



برنامج الحماية الاجتماعية

# التغطية الصحية الشاملة بالمغرب: من الحق في العلاج إلى اللامساواة في الصحة

عبد الهادي الحلو

ملتقى المنطقة العربية  
للحماية الاجتماعية



مبادرة  
الإصلاح  
العربي



## عن الكاتب

عبد الهادي الحلولي: أستاذ مشارك في علم الاجتماع بكلية الآداب والعلوم الإنسانية بني ملال، جامعة السلطان مولاي سليمان، المغرب

© 2024 مبادرة الإصلاح العربي | جميع الحقوق محفوظة.



يسمح هذا الترخيص للقائمين بإعادة الاستخدام بتوزيع المواد وإعادة دمجها وتكييفها والبناء عليها بأي وسيط أو تنسيق لأغراض غير تجارية فقط، طالما يتم الإسناد إلى المنشئ. إذا قمت بإعادة مزج المواد أو تكييفها أو البناء عليها، فيجب عليك ترخيص المواد المعدلة بموجب شروط مماثلة.

صورة الغلاف: تواجه الأسر اليمنية التي نزحت بسبب النزاع صعوبات في العيش تحت ظروف قاسية في مخيم دروان، عمران، نيسان/أبريل 2018. (حقوق الصورة: محمد حمود/أناضول)

تشرين الثاني/نوفمبر 2024

## قائمة المحتويات

4	ملخص تنفيذي
4	هدف الورقة ومنهجيتها
5	أبرز النتائج والتوصيات
6	مقدمة
6	أولاً: سياق الدراسة وأهدافها
9	نبذة تاريخية عن نظام الحماية الاجتماعية في المغرب: من المساعدة إلى الحماية
10	في منطلقات ورش التغطية الصحية الشاملة في المغرب: من الاختيار إلى الإجماع
11	ثانياً: مفاهيم الدراسة
11	ثالثاً: منهجية الدراسة وتقنياتها
12	أخلاقيات البحث
13	رابعاً: نتائج الدراسة
16	خلاصات وتوصيات

## ملخص تنفيذي

تسعى هذه الورقة إلى تحليل نظام الحماية الاجتماعية في المغرب بمجمله، مع التركيز على ركنه الأساسي المتعلق بالتدخل السياسي في مجال توسيع التغطية الصحية الإجبارية لتشمل الفئات الهشة والمعوزة. ويهدف تركيزنا على هذه الفئات إلى إبراز تمثلاتها، واتجاهاتها الاجتماعية والثقافية تجاه ورش التغطية الصحية الشاملة التي تصبو إلى ضمان الحق في العلاج، والوقاية من المخاطر الصحية لأكثر من 22 مليون مستفيد إضافي من التأمين الإجباري على المرض. وذلك بعد إصدار المغرب، في 23 آذار/مارس 2021، ظهيراً ملكياً في هذا الشأن برقم 1.21.30 لتنفيذ القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، والمُستند بدوره أولاً إلى أحكام الفصل 31 من الدستور المغربي الذي ينص على الحق في الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، وثانياً إلى التشريعات الدولية حول الموضوع نفسه، ومستحضراً أهداف التنمية المستدامة 2030 التي انخرط فيها المغرب، وتحديدًا الهدف الثالث المتعلق بالصحة والرفاه.

بعد تحليل أهداف مشروع التغطية الصحية الشاملة، وتأثيراته على الواقع الاجتماعي، والنظام الطبي المغربي، والبنية الاقتصادية للبلاد، ونظامها الإنتاجي، برزت محدودية هذه الورش، فضلاً عن كون نتائجها على الفئات المستهدفة غير منتظرة أو واضحة المعالم. فسيكون لها تداعيات على ثلثي سكان المغرب من الفقراء والمعوزين، وذوي الأجور المتوسطة والهزيلة، بعد نقلهم من نظام المساعدة الطبية RAMED، إلى نظام التغطية الإجبارية عن المرض، وإخضاعهم لمبدأ الاستهداف. فبقدر ما يكشف هذا المشروع عن طموحات هامة في مجال المساعدة، وتقليص الفوارق الاجتماعية والاقتصادية، أمام الحق في العلاج والحماية من المخاطر الصحية، بقدر ما تتجلى بعض مراميها التقنية، وليس مكوناته من ناحية (تتم الاستهداف والتضريب)، وحجم الصعوبات والعوائق البنيوية التي تقف أمامه، فضلاً عن اللامساواة واللاعادلة الصحية التي سيكرسها من جهة ثانية. وعليه، تصبح استدامة الحماية من المخاطر الصحية موضع تساؤل.

## هدف الورقة ومنهجيتها

التفكير في الحماية الاجتماعية في المغرب من منظور استدامة الخدمات، والتعويض عن المخاطر الصحية، وضمن وصول متكافئ إلى العلاج خصوصاً بالنسبة إلى الفئات التي لم يسبق أن حصلت على أي تغطية صحية، هو تفكير في واقع مركب، لا يقدم نفسه بالشكل الذي يتصوره الساسة ولا أصحاب القرار. فأسئلة الحماية في عمقها تمس مسارات عيش الأفراد والجماعات، ونظام تدبير المخاطر، والتعامل معه. بعبارة أخرى، يعد سجل التمثلات الاجتماعية التي تنتظم وفقه سلوكيات الفاعلين، محدداً أساسياً في فعالية مختلف برامج التنمية التي تقدم عليها الدولة واستدامتها. وفي الإطار نفسه، تظهر صعوبة تنزيل سياسة عمومية في مجال الصحة والحماية الاجتماعية من دون تغيير زاوية النظر الفوقية التي تطبع بناء السياسات العمومية في مجملها.

ووفق هذا المنظور، تهدف هذه الدراسة إلى تبني المقاربة الكيفية، من خلال توظيف تقنية المقابلة شبه الموجهة، عبر التركيز على أهمية المعنى الذي ينتجه الفاعل الاجتماعي حول ذاته، وحول المؤسسات الصحية ونظام الحماية الاجتماعية الذي تقوده الدولة المغربية، في ما يخص التغطية الصحية الشاملة. كما تهدف المقاربة نفسها إلى التركيز على مختلف أنماط التأويل التي ينتجها الفاعلون (سواء أكانوا مستفيدين أو غير مستفيدين) لأشكال اللامساواة التي تظهر لهم محتملة أو قائمة، نتيجة تثبيت نظام الحماية الاجتماعية وفق مبدأ الاستهداف، واستحضاراً للخصائص الاجتماعية للفئة المستهدفة، وبالنظر أيضاً إلى طبيعة العرض العلاجي والاستشفائي في المغرب.

بني هذا البحث على دراسة ميدانية، تعتمد تقنية المقابلة شبه الموجهة مع فئات من المستهدفين، والخبراء والسياسيين من فصيل المعارضة، والصحافيين المتخصصين في موضوع الحماية والصحة في المغرب. ضمت الفئة الأولى 40 مستفيداً، والثانية 6 مقابلات مع فاعلين من غير المستهدفين المباشرين بالتغطية الصحية الإجبارية. واحتوت المقابلة مع الفئة الأولى من المستهدفين في الدراسة فئتين أساسيتين: أفراد معوزون من كلا الجنسين، ومجموعة ثانية من غير الأجراء من الفئات الهشة. وراعينا المعايير الآتية في اختيار المشاركين والمشاركات: المقابلة: الجنس بالتساوي، الفئة العمرية، المجال الجغرافي، نوعية المرض/ الأمراض، طبيعة العمل أو انعدامه ونوعية التغطية الصحية. وتكونت الفئة الثانية من برلمانية من قسم المعارضة، وخبيرين في مجال الصحة والحماية الاجتماعية، ومسؤول في صندوق الضمان الاجتماعي وصحافي متخصص في السياسات العمومية في المغرب. واعتمدنا على تحليل مختلف التقارير والمنشورات والوثائق الرسمية والقوانين والنصوص التنظيمية، ووثائق أخرى تصدرها الهيئات غير الحكومية، وبعض الدراسات والمقالات ذات البعد الأكاديمي أو الصحفي

التحليلي.

## أبرز النتائج والتوصيات

أظهرت لنا الدراسة بزوغ ملامح سياق تدخل سياساتي مختلف للدولة تجاه مسألة الضمان الاجتماعي داخل السياق المجتمعي عبر محاولة مأسسته، خصوصاً لصالح الفئات غير المؤمنة، ما أنتج دينامية من الفعل الاجتماعي، سواء من قبل الفاعل الرسمي أو حتى داخل أوساط الفئات غير المؤمنة من التجار الصغار، والفلاحين، والمعوزين، والفقراء. فباتت تجد فئة من المستهدفين سبيلها إلى العلاجات أو الخدمات الصحية، وطلب التعويض عن الضرر، أو تكاليف العلاج من صناديق الاحتياط الاجتماعي، ما يضعنا أمام تحول هام في منظومة الضمان الاجتماعي في المغرب، بعدما بقيت فكرة هذا الضمان نخبوية منذ استقلال المغرب حتى تاريخ تفعيل النظام الجديد. وأصبح الوضع الاقتصادي والاجتماعي هو ما يحدد إمكانية التعويض عن الضرر، أو التغطية الكاملة أو الجزئية للأفراد. كما كشفت لنا الدراسة عن جملة من الفجوات التي ستقف أمام فعالية الحق في العلاج، وإجراءات التغطية الصحية الشاملة في المغرب:

- الإقصاء في الاستهداف: تُستثنى بعض الفئات من الحق في الضمان لإراديّاً، عبر تصنيفهم خارج العتبة، ما يتعارض مع منظور الحماية الصحية كحق من حقوق الإنسان، بدل ضمانته اللامشروطة للفئات المعوزة أو الهشة.
- عدم فعالية ربط الاستفادة من الرعاية الصحية بنظام الاستهداف الاجتماعي، خصوصاً بسبب هشاشة معايير الاختيار، وضبابية وضع العاملين في القطاع غير الرسمي، والانتشار الواسع للبطالة، واتساع وعاء المهتمشين. وبالتالي، يمكن لنظام الاستهداف الاجتماعي في المغرب أن يساعد على الحد من عدم المساواة، من خلال توفير دعم أكبر للأسر المحرومة، لكنه قد يُنتج استبعاداً آخر، كحذف المستفيدين المؤهلين، أو إنتاج وصم جديد للمجموعات المستهدفة عبر نشر لوائح المستفيدين.
- وجود ضبابية في كيفية تمويل التغطية الصحية الشاملة، تعود إلى كون الدولة المتكفل الرئيسي بأداء مساهمات فئات واسعة من المستهدفين، مقابل صعوبة استدامة اشتراك بقية الفئات في أداء واجبات الانخراط بسبب هشاشة وضعها الاجتماعي والمهني، أو بسبب رفضها الانخراط في ضمان اجتماعي «للدولة»، مفضلة ضماناً آخر، لدى الوكالات الخاصة على سبيل المثال لا الحصر.
- غياب الرعاية الصحية للأمهات العاملات في القطاع غير الرسمي، على الرغم من كونهنّ الأكثر عدداً في المغرب.
- محدودية التصور المقدم للأشخاص ذوي الإعاقات في مجال الرعاية الصحية، خصوصاً في ظلّ غياب تجانس هذه الشريحة الاجتماعية، بسبب تعدّد خصوصياتها الجسدية، وبالتالي، تعدّد حاجاتها إزاء نظام الرعاية الصحية.
- استبعاد المهاجرين واللاجئين كلياً، ما يتعارض أيضاً مع المقاربة الحقوقية.
- تحول الفجوة الرقمية دون وصول العديد من المستهدفين والمعوزين إلى الرعاية الصحية. إذ تزداد هذه الفجوة أمام كبار السن منهم، والمعزولين جغرافياً، في حين لم تطرح ورش التغطية الصحية الإجبارية أي بدائل أو ضمانات تُسهم في استفادتهم من الدعم ومن الرعاية الصحية، فضلاً عن الصعوبات الإدارية، والمساطر المحددة للتسجيل والاستفادة.

