

الحوكمة و التدبير الصحي في المغرب: التحديات المتعلقة بتنفيذ السياسات وتفعيل الصلاحيات

طارق مرزاك¹

¹كلية العلوم القانونية والسياسية، جامعة الحسن الأول، سطات، المغرب. (Correspondence to Tarik Marzak: t.marzak@uhp.ac.ma)

الخلاصة

الخلفية: شهد المغرب إصلاحات واسعة تهدف إلى توسيع التغطية الصحية وتعزيز الحماية الاجتماعية، غير أن تنفيذها لا يزال يواجه تحديات هيكلية وتنظيمية ومالية. الأهداف: هدفت هذه الدراسة إلى تقييم الحوكمة الصحية وإدارة القطاع الصحي في المغرب، واقتراح تدابير لتعزيز فعالية تنفيذ السياسات الاجتماعية. طرق البحث: أجرينا مراجعة وتحليلاً للأطر القانونية والتنظيمية ذات الصلة، والتقارير الرسمية، والأدبيات الأكاديمية المتعلقة بالحوكمة الصحية والحماية الاجتماعية في المغرب. النتائج: كشف التحليل عن فجوة قائمة بين الإطار القانوني والتنفيذ الميداني، تعزى إلى تشتت الصلاحيات، وضعف التنسيق بين المؤسسات، ونقص التكامل الرقمي وقصور آليات الرصد والمساءلة. كما تشير النتائج إلى محدودية اللامركزية التنفيذية وتداخل الصلاحيات بين المستويات الجهوية والمركزية، وهو ما يجد من نجاعة التنسيق ويؤثر على فعالية تنفيذ السياسات. الاستنتاجات: يتطلب تعزيز الحوكمة الصحية في المغرب اعتماد استراتيجية مؤسسية متكاملة تحسّن التنسيق والشفافية والمساءلة، على أن تكون مدعومة بنظام معلومات رقمي موحد وآليات فعالة للرصد والتقييم.

Keywords: health governance, health management, health policy, social protection, Morocco

Citation: Marzak T. Challenges in health governance and effective health policy implementation in Morocco. East Mediterr Health J. 2026;32(3):144-148. <https://doi.org/10.26719/2026.32.3.144>.

Received : 16/04/2025; Accepted: 01/10/2025

Copyright © Authors 2026; Licensee: World Health Organization. EMHJ is an open-access journal. This paper is available under the Creative Commons Attribution Non-Commercial ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

المقدمة

3. ما هي أبرز الصعوبات التي تؤثر على أداء هيئات الحوكمة في القطاع الصحي؟

4. كيف يمكن تجاوز هذه الصعوبات بما يضمن تكامل ورش الحماية الاجتماعية واستدامتها؟

وتهدف الدراسة، في هذا السياق، إلى تحديد المعالم النظرية والقانونية المؤطرة للحماية الاجتماعية في المغرب، وتحليل دور هيئات التدبير والحوكمة في تسير القطاع الصحي، ورصد الرهانات والتحديات السياسية والقانونية التي تعيق فعالية هذه الهيئات على مستوى التنفيذ، فضلاً عن اقتراح مقاربات تشريعية ومؤسسية من شأنها تعزيز فعالية هذه الهيئات وتحقيق قدر أكبر من اللتقائية والتكامل بين مختلف الجهات الفاعلة.

طرق البحث

اعتمدت هذه الدراسة مقارنة تحليلية نقدية استندت إلى الجمع بين تحليل الإطارين القانوني والمؤسسي المنظمين لمنظومة الحماية الاجتماعية والصحة في المغرب، ومراجعة الوثائق والتقارير الرسمية ذات الصلة. وشمل ذلك تحليل محتوى النصوص الدستورية والقوانين التنظيمية المتعلقة بالحماية الاجتماعية والصحة، ولا سيما القانون الإطار رقم 12.90، والقانون الإطار رقم 22.60، والقانون الإطار رقم 22.70 بشأن الهيئة العليا للصحة.

وفي هذا السياق، شملت الدراسة مراجعة منهجية للتقارير الرسمية الصادرة عن عدد من المؤسسات الحكومية والهيئات الرقابية، من بينها وزارة الصحة والحماية الاجتماعية، والمجلس الأعلى للحسابات، وهيئة النزاهة والوقاية من الرشوة.

ولدعم التحليل، تم اعتماد مصفوفة تجمع بين مؤشرات أداء النظم الصحية التي وضعتها منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (مثل الفعالية والكفاءة والإنصاف)، ومجالات أداة حوكمة الجودة الصحية (AGREE-HS) (2,1). وتمكن هذه المصفوفة من تحليل أداء مؤسسات الحوكمة الصحية وتحديد العوامل المؤثرة على نجاحها أو إخفاقها واستجلاء كيفية انعكاسها على تنفيذ مشروع تعميم الحماية الاجتماعية على أرض الواقع.

شهد المغرب خلال السنوات الأخيرة ديناميّة ملحوظة في مجال تعزيز منظومة الحياة الاجتماعية، تماشيًا مع التوجهات الدستورية والالتزامات الدولية الرامية إلى تحقيق العدالة الاجتماعية وضّون كرامة المواطن. ويندرج مشروع تعميم الحماية الاجتماعية في صلب هذه الدينامية بوصفه ورشاً استراتيجياً يهدف إلى توسيع نطاق الاستفادة من الخدمات الصحية والاجتماعية في إطار رؤية شاملة تجمع بين التنمية البشرية ومقتضيات النجاعة الاقتصادية.

