على الموارد البشرية الصحية، وبدون تعبئة مهنيي الصحة لا يمكن التطلع لإصلاح حقيقي للمنظومة الصحية بالمغرب.

فالأمر، إذن، يتطلب توفير عدد أكبر من المهنيين ومن الموظفين، من الكفاءات المتنوعة لتقديم الخبرة اللازمة للتصدي لمحددات الصحة. كما يجب توفير مهنيين من نوع آخر وبكفاءات متنوعة وبعدد أكبر للاستماع والاستجابة لانتظارات المواطنين الراغبين في الولوج إلى علاجات تتسم بالجودة والقرب.

وهكذا يظهر بأن المشكل في الموارد البشرية الصحية هو كمي بالأساس، بحيث يجب الرفع من عدد الأطباء والممرضين، لأن عددهم غير كاف. كما أنه مشكل نوعي أيضا، يتمثل في كون برامج التكوين الحالية لا تُهيئ المهنيين بالشكل المرغوب فيه، لا لمواجهة مشاكل الصحة الحالية، ولا للعمل الجماعي ولا للاشتغال بالآليات التكنولوجية الحديثة والولوج للمعلومة والتطبيب عن بعد. وبالتالي، "هناك مجموعة من التجارب العالمية التي تعتمد وسائل التكوين في تهييء الأطباء والممرضين لأعمال صحية ترتكز على الأشخاص وتشجع عمل القرب، من الضروري التسريع في الاستفادة منها وجعل هذه المقاربات العصرية والمتطورة في قلب برامج ومقررات التكوين"(٣).

وانسجاما مع هذا التوجه، اعتبر القانون ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية التكوين دعامة أساسية للنهوض بالموارد البشرية الصحية ومدخلا لتحقيق الأمن والسيادة الصحية ببلادنا.

ومن أجل الاهتمام أكثر بالموارد البشرية الصحية، أكدت المذكرة التقديمية(٤) للسيد وزير الصحة والحماية الاجتماعية على أن الغاية من القانون ٠٩,٢٢ تتمحور حول العناصر التالية:

- تحديد الموارد البشرية العاملة بالمجموعات الصحية الترابية المحدثة بموجب القانون ٠٨,٢٢؛
- تقوية الحماية القانونية للموظفين، واعتبار كل تهديد عليهم، تهديدا على المرفق الصحي وإضرارا به؛
- ترسيخ إلزامية تنظيم دورات وبرامج التكوين المستمر طوال المسار المهني وإلزامية المشاركة فيها؛
- وضع نظام يسمح لبعض فئات مهنيي الصحة في إطار الشراكة بين مهنيي القطاع العام والخاص بإمكانية ممارسة بعض المهام في القطاع الخاص؛
- إقرار نظام جديد للتشغيل بموجب عقود يؤدي إلى ترسيم المتعاقد، وذلك علاوة على التوظيف النظامي؛

---

(١) كمال المريني: المجموعات الصحية الترابية: التحديات والرهانات، مجلة قراءات علمية في الأبحاث والدراسات، العدد ٤١، شهر مارس، ٢٠٢٥ م، ص: ١٧١.

(٢) محمد ضريف مقتضيات القانون رقم ٠٢,٢٢ بإحداث المجموعات الصحية الترابية بين أهداف الحكامة وضرورة الاستقلال المالي، "المغرب في سنة ٢٠٢٣"، المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، يونيو ٢٠٢٣، ص: ٦٢.

(٣) المملكة المغربية، وزارة الصحة، أبرز إنجازات وزارة الصحة ٢٠١٨، ص: ١٨-٢٣ بتصرف.

(٤) مذكرة تقديم القانون ٠٩,٢٢ المتعلق بالضمانات الأساسية الممنوحة للموارد البشرية بالوظيف الصحية، لعرضه أمام المجلس الحكومي، بتاريخ ١١ نونبر ٢٠٢٢.

- اعتماد نظام فعال للأجور محفز لمهنيي الصحة يقوم على جزء ثابت يشمل المرتب والتعويضات المخولة لهم بموجب الأنظمة الأساسية المطبقة عليهم، وجزء متغير يخول، وفق المبالغ والشروط والكيفيات المحددة بنص تنظيمي، على أساس الأعمال المهنية المنجزة؛
- تحديد أوقات وأنظمة عمل خاصة بمهنيي الصحة؛
- خضوع مهنيي الصحة لمقتضيات الأنظمة الأساسية المطبقة عليهم، ولا تخالف القانون ٢٢. ٠٩.

في نفس السياق، أكد تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية (دورة أبريل ٢٠٢٣) على أن تنزيل القانون الخاص بمهنيي الصحة سيساهم في تقديم عرض صحي عمومي عادل بين مختلف المجالات الترابية، وتشريعا محفزا ومشجعا من خلال إرساء نظام للتعويضات مرتبط بالمردودية ويراعي الأخطار المهنية.