## مقدمة

والتغطية الإجبارية في المغرب. أما المحور الرابع، فخصصناه للمنهجية التي اعتمدنا عليها في دراسة موضوع التغطية الصحية الإجبارية، مع إيضاح أسباب ومبررات الاختيار المنهجي المعتمد بتقنياته الميدانية. كما ضم هذا المحور عنصر أخلاقيات البحث، وأضفناها إلى الدراسة الميدانية مع المشاركات والمشاركين معنا فيها. في حين خصصنا المحور الأخير من الدراسة لعرض النتائج التي توصلنا إليها. وفي النهاية، عرضنا مناقشة عامة لهذه النتائج والتوصيات التي خلص إليها صاحب الدراسة.

## أولاً: سياق الدراسة وأهدافها

تأتي هذه الدراسة بعد أن مرّ على انطلاق البدء الرسمي لمشروع الحماية الاجتماعية في المغرب أكثر من ثلاث سنوات، منذ تاريخ صدور القانون الإطار في الجريدة الرسمية للمملكة<sup>1</sup> وهو مشروع يندرج في سياق دولي ومحلي، طبعه سؤال توسيع الحماية الاجتماعية للفئات التي تعيش على سلة المخاطر الاجتماعية والصحية. فأضحى هذا السؤال في المغرب محل نقاش مجتمعي، منذ إطلاق رئيس الدولة المشروع في آذار/مارس 2020. إذ يُثار مثل هذا النقاش للمرة الأولى في التاريخ المعاصر للمغرب، سواء بين الفاعلين السياسيين أو الاقتصاديين، أو بين الفئات المعنية به. وامتد النقاش نفسه إلى داخل أوساط عامة الناس، خصوصاً المستهدفين منهم، ما نعتبره دليلاً على ولادة نوع جديد من «الوعي بالضمأن»، وبقضايا الحماية من أخطار المرض، والبطالة وفقدان العمل، ودور الدولة والتأمين الصحي... إلخ. توضح قراءة نص قانون الإطار، ونصوصه التنظيمية، وتتبع الأجندة التي حددها لنفسه<sup>2</sup> جملة من المعالم، تقتضي الوقوف عندها، خصوصاً في الشق المرتبط بالصحة والحماية من المخاطر المرتبطة بها. لذلك، لا يسلم المشروع قيد التنزيل من محاذير، ولا من أسئلة وصعوبات معرفية ومنهجية، تخص تحديداً فكرة إجراء دراسة حول مشروع قيد التنزيل. وهو سؤال نحمله برهاناته التي قد تتبادر إلى ذهن كل قارئ، بمختلف اتجاهاته واهتماماته، وبهدف معالجة هذا المأزق المزدوج (معرفي ومنهجي). فبعد مواكبنا له طيلة ثلاث سنوات، استندنا إلى أن منطلقاتنا، في ما يخص التغطية الصحية الإجبارية، تقابلها إكراهات مركبة خاصة بالواقع الذي يستهدفه، تتجلى في مجمل المؤشرات الاجتماعية المتعلقة بالتنمية، والصحة والفقير، والفوارق المجالية، وضبابية انخراط المستهدفين والفاعلين والشركاء،

ندرج هذه الدراسة ضمن إطار برنامج الزملاء غير المقيمين في مبادرة الإصلاح العربي 2022-2023. ونسعى من خلالها إلى تحليل نظام الحماية الاجتماعية في المغرب بمجمله، مع التركيز على ركنه الأساسي، المتعلق بتوسيع التغطية الصحية الإجبارية لتشمل الفئات الهشة والمعوزة. ويهدف تركيزنا على هذه الفئات إلى إبراز تمثّلاتها، واتجاهاتها الاجتماعية والثقافية تجاه ورش التغطية الصحية الشاملة التي تصبو إلى ضمان الحق في العلاج، والوقاية من المخاطر الصحية، لأكثر من 22 مليون مستفيد إضافي من التأمين الإجباري على المرض. وذلك بعد إصدار المغرب ظهيراً ملكياً في هذا الشأن، في 23 آذار/مارس 2021، برقم 1.21.30 لتنفيذ القانون - الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، والمُستند بدوره أولاً إلى أحكام الفصل 31 من الدستور المغربي الذي ينص على الحق في الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، وثانياً إلى التشريعات الدولية حول الموضوع نفسه، ومستحضراً أهداف التنمية المستدامة 2023 التي انخرط فيها المغرب، وتحديدًا الهدف الثالث المتعلق بالصحة والرفاه.

لا يوجد خلاف حول أهمية مشروع التغطية الصحية الشاملة هذا، ولا حول فلسفة إخراج قانونه الإطار إلى حيّز الفعل، ولا حول مراميه النبيلة، لكن بعد تحليل أهداف هذا المشروع وتأثيراته على الواقع الاجتماعي، والنظام الطبي المغربي، والبنية الاقتصادية للبلاد ونظامها الإنتاجي، برزت أمامنا محدودية ورش التغطية الصحية الشاملة، فضلاً عن كون نتائجها غير المنتظرة على الفئات المستهدفة غير واضحة المعالم، أي ستنعكس نتائجها على ثلثي سكان المغرب، من الفقراء والمعوزين وذوي الأجور المتوسطة والهزيلة، بعد نقلهم من نظام المساعدة الطبية RAMEL إلى نظام التغطية الإجبارية عن المرض، وإخضاعهم إلى مبدأ الاستهداف. فيقدر ما يكشف هذا المشروع عن طموحات هامة في مجال المساعدة، وتقليص الفوارق الاجتماعية والاقتصادية، أمام الحق في العلاج والحماية من المخاطر الصحية، بقدر ما تتجلى بعض مراميه التقنية وأبس مكوناته من ناحية (تهم الاستهداف والتضريب)، وحجم الصعوبات، والعوائق البنيوية التي تقف أمامه، فضلاً عن اللامساواة واللاعدالة الصحية التي سيكرّسها من جهة ثانية. وعليه، تصبح استدامة الحماية من المخاطر الصحية موضع تساؤل. تلك هي أهم الخلاصات التي قادتنا إليها الدراسة الميدانية والكيفية التي أجريناها عبر استعمال تقنية المقابلة نصف الموجهة مع فئات من المستهدفين، والخبراء والسياسيين من فصيل المعارضة، والصحافيين المتخصصين في موضوع الحماية والصحة في المغرب.

تتوزع هذه الدراسة على خمسة محاور كبرى، يضم الأول سياق الدراسة وأهدافها، ونبيرز فيه مختلف مسوّغات إنجازها، ومبرراتها الموضوعية داخل السياق المغربي. ومحور ثان، نبسط عبره مختلف منطلقات مشروع التغطية الصحية الإجبارية في المغرب، مع نبذة تاريخية عنها. ونخصص المحور الثالث لمختلف الدراسات السابقة، والمنطلقات النظرية والمفاهيمية المنظمة للتفكير في سؤال الحماية الاجتماعية،

1 الأمانة العامة للحكومة المغربية، القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية في المغرب، الصادر في الجريدة الرسمية، عدد 5، نيسان/أبريل 2021. متاح على: [http://www.sgg.gov.ma/Portals/1/lois/Loi\\_09.21.pdf](http://www.sgg.gov.ma/Portals/1/lois/Loi_09.21.pdf)

2 المرجع نفسه.

كما تستحضر هذه الدراسة ضرورة التفكير في مسألة الحماية من أخطار المرض، وضمان الحق في العلاج في المغرب، ضمن سيورة سلة البرامج والمحطات التي عمل المغرب على بناء تصورها خلال عقدين من الزمن. إذ يمكننا الوقوف عند تلك السيورة، عبر رصد السياق العام الذي يهيكل تصور الدولة لمسألة الحماية الاجتماعية، وموقع هذه الأخيرة ضمن تلك البرامج والمخططات التنموية، خلال العقدين الأخيرين من الزمن الاجتماعي والسياسي للدولة الذي تميز بهيمنة خطاب النهوض بالوضع الاجتماعي للفرد والجماعة داخل المجتمع. وانتبه الفاعل الرسمي ممثلاً في شخص رئيس الدولة، منذ مطلع الألفية، إلى حجم الصعوبات التي يزرح تحت وطأتها ثلثا المغاربة. فكان ذلك أحد مبررات إحداث تجربة المبادرة الوطنية للتنمية البشرية بمراحلها الثلاث (منذ 2005)، وبرامج اجتماعية أخرى، ارتأت من خلالها محاربة الفوارق الاجتماعية، وكل أشكال اللامساواة خصوصاً في ما يتعلق بمسألة الوصول إلى العلاج والاستشفاء. إذ يُقدر عدد البرامج التنموية بـ140 برنامجاً. لكنها انتهت إلى نتائج لم ترق إلى تطلعات الفاعل الرسمي ولا المواطن المغربي، فغابت الحكمة والفعالية والاتقائية، وفق تقارير رسمية للدولة وللمنظمات الدولية الشريكة في مجال التنمية والتدخل الاجتماعيين.<sup>4</sup>

يمكننا في الوقت نفسه أن نعدّ تحول سؤال التنمية في المغرب، من سؤال الحق في الدخل والعيش عبر محاربة الفقر والفوارق المجالية، إلى سؤال الحق في الصحة كأجندة سياسية، وأفق تنموي يجد مبرره الموضوعي، أولاً في ما نصت عليه أرضيات الحماية الاجتماعية التي حددتها منظمة العمل الدولية منذ عام 2012،<sup>5</sup> وأعيد التأكيد عليها في مؤتمرها 109 عام 2021، وفي تقرير أهداف التنمية المستدامة 2015، باعتبار الحق في العلاج مرتبباً عضوياً بالحق في الضمان الاجتماعي الفعلي والحقيقي، والوصول إلى رعاية صحية فعلية، بحسب الأرضيات نفسها، فيقتدر هذا الحق بتوفر ضمانات أربع كحد أدنى:

- الحصول على الرعاية الصحية الأساسية بما فيها رعاية الأمومة.
- تأمين الدخل الأساسي للأطفال.
- ضمان الدخل الأساسي للأشخاص في سن العمل غير القادرين على كسب دخل كاف.
- ضمان الدخل الأساسي للمسنين.

غير أن النظر إلى هذه الضمانات الأربع، الواجب توفرها لتحقيق

بالإضافة إلى السجلات الثقافية للمستهدفين أنفسهم، وهي دوافع عززت اختيارنا لهذه الدراسة.

لذلك، لا تهدف هذه الدراسة إلى تقييم مشروع الحماية الاجتماعية في شقه المتعلق بالحماية من مخاطر المرض، وعياً منا بالفارق بين التقييم وشروطه، والدراسة البحثية التي لها أهدافها وشروطها وإكراهاتها، على الرغم من تداخل بعض أهدافها، من جهة إبراز المسارات التي يفترض أن تتخذها الورش والرهانات المطروحة أمامها، والتوصيات العملية للفاعل الرسمي لجذب الانتباه إلى ما يمكن أن يجود بسياسة اجتماعية في مجال التغطية الصحية الشاملة، تهم أكثر من ثلثي سكان المغرب. لذلك، نسعى عبر هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على نظام التغطية الصحية الإجبارية في المغرب، كشكل من أشكال الحماية الاجتماعية، وبسط مراميه بهدف التعريف عنه، ورصد مختلف آثاره المحتملة، سواء في الحد من الفوارق الاجتماعية المؤثرة على الوصول إلى العلاج أو في ما يخص تعميق بعض أوجه اللامساواة القائمة، وإبراز شكل المقاومات الاجتماعية التي ظهرت على أنقاضه.