ورغم ثراء النصوص القانونية وتعدد الآليات التنظيمية المعتمدة لتنفيذ هذه الرؤية، إلا أن الممارسة العملية تكشف عن وجود فجوة ملموسة بين الإطار النظري ومستوى التطبيق على أرض الواقع. وتتجلى هذه الفجوة في تعثر بعض التدابير وصعوبة إدماج فئات واسعة في منظومة التأمين الصحي، فضلاً عن القيود التشريعية والتنظيمية التي تؤطر مسار توسيع التغطية الصحية والاجتماعية. ويُعزى جزء كبير من هذه الصعوبات إلى اختلالات مؤسسية مرتبطة بأدوار وصلاحيات مختلف الجهات الفاعلة، لا سيما هيئات التدبير والحوكمة في القطاع الصحي، والتي تمثل ركيزة أساسية لضمان حسن تنفيذ مختلف برامج الحماية الاجتماعية واستدامتها.

في ضوء هذه الاعتبارات، تتمحور إشكالية هذه الدراسة حول التساؤل الآتي: إلى أي حد تُعد هيئات التدبير والحوكمة في القطاع الصحي عاملاً حاسماً في إنجاح ورش تعميم الحماية الاجتماعية في المغرب وما أبرز الرهانات والتحديات التي تواجه هذه الهيئات في مسار تنفيذ السياسات وتفعيل اختصاصاتها؟

وينبثق عن هذا التساؤل الرئيسي مجموعة من الأسئلة الفرعية:

1. ما هو الإطار النظري والقانوني الذي يؤطر مسار تعميم الحماية الاجتماعية في المغرب؟

2. ما طبيعة الأدوار والصلاحيات المنوطة بهيئات التدبير والحوكمة في القطاع الصحي؟

النتائج

عزز الصندوق هذا الدور بجملة من الإصلاحات توجت باعتماد برامج تشاركية مع الدولة والقطاعات الوزارية المعنية، وتطبيق إجراءات عملية ترمي إلى ضمان شمولية الحماية الاجتماعية وتعزيز العدالة الاجتماعية (8).

وفي إطار السعي إلى تحقيق الانسجام بين السياسات الوزارية وآليات التمويل، يضطلع الصندوق بدور أساسي في تعميم الحماية الاجتماعية من خلال إدماج فئات واسعة كانت خارج نطاق منظومة التغطية الصحية، ولاسيما العمال غير الأجراء والمستفيدين السابقين من نظام المساعدة الطبية (راميد). وقد أسهم هذا التوجه في توسيع قاعدة المستفيدين من نظام التأمين الإجباري عن المرض وإطلاق صيغة "أمو تضامن"، مما عزز آليات التكافل الاجتماعي ورفع من عدد الملفات الصحية المعالجة يومياً، وهو ما يعكس تحولاً هيكلياً في مسار توسيع التغطية الصحية في المغرب (9).

آليات الحوكمة والرقابة: معايير الشفافية والمساءلة في تدبير

القطاع الصحي

تعد الشفافية والمساءلة من الركائز الأساسية التي تقوم عليها الحوكمة الجيدة في القطاع الصحي، لما لها من دور في ترشيد استخدام الموارد المالية والبشرية والحد من الممارسات غير القانونية والوقاية من هدر المال العام. ويتجسد البعد التشريعي لهذه المعايير في الترسنة القانونية الوطنية، ولاسيما القانون رقم 31.13 المتعلق بالحق في الحصول على المعلومات، الذي يلزم الإدارات ومختلف الهيئات العمومية بإتاحة المعلومات الضرورية للمواطنين والباحثين والمنظمات المختصة (10). ويسهم هذا القانون في إتاحة إمكانيات أوسع لممارسة الرقابة المجتمعية على تدبير المرافق الصحية، وتعزيز منسوب الثقة بين الدولة والمجتمع المدني.

وفي هذا السياق، اضطلع المجلس الأعلى للحسابات بدور محوري في تقييم كفاءة التدبير المالي والإداري داخل المؤسسات الصحية، حيث تخضع تسع مراكز استشفائية جهوية وإقليمية لرقابة دقيقة من قبل الغرفة السادسة للمجلس (11). علاوة على ذلك، تولت هذه الغرفة الرقابية مسؤوليات عدة تشمل مهام موضوعاتية أفضى تهدف إلى تحسين جودة التدبير العمومي والارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة للمرتفقين، وذلك من خلال إصدار توصيات إصلاحية تستهدف مواطن الخلل في النظم القائمة. كما شملت مهامها تقييم تنفيذ المشاريع والبرامج العمومية في قطاعي الصحة والحماية الاجتماعية، بما في ذلك نظام الحالات الطبية الطارئة، ونظام المساعدة الطبية (راميد)، وعمليات بناء وتجهيز المستشفيات، ونظام المعلومات الصحية، ومنظومة تحاقن الدم، فضلاً عن استعراض استراتيجية الوزارة وحوكمتها. كما تناولت تقييم التغطية الصحية الأساسية الإجبارية، ونظام التقاعد الأساسي، وبرامج اجتماعية وصحية مثل القطب الاجتماعي، والبرنامج الوطني لمكافحة داء السل (12). وتعتبر هذه التقارير أداة حيوية لتحفيز الهيئات الصحية على تحسين أدائها وتعزيز آليات المساءلة الداخلية والخارجية.