كما أن هذا القانون ينص على تثمين الموارد البشرية العاملة بالقطاع الصحي وتأهيلها من خلال تحديد الضمانات الأساسية الممنوحة لها وحقوقها وواجباتها ونظام أجورها، بالإضافة إلى أنه سيساهم في الحد من النزيف الحاد للأطر الصحية التي تفضل الهجرة إلى الخارج جراء الإغراءات المادية وظروف العمل المريحة التي توفرها هذه الدول.

بالمقابل لم يقم هذا القانون بالتنصيص على تحديد نظام الأجور على الأعمال المؤداة، وعلى الموقع الجغرافي الذي يشتغل فيه مهنيو القطاع، وذلك لتشجيعهم على الاشتغال والاستقرار خاصة في المناطق النائية والعالم القروي. كما لم يشر إلى نظام الأجور الذي يعتمد على معايير محددة تعتمد على الانتاج والاشتغال خارج أوقات العمل الرسمية والعطل والأعياد، وعلى المواظبة والبعد الجغرافي. وبالتالي فإن من شأن سن هذه المعايير والتحفيزات المساهمة في أنسنة القطاع وتحقيق العدالة المجالية والمساواة بين الموظفين في جميع جهات المملكة، وفي نفس الوقت محاربة هجرة الأطباء إلى الخارج، وتشجيع استقطاب الكفاءات في المجال الطبي من الدول الأجنبية، استنادا إلى نظام تحفيزي بالأساس[1]، يمكنه أن يلعب دورا هاما بخصوص توفير الخدمات الصحية الكافية ذات جودة، مع ضمان مجالية صحية عادلة تنعكس إيجابيا على صحة كافة المواطنات والمواطنين.

الخاتمة

تعكس الإصلاحات القانونية الحديثة في المغرب (القانون الإطار رقم: ٠٦,٢٢ والقانون رقم: ٠٨,٢٢ والقانون رقم: ٠٩,٢٢) التزام الدولة بتحديث المنظومة الصحية وتحقيق العدالة المجالية والاجتماعية. تمثل هذه النصوص انتقالاً نوعياً من إدارة مركزية إلى حكامة ترابية تُقرّب الخدمات من المواطنين.

غير أن الفجوة بين النصوص القانونية وواقع التطبيق تبقى التحدي الأكبر. فالنصوص توفر الإطار المؤسساتي والقانوني، لكن تطبيقها يتطلب إرادة سياسية حقيقية، وموارد مالية وبشرية كافية، وحكامة فعالة.

يمكن القول بأن المستقبل يحمل آفاقاً واعدة للمنظومة الصحية المغربية، شريطة أن يتم تجاوز العقبات البيروقراطية والإجرائية، وأن يتم التركيز على الجودة والفعالية في التنفيذ. ويبقى الهدف الأسمى هو تحقيق حق كل مواطن ومواطنة في الولوج إلى خدمات صحية عالية الجودة ومنصفة جغرافياً واجتماعياً.

