جامعة محمد الخامس
كلية العلوم القانونية
والاقتصادية
والاجتماعية – السويسي

ماستر القانون

والممارسة القضائية

عرض تحت عنوان

نظام المساعدة الطبية

من إعداد الطلبة :

- ✓ عبدالرحمان البوش
- ✓ ياسين الرغيوي
- ✓ حسن جاري
- ✓ هشام اد احمد أبراهيم

تحت إشراف الأستاذ :

- ➢ بلال العشري

السنة الجامعية

2018-2017

مقدمة

يجمع جل الفقه على أننا نعيش اليوم في ظل عالم تتعرض شعوبه لشتى أنواع المخاطر والتهديدات، كما أضحت النظم الصحية تواجه حالات الطوارئ والإصابات والوفيات ذات العلاقة بأنماط الحياة الحديثة، وبالتالي انعدام الشعور بالطمأنينة والأمن الإنساني بشتى أبعاده الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيئية[1].

وبناء على ذلك، أصبح بحث المرء على أمنه الإنساني وتلبية احتياجاته قضية شائكة وصعبة المنال، ولعل الإعلان العالمي لحقوق الإنسان هو أول وثيقة عالمية خصصت حيزا هاما لحق الأشخاص في مستوى كاف من المعيشة، للعناية الصحية وتأمين المعيشة في حالة المرض، وفق ما تنص عليه **المادة 25** على أنه "**لكل شخص الحق في مستوى من المعيشة كاف للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته، ويتضمن ذلك العناية الطبية والخدمات الاجتماعية ...**".

وتأسيسا على ذلك، صار الحق في الصحة من بين أهم الحقوق الدستورية التي كفلتها مختلف الدساتير والمواثيق العالمية قصد النهوض بالوضعية الصحية للرعاياها، وذلك في انسجام تام مع مختلف حقوق الإنسان الأخرى.

وإذا كانت الصحة حسب تعريف "**منظمة الصحة العالمية**" على أنها حالة من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، وليس عدم المعانات من أي أمراض، فإن دستور نفس المنظمة يوصي بضمان حق الحصول على صحة عالية الجودة لجميع المواطنين بتكلفة

[1] - أمال اسليماني "تدبير نظام المساعدة الطبية بالمغرب بين الرهانات وإكراهات التطبيق" رسالة لنيل شهادة الماستر جامعة محمد الخامس الرباط كلية العلوم القانونية والإقتصادية والإجتماعية –أكدال-،السنة الجامعية 2012-2013، ص:01.

اقتصادية ملائمة وأن تحقيق هذا الحق الإنساني من مسؤولية الحكومة والمجتمع (التضامن)، وبالتالي وجب على الحكومات تهيئة الظروف المناسبة التي تتيح لكل فرد إمكانية التمتع بأكبر مستوى ممكن من الصحة، لاسيما توفير الخدمات الصحية وضمان حماية اجتماعية في مجال الصحة[2].

ونظام التغطية الصحية يقوم أساسا على نموذج "**بيفريدج**"[3] الذي يتأسس بدوره على مبدأ التضامن على المستوى الوطني وليس على فئة اجتماعية معينة فقط، ففي ظله لكل مواطن الحق في أن يكون محميا من مجموع المخاطر الإجتماعية، ومتمتعا بخدمات اجتماعية مستقلة عن الأجر، أي لا يشترط لضمان توفيرها الأجر، بخلاف نظام التأمين الإجباري على المرض الذي يعتمد على نموذج "**بيسمارك**"[4] وهي طريقة تعتمد على مساهمة المؤمنين والمشغلين في التحملات المالية للتغطية الصحية من خلال أداء الإشتراكات.

يظهر أن النظام الثاني يقتصر على فئات محدودة لا يشمل الفئات الضعيفة، ذلك أنه يربط لزوما بين العمل والحماية الاجتماعية، من هنا جاءت فكرة التغطية الصحية وفق نظام المساعدة الطبية.

ونظرا لأهمية الصحة لدى الشعوب، فقد اهتمت بتقويم السياسات الصحية من خلال العديد من المؤسسات منها الرسمية وغير الرسمية وحتى المؤسسات الدولية التي أصبحت تتدخل في الكثير من التفاصيل الخاصة بهذه السياسة، فموضوع الصحة لم يعد شأنا داخليا فقط بل شأنا عالميا تسيره العديد من المؤسسات الدولية وتتكاثف جهود الدول قصد إيجاد حلول عملية لمواجهة مخاطر الأمراض.

[2]- أحمد الصادقي، أنظمة التغطية الصحية بالمغرب - نظام المساعدة الطبية نموذجا – رسالة لنيل دبلوم الماستر في وحدة قانون الأعمال والمقاولات، جامعة محمد الخامس ، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية السويسي الرباط، السنة الجامعية 2012/ 2013، ص: 02.

[3]- أطلق عليه هذا الإسم نسبة للمصلح الإجتماعي الجريئ ويليام بيفريدج الذي صمم خدمة الصحة الوطنية البريطانية.

[4]- بيسمارك هو رئيس الوزراء الألماني خلال النصف الثاني من القرن 19، الذي يرجع له الفضل في تأسيس أول نظام للحماية الإجتماعية بأوروبا، ويطلق على هذا النظام عادة تمويل المرض.

أما بالنسبة للمغرب، فقد ظهرت أولى إرهاصات الاهتمام بالتغطية الصحية سنة 1993 خاصة بعد حصاد المضاعفات الاجتماعية السلبية لسياسة التقويم الهيكلي، وما أدت إليه من تقليص الموارد المالية العمومية الموجهة للقطاعات الاجتماعية وعلى رأسها قطاع الصحة العمومية، وهي التدعيات التي اعترفت بها المؤسسات المالية الدولية التي أفتت على المغرب حتمية نهج سياسة التقويم الهيكلي، إذ أقر حينها أن قطاع الصحة يعاني من خصاص كبير في التمويل (5% من الناتج الوطني الإجمالي) ويتطلب نهج مخطط استعجالي للنهوض به[5].