ولإضفاء مزيد من النجاعة على المنظومة الصحية، أُحدثت الهيئة العليا للصحة بموجب القانون رقم 22.70 لتضطلع بدور أساسي في الإشراف على منظومة التأمين الصحي وتقييم جودة الخدمات الصحية، إلى جانب تقديم الاستشارات الفنية بشأن السياسات العمومية الصحية (13، 14). وعلى مستوى جودة الرعاية وسلامة المرضى، أُرمت الدورية الوزارية رقم 83/DHSA/2015 المؤسسات الصحية العمومية بإنشاء لجنة مختصة بالجودة وسلامة الرعاية تتولى وضع خطة تحسين سنوية، ورصد مؤشرات الامتثال للمعايير الوطنية لسلامة المرضى، وإعداد تقرير دورية تُرفع إلى الإدارة الجهوية للصحة (15).

كما أُسست المجموعات الصحية الترابية بوصفها مؤسسات عمومية ذات شخصية اعتبارية واستقلال مالي تضطلع بتنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة، وتنسيق العرض العلاجي على المستوى الإقليمي. كما تضم مختلف المؤسسات الصحية العمومية الواقعة ضمن النفوذ الإقليمي لكل مجموعة (16).

وفيما يتعلق بتعزيز النزاهة والوقاية من الفساد في القطاع الصحي، تؤدي هيئة النزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها دوراً محورياً استناداً إلى صلاحياتها الدستورية الواسعة في المبادرة والإشراف والتنسيق وتتبع تنفيذ الاستراتيجيات والسياسات ذات الصلة، فضلاً عن التحقيق واقتراح التدابير الوقائية والتصحيحية (17). وفي هذا السياق، يُفترض أن تتكامل تدخلات الهيئة مع مهام وزارة الصحة وباقي المؤسسات الوصية على القطاع الصحي من خلال إعداد أدلة إرشادية ووضع

الإطار القانوني والمأسسة التنظيمية

تُظهر نتائج التحليل أن الحماية الاجتماعية في المغرب تقوم على منظومة متكاملة من السياسات والتدابير القانونية والمؤسسية الرامية إلى صون كرامة المواطن وضمان حقوقه الأساسية في مواجهة المخاطر الاجتماعية والصحية. ويستند هذا التصور إلى مبادئ العدالة التوزيعية وتنافس المسؤولية بين الدولة والمجتمع والأفراد ضمن مقاربة تركز على مسارين متكاملين. يقوم الأول على تدابير المساعدة الاجتماعية الرامية إلى إعمال الحقوق المنصوص عليها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، بينما يركز الثاني على إرساء أنظمة إلزامية للضمان الاجتماعي قائمة على الاشتراكات والتكافل (3). ويُبرز التحليل أن دور الدولة لا يقتصر على تقديم الخدمات العلاجية أو الدعم النقدي، بل يتجاوز ذلك ليشمل وضع آليات مُحكمة للتدبير والحوكمة، إلى جانب تنظيم الأطر المالية الكفيلة بضمان استدامة الأنظمة الاجتماعية ونجاحتها.

وفي هذا الإطار، حرصت وزارة الصحة والحماية الاجتماعية على جعل الولوج العادل إلى خدمات صحية جيدة وأولية وطنية، استناداً إلى توجهات السياسة الصحية الرامية إلى تكريس الحق في الرعاية الصحية الشاملة وتعزيز الاستفادة من البرامج الوقائية والعلاجية والتوعوية (4).

ويظل تفعيل هذه التوجهات رهيناً بوجود هيئات قوية معنية بالتدبير والحوكمة في القطاع الصحي، نظراً لدورها المحوري في تنسيق تدخلات الجهات الفاعلة والتوفيق بين متطلبات التمويل وحسن تدبير الموارد. وفي هذا السياق، نصّت المادة 23 من القانون الإطار رقم 22.60 (5) على إحداث هيئات للإدارة والحوكمة بهدف تعزيز أدوار الأطراف المعنية وتنظيمها وترسيخ الحوكمة المؤسسية داخل المستشفيات، وتحسين التخطيط الإقليمي لعرض الخدمات الصحية.

الهيئات القائمة على التخطيط والتنفيذ

تضطلع وزارة الصحة في المغرب بدور محوري في بلورة السياسات العمومية الصحية وتأطيرها، وفقاً للتوجهات الدستورية والقانونية الإطار للحماية الاجتماعية. ويتمثل هذا الدور في إعداد وتنفيذ سياسة الحكومة المتعلقة بصحة المواطنين، مع التركيز على أبعاد السلامة الجسدية والعقلية والاجتماعية، والتنسيق مع مختلف القطاعات الحكومية والهيئات المعنية من أجل الارتقاء بالمستوى الصحي على الصعيد الوطني. كما تتولى الوزارة تنظيم مسارات توزيع الموارد اللازمة للوقاية والعلاج والمساعدة، فضلاً عن وضع السياسة الوطنية المتعلقة بالأدوية والمنتجات الصيدلانية على المستويين التقني والتنظيمي.