في هذا الصدد، تسعى هذه الدراسة إلى رصد المظاهر الجديدة للامساواة، عبر الوقوف عند فرض مساهمة بعض الفئات الهشة في صناديق الضمان الاجتماعي، مقابل استفادتهم من التغطية الصحية الإجبارية، وفق مبدأ التكافل بين الفئات الذي تسعى الدولة إلى تطبيقه في المغرب. كما تسعى هذه الدراسة إلى خلق مساحة لإيصال بقية الأصوات (خبراء، سياسيين، صحافيين...) لمشروع الحماية الاجتماعية، وللمستهدفين أنفسهم، ليس في فكرته ومبدئه فحسب، بل في بناء منطلقاته ومرتكزاته، خصوصاً في ما يهم مجال الاستهداف وأأسسه، فضلاً عن ربط الحماية من مخاطر المرض بإصلاحات هيكلية كبرى، نص عليها القانون الإطار نفسه المتعلق بالحماية الاجتماعية في المغرب، من قبيل إصلاح صناديق التقاعد والمعاشات، والتعويضات العائلية، ونظام المقاصة، وتأهيل المؤسسات الصحية، ثم بناء قاعدة معطيات وطنية محينة؟ من خلال اعتماد السجل الوطني،<sup>3</sup> ما يجعل مسألة الاستدامة موضع تساؤل حقيقي لمشروع طموح كمشروع الحماية الاجتماعية في مجال الصحة.

في هذا الصدد، قادتنا المراجعة الشاملة لمختلف الأدبيات والتقارير الخاصة بموضوع الحماية الاجتماعية في دول العالم الثالث، أو الدول الصاعدة ذات الاقتصادات الناشئة، إلى اعتبارها قضية مركبة تتجاوز منطق مهندسي التنمية ومخططاتهم-الذين يجعلونها قضية معزولة تارة، وتقنية تارة أخرى (تحديد المستهدفين وتحويل الدعم الاجتماعي أو التسجيل في صناديق الضمان الاجتماعي)، علماً أن الحماية الاجتماعية تتجاوز ذلك المنطق، باعتبارها أفقاً اجتماعياً أحادياً، تروم الدولة الانخراط فيه كسياسة عمومية. وهو قول، نرى مدى اقترابه بنسبة كبيرة من سؤال التغطية الصحية الشاملة في المغرب. إذ تشي المؤشرات الاجتماعية والصحية والاقتصادية بترباط المسألتين في داخله.

4 Banque Africaine de Développement, « Maroc programme d'appui à la gouvernance de la protection sociale (PAGPS) », 2016, <https://bit.ly/36lxqFg>, p. 15.

5 منظمة العمل الدولية، التقرير الرابع (2 باء) « أرضيات الحماية الاجتماعية: من أجل العدالة الاجتماعية وعولمة عادلة », 2012, <https://www.ilo.org/ar/media/164416/download>, ص. 5

6 منظمة العمل الدولية، تقرير مؤتمر العمل الدولي، الدورة 109، « نحو بناء مستقبل الحماية الاجتماعية: من أجل عالم عمل متمحور حول الإنسان », <https://www.ilo.org/publns>, ص. 55

3 الأمانة العامة للحكومة المغربية، القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية في المغرب.

غياب عقدة العمل، والتعاقد، والتأمينات الصحية والمهنية والسلامة... إلخ.<sup>13</sup>

هذه الصعوبات وغيرها وضعت المؤشر الوطني للتنمية البشرية (IDHN) في مرتبة جد متوسطة، بل وحتى متدنية في حال رؤيته من منظور الصحة والحماية من أخطار المرض؛ فتأسيساً على تقرير المرصد الوطني للتنمية البشرية في المغرب لعام 2017، الذي يعتبر الصحة أهم الأبعاد السبعة عشر المؤشر الوطني للتنمية البشرية، تستمر حدة صعوبات الوصول إلى العلاج والتطبيب في التزايد بتزايد حجم التفاوتات بين المجالات الاجتماعية (قروي/حضري)، وبين الجهات التي تعرف أكبر نسب للفقر والعزلة المجالية، كجهة بني ملال خنيفرة، أو بحسب الجنس، فتكون النساء الأكثر تضرراً ببنية اللامساواة سائلة الذكر.<sup>14</sup>

إن استدعاءنا لبعض المؤشرات الاجتماعية، بهدف مناقشة تفعيل الحماية الاجتماعية في المغرب، في شقها المتعلق بالمرض والرعاية الصحية، يعود إلى أهميتها في كل سياسة اجتماعية من هذا النوع، وفي كل نظام استهداف اجتماعي.<sup>15</sup> فتمثل تجربة نظام الرصيد<sup>16</sup> الذي اعتمده المغرب منذ عام 2012، لتحقيق حماية اجتماعية في مجال الرعاية الصحية، وتقليص حجم اللامساواة أمام العلاج، نموذجاً لمحدودية منطوق الاستهداف،<sup>17</sup> على ضوء الواقع المركب الذي حد من إمكانية تحقيق مختلف الأهداف التي أسس عليها مشروع نظام الرصيد،<sup>18</sup> بعد اصطدامه بمنظومة صحية هشة (ضعف ومحدودية التمويل العمومي في مجال الصحة، ونقص الأطر الطبية الصحية خصوصاً المتخصصة منها، وغياب توازن الخريطة الصحية، ومشاكل الحوكمة والاستهداف... إلخ)، خصوصاً أن استفادة حاملي الرصيد من الخدمات الصحية، اقتصر على خدمات المستشفيات العامة التي لا تتسع لتلبية حاجاتهم الصحية.<sup>19</sup>

رعاية صحية فعلية، على ضوء مختلف المؤشرات التنموية في المغرب وطبيعة النظام الصحي فيه، يوضح إلى حد ما صعوبة تحقيقها وفق المعايير الدولية، خصوصاً إذا نظرنا إلى أنماط الدعم التي شرعت الدولة المغربية في تقديمها إلى هذه الفئات.<sup>7</sup> فالرعاية والحماية من أخطار المرض ترتبطان بالاقتصاد والثقافة أكثر من ارتباطهما بالصحة في حد ذاتها.<sup>8</sup> ففي الوقت الذي تروم فيه منظومة الصحة في المغرب خلق مناخ ومساحة، لحماية الفئات المعوزة والفقيرة من المخاطر الصحية، وضمان وصولهم إلى المؤسسات العلاجية - عمومية كانت أم خاصة - من دون أدنى انتقائية أو تمييز اجتماعي، يسجل المغرب أدنى معدل في نسبة السكان النشطين الذين يستفيدون من تغطية قانونية لحوادث العمل.<sup>9</sup> ويشهد استمرار ارتفاع نسبة البطالة، فبلغ المعدل الوطني 13% عام 2023 (17% في المجال الحضري و7% في المجال القروي)،<sup>10</sup> وارتفاع منسوب الفقر واللامساواة في التوزيع المجالي للخدمات والخيرات، فضلاً عن عدم استفادة غالبية المسنين من الحق في المعاش. فحتى الفئة القليلة المستفيدة، لا يتجاوز معاشها الشهري الحد الأدنى للأجور في المغرب، في الوقت الذي تتحمل فيه الأسر معظم النفقات المتعلقة بالصحة. ويزداد جملها هذا حجماً وتعقيداً حين تضم أشخاصاً من ذوي الإعاقة... إلخ.<sup>11</sup> ومن بين الصعوبات التي تعترض الضمانات الأربع للرعاية الصحية في المغرب، مشاكل حوكمة صناديق التغطية الاجتماعية، وعدم استقرار سوق العمل، وضبابية القطاع غير المهيكل، وانتشاره من ناحية أولى، وانفلاته من كل مناحي الضبط والترتيب والجرد من ناحية ثانية، فعلى سبيل المثال لا الحصر، تظهر دراسة للمندوبية السامية للتخطيط في هذا السياق، أن حصة العاملين في القطاع غير المهيكل بلغت 28.7% من إجمالي اليد العاملة في المغرب عام 2021، جُلهم ذكور وأرباب أسر، وشباب دون سن الـ35 عاماً.<sup>12</sup> وفي الوقت نفسه، لعل ما يميز العمل في المغرب، هو ضعف الإنتاجية، وهيمنة العمل غير المأجور، والعمل الناقص، وغير اللائق

13 فؤاد عبد المومني، «الدولة الاجتماعية مشروطة بالتنمية والتنمية مشروطة بتشغيل قوى الإنتاج المعطلة والقطع مع كلفة ومنظومة وثقافة المخزن»، ص. 18-31، مجلة الربيع، العدد 15، «الدولة الاجتماعية: المفهوم والتجارب، الشعار والواقع»، إصدار مركز بن سعيد أيت يدر للأبحاث والدراسات، 2023.

14 المرصد الوطني للتنمية البشرية في المغرب، «تقرير التنمية البشرية في المغرب، 2017»، ص. 50-65، متاح على: <https://www.ondh.ma>

15 نقصد بالاستهداف الاجتماعي، النظام الذي تتبناه الدولة بهدف تحديد المستفيدين من أحقية تلقي الدعم والمساعدة، وهو نظام كشف عن محدوديته في تجارب دولية مختلفة، متاحة على سبيل المثال لا الحصر على

Laure Pasquier-Doumer, Emmanuelle Lavallée, Anne Olivier et Anne-Sophie Robilliard, « Cibler les politiques de lutte contre la pauvreté dans les pays en développement? Un bilan des expériences », Revue d'économie du développement, 17, 52009/50- <https://doi.org/10.3917/edd.233.0005>

16 وزارة الصحة في المغرب، «تقرير المؤتمر الدولي حول التغطية الصحية للفئات الهشة»، 2015، متاح على: [https://www.sante.gov.ma/Documents/2017\\_rapport%20ramed.pdf](https://www.sante.gov.ma/Documents/2017_rapport%20ramed.pdf)

17 Raphael Cottin, « Le ciblage direct des ménages est-il possible pour les politiques de santé ? Le cas du RAMEd au Maroc », Mondes en développement, 187, 292019/50-, <https://doi.org/10.3917/med.187.0029>

18 وزارة الصحة في المغرب، «تقرير المؤتمر الدولي حول التغطية الصحية للفئات الهشة»، 2015.

19 Raphael Cottin, « Le ciblage direct des ménages est-il possible pour les politiques de santé ? »

7 للاطلاع على أنماط الدعم المباشر ومبالغها في المغرب، انظر: منصة نظام الدعم المباشر، متاح على: <https://www.asd.ma/ar>

8 من بين أوجه القصور: خصص المغرب عام 2011 بحسب منظمة الصحة العالمية 2% فقط من الثروة التي تُنتج سنوياً للنفقات العمومية على قطاع الصحة، وهي النسبة الأقل مقارنة ببلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (2,83%). ما يفسر إلى حد ما، كيف لا تتجاوز نسبة السكان المستفيدين من التغطية الصحية مقارنةً بمجموع السكان في المغرب الـ54.6% حتى حدود عام 2016، للاطلاع: منظمة الصحة العالمية، التقرير العالمي عن نظم البيانات الصحية وقدراتها 2020، متاح على: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/9789240048874-358070/ara.pdf> ص. 44.

9 المجلس الاقتصادي والبيئي والاجتماعي، «الحماية الاجتماعية في المغرب، واقع الحال وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية»، إحالة ذاتية رقم 34/2018، ص. 15، متاح على: <https://www.cese.ma/docs/la-protection-sociale-au-maroc>

10 المندوبية السامية للتخطيط، «مذكرة إخبارية حول وضعية سوق الشغل خلال الفصل الأول من عام 2022»، متاح على: [https://www.hcp.ma/La-situation-du-marche-du-travail-au-premier-trimestre-de-2022\\_a3110.html](https://www.hcp.ma/La-situation-du-marche-du-travail-au-premier-trimestre-de-2022_a3110.html)

11 المجلس الاقتصادي والبيئي والاجتماعي، «الأشخاص المسنون في المغرب»، إحالة ذاتية رقم 20/2015، متاح على: <https://www.cese.ma/docs/les-personnes-agees-au-maroc>

12 المندوبية السامية للتخطيط، مختصرات دفاتر التخطيط، رقم 16، 2021، متاح على: [https://www.hcp.ma/Les-Brefs-du-Plan-N-16\\_02-Mars-2021\\_a2668-https://www.hcp.ma/Les-Brefs-du-Plan-N-16.html](https://www.hcp.ma/Les-Brefs-du-Plan-N-16_02-Mars-2021_a2668-https://www.hcp.ma/Les-Brefs-du-Plan-N-16.html)

فتستمر في اعتراض جل السياسات العمومية من هذا النوع، إذ تتعدد الإجراءات ومسارات الانخراط وسبل إعداد وثائقه واحترام آجاله... إلخ.