وتبعا لذلك، بادرت السلطات العمومية بوضع مخططات تنموية[6]، تهدف إلى الرفع من مستوى تمويل قطاع الصحة وتوسيع نطاق التغطية الصحية تدريجيا لتشمل كافة الشرائح المجتمعية ولتوفير آليات لا غنى عنها من أجل تطوير قطاع الصحة[7].

وترجمت هذه الإرادة على أرض الواقع بعد مخاض عسير وطويل دام لعدة سنوات، حيث صدر سنة 2002 القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية[8]، الذي بموجبه تم لأول مرة في المغرب إحداث نظام المساعدة الطبية إلى جانب نظام التأمين الإجباري على المرض.

وتنزيل نظام المساعدة الطبية "راميد" المخصص للفئة الفقيرة والمعوزة بالمغرب بدأ في يوم 08 نونبر سنة 2008 على شكل تجربة بجهة تادلة أزيلال، وهذا في إتجاه الدولة إلى إعطاء الأولوية للقطاع الصحي عامة والفئات الإجتماعية الفقيرة تكريسا لحق الجميع في العلاج وولوج الخدمات الصحية.

[5] - آمال أسليماني، مرجع سابق، ، ص: 05.
[6] - آمال أسليماني، مرجع سابق، ، ص: 05
[7] - أحمد الصادقي، مرجع سابق، ص: 05.
[8] - بيان اليوم، الحكومة تسعى للتكريس حق الإنسان المغربي في الصحة 08 ماي 2008.

ويعود سبب إختيار جهة تادلة أزيلال كبداية للنظام "راميد" حسب وزارة العدل إلى أن هذه الجهة تتوفر فيها عوامل نجاحه، خاصة على مستوى المراكز الصحية والإستشفائية وهو ما تفتقده باقي الجهات، كما أن أغلبية ساكنة هذه الجهة يصنفون ضمن الفئات الأكثر فقرا وهشاشة[9]، والتي تقدر ب 420 ألف مواطن.

كما نص دستور فاتح يوليوز 2011 في الفصل 31 منه – هي سابقة في تاريخ الدساتير المغربية – على ما يلي: " تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من حق العلاج والعناية الصحية، الحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، التضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة..."

وهكذا، يكتسي هذا الموضوع أهمية بالغة سواء من الناحية النظرية أو من الجانب العملي، فعلى المستوى النظري تبرز أهمية الموضوع من خلال قلة الكتابات التي تناولته، أما على المستوى العملي فتظهر أهمية الموضوع في كون أن نظام المساعدة الطبية تعلق بجانب إجتماعي مهم ألا وهو الصحة، كما يضمن للفئات المستفيدة منها الولوج إلى الخدمات الصحية بما يكفل ضمان الحق في الصحة باعتباره حق دستوري، فضلا عن كون الأهمية ترتبط بسياق التحولات السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي يعرفها المغرب، وكذلك تماشيا مع رهانات الانفتاح على المنظومة القانونية ومدى قابليتها لإرساء أرضية خصبة لفاعلية نظام المساعدة الطبية، خصوصا في ظل بروز عدة أزمات صحية عرضت الدولة لانتقادات شديدة تمثلت في غياب العدالة في التكفل بصحة المواطنين، وسوء توزيع الخدمات الصحية بين المناطق، مما جعل الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية تتعرض لتدهور مستمر مما دفع بالمواطن إلى فقدان الإحساس بالأمن الصحي.

انطلاقا مما سبق يمكن طرح الإشكالية التالية:

[9] - المندوبية السامية للتخطيط، إحصاء سنة 2002.

ما مدى قدرة وفعالية الأنظمة القانونية والإدارية والمالية المخصصة لنظام المساعدة الطبية على توفير تغطية صحية للفئات الفقيرة والمعوزة ؟

للإجابة عن الإشكالية المطروحة نقترح التصميم التالي:

المبحث الأول : الأحكام العامة لنظام المساعدة الطبية

المبحث الثاني : اكراهات نظام المساعدة الطبية وآفاقها المستقبلية

المبحث الأول: الأحكام العامة لنظام المساعدة الطبية

نظرا للأهمية التي ينطوي عليها الحق في الصحة، فقد تبنته تشريعات العديد من الدول التي اختلفت فيما بينها في طريقة توفير تغطية صحية لأفرادها، وفي المغرب تم اعتماد نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية كنظامين لتوفير التغطية الصحية لعموم المواطنين.

وعليه سنتناول في هذا المبحث ماهية نظام المساعدة الطبية ونطاق تطبيقه (المطلب الأول)، على أن نتناول البنيات الإدارية والمالية لهذا النظام (المطلب الثاني).

المطلب الأول: ماهية نظام المساعدة الطبية ونطاقه

يعتبر نظام المساعدة الطبية أحد الأنظمة الصحية، التي تسعى إلى توفير حماية اجتماعية في الميدان الصحي للشرائح الاجتماعية الفقيرة والمعوزة، والتي لا تتوفر على الإمكانيات المادية للعلاج والتطبيب.

يعد هذا النظام من أحد الأنظمة الجديدة التي تعنى بتنظيم عملية الاستفادة من الخدمات الطبية الأساسية، حيث أن ظهور نظام المساعدة الطبية في المنظومة الصحية المغربية كان مع بداية الألفية الثالثة.

وعليه يتعين تحديد ماهية هذا النظام (الفقرة الأولى) من خلال الوقوف على مفهوم هذا النظام وخصائصه، ثم الانتقال إلى التطرق لنطاق تطبيقه (الفقرة الثانية) من حيث الأشخاص والخدمات.