ويُظهر التحليل كذلك أن الوزارة تواكب التوجهات الدولية للسياسة الصحية التي يساهم فيها المغرب، وتعمل على تحديد سُبل التعاون في المجال الصحي بالتنسيق مع القطاعات الوزارية المعنية، فضلاً عن الإشراف على تنفيذ البرامج الوطنية وتتبع تقدمها. كما يندرج ضمن اختصاصاتها تتبع ممارسة المهن الطبية وشبه الطبية والصيدلانية بما يتوافق مع الأحكام التشريعية والتنظيمية المعمول بها (6).

وعلى المستوى التنفيذي، تتولى الوزارة الإشراف على المؤسسات الاستشفائية والمراكز الصحية العمومية من خلال تزويدها بالموارد البشرية والمادية الضرورية لضمان تقديم خدمات تستوفي معايير الجودة وسلامة المرضى، ومتابعة مدى التزامها بالأدلة الإرشادية والبروتوكولات العلاجية المعتمدة، وتشجيعها على تحسين الأداء استناداً إلى مؤشرات تمكّن من قياس الفعالية والنجاعة. مع ذلك، يشير التحليل إلى أن تفعيل اللامركزية عبر المديرات الجهوية والإدارات الإقليمية لم يُفض إلى نقل فعلي لكافة الصلاحيات، إلا أن وزارة الصحة تحتفظ بمسؤوليات مركزية أساسية، ولاسيما في مجالات التوظيف وضبط الميزانيات والتخطيط الصحي الجهوي. ويُسهم هذا التركيز، إلى جانب محدودية الميزانية المخصصة للقطاع وارتفاع النفقات الصحية التي يتحملها الأفراد وضعف التنسيق بين الأطراف المعنية، في تقويض فعالية آليات التأمين الاجتماعي وإعاقة تنفيذ الخطط الوطنية المتعلقة بالحماية الاجتماعية (7).

من جهته، يُشكّل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي دعامة محورية في تمويل الخدمات الصحية والاجتماعية وتدبيرها، من خلال تبني مبدأ التضامن الوطني بغرض توفير تغطية صحية واجتماعية شاملة للعاملين والمتقاعدين. وقد

في القطاع الصحي انعكس سلبيًا على جودة الخدمات الصحية المقدمة (23). وعلى صعيد المساءلة، التي تُعد ركيزة أساسية للحكومة الجيدة، لا ينبغي أن يقتصر تفعيل المساءلة على الرقابة المالية فحسب، بل يتعين أن يشمل تقييم الأداء وفق مؤشرات كمية وموضوعية. ويستدعي ذلك الانتقال من النموذج الإداري التقليدي إلى نموذج حديث قائم على النتائج وموجه نحو تحسين رضا المواطنين. وقد أفضى هذا التوجه إلى ضرورة اعتماد أنظمة رقابية أكثر رسمية تقوم على أسس مهنية وإدارية واضحة. وفي القطاع الصحي تحديدًا، تشير الدراسات إلى ضرورة اعتماد نموذج إداري يُخضع مسؤولي المؤسسات الصحية لمساءلة شاملة أمام السلطات العمومية والمواطنين على حد سواء (24).

كما تظل مسألة ترسيخ الشفافية والنزاهة من أبرز التحديات الهيكلية في المنظومة الصحية المغربية، فرغم تعدد المقاربات التي اعتمدها الدولة لمكافحة الفساد، بدءًا من المقاربة الزجرية (1962-1998)، مرورًا بالمقاربة التخليقية (1999-2002) والمقاربة الشمولية (2003-2011)، وصولًا إلى التأصيل الدستوري لمبادئ التخليق والحكومة الجيدة سنة 2011. وتبين الدراسات والتقارير الرسمية محدودة فعالية هذه الإجراءات، في ظل ضعف البرمجة الحكومية ومحدودية نجاعة المنظومة المؤسسية الزجرية والوقائية (25).

ورغم أن الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها اعتمدت استراتيجية طموحة تشمل القطاع الصحي، فإن عدم وجود آليات تقييم واضحة ومنظمة لتنفيذ هذه الاستراتيجية يُفضي إلى خلل جوهري في دورة السياسات العامة (١)، ويقوض ركنًا رئيسيًا من أركان الحكومة الرشيدة، إذ لا يمكن فصل فعالية أي مشروع إصلاحية عن تحديد مؤشرات دقيقة للقياس، ومحاسبة قائمة على بيانات موضوعية تُبين مكامن النجاح والإخفاق (27,26).

وفي ظل تأكيد الدستور المغربي على مبادئ الشفافية وربط المسؤولية بالمحاسبة، فإن التخلف عن إخضاع الإجراءات الإصلاحية للتقويم الدوري ينعكس سلبيًا على مصداقية المؤسسات المعنية، ويؤثر على ثقة الرأي العام في قدرتها على تفعيل مقتضيات التخليق والحكومة. وعلاوة على ذلك، تحتاج المؤسسات التنفيذية في القطاع الصحي إلى اعتماد آليات تتبع فعالة ودورية تسمح برصد الانحراف عن الأهداف المحددة ومعالجته على نحو فوري. كما يجد غياب التقارير المعلنة والموثوقة من تحويل الاستراتيجيات المعتمدة إلى أدوات فعالة للتغيير، ويُقيها في نطاق الخطاب العام.