لذلك، تسعى هذه الدراسة إلى إبراز العناصر والترابطات «الخفية»، ذات البعد الأنثروبولوجي التي تحيط بفكرة «تفعيل» الحماية الاجتماعية، وبالتغطية الصحية الشاملة في المغرب. فهو كشفٌ تسنده أبرز التجارب البحثية، والخلاصات التي انتهى إليها أنثروبولوجيو التنمية سلفاً في البلدان النامية كما الصاعدة (كبيير أولفيي دو ساردو، ديدي فاسان، مارك أوجي...)، وأهمها الهوية الواقعة بين ما يطمح إليه الفاعل السياسي في مجال التنمية والتغيير الاجتماعي، وما يتميز به الواقع سوسيلوجياً وأنثروبولوجياً، ما يقود المخطط التنموي إلى الفشل أو التعثر في تحقيق أهدافه، أو يجيد كلياً عنها. لذلك، فالتغطية الصحية الشاملة في المغرب رهينة هدم هذه الهوية الفاصلة، كي لا تحد من إمكانيات تحقيق أهدافها، وهي بناء الحق في العلاج الذي يعتبر مدخلاً لتعزيز رابط أضمن هو الانتماء إلى المجتمع ومؤسساته. فالشعور بهذا الانتماء يقود الفرد إلى شعور آخر بالاعتراف الذاتي على حد تصور سيرج بوغام.<sup>23</sup>

تأسيساً على ما ذكر سلفاً، يمكننا صياغة مشكلة البحث على النحو الآتي: ما هي المحددات الاجتماعية والثقافية لتفعيل التغطية الصحية الإجبارية في المغرب؟ ما هي طبيعة المعرفة الاجتماعية التي تمتلكها الفئات المستهدفة حول مشروع التغطية الصحية الشاملة؟ وما هي الاستراتيجيات التي أتتجتها هذه الفئات أمام فكرة الأداء مقابل الحق في الصحة؟ ثم، كيف ينظر الفاعلون السياسيون والمدنيون إلى قدرة التغطية الصحية الشاملة على تكريس الحق في الصحة في المغرب؟

وكفرضية كبرى ناظمة لهذه الدراسة، نقول إن الواقع الذي يستهدفه نظام الحماية الاجتماعية في شق التغطية الصحية الإجبارية، واقعٌ مركبٌ مبنى اجتماعياً وثقافياً، ما يقلل من حظوظ قابليته للتفعيل والأجراً وخلق عدالة علاجية، وفق ما جاء في ديباجة المشروع. كما أن نتائجه غير المنتظرة خصوصاً على الفئات المستهدفة غير واضحة بالشكل الكافي - نقصد على ثلثي سكان المغرب من الفقراء والمعوزين الذين سيُنقلون من نظام المساعدة الطبية RAMED إلى نظام التغطية الإجبارية عن المرض، علاوةً على الفئات الهشة من ذوي الأجور المتوسطة والهزيلة التي ما زالت إمكانيات ضبط حركيتها ومساهمتها في صناديق الضمان الاجتماعي ملتبسة.

وعلى المنوال نفسه، كشفت جائحة كوفيد 19 و«زلزال الحوز الأخير في المغرب»، القصور والتحديات سالفة الذكر التي لا تزال تؤثر على استفادة الفئات المعوزة والهشة من الرعاية الصحية الشاملة في المغرب، ما يؤدي إلى عدم صمود الإجراءات التي تتخذها الدولة لمكافحة آثار الكوارث على هذه الفئات، ولا تضمن استدامة الحق في العلاج والحماية من المخاطر الصحية. فبرزت إلى العلن أشكال جديدة من الاستبعاد الاجتماعي (صعوبة ومحدودية الوصول إلى العلاج، وانقطاع الدواء عن بعض الفئات، والمناطق المنكوبة أو المعزولة جغرافياً... إلخ).<sup>20</sup>

يتضح مما سبق أن ورش الحماية الاجتماعية - حالة التغطية الصحية الشاملة - تجابهها عوائق كبرى، على الرغم من الطموح السياسي والمجتمعي الذي يرافقها، أو بدأت تظهر التغييرات التي تحدثها في نظام عيش الأفراد خصوصاً بالنسبة إلى حاملي بعض الأمراض المزمنة، كالقصور الكلوي، وأمراض القلب والشرايين، على سبيل المثال لا الحصر. هذه خلاصة توصلنا إليها، كما توصل إليها باحثون آخرون اشتغلوا على السؤال نفسه.<sup>21</sup>

في المجمل، تهدف هذه الدراسة إلى إبراز فكرة أن التفكير السوسيلوجي في كيفية تدبير الدولة لما هو اجتماعي في المغرب، يتجاذبه مكونان أو موقعان أساسيان؛ موقع الفاعل التكنوقراطي في هندسة مشاريع متوسطة وطويلة المدى للمجتمع، وموقع الباحث الملاحظ لهذه السياسات الاجتماعية. فللتنمية منطقتها الداخلي الذي يمكن أن يختلف أو لا ينسجم جزئياً أو كلياً مع منطلقات الفاعل السياسي. في حين تبقى مرجعية الباحث الملاحظ، هي الواقع المستهدف بفعل التنمية وخصوصياتها، وتجزد الخصائص الثقافية والاجتماعية في البنية التي يستهدفها المهندس الاجتماعي. وبالتالي، لا يخرج واقع الحماية من مخاطر المرض والتغطية الصحية الشاملة في المغرب عن هذه الدائرة، حيث الواقع مركب من قضايا بنيوية (الحوكمة والفقير واللامساواة المجالية... إلخ)، وأخرى مرتبطة بثقافة الحماية والرعاية، وتمثل المستقبل لدى الفئات المستهدفة. فتبرز استراتيجيات، ومقاومات لنظام التضريب والاستهداف، وللانخراط في صناديق الضمان الاجتماعي، يُعبّر عنها أحياناً بالمقاومات الخفية أو الصامتة. فتظهر للملاحظ العلمي في سلوكيات المستهدفين كاستراتيجية التشطيب من فئة والاتحاق بفئة أخرى مثلاً،<sup>22</sup> أو التخلي عن الأداء بسبب صعوبات مادية بعد وضعهم ضمن فئة ما، تبعاً لمنطق الاستهداف والتضريب والحيلة، على مبدأ الاستهداف للحيلولة دون التصنيف في المؤشر الموجب للأداء. في المقابل، ما زالت الأمية عائقاً حقيقياً أمام ثقافة الحماية الاجتماعية في المغرب.

20 المندوبية السامية للتخطيط، « المرحلة الثانية من البحث حول تأثير فيروس كورونا على الوضع الاقتصادي والاجتماعي والنفسي للأسر»، حزيران / يونيو 2020، متاح على: [https://www.hcp.ma/Rapports-sociaux-dans-le-contexte-de-la-pandemie-COVID-19\\_a2577.html](https://www.hcp.ma/Rapports-sociaux-dans-le-contexte-de-la-pandemie-COVID-19_a2577.html)

21 أنظر عثمان مخون، «ورش الحماية الاجتماعية: هل يتغلب المغرب على التحديات المطروحة؟» مبادرة الإصلاح العربي، أيلول/سبتمبر 2023، متاح على: [/https://www.arab-reform.net/ar/people](https://www.arab-reform.net/ar/people)

22 السجل الاجتماعي الموحد، إجراءات التشطيب، متاح على: <https://www.rsu.ma/ar/web/guest/proc%C3%A9dures>

## نبذة تاريخية عن نظام الحماية الاجتماعية في المغرب: من المساعدة إلى الحماية

عرف المغرب ولادة أول صندوق للضمان الاجتماعي عام 1959، وكان خاصاً بالأجراء فقط. وحيث نظامه عام 1972، فأصبح يشمل التعويضات العائلية، وأخرى قصيرة الأمد (مرض، حادث سير، عزاء...)، ثم التعويضات طويلة الأمد (شلل كلي أو جزئي، وفاة، تقاعد، تعويضات لأسرة الفقيد/ة). وهي تعويضات غابت عنها التغطية الصحية بشكل كلي حتى عام 2000، مع ظهور القانون التنظيمي 65.00 المتعلق بالتغطية الصحية الأساسية المعروفة بـ AMO. فبات وفق منطوق هذا القانون، بإمكان كل من الأجراء والمتقاعدين منهم والطلبة، الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العامة والخاصة، والتعويض عن المصاريف المقدمة من قبلهم. في المقابل، أقر نظام المساعدة الطبية للمعوزين (Ramed) ابتداءً من عام 2005، وتكفلت الدولة والجماعات الترابية بتمويله. كما سمح للمعوزين بالاستفادة من العلاج بالمجان في المستشفيات العامة فقط.<sup>24</sup> ستشهد منظومة التغطية الصحية تغييراً مع قانون 65.00، إذ أصبح من حق الأجراء الاستفادة من التغطية الصحية من الصندوق الوطني للاحتياط الاجتماعي المعروف اختصاراً بـ (CNSS)، ليتم الاحتفاظ بالعمال غير المستقلين، والمهنة الحرة حتى صدور قانون الحماية الاجتماعية 2021 (المادة الرابعة منه) الذي يشكل أرضية كبرى لهذه الدراسة.

لكن النظر إلى المعطيات الصادرة عن الوكالة الوطنية للتأمين الصحية، تبرز غياب التوازن بين عدد المنخرطين بحسب صناديق الضمان الاجتماعي.<sup>25</sup> إذ ضمّ الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS) 1.350.090 منخرطاً من المأجورين من القطاع العام عام 2021، في حين بلغ العدد في القطاع الخاص 3.765.226 منخرطاً ومنخرطة. وعلى الرغم من التحسن الملحوظ في عدد المنخرطين، لا سيما في القطاع الخاص، يشير التقرير الصادر عن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي نفسه إلى أن هذا العدد لا يغطي احتياجات الصندوق من موارد لضمان استدامة حقيقية للحماية والتأمين الصحيين في المغرب. فلا يستفيد سوى 36.26% من المنخرطين من التأمين الإجباري على المرض، والبقية (أي 63.04%) لا يستفيدون من أي تغطية، يتوزعون بين 10.09 ملايين مغربي من المعوزين والفقراء، و11 مليوناً من أصحاب المهنة الحرة. توضح هذه المعطيات الوزن الديموغرافي لهذه الفئات، وحاجاتها من الخدمات والتغطية الصحية. كان الأمر الذي عزز الانتقال إلى مشروع الحماية الاجتماعية الشاملة

ابتداءً من عام 2017، ظهور نصين قانونيين يوضحان كيفية تدبير وضعية أصحاب المهنة الحرة وغير الأجراء داخل صندوق الضمان الاجتماعي، واستفادتهم من التأمين الإجباري على المرض. ثم برز نص تنظيمي آخر عام 2019، يبيّن بشكل دقيق خارطة الفئات وتوزيعها تقنياً، ما يوضح أن الأمر يخضع باستمرار للمراجعة والتحديث المؤسساتي والتشريعي، بالنظر إلى ورش الحماية الاجتماعية، والصعوبات الهيكلية التي راكمها الصندوق منذ عقود، ويندرج بعضها تحت دائرة الحوكمة والاستدامة.