الفقرة الأولى: ماهية نظام المساعدة الطبية

للإحاطة بماهية نظام المساعدة الطبية يتعين تحديد مفهوم هذا النظام (أولا)، ثم خصائصه (ثانيا).

أولا: مفهوم نظام المساعدة الطبية

نظام المساعدة الطبية هو عبارة عن مجموعة من القواعد والإجراءات القانونية التي تهدف إلى مساعدة الفئات الاجتماعية الفقيرة والمعوزة في الحصول على حقها في الميدان الصحي[10].

وبمعنى آخر فهو برنامج الدولة الذي وضعته في سبيل تنظيم حق الشرائح الاجتماعية التي لا تمتلك الوسائل والإمكانيات المتطلبة للولوج إلى الخدمات الطبية. وهو أحد صور الضمان الاجتماعي بمفهومه الواسع الذي يعتبر " نظام للقضاء على الحاجة ". ويعتبر نظام المساعدة الطبية الشق الثاني لأنظمة التغطية الصحية إلى جانب نظام التامين الإجباري عن المرض، كما جاءت بهذا مدونة التغطية الصحية الأساسية لسنة 2002[11] .

إن سن هذا النظام من قبل المشرع إنما يكرس رفع الامتياز الذي كان يطبع حق الاستفادة من التغطية الصحية، ويوفر الحماية الاجتماعية الصحية للفقراء والمعوزين، في إطار مجتمع يسود فيه التضامن بين الأفراد ضمانا لمصلحة الفرد ومصلحة الجماعة[12].

وبذلك فإقرار هذا النظام من قبل الدولة، إنما يسير في اتجاه إخراج الدولة من دور الدولة الحارسة إلى دور الدولة الراعية المسؤولة عن حماية جميع مواطنيها من الأخطار الاجتماعية وضمان أمنهم الاقتصادي والاجتماعي[13].

ثانيا: خصائص نظام المساعدة الطبية

يتميز نظام المساعدة الطبية بخصائص معينة هي كالآتي:

[10]- أحمد الصادقي، أنظمة التغطية الصحية بالمغرب - نظام المساعدة الطبية نموذجا – رسالة لنيل دبلوم الماستر في وحدة قانون الأعمال والمقاولات، جامعة محمد الخامس ، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية السويسي الرباط، السنة الجامعية 2012/ 2013، ص: 14.

[11]- ظهير شريف رقم 1.02.296 صادر في 3 أكتوبر 2002 بتنفيذ القانون رقم 65.00 بمثابة التغطية الصحية الأساسية، الجريدة الرسمية عدد 5058 بتاريخ 21 نونبر 2002.

[12]- أحمد الصادقي، مرجع سابق، ص: 15.

[13]- محمد العروصي، المختصر في الحماية الاجتماعية، منشورات مختبر الأبحاث والدراسات حول قانون الأعمال والمقاولات، شركة الخطاب للطباعة، مكناس الطبعة الأولى، 2009، ص: 6.

1-**نظام يعتمد على التكافل الاجتماعي:** أي انه يرتكز على مبدأ التكافل بين كل مكونات المجتمع في سبيل تحقيق حماية لجميع الأفراد بغض النظر عن ظروفها الاقتصادية والاجتماعية، تكريسا لفكرة حاجة الإنسان لمساعدة أخيه للتصدي للمخاطر التي تهدد الإنسان في صحته وجسمه[14].

2-**نظام يستهدف فئات محددة:** لأن الفئات المستفيدة من نظام المساعدة الطبية محددة بمقتضى النصوص القانونية المنظمة لهذا النظام، والتي من ضمنها الفئات الفقيرة أو التي تعيش في وضعية هشاشة والتي لا تستفيد من أي نظام للتغطية الصحية والذين تتوفر فيهم الشروط المحددة قانونا.

3-**نظام يرتكز على المؤسسات العمومية:** بحيث أن هذا النظام يقتصر على المؤسسات العمومية دون الخصوصية، فالخدمات الطبية المضمونة بمقتضى هذا النظام تقدم من قبل المؤسسات والمراكز الصحية العمومية[15]

الفقرة الثانية: نطاق تطبيق نظام المساعدة الطبية

لتبيان نطاق تطبيق نظام المساعدة الطبية سنعمل على تحديد الأشخاص المستفيدين من هذا النظام (أولا)، ثم شروط الانخراط فيه (ثانيا)، وأخيرا الخدمات المشمولة بالضمان بموجب هذا النظام (ثالثا).

أولا: الفئة المستفيدة من نظام المساعدة الطبية

ينقسم المستفيدون من نظام المساعدة الطبية إلى نوعين: المستفيدون بماء على تقديم طلب والمستفيدون بحكم القانون.

[14]- أحمد الصادقي، مرجع سابق، ص: 16.
[15]- محمد بنحساين، القانون الاجتماعي المغربي، الجزء الثاني الحماية الاجتماعية، طبعة 2015، مطبعة طوب بريس الرباط، ص: 120.

يشمل المستفيدون بناء على تقديم طلب الحالات التالية[16]:

- الأشخاص غير الخاضعين لأي نظام للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض وغير المتوفرين على موارد كافية لمواجهة النفقات المترتبة عن الخدمات المشار إليها في المادة 121 من القانون 65.00.
- أزواجهم.
- أبناؤهم غير المأجورين الموجودون تحت كفالتهم والبالغون 21 سنة من العمر على الأكثر والذين لا يستفيدون من أي تأمين إجباري أساسي عن المرض. ويمكن تمديد هذا الحد من السن إلى غاية 26 عاما في حالة متابعة الدراسة، شريطة إثبات ذلك.
- أبناؤهم المعاقون كيفما كان سنهم والذين يستحيل عليهم بصورة كلية ودائمة القيام بعمل مأجور على إثر إصابتهم بعجز جسدي أو ذهني.
- يقبل للاستفادة من الخدمات المضمونة برسم المساعدة الطبية، الأطفال الذين يعيشون تحت سقف واحد مع الأشخاص المستفيدين المشار إليهم أعلاه، والذين يوجدون تحت كفالتهم الفعلية التامة والدائمة شريطة الإدلاء بما يثبت ذلك[17]

تستفيد هذه الفئة من بطاقة عائلية تخول لكل أفرادها الولوج للخدمات الطبية.