أداء المراكز الاستشفائية الجامعية وتأثيره على فعالية المنظومة الصحية

رغم الدور المحوري الذي أسندته التشرعات المغربية للمراكز الاستشفائية الجامعية الخمس (في الرباط، والدار البيضاء، ومراكش، وفاس، وجدة) باعتبارها مؤسسات عمومية ذات شخصية اعتبارية واستقلال مالي، فإن مؤشرات الأداء الحديثة تكشف عن فجوة متنامية بين الأهداف المعلنة والإنجاز الفعلي (28). وتتجلى هذه الفجوة، أولاً، في ضعف الطاقة الاستيعابية مقارنةً بضغط الطلب، إذ توفر المؤسسات الاستشفائية الخاصة 33.6٪ من الأسرة الوطنية، بينما تتيج المستشفيات الجامعية نسبة أقل رغم مسؤولياتها الثلاثية (العلاج والتكوين والبحث). ثانيًا، رغم تسجيل تحسن نسبي في بعض المؤشرات، مثل ارتفاع عدد التدخلات الجراحية في المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا تظل هذه المكاسب محدودة خصوصًا مع إطلاق برامج الحماية الاجتماعية سنة 2021.

ثالثًا، ما تزال التحديات المتعلقة بتدبير الموارد البشرية والتجهيزات البيطبية تثقل الميزانيات السنوية؛ فضلًا عن تقادم البنى التحتية واكتظاظ أقسام الطوارئ وتراجع جودة التكوين السريري بسبب نقص الأساتذة الباحثين (29). ويزيد من تفاقم هذا الوضع تداخل مستويات الحكومة بين الوزارة والمجالس الإدارية ومجالس التدبير، الذي يجد من فعالية القرار الاستراتيجي ويعرقل توحيد مؤشرات قياس الأداء.

وتشير هذه المؤشرات إلى أن تحقيق النجاعة المنشودة لا يقتصر على ضخ موارد إضافية، بل يتطلب إصلاحًا مؤسسيًا يضمن وضوح المسؤوليات، وربط التمويل بالنتائج، وتعزيز شراكات البحث والتكوين، في أفق تفعيل هيئة الاعتماد الوطنية.

مدونات السلوك والأخلاقيات المهنية، فضلًا عن تعزيز برامج التكوين والتأهيل المستمر للموارد البشرية في القطاع.

ويكشف تقرير الهيئة (2023) أن القطاع الصحي يُصنّف ضمن أكثر القطاعات تأثرًا بظاهرة الفساد حسب تقييم ممثلي المقاولات، حيث اعتبر 75٪ منهم أن الفساد منتشر أو منتشر جدًا في القطاع الصحي في مقابل عدد محدود للغاية من الشكايات والبلاغات المسجلة التي تلقتها الهيئة بهذا الخصوص (5 ≥ حالات خلال سنتي 2022 و 2023) (18). ويثير هذا التباين تساؤلات جوهريّة تستدعي إعادة النظر في معيقات التبليغ، والتفكير في سبل تحفيز المواطنين على المشاركة في جهود مكافحة الفساد بشكل أكثر فاعلية.

وفي هذا الإطار، تؤدي منظمات المجتمع المدني دورًا محوريًا في تعزيز شفافية القطاع الصحي، من خلال نشر ثقافة المساءلة والإبلاغ عن الاختلالات المحتملة. وتستند استراتيجيتها إلى التنسيق مع وسائل الإعلام التي تمارس دورها الرقابي من خلال التحقيقات الاستقصائية ونشر تقارير حول مدى التزام المؤسسات الصحية بمعايير الجودة وسلامة المرضى وبالأدلة الإرشادية والبروتوكولات العلاجية المعتمدة وطنياً ودولياً. وبشكل هذا الانخراط المجتمعي عنصر ضغط إيجابي يدفع نحو تفعيل خطط الإصلاح وتحسين الحوكمة الصحية، كما يعزز مشاركة الجهات المعنية في تنفيذ السياسات الاجتماعية الرامية إلى الحد من الإقصاء الاجتماعي (19).

وبذلك، يتضح أن الشفافية والمساءلة في تدبير القطاع الصحي لا تقتصران على إجراءات تقنية معزولة، بل تشكلان منظومة متكاملة تتداخل فيها الأبعاد القانونية والمؤسسية، وتتطلب إرادة سياسية حازمة وإشراكاً فعالاً لمختلف الجهات الفاعلة، من أجل ترسيخ مبادئ الحوكمة الجيدة وتحقيق الأهداف الاستراتيجية لورش الحماية الاجتماعية.