لائحة المراجع المعتمدة

- إصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب: مقال نُشر بالموقع الرسمي لوزارة التضامن والإدماج الاجتماعي للأسرة: www.social.gov.ma.
- بدرالدين أيت لعسري ومحمد أنفلوس: البعد الجغرافي للعدالة الصحية ومؤشرات التباينات الجهوية للمنظومة الصحية المغربية، مجلة ابن خلدون للدراسات والأبحاث، المجلد الأول، العدد الثالث، الجزء الثاني.
- تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية، حول مشروع القانون ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية، دورة أبريل ٢٠٢٣، السنة التشريعية الثانية، الولاية التشريعية الحادية عشر.
- حسن الوالي: الحكامة في مجال السياسة الصحية بالمغرب، أية استراتيجية؟، أطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام، جامعة عبد المالك السعدي، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة، السنة الجامعية: ٢٠٢١-٢٠٢٢.
- سناء القويطي: هل تدفع الاحتجاجات في المغرب إلى إصلاح جذري لقطاع الصحة؟، https://www.aljazeera.net، بتاريخ: ٢٣-٩-٢٠٢٥.
- الظهير الشريف رقم ١,١١,٨٣، الصادر في ٢٩ من رجب ١٤٣٢ (٢ يوليوز ٢٠١١) بتنفيذ القانون الإطار ٠٩,٣٤ المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، الجريدة الرسمية عدد ٥٩٦٢، بتاريخ ١٩ شعبان ١٤٣٢ (٢١ يوليوز ٢٠١١).
- الظهير الشريف رقم ١,١١,٩١ الصادر في ٢٧ من شعبان ١٤٣٢ (٢٩ يوليو ٢٠١١) بتنفيذ نص الدستور، جريدة رسمية عدد ٥٩٦٤ مكرر، بتاريخ ٢٨ شعبان ١٤٣٢ (٣٠ يوليو ٢٠١١)، ص: ٣٦٠٠.
- الظهير الشريف رقم ١,٢١,٣٠ الصادر في ٩ شعبان ١٤٤٢ (٢٣ مارس ٢٠٢١) بتنفيذ القانون-الإطار رقم ٠٩,٢١ المتعلق بالحماية الاجتماعية، الجريدة الرسمية عدد ٦٩٧٥ بتاريخ ٢٢ شعبان ١٤٤٢ (٥ أبريل ٢٠٢١).
- الظهير الشريف رقم ١,٢٢,٧٧ صادر في ١٤ جمادى الأولى ١٤٤٤ (٩ ديسمبر ٢٠٢٢) بتنفيذ القانون-الإطار رقم ٠٦,٢٢ المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، جريدة رسمية عدد ٧١٥١، بتاريخ ١٧ جمادى الأولى ١٤٤٤ (١٢ ديسمبر ٢٠٢٢).
- الظهير الشريف رقم ١,٢٣,٥٠ صادر في ٠٩ ذي الحجة ١٤٤٤ (٢٨ يونيو ٢٠٢٣)، بتنفيذ القانون رقم ٠٨,٢٢ المتعلق بإحداث المجموعات الصحية الترابية، جريدة رسمية عدد ٧٢١٣، بتاريخ ٢٨ ذو الحجة ١٤٤٤ (١٧ يوليوز ٢٠٢٣).
- الظهير الشريف رقم ١,٢٣,٥١ صادر في ٩ ذي الحجة ١٤٤٤ (٢٨ يونيو ٢٠٢٣)، بتنفيذ القانون رقم ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية، الجريدة الرسمية عدد ٧٢١٣، بتاريخ ٢٨ ذو الحجة ١٤٤٤ (١٧ يوليوز ٢٠٢٣).
- عرض وزير الاقتصاد والمالية وإصلاح الإدارة، في شأن تقديم مشروع القانون الإطار ٠٩,٢١، ٢٠٢١/٢/٢٢.
- عمر الأندلوسي الحسني: نظام اللاتمركز الإداري بالمغرب -قطاع الصحة نموذجا-، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون العام (تدبير الشأن العام المحلي)؛ جامعة عبد المالك السعدي – كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة؛ السنة: ٢٠١٨-٢٠١٩.

[1] تقرير لجنة القطاعات الاجتماعية، حول مشروع القانون ٠٩,٢٢ المتعلق بالوظيفة الصحية، دورة أبريل ٢٠٢٣، السنة التشريعية الثانية، الولاية التشريعية الحادية عشر، ص: ٢٣- ٢٨ بتصرف.

- كمال المريني: المجموعات الصحية الترابية: التحديات والرهانات، مجلة قراءات علمية في الأبحاث والدراسات، العدد ٤١، شهر مارس، ٢٠٢٥.
- محمد ضريف: مقتضيات القانون رقم ٠٢,٢٢ بإحداث المجموعات الصحية الترابية بين أهداف الحكامة وضرورة الاستقلال المالي، "المغرب في سنة ٢٠٢٣"، المركز المغربي للأبحاث وتحليل السياسات، يونيو ٢٠٢٣.
- محمد يحيا: المغرب الإداري، مطبعة كابسبارطيل، الطبعة الثانية ٢٠١٠.
- مذكرة تقديم القانون ٠٩,٢٢ المتعلق بالضمانات الأساسية الممنوحة للموارد البشرية بالوظيفة الصحية، لعرضه أمام المجلس الحكومي، بتاريخ ١١ نونبر ٢٠٢٢.
- المرسوم ٢,١٤,٥٦٢ بتاريخ ٢٤ يوليوز ٢٠١٥، بتطبيق القانون الإطار ٠٩,٣٤ المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، فيما يخص تنظيم عرض العلاجات والخريطة الصحية والمخططات الجهوية لعرض العلاجات، الجريدة الرسمية عدد ٦٣٨٨، بتاريخ ٢٠ غشت ٢٠١٥.
- المصطفى القريشي: ملائمة نظام اللاتمركز الإداري بالمغرب مع متطلبات الجهوية المتقدمة وفق مقتضيات دستور ٢٠١١ والقوانين التنظيمية للجماعات الترابية، مكتبة دار السلام، الرباط، الطبعة الأولى ٢٠١٧.
- المملكة المغربية، تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، "الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، إحالة ذاتية: ٢٠١٨/٣٤.
- المملكة المغربية، وزارة الصحة، أبرز إنجازات وزارة الصحة ٢٠١٨.