أما فئة المستفيدين من نظام المساعدة الطبية بحكم القانون فتشمل[18]:

- نزلاء المؤسسات الخيرية ودور الأيتام والملاجئ أو مؤسسات إعادة التربية وأي مؤسسة عمومية أو خاصة لا تسعى إلى الحصول على ربح، وتعمل على إيواء أطفال مهملين، أو أشخاص بالغين لا أسرة لهم؛ هذه المؤسسات يجب أن تخضع للقانون رقم 05.14 المتعلق بشروط فتح مؤسسات الرعايا الاجتماعية وتدبيرها.
- نزلاء المؤسسات السجنية.

[16]- المادة 116 من القانون 65.00.
[17]- المادة 117 من القانون 65.00.
[18]- المادة 118 من القانون 65.00.

- الأشخاص الذين لا يتوفرون على سكن قار.
- الأشخاص المستفيدون من مجانية العلاج، في إطار تشريع خاص من اجل تحمل تكاليف مرض أو عدة أمراض[19] .

يعفى المستفيدون بحكم القانون من معايير تحديد الأهلية، وتستفيد من نفس الخدمات المقدمة للأشخاص الخاضعين لمعايير الأهلية، كما أن هذه الفئة لا تؤدي أية مساهمة ولا تحصل على بطاقة المساعدة الطبية. ويتم الولوج إلى الخدمات الطبية في هذه الحالات بتوجيه من إدارة المؤسسة التي ينتمي إليها المستفيد أو من طرف السلطة الإدارية في حالة وجود عدم توفر المريض على سكن قار[20].

ثانيا: شروط الانخراط في نظام المساعدة الطبية

طبقا لمقتضيات المادة الثانية من المرسوم رقم 2.08.177 المتعلق بتطبيق الكتاب الثالث من القانون 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية يتضح أن هناك مجموعة من الشروط الواجب توفرها في الشخص الراغب في الاستفادة من نظام المساعدة الطبية [21]وهي:

- إثبات عدم الاستفادة من أي نظام للتأمين الإجباري عن المرض، سواء بصفتهم مؤمنين أو من ذوي الحقوق، في الاستمارة المخصصة لهذا النظام[22].
- إثبات عدم توفرهم على الموارد الكافية لمواجهة النفقات المترتبة عن العلاجات الطبية.

[19]- المادة 119 من القانون 65.00.

[20]- آمال اسليماني، تدبير نظام المساعدة الطبية بالمغرب بين الرهانات وإكراهات التطبيق، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون العام، تخصص وحدة التدبير الإداري والمالي، جامعة محمد الخامس – الرباط كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية- أكدال، السنة الجامعية 2012/ 2013.، ص: 21.

[21]- مرسوم رقم 2.08.177 صادر يوم 28 رمضان 1429 (29 دجنبر 2008) بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من القانون رقم 65.00 المتعلق بنظام المساعدة الطبية، كما تم تتميمه وتعديليه بالمرسوم رقم 2.11.199 الصادر في 6 شتنبر 2011.

[22]- القرار المشترك لوزير الداخلية ووزير الاقتصاد والمالية ووزير الصحة رقم 837 الصادر في 29 شتنبر 2008 المتعلق بتحديد نموذج استمارة الاستفادة من نظام المساعدة الطبية (أنظر نموذج الاستمارة بالملحق).

وعليه يلاحظ أن حق الاستفادة من بطاقة " الرميد " يفرض ألا يتوفر الشخص الراغب في الحصول عليها على أي نظام للتغطية الصحية ثم ألا يتوفر على الموارد المالية الكافية لتغطية مصاريف الخدمات الطبية.

تختلف معايير التأهيل للاستفادة من نظام المساعدة الطبية حسب المجالين الحضري والقروي نظرا لاختلاف الشروط السوسيو اقتصادية بين المجالين.

فبالرجوع للمادة 3 من المرسوم رقم 2.08.177 نجدها تحدد معايير تأهيل المترشح للاستفادة من نظام المساعدة الطبية في المجال الحضري كالتالي:

1-أن يتوفر كل فرد من أفراد الأسرة على دخل سنوي يقل عن 5650 درهم، بما في ذلك التحويلات، بعد تصحيح الدخل المصرح به بمجموعة من المتغيرات السوسيو اقتصادية للأسرة.

2-أن يكون المرشح مقيما بجماعة حضرية يساوي أو يفوق معدل الفقر بها 30 في المئة محسوبا بناء على مؤشرات الفقر المحددة من طرف المندوبية السامية للتخطيط.

3- أن يساوي مجموع النقط المتعلقة بالشروط السوسيو اقتصادية أو يقل عن 11 نقطة محسوبة بناء على متغيرات مرتبطة بالظروف المعيشية للأسرة.

و يجب التوفر على معيارين من المعايير الثلاثة أعلاه للاستفادة من نظام المساعدة الطبية.

وبخصوص معايير تأهيل المترشح للاستفادة من نظام المساعدة الطبية بالوسط القروي فقد حددتها المادة 4 من المرسوم المذكور كالآتي:

1-أن يساوي مجموع النقط المتعلقة بالممتلكات أو يقل عن 70 نقطة بالنسبة لكل فرد مكون للأسرة محسوبة بناء على مجموع العناصر المكونة لممتلكاته.

2-أن يساوي مجموع النقط المتعلقة بالشروط السوسيو اقتصادية أو يقل عن 6 نقط، محسوبة بناء على متغيرات مرتبطة بالظروف المعيشية.