مساهمة القطاع الخاص

خلال السنوات الأخيرة، أصبح القطاع الخاص عنصرًا فاعلاً متزايد الأهمية في دعم المنظومة الصحية، ولا سيما من خلال إبرام اتفاقات شراكة بين وزارة الصحة والحماية الاجتماعية وعدد من المصحات الخاصة لاستيعاب جزء من العمليات الجراحية المؤجلة في المستشفيات العمومية، خصوصًا في مجالي الجراحة الباطنية وجراحة العظام. وقد أسهم هذا التوجه في التخفيف من الضغط على القطاع العام وتعزيز القدرة الاستيعابية الإجمالية للمنظومة الصحية. ويعكس هذا الدور تنامي البنية الاستشفائية الخاصة في المغرب، إذ يضم القطاع حاليًا 613 مؤسسة استشفائية خاصة، من بينها 389 عيادة (63٪) وتوفر مجتمعة قرابة ثلث القدرة السريرية الوطنية (33.6٪). وقد تعزز هذا التطور بوتيرة متسارعة عقب صدور القانون رقم 31.131 الذي أتاح فتح رأس مال العيادات الخاصة، مما شجع على تدفق الاستثمارات في هذا المجال (20).

المناقشة

تحديات التطبيق والتفعيل

تعتمد المنظومة الدستورية في المغرب على الحوكمة بوصفها آلية محورية للتدبير العمومي، وهو ما كرسه دستور 2011 من خلال مبادئ سمو القانون، واعتماد اللامركزية، وربط المساءلة بالمحاسبة، وتعزيز قيم الحوكمة الرشيدة، ودمسرة المشاركة المواطنية (21). ورغم الزخم التشريعي الذي عرفه قطاع الصحة خلال السنوات الأخيرة، وفي طليعته القانون رقم 22.80 (22)، المحدث للمجموعات الصحية الترابية، لا تزال الممارسة العملية تكشف عن اختلالات بنوية واضحة. وتتجلى هذه الأخيرة في محدودية آليات المساءلة وضعف ترسيخ قيم الشفافية والنزاهة، وقصور إشراك المواطنين في صنع القرار الصحي، فضلًا عن تداخل الصلاحيات بين مختلف الجهات الفاعلة، وهو ما يُضعف التنسيق ويُثبتي القطاع رهين تعدد المقاربات وتكرار الجهود. وتنعكس هذه الإشكالات سلبيًا على جودة الخدمات الصحية، كما تُعيق بلورة سياسات صحية متسقة وموحدة، خاصة في ظل تزايد الطلب على الخدمات الصحية ومحدودية الموارد البشرية والبنية التحتية في بعض الجهات.

وفي الاتجاه نفسه، خلصت جلسة الاستماع الخاصة بمجموعة العمل الموضوعاتية على أن ضعف آليات التنسيق والحوكمة بين مختلف الجهات الفاعلة

نقاط قوة الدراسة وقصورها

دور الرقابة البرلمانية

تستمد هذه الدراسة قوتها من اعتماد تحليل وثائقي مقارنة استند إلى إطارَي OECD-HSPA و AGREE-HS، مما أتاح استخلاص دروس قابلة للتعميم في السياق المغربي. غير أنّ غياب المقابلات الميدانية والبيانات الكمية الحديثة يحد من إمكانية قياس الأثر التطبيقي للإصلاحات التي تناوّلها الدراسة. وعليه، توصي الدراسة بإجراء بحوث تعتمد مقاربات مختلطة تستكمل هذا النقص.

الخلاصة

تبين الدراسة أن فعالية هيئات الحوكمة الصحية في المغرب ما تزال رهينة بوضوح الصلاحيات وتفعيل آليات الاعتماد الخارجي، رغم الزخم التشريعي الذي عرفه القطاع خلال السنوات الأخيرة. ومن خلال تحليل الوثائق الرسمية والتقارير الرقابية، كشفت النتائج عن ثلاث نقاط ضعف رئيسية تتمثل في محدودية نظام المتابعة والمساءلة، وقصور اللامركزية التنفيذية، وتداخل الصلاحيات بين المستويات الجهوية والمركزية، وهو ما يحد من نجاعة التنسيق ويقوض تنفيذ السياسات الصحية.

وتؤكد نتائج الدراسة أن إنجاح ورش تعميم الحماية الاجتماعية يظل مرتبطاً بتفعيل أدوار هيئات التدبير والحوكمة الصحية، وتعزيز قدرتها على توجيه الإصلاحات وتنفيذها. وفي هذا السياق، تبرز الحاجة إلى تفعيل الهيئة العليا للصحة، وربط التمويل العمومي بمؤشرات الجودة وسلامة المرضى، واعتماد إطار تقييم دوري يستند إلى مصفوفة OECD-AGREE-HS.

كما تشير النتائج إلى أهمية تعزيز الحوكمة المؤسسية وترسيخ ثقافة الشفافية والنزاهة، وتقوية آليات المساءلة مع توسيع إشراك المجتمع المدني في الرقابة والتقييم. ويُعدّ تسريع التحول الرقمي، من خلال إنشاء منظومة معلوماتية موحدة للتتبع الدوري للأداء، عنصراً أساسياً لتحسين فعالية التدبير الصحي، وذلك إلى جانب ترشيد الموارد المالية والإدارية ومواءمتها مع التطورات التقنية الحديثة، وتمكين مهنيي الصحة من الاضطلاع بأدوار قيادية في اللجان الاستراتيجية.