## في منطلقات ورش التغطية الصحية الشاملة في المغرب: من الاختيار إلى الإجماع

لم يعرف المغرب نظاماً سابقاً يجبر فئات غير الموظفين وبعض أجراء القطاع الخاص على الانخراط «الآلي والإجباري أحياناً في صناديق الاحتياط الاجتماعي». فهو بدأ مع قانون المالية لعام 2021، حين انتقل المغرب بعدها، على الأقل على المستوى التشريعي، إلى فرض التسجيل المسبق في هذه الصناديق، لا سيما على الأجراء والمستقلين، مقابل استفادتهم من التغطية الصحية الإجبارية. وهو سياق يمكننا أن نعتبره مختلفاً من جهة المنطلقات والمبادئ المنظمة لمسلكيات الأفراد والمؤسسات التي لم تنخرط في هذه الصناديق سلفاً، فبات الارتباط واضحاً بين نسبة الضريبة المفروضة على صاحب المهنة الحرة، وحجم مساهمته في صندوق الضمان الاجتماعي. فعلى سبيل المثال، أقر قانون المالية لعام 2021، أن الضريبة التي تُحدد على ضوئها هذه المساهمة هي 10%. وفي هذا السياق، أنشئ ما يعرف بـ «السجل الوطني للسكان» و«السجل الاجتماعي الموحد» اللذين تُديرهما الوكالة الوطنية للسجلات. فعلى ضوء المعرف الرقمي الوطني، يُعطى للفرد نقاط ويبنى مؤشر الفقر والعوز<sup>26</sup>، وهما آليتان ستؤديان إلى الاستفادة من مساهمة الدولة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وفي حالة تغير مؤشر الاستحقاق (+- 749) تُصنّف الأسرة ضمن الفئة الواجب عليها الأداء مع تحديد قيمتها.<sup>27</sup> الأمر الذي نقل المساهمة في الصندوق من سجل الاختيار والإرادة الذاتية إلى فعل إجباري أمام كل ممارس لمهنة حرة (أطباء، محامون، تجار... إلخ). لكننا لا نسعى إلى القول إن هذا الشكل هو الأكثر فعالية، بل نود الإشارة إلى أن تصور الدولة لدفع أصحاب المهنة الحرة للانخراط، يتحقق الآن عبر نظام الضريبة والتغريم التراكمي لكل من تأخر في أداء المساهمات.<sup>28</sup>

وفي الإطار نفسه، صدر قانون آخر برقم 98.15 يجبر كل قطاع

26 Ministère d'Economie et de finance Marocaine, « site officiel », <https://www.finances.gov.ma/ar/>

27 Registre social unifié, « Site officiel », <https://www.rsu.ma/ar/web/guest/proc%C3%A9dures>

28 سنعود إلى هذه النقطة لاحقاً مع مزيد من التفاصيل لنبرز أهميتها وآثارها الجانبية في الوقت نفسه.

24 Ministère de la santé et de la protection sociale, « Analyse des Iniquités en santé », 2022.

25 Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM), « Rapport annuel global de l'assurance maladie obligatoire », 2021, <https://anam.ma/anam/p16>

الفئات التي تعيش على إيقاع الهشاشة أو العوز، فتتحول هذه اللامرئية إلى عائق أمام بناء حماية اجتماعية شاملة.

## ثالثاً: منهجية الدراسة وتقنياتها

التفكير في الحماية الاجتماعية من منظور استدامة الخدمات والتعويض عن المخاطر الصحية، وضمان وصول متكافئ للعلاج، خصوصاً بالنسبة إلى الفئات التي لا تتوفر لها أي تغطية صحية سابقة، هو تفكير في واقع مركّب، لا يقدم نفسه بالشكل الذي يتصوره الساسة ولا أصحاب القرار. فأسئلة الحماية هي في العمق أسئلة تمس مسارات عيش الأفراد والجماعات، ونظام تدبير المخاطر والتعامل معها. وبعبارة أخرى، يُعدّ سجل التمثيلات الاجتماعية التي تنتظم وفقه سلوكيات الفاعلين محددًا في فعالية مختلف برامج التنمية التي تنفذها الدولة، واستدامتها. على المنوال نفسه، يظهر الدرس الأثروبولوجي، في علاقته بالتنمية على وجه الخصوص، مدى صعوبة تنزيل سياسة عامة في مجال الصحة والحماية الاجتماعية من دون تغيير زاوية النظر الفوقية التي تطبع بناء السياسات العامة في مجملها،<sup>32</sup> فضلاً عن تفعيلها على مستوى الواقع الذي تستهدفه. في هذا الصدد، ظهرت اتجاهات مع مجموعة من الأثروبولوجيين الذين عملوا وواكبوا تنزيل برامج التنمية في مجال الصحة في دول العالم الثالث، أو الدول النامية أو حتى الصاعدة. نذكر على سبيل المثال لا الحصر، جون بيير أوليفي دو ساردون الذي يعتبر نموذجاً للتوجه الإثنوغرافي في بناء وتنزيل المشاريع التنموية، ودحض المقاربات التقنية، أو ذات النزعة التنموية الخالية من كل أشكال المعرفة الأثروبولوجية، أو السوسولوجية للواقع الذي تستهدفه تلك البرامج.<sup>33</sup>

وفق هذا المنظور، تروم هذه الدراسة تبني المقاربة الكيفية من خلال توظيف تقنية المقابلة شبه الموجهة، عبر التركيز على أهمية المعنى الذي ينتجه الفاعل الاجتماعي حول نفسه، وحول المؤسسات الصحية، ونظام الحماية الاجتماعية الذي تقوده الدولة المغربية في ما يهم التغطية الصحية الشاملة. كما تسعى المقاربة نفسها إلى التركيز على مختلف أنماط التأويل التي ينتجها الفاعلون (مستفيدون وغير مستفيدين) لأشكال اللامساواة التي تظهر لهم محتملة أو قائمة، نتيجة تثبيت نظام الحماية الاجتماعية وفق مبدأ الاستهداف،

اقتصادي أو اجتماعي أو ثقافي، على موافاة صندوق الضمان الاجتماعي بالمعلومات المتوفرة لديه بخصوص الممارسين. كأن يرسل قطاع النقل لائحة سائقي التاكسي داخل مجال محدد، أو ترسل مندوبية الصحة الجهوية أطباء القطاع الخاص المالكين عيادات خاصة مثلاً. وبهذه الطريقة، يتعرّف صندوق الضمان الاجتماعي إلى هوية المنخرط، وقيمة المساهمة الواجب أدائها للصندوق. وهو الأمر الذي سوف يدفع الكثير ممن كانوا خارج دائرة المنخرطين/المساهمين والمستفيدين من خدمات الحماية الاجتماعية في معناها العام، إلى فاعلين داخل الدائرة. كما سيوسع قاعدة المنخرطين من غير الأجراء، ويضمن نوعاً من التوازن والاستدامة المالية للصندوق نفسه بحسب منظور الدولة. في المقابل، أعلنت الدولة أنها ستتكلف بأداء مساهمات المعوزين والفقراء بصناديق الضمان الاجتماعي.

## ثانياً: مفاهيم الدراسة

نطلق في هذه الدراسة من جملة من المفاهيم. أولها مفهوم الحماية الاجتماعية، والحماية الاجتماعية الشاملة، وحماية الصحة الاجتماعية، والحق في الصحة، واللامساواة الاجتماعية أمام الصحة والعلاج، ثم مفهوم الاستهداف الاجتماعي. فتشكل هذه المفاهيم مجتمعة، شبكة مفاهيمية تسعفنا في بناء السؤال العام للدراسة، وتفكيك مكوناتها ورصد تداخلاتها. كما نظن أن جزءاً كبيراً من هذه المفاهيم طاله التعريف، صُمّن في تقرير الرائد العربي من قبيل مفهوم الحماية الاجتماعية والشاملة منها، والحق في الصحة وحمايتها.<sup>29</sup> وهي تحديات نأخذ بها في هذه الدراسة.

كما نرى أن مفهوم اللامساواة الاجتماعية يقتضي تجاوز كل مقاربة بسيطة أو تقنية لهذه اللامساواة التي تعتبر في نظر ديدي فاسان جزءاً من البناء العام للجسد وللمجتمع الواحد، منتقداً بذلك الفكرة التي عبر عنها الفيلسوف الفرنسي جان جاك روسو منذ قرنين ونصف، وبموجبها تكون التفاوتات المنقوشة في الجسم طبيعية. إذ لا يقتصر الأمر في نظر ديدي فاسان على عدم استناد الفوارق الجسدية بين الأفراد بشكل مطلق في الطبيعة إلى نوع من الجوهر البيولوجي للإنسان، لكن تحديدها نابع من عدم المساواة التي ينشئها المجتمع.<sup>30</sup> كما نوظف مفهوم الاستهداف الاجتماعي، كتجاوز للمنطق التقني<sup>31</sup> الذي يفترض ضبط ورصد الحدود الاجتماعية والاقتصادية بين الأفراد، إلى منطقٍ آخر يأخذ في الاعتبار لامرئية الكثير من

29 شبكة المنظمات العربية غير الحكومية (ANN)، «الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربية، الحق في الصحة»، ص: 96-137، 2023. متاح على: <https://www.annd.org/ar/publications/-9>

32 Jean-Noël Ferrière et Jean-Claude Vérez, « Introduction. Mondes en développement », 187, 72019/13-, <https://doi.org/10.3917/med.187.0007>

33 Olivier de Sardan et Jean-Pierre, La revanche des contextes, des mésaventures en ingénierie sociale en Afrique et au-delà, Karthala, 2021, p.1525-

30 Didier Fassin, et al, Les inégalités sociales de santé, La Découverte, 2000, p. 2025-

31 Olivier de Sardan, Jean-Pierre, La revanche des contextes, des mésaventures en ingénierie sociale en Afrique et au-delà, Karthala, 2021, p.1525-

ووجهنا دليل المقابلة نفسه إلى جميع أفراد الفئة الأولى، مع تكييف بسيط للأسئلة حين يتعلق الأمر بالمأجورين أو غير المأجورين، ومن هم في وضعية بطالة دائمة... إلخ. فشمّل دليل المقابلة المحاور الآتية: المعرفة بمشروع الحماية الاجتماعية في المغرب، وتمثل الخدمات الصحية: عامة/خاصة، قبل وبعد الحصول على التغطية الصحية الأساسية، والأداء مقابل الاستفادة من التغطية الصحية، والإعفاء الكلي، والنظام الصحي والحماية من المخاطر الصحية... إلخ.

في حين، اعتمدنا على دليل ثان مع الفئة الثانية من غير المستهدفين بالتغطية الصحية الإلزامية، ضم المحاور الآتية: (1) صورة مشروع الحماية الاجتماعية في المغرب لديهم، (2) منهجية التسويق له، (3) منهجية الاستهداف والتضريب (الفقراء والمعوّزين) فعالة/ غير فعالة، (4) الحوكمة، الموارد المالية والفعالية في التدبير، (5) الموارد البشرية والبنيات التحتية الصحية.

وبدل تحليل متن المقابلات الفردية، حللنا مختلف التقارير والمنشورات والوثائق الرسمية، والقوانين والنصوص التنظيمية التي تناولت موضوع الحماية الاجتماعية، والتغطية الصحية في المغرب، بهدف الوقوف عند الأهداف والمنطلقات والصعوبات التي ما زالت تلف المشروع الحالي وأفقها وامتداداته. توزعت هذه الوثائق بين ما تنجزه المؤسسات الرسمية للمغرب، كتلك الخاصة بالمدنوية السامية للتخطيط، والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، والمرصد الوطني للتنمية البشرية ووثائق أخرى، تصدرها المنظمات والهيئات غير الحكومية، بالإضافة إلى بعض الدراسات والمقالات ذات البعد الأكاديمي أو الصحفي التحليلي.

## أخلاقيات البحث

تستند هذه الدراسة إلى دليل أخلاقيات البحث المضمن في الإطار المرجعي لثلاث مؤسسات كندية: «المجلس الكندي للبحث في العلوم الإنسانية، والمجلس الكندي للبحث في العلوم الطبيعية، والمعهد الكندي للبحث في الصحة»، حول سلوك البحث المسؤول، ومستند أخلاقيات البحث في العلوم الاجتماعية الصادر عن المجلس العربي للعلوم الاجتماعية، خصوصاً المبادئ التوجيهية المنظمة له: «احترام الأشخاص وحسن المعاملة والعدالة»<sup>37</sup>.