وتجدر الإشارة، إذا ما تم رفض طلب الاستفادة من خدمات نظام المساعدة الطبية من طرف اللجنة المحلية التي تدقق في استمارة التصريح بالشرف، فإنه يحق لكل مواطن رفض طلبه أن يعترض على قرارات اللجنة وذلك بالطعن في هذا القرار أمام اللجنة الإقليمية الدائمة.

ويجب إيداع كل طلب للطعن داخل أجل لا يتعدى شهرين بعد نشر اللوائح لدى السلطة المحلية المختصة، التي ترسله داخل أجل لا يتعدى ثمانية أيام إلى اللجنة الإقليمية مرفقا بالملف الأصلي لصاحب الطلب الذي يتضمن عناصر التحقيق الذي قامت به اللجنة المحلية الدائمة.

ثالثا: الخدمات المشمولة بالضمان

حسب المادة 121 من القانون 65.00 يغطي نظام المساعدة الطبية الخدمات الطبية اللازمة التالية:

- العلاجات الوقائية
- أعمال الطب العام والتخصصات الطبية والجراحية
- العلاجات المتعلقة بتتبع الحمل والولادة وتوابعها
- العلاجات المتعلقة بالاستشفاء والعمليات الجراحية بما في ذلك أعمال الجراحة التعويضية
- التحاليل البيولوجية الطبية
- الطب الإشعاعي والفحوص الطبية المصورة
- الفحوص الوظيفية
- الأدوية والمواد الصيدلية المقدمة خلال العلاج

- أكياس الدم البشري ومشتقاته
- الآلات الطبية وأدوات الانغراس الطبي الضرورية لمختلف الأعمال الطبية والجراحية
- الأجهزة التعويضية والبدائل الطبية
- النظارات الطبية
- علاجات الفم والأسنان
- تقويم الأسنان لفائدة الأطفال
- أعمال التقويم الوظيفي والترويض الطبي
- الأعمال شبه الطبية
- التنقلات الصحية بين المستشفيات

لا تشمل التغطية المضمونة بموجب نظام المساعدة الطبية عمليات الجراحة التقويمية و التجميلية، باستثناء أعمال جراحة تقويم وتعويض الفك والوجه اللازمة طبيا، وذلك طبقا لمقتضيات المادة 122 من القانون 65.00.

لا يتم التحمل الكلي أو الجزئي لمصاريف الخدمات المشار إليها أعلاه، إلا بالنسبة للأمراض والجروح التي تستلزم الاستشفاء أو العلاجات أو الفحوص التي تتم داخل المستشفيات العمومية والمؤسسات العمومية للصحة والمصالح الصحية التابعة للدولة[23].

ويتم التحمل الكلي أو الجزئي لمصاريف الخدمات المشار إليها أعلاه، شريطة أن تكون الخدمات موصوفة ومقدمة داخل التراب الوطني طبقا للمادة 124 من القانون 65.00.

وبالرغم من تحديد المشرع للخدمات المضمونة في المادة 121، فإن تفعيلها بشكل إيجابي وضمان جودتها يبقى مرتبطا وجودا وعدما بإصلاح المنظومة الصحية ككل من خلال إصلاح المؤسسات الصحية العمومية[24].

[23]- المادة 123 من القانون 65.00.

المطلب الثاني : البنيات الإدارية والمالية لنظام المساعدة الطبية

إذا كان المرض من الأخطار التي يتعرض لها جميع أفراد المجتمع بدون استثناء، فإنه بالنسبة للفقراء يبدو أشد قسوة بسبب محدودية دخلهم، وعدم قدرتهم في الغالب على الادخار، لمواجهة ما يترتب عليه من نفقات استثنائية أو انقطاع في الدخل[25].

ولهذا فإن مواجهة خطر المرض لا يتحقق بالوسائل الوقائية والعلاجية فحسب، وإنما بالتصدي أيضا إلى الخلل الاقتصادي والاجتماعي الذي يحدثه المرض في حياة الفرد أو الأسرة في حالة انقطاع عن العمل أو انعدام الكسب.

ولكي يكون هذا النظام فعالا لابد أن يكون له تنظيم إداري محكم ومتقن من أجل حسن سير هذا النظام، لذا يتعين على المشرع المغربي اعتماد التدبير الجيد لنظام المساعدة الطبية بغية تحقيق أهدافه في توفير حماية صحية للفئات الفقيرة.

إلا أن التدبير الإداري ليس وحده الكفيل بنجاح هذا النظام، بل لابد من توفير الموارد لمالية الكافية لتحمل أعباء وتكاليف تدبير لنظام المساعدة الطبية.

ونظرا لما لهذا النظام من أهمية ، كان لابد من التطرق للبنية الإدارية (الفقرة الأولى) ثم البنية المالية (الفقرة الثانية) والتي تعتبر المحرك الأساسي لهذا النظام .

الفقرة الأولى: البنية الإدارية لنظام المساعدة الطبية

إن مهمة التدبير الإداري لنظام المساعدة الطبية أنيطت بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والتي تخضع لوصاية وزارة الصحة، وهذا ما يستفاد من المادة 127 من مدونة التغطية الصحية الأساسية، وكذا المادة الثالثة من المرسوم المتعلق بالوكالة الوطنية للتأمين الصحي.

[24]- وليد صالح أحمد عبد الرب، نظام التغطية الصحية الأساسية – دراسة مقارنة – رسالة لنيل شهادة الماستر شعبة قانون الأعمال والمقاولات، جامعة محمد الخامس، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية السويسي الرباط، السنة الجامعية 2011/ 2012، ص: 32.
[25]- وليد صالح أحمد عبد الرب، مرجع سابق، ص: 33.