ينص دستور 2011 على أن البرلمان يُمارس السلطة التشريعية ويتولى مراقبة أداء الحكومة وتقييم السياسات العمومية، بما في ذلك السياسات الصحية. وفي هذا السياق، فعّل مجلس النواب آلية اللجان الاستطلاعية، التي حُوّلت لها مهام إعداد تقارير موضوعاتية، من بينها التحقيق في ارتفاع أسعار الأدوية، بهدف مساءلة السلطة التنفيذية وإلزامها باتخاذ تدابير تصحيحية (30). وتوفر هذه الآلية قناةً مؤسسية لتعزيز الشفافية والمساءلة، غير أن فعاليتها تظل رهينة بتعزيز الخبرة الفنية داخل المؤسسة التشريعية، وتسريع وتيرة تفعيل التوصيات الصادرة عنها ضمن آجال معقولة لضمان تأثيرها العملي في تحسين الحوكمة الصحية.

دروس وتجارب إقليمية

تُبرز التجارب المقارنة أهمية آليات التقييم المستقلة في تحسين أداء النظم الصحية. فقد اعتمدت تونس آلية وطنية لتقييم الجودة الصحية من خلال إنشاء الهيئة الوطنية للتقييم والاعتماد في المجال الصحي (INEAS)، استناداً إلى منهجية 5S Kaizen TQM المهادفة إلى تحسين جودة الخدمات في المستشفيات. وقد أفضى المشروع، رغم طابعه التجريبي، إلى خفض زمن البحث عن المستلزمات ورفع رضا المرضى والمهنيين الصحيين، مما يؤكد أن تدخّلات تحسين الجودة منخفضة التكلفة قادرة على تعزيز كفاءة الموارد البشرية والمادية في وقت وجيز (31).

أما في فرنسا، فقد بيّن تقرير المقتضية العامة للشؤون الاجتماعية، بعد ثلاث سنوات من إنشاء المجموعات الصحية الترابية، تحسّناً في حوكمة الموارد، نتيجة دمج المستشفيات على المستوى الإقليمي وإرساء لجان مشتركة للقيادة الطبية والتمريضية، وذلك رغم استمرار تفاوتات في أداء نظم المعلومات (32).

تبرز هذه الدروس المقارنة أن نجاح الحوكمة الصحية في المغرب يتوقف على إحداث هيئة مستقلة للاعتماد والتقييم، وتفعيل آليات متابعة فعالة، وعلى وضع آليات حوكمة جهوية قائمة على شراكات إلزامية بين المؤسسات، إلى جانب اعتماد حوافز تربط التمويل بجودة الأداء وسلامة المرضى.

Challenges in health governance and effective health policy implementation in Morocco

Tarik Marzak¹

¹ Faculty of Law and Political Sciences, Hassan I University, Settat, Morocco (Correspondence to Tarik Marzak: t.marzak@uhp.ac.ma).

Abstract

Background: Morocco has undertaken major reforms to universalise social protection and expand health coverage. However, implementation remains constrained by structural, technical and financial challenges.

Aim: To assess health governance and management in Morocco and propose measures to strengthen the effectiveness of social policy implementation.

Methods: We reviewed and analysed relevant legal and regulatory frameworks, official institutional reports and academic literature on health governance and social protection in Morocco.

Results: Our analysis revealed a persistent gap between legal frameworks and implementation. Key challenges included fragmented institutional coordination, limited digital integration and weak monitoring and evaluation mechanisms.

Conclusion: Strengthening health governance in Morocco requires an integrated institutional strategy that will improve coordination, transparency and accountability, supported by a unified digital information system and effective monitoring and evaluation mechanisms.