وبناءً على ذلك، نرى أن مبدأ الموافقة السابقة والاستقلالية شرط أساسي لإجراء البحث الميداني. فأطلعنا المشاركين في البحث على العناصر الأساسية للدراسة (موضوعها وأهدافها، مدة وطبيعة المشاركة وإمكانية الانسحاب وطريقة استخدام البيانات). كما نعتمد السرية والخصوصية، لذلك سنمنح ألقاباً للمشاركين غير أسمائهم الحقيقية، ولن نستعمل معطياتهم

واستحضاراً للخصائص الاجتماعية للفئة المستهدفة (فئة معوزة أو محدودة الدخل أو فقيرة، عمل هش...) وبالنظر إلى طبيعة العرض العلاجي والاستشفائي في المغرب باعتباره عرضاً تعثره نواقص وتفاوتات في الوصول إلى الخدمات الصحية والاستفادة منها.<sup>34</sup>

ولتحليل المعطيات التي حصلنا عليها من المقابلات الفردية مع مختلف الفاعلين، تتبعنا مقارنة تحليل المحتوى، بعد بناء شبكات للترميز الأفقي والعمودي للمعطيات، ما سمح لنا بمعرفة وحصر مختلف التيمات الأساسية التي بنينا على ضوئها محاور للتحليل والتركيب. إذ تتلخص عموماً مراحل التحليل الكيفي وفق المنهج الاستنتاجي في: (1) تكثيف البيانات النصية الأولية في شكل موجز وملخص. (2) إنشاء روابط واضحة بين التقييم أو أهداف البحث، والنتائج الموجزة المستمدة من البيانات الخام. (3) تطوير إطار للبنية الأساسية للخبرات أو العمليات التي تظهر في البيانات الخام.<sup>35</sup> لكن لا يقتضي التسليم بقدرة المنهج كله في العمل التحليلي للمعطيات، إغفال قدرة الباحث نفسه على استكشاف الموضوعات العامة، ودلالات اللغة، والعبارات التي يوظفها المشارك في الدراسة. فهنا يُستلزم استخدام نوع من تحليل المحتوى، أو استدعاء ما يسمى بالنظرية المتجددة في الواقع، باعتبارهما آليات للتحليل الكيفي المتكاملة في ما بينهما بشكل عام.<sup>36</sup>

وفي الإطار نفسه، أنجزنا دراسة ميدانية عبر تقنية المقابلة شبه الموجهة مع فئتين: ضمت الفئة الأولى 40 مستفيداً ومستفيدة من برنامج التغطية الصحية الإلزامية. وفئة ثانية، شملت 6 مقابلات مع فاعلين من غير المستهدفين المباشرين بهذه التغطية، ضمت مقابلتين مع برلماني من قسم المعارضة (حزب الاتحاد الاشتراكي) وآخر من قسم الغالبية الحكومية، وخبيرين في مجال الصحة والحماية الاجتماعية، ومقابلة مع مسؤول في صندوق الضمان الاجتماعي، وأخرى مع صحافي متخصص في السياسات العمومية في المغرب. يتوزع المستهدفون في الدراسة على فئتين أساسيتين: أفراد معوزون من كلا الجنسين، وغير الأجراء من الفئات الهشة. وتقيّدنا بالمعايير الآتية في اختيار المشاركات/ والمشاركين في المقابلة: الجنس بالتساوي، المسنون/ غير المسنين، المجال: حضري/ غير حضري، نوعية المرض/ الأمراض، نوعية الفئة: مأجور/ عامل مستقل/ بدون، ونوعية الانخراط: أموراميد AMORAMED / أمو AMO.

34 Ministère de la santé et de la protection sociale ( MSPS), «Analyse des Iniquités en santé », pp. 92022/14- [https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes\\_enquete/Documents/2022/Rapport%20Analyse%20iniquit%C3%A9s%20en%20sant%C3%A9%20au%20Maroc%20\(1\).pdf](https://www.sante.gov.ma/Publications/Etudes_enquete/Documents/2022/Rapport%20Analyse%20iniquit%C3%A9s%20en%20sant%C3%A9%20au%20Maroc%20(1).pdf)

35 Thomas, David R, « A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data ». American Journal of Evaluation 27 (2): 237-462006/. <https://doi.org/10.1177/1098214005283748/>

36 Paillé, Pierre, « L'analyse par théorisation ancrée », Cahiers de recherche sociologique, 147-81, 231994/, <https://doi.org/10.7202/1002253/ar>

من خلال هذه الاقتباسات مدى الشعور الجماعي الذي بدأ يتأسس داخل ذهنيات الأفراد المستهدفين بخصوص أهمية التغطية الصحية الإجبارية، على الرغم من التخوفات الخاصة بفرض الأداء على من صنفهم المعرف الرقمي الموحد ضمن الفئات الواجب عليها الأداء.

## الحماية الاجتماعية كرهان سياسي

تكشف لنا الدراسة الميدانية كيف تحول موضوع الحماية الاجتماعية في المغرب إلى ناظم للنقاش السياسي بين الفاعلين في الحقل، بل ولرهاناتهم الانتخابية أيضاً. فلا اختلاف بين الفاعلين حول الموقع الذي بات يحتله موضوع الحماية الاجتماعية ضمن أجنداتهم السياسية التي تعد انتخابية في الدرجة الأولى. إذ تكفي قراءة المسودات الانتخابية، أو زيارة المواقع الإلكترونية للأحزاب السياسيّة - سواء تلك التي تقود الحكومة أو التي تندرج تحت لواء المعارضة - ليتضح حضور موضوع الحماية الاجتماعية، سواء كأجندة تعكس تصور الحزب السياسي لها بخصوص مسألة البناء أو التنزيل، أو في ما يخص الدفاع عن مشروعاتها وراهنيتها، في مجتمع يعيش ثلثاً أفراداً في ظروف الفقر، والهشاشة المركبة، واللامساواة المجالية والاجتماعية، أمام مخاطر الصحة والوصول إلى العلاجات الأساسية أو الاستشفائية. فمن خلال المقابلات التي أجريناها مع البرلمانيين عن فريق المعارضة، كما مع فريق الغالبية، توصلنا إلى خلاصة كبرى في هذا الشأن، تتمثل في الكيفية التي أضحت مسألة التغطية الصحية وضمان الحق في العلاج الورقة السياسية الأولى المهيمنة على نقاش الفاعلين داخل المؤسسة التشريعية وخارجها، فالإمسك بها يعد مكسباً سياسياً. لكننا نعتبر هذا المظهر خاصاً بالمجتمع المغربي، بل يمس مختلف التجارب السياسية التي تقود إصلاحات تتعلق بالصحة والرعاية المرتبطة بها.

## العلاج من الإحسان إلى الحماية

أظهرت الدراسة الميدانية التي أجريناها في كل من منطقة بني ملال، خنيفرة، الرباط والقنيطرة، وجود اتجاه إيجابي لدى الفئات المستهدفة حول أهمية التغطية الصحية الإجبارية. إذ سمحت للمستفيدين من المعوزين بالوصول إلى الخدمات الصحية في المؤسسات الطبية العامة والخاصة. وبرزت سرديات إيجابية بين الأفراد والجماعات، حول أهمية التغطية الصحية الإجبارية في صفوف المعوزين والفقراء (بالقول إن فلاناً أنجز عملية جراحية من دون دفع أي مبلغ يُذكر، وأن الفضل يعود إلى التغطية). يمكننا أن نسردها هنا حالة مشاركة في دراستنا، هي السيدة حليلة، البالغة من العمر 71 عاماً، وهي أرملة تقطن في أحد الأحياء ذات السكن الاقتصادي. إذ أجرت عملية القسطرة في إحدى المصحات الخاصة، بعد استفادتها من بطاقة الانخراط في صندوق الضمان الاجتماعي، تحت اسم AMO-Tadamon. وحالة ثانية تتمثل في السيد عمر، وهو من الفئة الاجتماعية

إلا في عملية بناء المعطيات علمياً. كما أن استحضار الاعتبارات الأخلاقية في هذه الدراسة لن يقف عند العمل الميداني، والعلاقات المباشرة مع المشاركين في البحث فحسب، بل سيتعداه ليحضر أيضاً حتى في عملية تحليل المعطيات وتأويلها. وسنحرص في بحثنا على أن يكون الحضور الأهم لأصوات المشاركين، وليس لصوت الباحث.

## رابعاً: نتائج الدراسة

### التغطية الصحية كنقاش يومي: بوادر ثقافة في طور التشكل

كشفت لنا الدراسة عن تغير اجتماعي يهم علاقة الفئات المستهدفة بفكرة الضمان، والحماية من مخاطر المرض، بعد معاناة هذه الفئات لأكثر من نصف قرن من عدم الشعور بالضمان. وبقي المجتمع موزعاً على مضمومين وغير مضمومين *sécurisés et non sécurisés*. وهو تحول جديد في تمثل الأفراد لنظام التراتب الاجتماعي، الناتج عن هذا التقسيم الذي أحدثه الضمان الاجتماعي.

لم يخلُ أي لقاء بيننا وبين المستهدفين من إثارة موضوع الحماية الاجتماعية، وكيفية الاستفادة منها، وذكر قصص الآخرين. قضينا أكثر من سنة في البحث الميداني في مجالات الدراسة، وتوقفنا خلالها عند بروز سرديات جديدة خاصة بموضوع الضمان والرعاية الصحية، في ظل نظام الورش الجديد. وتوقفنا عند هذه المسألة طيلة فترة تنفيذ الدراسة الميدانية، وخلال اللقاءات التي صادفناها أو أجريناها بشكل عفوي مع مستهدفين بالتغطية الصحية الإجبارية، مثل التجار الصغار كالبقالة أو الباعة في القطاع غير المهيكّل (ما يعرف بـ«الفراشة»)، أو مع الفلاحين الصغار والمتوسّطين في المجال القروي. فسجلنا كيف تحولت الاستفادة من التغطية الصحية إلى هاجس حاضر في ذهنية جُلّ الفئات الاجتماعية. وغلب على نقاشاتهم عنصران أساسيان: تجلّي العنصر الأول في سبل الاستفادة ومساطرتها وإجراءاتها. إذ اتضح أن المعرفة بهذه الإجراءات ليست مشتركة بين الجميع، على الرغم من تخصيص الدولة وحدات للتسجيل على مستوى المقاطعات أو للضمان الاجتماعي. أما العنصر الثاني، فتمثّل في تعبير هذه الفئات عن التضريب، وقدرتها على ضمان أداء مستدام لواجبات الانخراط، خصوصاً من صُفّفوا وفق مبدأ الاستهداف كأفراد خارج أمو-تضامن. يقول حميد الذي يبلغ من العمر 41 عاماً، وهو فلاح بسيط، يخصص محاصيله للزراعة الموسمية كالقمح: «نحن مع التغطية الصحية، نعتبرها مهمة، لكن نخاف من الأداء الذي لن تتمكن من الاستمرار فيه، فالفلاح البسيط، عاملٌ في حقله الصغير الذي لا يكفيه حتى لتلبية احتياجاته، فكيف ستكفي 120 درهماً شهرياً أو أكثر؟». ويضيف شاب آخر، وهو بقال، يبلغ من العمر 35 عاماً: «نحن مع التغطية الصحية، في جميع الأحوال، فهي مهمة لنا ولأولادنا». يتضح

الصحية الإجبارية، خصوصاً أن مجموعة من التجمعات المهنية «الحرّة» في المغرب، لم تصل بعد إلى التنظيم المأسس من الداخل حتى تتمكن من مساندة تصور الدولة في خصوص أداء المساهمات المالية الشهرية للاستفادة من التغطية الصحية الشاملة. وقد تحولت ضبابية شروط ممارستها المهنية دون هذه الاستفادة من الخدمات والتعويضات الصحية. وبالتالي، سينتج عنها الحرمان من العلاج.