ويقتصر دور هذه الوكالة في علاقتها بهذا النظام على إدارة الموارد المالية المخصصة لنظام المساعدة الطبية، أما على مستوى التنظيم فقد تم إحداث خلايا إقليمية مكلفة بالتدبير الإداري، كما تم إحداث مكاتب محلية بالإضافة إلى لجان دائمة إقليمية ومحلية تسهر على تنظيم الإجراءات الإدارية.

وعلى هذا الأساس يتعين علينا الوقوف على تكوين هذه الوكالة (أولا) ثم التطرق للهيكلة التنظيمية الداخلية لها (ثانيا) قصد معرفة مدى إمكانيتها للقيام بمهمة التدبير الإداري لنظام المساعدة الطبية.

أولا : تكوين الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

تتمتع **الوكالة الوطنية للتأمين الصحي** بالاستقلال المالي والشخصية المعنوية، وقد تم إحداثها بغرض السهر على تطبيق قانون التغطية الصحية. وتتكون هذه الوكالة من مجلس يتضمن ممثلي الادارة ومديري المؤسسات العمومية للعلاج والاستشفاء الذي يتم تعيينهم بنص تنظيمي، وهذا ما نصت عليه الفقرة الأخيرة من المادة 61 من القانون الأساسي للتغطية الصحية، في أمر تدبير الموارد المخصصة لنظام المساعدة الطبية.

ويجتمع مجلس إدارة الوكالة بدعوة من الرئيس إما بمبادرة منه أو بمبادرة من ثلث الأعضاء الدائمين كلما دعت حاجة الوكالة إلى ذلك، ومرتين على الأقل في السنة، المرة الأولى في 31 مارس لحصر حسابات السنة المنصرمة والمرة الثانية قبل 31 أكتوبر لدراسة وحصر الميزانية والبرنامج التوقيعي للأنشطة المزمع القيام بها في السنة الموالية.

ويقوم المدير حسب أحكام المادتين 66 و67 من مدونة التغطية الصحية، بتسيير الوكالة ويتصرف باسمها ويباشر أو يأذن بمباشرة جميع الأعمال والعمليات المتعلقة بغرضها ويقوم بجميع الأعمال التحفظية، ويمثل الوكالة تجاه الدولة وتجاه الغير.

ثانيا : الهيكلة التنظيمية الداخلية للوكالة الوطنية للتأمين الصحي

تتألف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي من المدير العام يتولى مهمة إدارة هذه الوكالة، وقسم الشؤون القانونية والمؤسساتية ويتضمن أربعة مصالح :

- ✓ مصلحة التشريع والتنسيق
- ✓ مصلحة التحكيم والمنازعات.
- ✓ مصلحة مراقبة الحسابات والرقابة الإدارية.
- ✓ مصلحة التواصل والعلاقات العامة .

بالإضافة إلى ثلاث مديريات :

1. مديرية الدراسات الاقتصادية والاكتوارية والتي تتكون من قسم الاكتوارية (يضم مصلحة البرامج والاستشفاء ومصلحة الأدوية والألات الطبية والعرض الجزافي ...)، وقسم القرارات وتحليل المعطيات والتوثيق.
2. المديرية الإدارية والمالية
3. مديرية الاتفاقيات والمقاييس.

غير أنه يعاب على الهيكلة التنظيمية للوكالة الوطنية للتأمين الصحي كونها تسير من طرف العديد من المتدخلين، مما يؤثر لا محال على عملية انتقاء الفئات المستفيدة، لاسيما في ظل تفشي ظاهرة الزبونية والمحسوبية والرشوة، ذلك أنه أبانت الممارسة أن حالات قد استفادت من هذا النظام رغم أنها لا تستحق، وذلك نتيجة مجموعة من التلاعبات خصوصا في مرحلة التصريح بالشرف.

هذه العوامل وغيرها، قد ساهمت في عدم بلوغ هذا النظام للغرض المنشود الذي يتجلى في تغطية صحية للفئات الفقيرة والمعوزة.

الفقرة الثانية : الموارد المالية للنظام المساعدة الطبية

إن نجاح نظام المساعدة الطبية الذي يعنى بتوفير التغطية الصحية للفئات الفقيرة والمعوزة، رهين بتوفر موارد مالية كافية ومحددة لتغطية مصاريف وتكاليف العلاجات الصحية لهذه الفئات.

وبالرجوع إلى المقتضيات القانونية المنظمة لنظام المساعدة الطبية ولاسيما منها المادة 60 يتضح أن الوكالة الوطنية للتأمين الصحي هي الموكول إليها مهمة تدبير الموارد المالية لهذا النظام، بحيث نلاحظ أنها هي الجهاز الرقابي على هذه الموارد وهي كذلك المكلفة بإعداد كل التقارير المالية لهذا النظام.

وحسب المادة 125 من مدونة التغطية الصحية يمول نظام المساعدة الطبية أساسا من طرف الدولة والجماعات الترابية ذلك ان تمويل هذا النظام يتوزع بين الدولة والجماعات الترابية ومساهمات المستفيدين .

وينحصر تمويل هذا النظام من قبل الدولة بنسبة 75 %، في حين الجماعات الترابية تساهم ب 6 %، أما نسبة المستفيدين فهي 19 %، وهي عبارة عن مساهمة جزئية وجزافية تتمثل في 120 درهم عن كل شخص في السنة مع سقف 600 درهم لكل أسرة[26]

ولهذا الغرض ونظرا للمساهمة الجزافية للمستفيدين نجد أن المادة 126 نصت بشكل صريح على أن تدرج الدولة كل سنة في قانونها المالي المساهمة المخصصة لتمويل نظام المساعدة الطبية كما يتعين على الجماعات الترابية أن تقوم بإدراج المساهمات المخصصة لتمويل هذا النظام والتي تعتبر نفقات إجبارية بالنسبة لها في ميزانيتها.