References

المراجع

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Towards an integrated Health System Performance Assessment Framework for OECD's work on health. Paris: OECD; 2023. Report No.: DELSA/HEA(2023)21/REV1. [https://one.oecd.org/document/DELSA/HEA\(2023\)21/REV1/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DELSA/HEA(2023)21/REV1/en/pdf)
2. Brouwers MC, Lavis JN, Spithoff K, Vukmirovic M, Florez ID, Velez M, et al. Assessment of health systems guidance using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation–Health Systems (AGREE-HS) instrument. *Health Policy*. 2019;123(7):646–651. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301113?via%3Dihub>
3. المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي. الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية. الرباط. 2018، ص 12 و 17 و 20.
4. المملكة المغربية. وزارة الصحة والحماية الاجتماعية: مشروع نجاعة الأداء، ضمن مشروع قانون المالية لسنة 2024، ص 99.
5. المملكة المغربية. ظهير شريف رقم 1.22.77 صادر في 14 من جمادى الأولى 1444 (9 ديسمبر 2022) بتنفيذ القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية. الجريدة الرسمية عدد 7151 بتاريخ 17 جمادى الأولى 1444 (12 ديسمبر 2022).
6. المملكة المغربية. مرسوم رقم 2.94.285 صادر في 17 من جمادى الثانية 1415 (21 نوفمبر 1994) في شأن اختصاصات وتنظيم وزارة الصحة العمومية، معدل بالمرسوم رقم 2.22.811 الصادر في 2 رجب 1444 (24 يناير 2022)، الجريدة الرسمية عدد 7168 بتاريخ 18 رجب 1444 (9 فبراير 2023)، ص 1352.
7. سعد الزبيري. الحق في الصحة في المغرب أبرز المشكلات والتحديات، شبكة المنظمات العربية غير الحكومية للتنمية، بيروت، 2023، ص 19–18، 24.
8. المملكة المغربية، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي: التقرير السنوي لسنة 2023، ص 10–12.
9. المرجع السابق نفسه، ص 27–28.
10. القانون رقم 31.13 المتعلق بالحق في الحصول على المعلومات، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.15.18 بتاريخ 5 جمادى الآخرة 1439 (22 فبراير 2018)، منشور بالجريدة الرسمية عدد 6655 بتاريخ 12 مارس 2018.
11. المملكة المغربية. المجلس الأعلى للحسابات. تقرير برسم سنتي 2019 و 2020. الجريدة الرسمية عدد 7073 مكرر 11 شعبان 1443 (14 مارس 2022)، ص 1273
12. المملكة المغربية. المجلس الأعلى للحسابات. تقرير برسم سنتي 2019 و 2020، نفس المرجع السابق ص 1274–1275
13. المملكة المغربية. ظهير شريف رقم 1.23.84 صادر في 16 من جمادى الأولى 1445 (30 نوفمبر 2023) المتعلق بتنفيذ القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة. الجريدة الرسمية عدد 7253 بتاريخ 20 جمادى الأولى 1445 (4 ديسمبر 2023).
14. Harfaoui W, Belyamani L, Zentar A, Lekehal B, Obtel M. The new reform of the national health system in Morocco: an opportunity to meet the challenges and improve the practice of anesthesiology. *Cureus*. 2024;16(4):e57841. doi:10.7759/cureus.57841.
15. Maroc. Ministère de la santé. Circulaire n° 83/DHSA/2015 relative à la mise en place des comités de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé. Rabat: Ministère de la santé; 2015.
16. المملكة المغربية. ظهير شريف رقم 1-22-77 صادر في 14 من جمادى الأولى 1444 (9 ديسمبر 2022) بتنفيذ القانون – الإطار رقم 06-22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية. الجريدة الرسمية عدد 7151 بتاريخ 17 جمادى الأولى 1444 (12 ديسمبر 2022).
17. المملكة المغربية. هيئة النزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها. التقرير السنوي حول الوقاية من الرشوة ومحاربتها. منشورات الهيئة، 2020 ص 11.
18. المرجع نفسه: 115.
19. عبد المنعم الأنصاري: حكمة المنظومة الصحية بين التشريع والممارسة، اطروحة لنيل الدكتوراه في القانون العام جامعة محمد الخامس كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية، سنة 2021-2020. ص 107.
20. Royaume du Maroc, Conseil de la concurrence. Étude sur le fonctionnement concurrentiel du marché des cliniques privées et établissements assimilés au Maroc. Rabat : Conseil de la concurrence ; 2023 :89. https://www.conseil-concurrence.ma/uploads/documents/Rapport_Cliniques_Privees_2023.pdf.
21. عبد الواحد القريشي، مرتكزات الحكامة في الدستور المغربي، مجلة إضاءات في الدراسات القانونية، 2 يونيو 2015.
22. المملكة المغربية. ظهير شريف رقم 1.23.50 صادر في 9 ذو الحجة 1444 (28 يونيو 2023) بتنفيذ القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية. الجريدة الرسمية، عدد 7213، 28 ذو الحجة 1444 (17 يوليو 2023)، ص 5700.
23. المملكة المغربية. مجلس النواب. تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، دورة أبريل 2021. ص 174
24. Fliliss B, Benabdallah A. Understanding accountability in the Moroccan hospital system. *South East Eur J Public Health*. 2024;25(Suppl 2):4. <https://www.seejph.com/index.php/seejph/article/view/2905>
25. المملكة المغربية. من الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة إلى الهيئة الوطنية للنزاهة والوقاية من الرشوة ومحاربتها، الهيئة المركزية للوقاية من الرشوة. 2012–2013. ص 8.
26. المرجع نفسه. ص 27.
27. شياء الشراوي، زينب سرور، نصاب براهمي. السياسات العامة: صنع السياسات العامة وتحليلها والتأثير فيها، منتدى البائل العربي للدراسات. 2020. ص 11.
28. ظهير شريف رقم 1.01.206 صادر في 10 جمادى الثانية 1422 (30 أغسطس 2001) بتنفيذ القانون رقم 82.00 المغرير بموجبه القانون رقم 37.80 المتعلق بالمراكز الاستشفائية. الجريدة الرسمية عدد 4932. 17 جمادى الثانية 1422 (6 سبتمبر 2002). ص 2635.
29. المرجع نفسه.
30. أزمي عصام. الإطار الدستوري والقانوني للمنظومة الصحية بالمغرب. مجلة شؤون استراتيجية. العدد 11، يونيو 2022، ص 124–125.
31. Hammami S, Hmida F, Gharbi H, Ben Salah A, Hamouda C. Implementation of the 5S-KAIZEN TQM approach in a public hospital in Tunisia. *La Tunisie Med*. 2022;100(7): 503–513.
32. Inspection générale des affaires sociales. Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Rapport IGAS n°2019-034R.