في ظل هذا الوضع، ظهرت جملة من الممارسات الاجتماعية من قبل طالبي الحق في العلاج بهدف فك شيفرة الاستهداف، وتحويله لصالحهم. وبات السؤال المحيّر بالنسبة إليهم هو عقبة المعرّف الرقمي الذي انتقل من طابعه التقني- الآلي إلى طابعه البيروقراطي المنتج للامساواة. فظهرت مقاومات في صيغة حيل جديدة، لها فاعلوها، وأبرزت لنا الدراسة الميدانية في مستويات مختلفة كيف أصبح الاستبيان ومؤشراته موضع سخرية من قبل المستهدفين والعاملين في شبايك التسجيل الإلكتروني للراغبين في الحصول على التغطية الصحية الإجبارية.

## الحق في العلاج مسألة تمويل مستدام

كشفت لنا الدراسة الميدانية أن تمويل التغطية الصحية الشاملة، يشكل محط اختلاف بين مختلف المتدخلين في المغرب، على الرغم من أن الخطاب الرسمي يظهر ماهية مصادر التمويل، ويقر باستدامتها. في هذا الصدد، يرى أحد الخبراء الاقتصاديين المشاركين في الدراسة، وهو جامعي - 63 عاماً - أن «الحماية الاجتماعية وتعميم التغطية الصحية على المغاربة، رهن مراجعة النظام الاقتصادي في البلاد وسبل إنتاج الثروة وتوزيعها، وتحديد آين وكيف تنتج وتوزع القيمة المضافة. بمعنى آخر، يدعو إلى شفافية في ضبط هذه القيمة المضافة لنتمكن من تمويل حقيقي للحماية الاجتماعية، كما جاء في بنود القانون الإطار». يلتقي هذا التصور إلى حد ما مع ما ذهب إليه ملتقى بيروت بخصوص مبادئ الحماية الاجتماعية في العالم العربي. إذ يقول في المبدأ التاسع: «يجب أن تُموّل أنظمة الحماية الاجتماعية المنشودة أساساً عبر إعادة التوزيع الداخلي للثروة والموارد العامة، بدلاً من مجرد الاكتفاء بالديون السيادية، أو بكونها المصدر الرئيسي للتمويل، سواء أكانت خارجية أم محلية»<sup>38</sup>. كما دعا البيان نفسه إلى اعتماد مخططات تمويلية تلتزم بمبادئ فعالية التنمية، وتتفق مع هذا البيان بشأن «برنامج عمل أديس أبابا» لتمويل التنمية.

نفسها، ويستفيد من حصص الدياليز (غسيل الكلى أو الميز الغشائي) في مصحة خاصة مجاناً في مدينة تمارة. وأجرينا معه مقابلة معمقة دامت ساعة ونصف الساعة، تحدّث خلالها عن الصعوبات التي واجهته خلال تدبير أزمته الصحية، بعد إصابته بالفشل الكلوي الحاد، نظراً لارتفاع تكاليف حصص غسيل الكلى، قال أن يحصل على بطاقة أمو-تضامن التي أعطته حق التغطية الصحية، والمواظبة على حصص الغسيل من دون أدنى صعوبة مالية.

تعدّ حالة عمر نموذجاً لواقع أكثر من مليون مغربية ومغربي، يعانون من القصور الكلوي، ويعيشون على نبض العوز والكفاف، مقابل صعوبات الوصول إلى حصص التنقية بسبب ارتفاع كلفتها المادية، ناهيك عن كلفتها الاجتماعية. لكن التحول الذي رصده عمر وهو يتحدث عن قصته مع مرض القصور الكلوي حدث بمجرد حصوله على بطاقة أمو-تضامن التي مكنته من المداومة على جلسات العلاج. يقول: «كان مستحيلاً عليّ وعلى أمثالي إجراء جلسة في مصحة خاصة للتنقية، كنا نبحث عن مصحات للمحسنين، أما إنجاز الجلسات في المستشفى العمومي فهو شبه مستحيل، نتيجة طيلة فترة الانتظار (قبل الوصول إلى الخدمة الصحية)».

## الحق في العلاج على مقاس الاستهداف

كثيرة هي الفئات الاجتماعية داخل المستهدفين بالتغطية الصحية الإجبارية التي عبرت عن عدم تقبلها لمسألة الأداء، نظير استفادتها من التغطية الصحية الإجبارية. ويفسرون هذا الأمر بكون منظور الاستهداف غير عادل، ولا يأخذ في الاعتبار الصعوبات الاجتماعية التي تعيشها هذه الفئات التي تنتهي في مجملها كفئات ممارسة في القطاع غير المهيكّل. كما تعتبر هذه الفئات أن المهن الحرة في المغرب لا تشكل وحدة متجانسة، ولا تربطها ببعضها البعض جملة من الشروط؛ فالتاجر ليس سائق التاكسي، ولا الفلاح الصغير، وليس العامل في قطاع البناء... إلخ. نحن أمام فسيفساء من المهن والحرف التي أخضعت لمنظور بيروقراطي نيوليبرالي، يصنف الفئات وفق ما سمي بـ«المعرف الرقمي الموحد». يقول م. أحمد، سائق تاكسي، يبلغ من العمر 41 عاماً: «أنا غير محمي أصلاً، فما بالك أن أؤدي شهرياً المساهمة في الصندوق؟ فصاحب السيارة ومالك رخص النقل agrément/gréma، يفرض عليّ كالعامل وبأخذ نصيباً أكبر مما حصل عليه أنا السائق». وأضاف: «أنا مع هذا النظام الخاص بالحماية الاجتماعية، حتى إنني أرغب في الحصول على بطاقة تسمح لي بالوصول السهل إلى المستشفى والتقاعد، لكن الغالب الله (صمت)».

يتضح من حديث أحمد، مدى صعوبة مساهمة أمثاله في صناديق الضمان الاجتماعي، وهم يقدرّون بثلاث المغاربة ويعملون في قطاعات «غير مهيكلة». ويعد واقع سائقي سيارات الأجرة نموذجاً لفئة اجتماعية تعرف نوعاً من اللامساواة أمام القدرة على الوصول إلى العلاج والتطبيب اللذين يُتَظَر أن يؤمنهما نظام الحماية الاجتماعية الحالي والتغطية

38 أنظر هويدا عدلي رومان، «الدليل نحو حماية اجتماعية شاملة في المنطقة العربية: التحديات والفرص»، مبادرة الإصلاح العربي، أيلول/سبتمبر 2023، متاح على: <https://www.arab-reform.net/ar/publication>

## لا تغطية صحية شاملة بعرض صحي عمومي محدود

المستشفى العام، قبل التفكير في الحماية الصحية. انظر إلى حال الخدمة العامة، هل يمكن أن تحقق هذا الحق في العلاج؟ (يتساءل)، ويجيب: كلا». تتضح من قول أحمد الصعوبة الكبرى التي ما زالت تواجه سعي الدولة المغربية إلى معالجة اللامساواة أمام الصحة، وفق جملة من المخططات والبرامج التي تروم عبرها تأهيل المنظومة الصحية والفعل العام خصوصاً. لكنها محاولات ظلت في مجملها محصورة في الجانب القانوني والهيكلية- المؤسسي، عبر إخراج القانون الإطار 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، أو إنشاء الوكالات الترابية للصحة، ونصوص تنظيمية أخرى. انتبه المجلس الأعلى بدوره إلى الحسابات في التقرير سالف الذكر نفسه، إلى هذا الرصد. وأشار بقوله إن تفعيل التأمين الإجباري عن المرض رهناً بتأهيل المستشفى العام الذي ما زال يعاني من اختلالات كثيرة، من شأنها أن تعطل الحق في العلاج الذي أسس منظور التغطية الصحية الشاملة.

## أمو-تضامن : وصم على إيقاع المساعدة

نقل جزءاً كبيراً من المستفيدين من نظام المساعدة الطبية «راميد»، إلى النظام الجديد «أمو تضامن AMO-TADAMON»، باعتباره الشكل الجديد الذي يوفره مفهوم «التأمين الإجباري على المرض»، المعروف اختصاراً في المغرب بـ«AMO» للمعوزين داخله<sup>42</sup>، وتماشياً مع رغبة الدولة في تعميم التغطية الصحية الإجبارية نفسها على جميع المواطنين، وفق ما نص عليه القانون الإطار، والنصوص التشريعية المرافقة له من ناحية، وتحويل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إمكانية تدبير هذا التأمين الإجباري على المرض بموازاة تدبيره لبقية احتياطات الفئات الاجتماعية الباقية.

لن نتحدث هنا عن الصعوبات التقنية التي رافقت عملية النقل من نظام الرמיד إلى نظام أمو-تضامن. إذ وجد مجموعة من الأفراد أنفسهم ضمن من يجب عليهم الأداء، على الرغم من عدم استطاعتهم، أو تأخروا في معرفة نسبة المساهمة وبات القيام بها صعباً بالنظر إلى محدودية مدخلهم، وأحياناً غياب الدخل بالكامل أو عدم استقراره، كما أوضحنا سلفاً، ما ساهم في إقصاء فئة واسعة من الأفراد والجماعات عن الاستفادة من بطاقة-أمو - تضامن.

وأوضحت زيارتنا إلى مقرات صندوق الضمان الاجتماعي، والمراكز الصحية، وفق شبكة للملاحظة أعدناها لهذا الغرض، وساعدتنا في إنجازها مجموعة من الباحثين، توزعوا على مصالح الفوترة باعتبارها المكان الذي يطلب فيه المواطن الخدمة من العون المسؤول، كما تعتبر مجالاً للتفاعل الاجتماعي بين طالبي الخدمات أنفسهم، كما توزعوا على قاعات الانتظار. كان الغرض هو الوقوف عند مختلف الممارسات والعلاقات

لا يمكن فصل تعميم التغطية الصحية الشاملة، عن واقع النظام الصحي في المغرب، لجهة نظام تمويله وبنيته العلاجية والتنظيمية، وحجم موارده البشرية. تلك خلاصة ما انتهت إليه مختلف التقارير والدراسات المحلية والدولية التي وقفنا عندها خلال هذه الدراسة، بل وعبر عنها أكثر من مسؤول سياسي مغربي. فالتمويل الصحي العمومي يعتبر ركناً أساسياً في الحق الدستوري في الصحة. إذ ما زالت الميزانية العامة لوزارة الصحة تراوح بين 6% و7% من الميزانية العامة، عوضاً عن الـ12% الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية<sup>39</sup> كما أن الإنفاق الصحي يبقى أقل من 6% من الناتج المحلي الإجمالي، وهو أقل من المعدل العالمي الذي يبلغ 10.1%<sup>40</sup> ولعل ذلك يقع ضمن جملة الإكراهات التي ما زالت تعترض فعالية الحق في الصحة، في المنطقة العربية والمغرب خصوصاً. وهذا ما خلص إليه التقرير السادس للراصد العربي حول موضوع الحق في الصحة<sup>41</sup>.

إن تفعيل الحق في الوصول إلى الخدمات الطبية لصالح الفئة المستهدفة سالف الذكر من مشروع تعميم التأمين الإجباري عن المرض، يبقى أكثر ارتباطاً بخصوصية المنظومة العلاجية في المغرب من ناحية أولى، تتجلى في طبيعة الصعوبات والعوائق البنيوية التي تعترضها، مقابل انتشار الطب الخاص. فالعلاج العمومي يعاني من نقص واضح في الموارد البشرية وتوزيعها غير المتكافئ جغوياً وإقليمياً ووطنياً. كما يعاني من نقص في الأسرة والحوكمة، في حين يعرف القطاع الصحي تزايداً مطرداً للقطاع الطبي الخاص، مع ما يطرحه من أسئلة كبرى حول استقبال حاملي التغطية الصحية الإجبارية من المعوزين. فلا توجد حتى الآن معطيات كافية للإجابة عن هذه الأسئلة، هناك فقط غموض ولبس في السياق نفسه.