[26] - المرسوم التطبيقي رقم 2.08.117 الصادر في 28 رمضان 1429 (29 شتنبر 2008) بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من القانون 65.00 المتعلق بنظام المساعدة الطبية كما تم تتميمه وتعديله بالمرسوم رقم 2.11.199 الصادر في 7 شوال 1432 (6 شتنبر 2011).

وبما أن نظام المساعدة الطبية يقوم على مبدأ المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني فإنه يمول هذا النظام بالإضافة إلى ما سبق من بعض الموارد المالية الأخرى، كالعائدات المالية والهبات والوصايا... ، طبقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الخاصة.

ومما يجب التنبيه إليه أن الموارد المالية تظل وبشكل أساسي ومباشر هي الضامنة لنجاح هذا النظام لاسيما إذا ما تم التعامل معها بشكل دقيق في إطار حكامة جيدة ووفقا لمعايير المحاسبة والمراقبة القبلية و البعدية التي تصبوا إلى حسن توظيف هذه المواد من أجل تجاوز الاختلالات والمشاكل المالية التي تتخبط فيها باقي الأنظمة الصحية الأخرى التي يكون ضحيتها المواطنين[27].

[27] - أحمد الصادقي، مرجع سابق، ص: 42.

المبحث الثاني: اكراهات نظام المساعدة الطبية وآفاقها المستقبلية

رغم التطور الملحوظ الذي عرفه النظام الصحي العمومي، سواء من حيث البنية التحتية أو من حيث حجم ومؤهلات الموارد البشرية، فما تزال المؤسسات الصحية العمومية تشكو من اختلالات عميقة، أفقدتها جزءا كبيرا من مصداقيتها لدى المواطنين وتسببت في تراجع ثقتهم فيها، وهو ما جعل غالبية زبناء المؤسسات الصحية العمومية تقتصر على فئة المعوزين خصوصا في ظل نظام المساعدة الطبية، حيث أصبحت المؤسسات الصحية تستقبل فئة عريضة جدا من المنخرطين في هذا النظام، مما زاد من وهن القدرة التنافسية لهذه المؤسسات، مقابل قدرة المصحات الخاصة على استقطاب الساكنة المؤمنة أو القادرة على تحمل نفقات العلاج من خلال توفير مستوى أفضل من الخدمات[28].

وعليه سنحاول في هذا المبحث الإحاطة ببعض الإكراهات التي تحد من نجاعة وفعالية نظام المساعدة الطبية (المطلب الأول)، وعلى ضوء هذه الإكراهات سنحاول استشراف آفاق هذا النظام لضمان ديمومته وفعاليته (المطلب الثاني).

المطلب الأول: اكراهات نظام المساعدة الطبية

رغم المجهودات المبذولة لتحسين الولوج إلى الخدمات الصحية في إطار رؤية 2020، والإستراتيجية القطاعية 2012-2016 لتمكين المنظومة الصحية من تفاعل أكثر مع محيطها وتوفير عرض صحي متوازن ومتكافئ على جميع تراب المملكة، فقد تم الوقوف على بعض الإكراهات التي تحد من نجاعة وفعالية نظام المساعدة الطبية.

هذه الإكراهات يمكن ملامستها من أربع زوايا، الأولى تتعلق بالمعايير المعتمدة للاستفادة من نظام المساعدة الطبية (الفقرة الأولى)، والثانية بمسطرة الولوج للخدمات الصحية (الفقرة

[28]- آمال أسليماني، مرجع سابق، ص: 48.

الثاني)، والثالثة مرتبطة بنقص الموارد البشرية (الفقرة الثالثة)، في حين الرابعة تتعلق بتمويل نظام المساعدة الطبية (الفقرة الرابعة).

الفقرة الأولى: اكراهات متعلقة بمعايير الاستفادة

إن المتغيرات المرتبطة بالظروف المعيشية للأسرة تعتمد أساسا في الوسط الحضري على عدد الأشخاص لكل أسرة، نقط الماء، الكهرباء، طريقة الولوج إلى الماء، طريقة صرف المياه المستعملة، الهاتف، أما في الوسط القروي فإن المتغيرات ترتكز على عدد الأراضي الفلاحية المستغلة، الأنعام، الدواب، الدواجن، أدوات الفلاحة والنقل، وسائل النقل الخصوصية، التجهيزات الهاتفية ثم الصحية[29].

هذه المعايير المعتمدة كأساس في منح بطاقة الإستفادة من نظام المساعدة الطبية لا تعكس حقيقة الوضع الإجتماعي، فالعلاج الطبي اليوم هو مكلف للطبقات الوسطى التي توجد بدون تغطية صحية فما بالك عن الطبقات المهمشة بل إن الفئات التي تتمتع بالتغطية الصحية تجد نفسها مطالبة بنفقات على صحتها بسبب عدم شمول التغطية لكل العلاجات ولكل المصاريف.

ونتيجة للمعايير المعتمدة للاستفادة من نظام المساعدة الطبية، هناك فئة واسعة من المواطنين وجدت نفسها خارج نظام التغطية الصحية، بحيث أنها غير مستفيدة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ولا هي من ذوي الدخل المحدود.

مع العلم أن تلك الفئة تصل إلى ما يقارب 30 في المئة من سكان المغرب، وتهم على الخصوص أصحاب المهن الحرة الصغيرة والمتوسطة والتجار والحرفيين الصغار والمتوسطين الذين لهم دخل محدود وغير قار، بالإضافة إلى نسبة كبيرة من العمال في

[29]- المادة 3 من القرار الوزاري المشترك رقم 836.08 الصادر في 28 من رمضان (29 شتنبر 2008) بتحديد المتغيرات المرتبطة بالظروف المعيشة للأسرة ومعاملات موازنة الدخل المصرح به ومؤشرات حساب مجموع النقط المتعلقة بالممتلكات، ومؤشرات حساب مجموع النقط المتعلقة بالظروف السوسيو اقتصادية تكذا بكيفية حسابها للاستفادة من نظام المساعدة الطبية، (انظر القرار في الملحق).