لعل تجذر اللامساواة الاجتماعية أمام الصحة في المغرب، هو العنوان الأبرز لمسألة الحق في العلاج بالنسبة إلى الصعوبات سالف الذكر، ما يصعب تفعيل التغطية الصحية الشاملة، خصوصاً بالنسبة إلى طالبي الخدمات الصحية العامة. ويعتبر أحمد، 55 عاماً، (أحد المشاركين في الدراسة الميدانية، وهو خبير في السياسة الصحية في المغرب)، أن الحق في العلاج بمعناه الحقيقي يتوقف قبل على تأهيل المنظومة الاستشفائية في المغرب، مشيراً إلى تجارب دولية أخرى أنهت سؤال تأهيل

39 منظمة الصحة العالمية، «اقتصاديات الصحة وتمويل الرعاية الصحية»، متاح على: <https://www.emro.who.int/ar/health-economics/strategy>

40 Souad Chteoui et Chaimaâ Chhaima, « L'Extension de la Couverture Sociale Au Maroc Moteur de l'Innovation Sociale: Quels Enjeux pour les Etablissements de Santé? » Revue de Management et Cultures (REMAC) ISSN : 25506293- N° 102023/, in : <http://revues.imist.ma/?journal=REMAC>

41 شبكة المنظمات العربية غير الحكومية، «الراصد العربي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية في البلدان العربية، الحق في الصحة»، تموز/يوليو 2023، متاح على: <https://www.annd.org/ar/publications>

42 وزع المستفيدين/المنخرطون في برنامج التأمين الإجباري على المرض إلى فئتين: فئة «أمو AMO» الذين يؤدون واجبات الانخراط بأنفسهم؛ وفئة «أمو-تضامن AmO-Tadamon» التي تؤدي الدولة عنها واجبات المساهمة في صندوق الضمان الاجتماعي.

من العزلة الجغرافية، وضيق الظروف الاقتصادية ولا استقرار وظائفها المهنية.

في المقابل، كشفت لنا الدراسة عن جملة من الفجوات التي ستقف أمام فعالية الحق في العلاج، وأجراً التغطية الصحية الشاملة في المغرب، نورها على الشكل الآتي:

• لإجرائية الشكل الذي جاء به منظور مبدأ الاستهداف، بعد إقصاء بعض الفئات من الحق في الضمان، عبر تصنيفهم خارج العتية، ما يتعارض مع منظور الحماية الصحية، باعتبارها حقاً من حقوق الإنسان الكونية، تتكفل الدول بضمانته اللامشروطة خصوصاً بالنسبة إلى الفئات المعوزة أو الهشة. كما يشكل اتساع القطاع غير المهيكل، والبطالة، والشباب ثلاثي الخصائص (أي من دون عمل، ولا تعليم، ولا تدريب)، تحديات كبرى أمام نظام الاستهداف، وتفعيل التغطية الصحية الشاملة في المغرب.

• لذلك، يعد ربط الاستفادة من الرعاية الصحية بنظام الاستهداف الاجتماعي غير فعال، بالنظر إلى غياب دقة معايير الاختيار، وضبابية وضعية العاملين في القطاع غير الرسمي، والانتشار الواسع للبطالة والعمالة غير المنظمة، واتساع وعاء المهتمشين في سوق العمل وغيرها. وبالتالي، قد يساعد نظام الاستهداف الاجتماعي في المغرب على الحد من عدم المساواة، عبر توفير دعم أكبر للأسر المحرومة، إلا أنه قد يُنتج استبعاداً آخر، كحذف المستفيدين المؤهلين أو إنتاج وصم جديد للمجموعات المستهدفة، عبر نشر لوائح المستفيدين.

• تستمر ضبابية الكيفيات المعدة لتمويل التغطية الصحية الشاملة، وهي ترجع إلى كون الدولة هي المتكفل الرئيسي بأداء مساهمات فئات واسعة من المستهدفين، مقابل صعوبة استدامة انخراط بقية الفئات في أداء واجبات الانخراط، بسبب هشاشة وضعها الاجتماعي والمهني، أو بسبب رفضها الانخراط في ضمان اجتماعي "للدولة"، مفضلة ضماناً آخر لدى الوكالات الخاصة، على سبيل المثال لا الحصر.

• ضعف، بل وغياب، الرعاية الصحية للأهتات العمالات في القطاع غير الرسمي، على الرغم من كونهن الأكثر عدداً في المغرب.

• محدودية التصور المقدم للأشخاص ذوي الإعاقات في مجال الرعاية الصحية، خصوصاً في ظل غياب تجانس هذه الشريحة الاجتماعية، بسبب تعدد خصوصياتها الجسدية (أي نوع الإعاقاة). وبالتالي، تتعدّد حاجاتها إزاء نظام الرعاية الصحية.

• لم تُخصّص ورش الحماية الصحية في المغرب أي جانب يُذكر للمهاجرين واللاجئين، ما يعدّ نوعاً من الإقصاء.

التي باتت تتشكل تبعاً لتوزيع المستفيدين من التغطية الصحية الإجبارية إلى فئتين. لعل أولى الملاحظات الإثنوغرافية المسجلة على مستوى اللغة في هذا الشأن، تتردد عبارة «يا سيد/ يا سيدتي» هل أنت أمو أو أمو-تضامن».<sup>43</sup> تقول رحمة، 56 عاماً، وهي إحدى المشاركات في الدراسة وحاملة بطاقة «أمو- تضامن، أي بطاقة الرصيد سابقاً»: «لا أعرف لماذا هذه التسمية؟ في السابق، كنا معروفين بـ«الرصيد»، وفي أي مستشفى أدخله كانوا يسألونني: «هل أنت راميديست؟»، وها هم الآن يعيدون مشكلة تسميتنا نفسها: هل أنت أمو-تضامن؟ لماذا هذا التمييز؟ نحن «أمو واحد». تفكيك قول رحمة، يكشف لنا عن كيفية تحول البيروقراطية التقنية إلى بيروقراطية واصمة للأفراد الذين يطلبون الحق في العلاج، وإلى بيروقراطية الواجهة التي تخفي وراءها نظاماً من الوصم الاجتماعي، يترتب عن الدلالات التي يختارها المهندس التقني لمثل هذا المشروع. فبقدر ما يوفره تصنيف فئات المستهدفين إلى فئتين متميزتين من سهولة تقنية في التدبير، بقدر ما ينتج عنه واقع اجتماعي.

## خلاصات وتوصيات

كشفت لنا هذه الدراسة التي خصصناها للتغطية الصحية الإجبارية، والحق في العلاج في المغرب عن جملة من الخلاصات التي نعتبرها أولية، لكنها تعكس في نظرنا طبيعة التغيير الذي أحدثه نظام التغطية الصحية الإجبارية في نظام حياة الأفراد والجماعات المعنية بها، وتحويل قضية العلاج إلى قضية بنيات وممارسات اجتماعية، تدار خارج منطوق المهندس التقني له. كما أبرزت هذه الدراسة بروز ملامح شكل تدبير مختلف لمسألة الضمان الاجتماعي داخل المجتمع من قبل الدولة عبر مأسسته، خصوصاً لصالح الفئات غير المؤمّنة، ما أنتج دينامية مستمرة من الفعل الاجتماعي في المغرب، سواء من قبل الفاعل الرسمي، أو داخل أوساط الفئات غير المؤمّنة من التجار الصغار، والفلاحين والمعوزين والفقراء. باتت فئة واسعة من المستهدفين تجد سبيلها إلى العلاجات أو الخدمات الصحية، وطلب التعويض عن الضرر أو تكاليف العلاج من صناديق الاحتياط الاجتماعي، ما يضعنا أمام تحول هام في منظومة الضمان الاجتماعي في المغرب، بعدما بقيت فكرة هذا الضمان نخوية، بيسمركية منذ استقلال المغرب وحتى تاريخ تفعيل النظام الجديد. نحن لا نسعي إلى القول إن الوصول نفسه، والتعويض عن الضرر، تحقق كلياً، بل ما يهمنا هو التمثيل الاجتماعي الذي أصبح يتشكل لدى المستهدفين بإمكانية التعويض عن الضرر، أو التغطية الكاملة أو الجزئية لإجراء تدخل طبي. وبعد التأمين الصحي الإلزامي (AMO) آلية لترسيم الحق في الصحة في المغرب، ولمساعدة الأسر المعوزة والفقيرة في الوصول إلى الحق في الصحة، على الرغم من بقائه مرهوناً بأسئلة حول الوصول العادل إلى الخدمات الصحية، وجودة الرعاية في مناطق معينة، خصوصاً التي تُعاني

## برنامج الحماية الاجتماعية

يهدف برنامج مبادرة الإصلاح العربي للحماية الاجتماعية، والذي نشب عنه ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية، إلى جعل السياسة الاجتماعية وتأثيرها على الحقوق الاقتصادية والاجتماعية للمواطنين والمقيمين في الدول العربية في صلب الجهود البحثية وأعمال التأييد والمناصرة الساعية لتحقيق العدالة والمساواة. يهدف من خلال حشد وتنسيق جماعة ممارسة ومعرفة حول الموضوع إلى خلق مساحة آمنة للحوار المنتظم والممنهج بين الجهات الفاعلة المختلفة، مما يساعد في معالجة مشكلة نظم الحماية الاجتماعية المجزأة، غير الشاملة، غير الفعالة، وغير المستدامة في المنطقة من خلال مداخيل متنوعة تتراوح بين التقنيات وراء الإصلاحات السياسية والبرنامجية والمؤسسية والمالية والقانونية والتشريعية، والاقتصاد السياسي الذي تنطوي عليه هذه الإصلاحات - مروراً بالناشطة المجتمعية حول سياسة الرفاه.

## ملتقى المنطقة العربية للحماية الاجتماعية

نحن مساحة يتبادل من خلالها الباحثون والناشطون والممارسون المهتمون باستكشاف وطرح نظم حماية اجتماعية أفضل في المنطقة العربية والمناصرة من أجلها أفكارهم ومبادراتهم الداعية للتعاون والشراكات. تتطلع إلى منطقة عربية يتمتع فيها جميع الناس، بغض النظر عن هوياتهم، بالحماية الاجتماعية التي تضمن وصولهم إلى السلع والخدمات الأساسية اللازمة لتحقيق رفاههم ومستوى لائق لمعيشتهم، إذ نرى في ذلك شرطاً رئيسياً للسماح بازدهارهم وتفعيل إنتاجيتهم كأعضاء فاعلين في المجتمع. نهدف إلى دعم تطوير أنظمة حماية اجتماعية عادلة ومستدامة في المنطقة العربية من خلال: تنفيذ وتشجيع وتسهيل إنتاج وتحليل ونشر معرفة متعددة التخصصات/الأدبيات حول الحماية الاجتماعية؛ تسهيل التبادل والحوار بين الجهات الفاعلة المتعددة وزيادة الوعي حول القضية المطروحة عند الجمهور العام على نطاق أوسع؛ ودعم والانضمام إلى العمل المدني الجماعي الذي يدفع بجهود التأييد والمناصرة مع أصحاب المصلحة الآخرين وصناع القرار.



## مبادرة الإصلاح العربي

مبادرة الإصلاح العربي مؤسسة بحثية رائدة للبحوث الفكرية المستقلة، تقوم، وبشراكة مع خبراء من المنطقة العربية وخارجها، باقتراح برامج واقعية ومنبثقة عن المنطقة من أجل السعي إلى تحقيق تغيير ديمقراطي وعدالة اجتماعية. تقوم المبادرة بالأبحاث السياسية، وتحليل السياسات، وتقدم منبراً للأصوات المتميزة وتلتزم في عملها بمبادئ الحرية والتعددية والمساواة بين الجنسين.

contact@arab-reform.net  
باريس - بيروت - تونس