القطاع الخاص والقطاع غير المنظم الذين يوجدون خارج الضمان الاجتماعي، ولهم دخل متواضع ولا تسمح لهم اللجن بالحصول على بطاقة "**راميد**"، وقد كانت هذه الفئة سابقا تحصل على شهادة الإحتياج من أجل العلاج والإستشفاء المجاني والآن مع نظام المساعدة الطبية لم تعد المستشفيات تتعامل بشواهد الإحتياج مع ضعف تعميم الاستفادة من نظام المساعدة الطبية، مما أدى إلى أن مجموعة من المواطنين أصبحوا في منزلة بين المنزلتين، فلا هم استفادوا من خدمات البطاقة ولا هم استفادوا من الولوج للعلاج من خلال شواهد الاحتياج.

هذا مع الأخذ بعين الاعتبار أن المعايير والمؤشرات التي بنيت عليها ماهية وفلسفة وطريقة تحديد الفقر المطلق والفقر النسبي من أجل الاستفادة من نظام المساعدة الطبية تعود إلى سنة 2004 وهي إحصائيات وأرقام صادرة عن المندوبية السامية للتخطيط، إذ أصبحت اليوم متجاوزة بفعل عدد من المتغيرات السوسيو اقتصادية التي عرفتها بلادنا من ارتفاع الأسعار وانخفاض القدرة الشرائية[30] .

لهذا، فإنه يتوجب تحديد عتبة جديدة للفقر والهشاشة تتماشى مع مستوى القدرة الشرائية للأسر.

الفقرة الثانية: اكراهات متعلقة بمساطر الولوج إلى الخدمات الصحية

نصت المادة 2 من المرسوم رقم 2.08.177 الصادر في شتنبر 2008، كما تم تتميمه وتعديله على أن "**يتم قبول الأشخاص المؤهلين للإستفادة من نظام المساعدة الطبية في المؤسسات بناء على بطاقة المساعدة الطبية ودفتر الصحة ووثيقة توجيه المريض حسب ما تستوجبه طبيا حالته الصحية من المركز الصحي إلى المؤسسة الاستشفائية الأقرب داخل السلسلة العلاجية** "

[30] - أحمد الصادقي، مرجع سابق، ص: 66.

يفهم من ذلك أن المستفيدين من نظام المساعدة الطبية يتعين عليهم ضرورة إحترام مسلك العلاجات الذي يستدعي القيام بإجراءات معقدة قد تحول دون ولوج هذه الفئة إلى العلاجات الضرورية، إذ يجب على المريض أن يخضع لتشخيص أولي من طرف الطبيب العام على مستوى المركز الصحي المعتمد كنقطة إرتباط بينه وبين نظام المساعدة الطبية، فإذا لم يتوفر المركز على الإمكانيات الضرورية للعلاج، فإنه يتعين على المريض أن يتوجه إلى المستشفى المحلي الإقليمي إجباريا لتلقي العلاج، لكن بعد حصوله على موعد قد يصل إلى عشرة أشهر من الانتظار، وإذا لم يتمكن المريض من الاستفادة من الخدمات على هذا المستوى نظرا لانعدامها داخل المستشفى الإقليمي، فهو يجد نفسه مجبرا للتوجه إلى المستشفى الجهوي، ثم إلى المستشفى الجامعي مصحوبا بما يسمى "Fiche de liaison" موقعة من طرف الطبيب الذي أخضعه للفحص على مستوى المستشفى الجهوي ومصادق عليها من طرف السلطات العمومية[31].

وبذلك يتضح أن المريض المعوز إذا رغب في الحصول على الخدمات الطبية المضمونة بموجب هذا النظام، عليه المرور عبر كل تلك المسالك الصحية المعقدة حتى بالنسبة للأطباء والممرضين فيما يتعلق بتوجيه المرضى إلى تخصصات معينة أو إلى مراكز تتوفر فيها مختلف التخصصات فما بالك بالنسبة للمريض الذي قد يكون وضعه الصحي لا يسمح له باحترام تلك المسالك الصحية.

كما أن نظام المساعدة الطبية جاء بتعقيدات مسطرية جديدة تتعلق بضرورة اللجوء إلى المؤسسات الصحية الموجودة في الإقليم مقر السكن ووفق التقطيع الإداري، فمثلا مواطن يقطن على بعد كيلومترات قليلة من مستشفى في فاس، عليه السفر إلى تازة لأن الدائرة الترابية التي ينتمي إليها تابعة لهذا الإقليم[32].

[31]- آمال اسليماني، مرجع سابق، ص: 51.
[32]- أحمد الصادقي، مرجع سابق، ص: 64.

هذا دون أن ننسى أن طالب بطاقة " راميد " يضطر إلى الانتظار شهورا قبل الحصول عليها، بسبب تعقيد المساطر والوثائق المطلوبة وتعدد المتدخلين إلى جانب تعثر اجتماعات اللجان المعنية، والإهمال الموازي لطلبات الراغبين في الاستفادة من هذه البطاقة.

الفقرة الثالثة: اكراهات متعلقة بنقص الموارد البشرية

يعتمد تقدير مستوى الخدمات الصحية في العالم على مؤشر "**عدد الأطباء المحدد لكل ألف مواطن**"، بحيث إذا قل هذا المؤشر عن 2.5 مقدم علاجات لكل 1000 مواطن، فإن الدولة المعنية تكون عاجزة عن توفير تغطية طبية فعالة لفائدة ساكنتها، على هذا الأساس يمكن القول بأن المغرب الذي لا يتجاوز فيه هذا المؤشر 1.64[33] مقدم خدمات سواء الأطر الطبية أو شبه الطبية في القطاع الصحي العمومي لكل ألف نسمة مازال يعاني من خصاص حاد في الأطر الطبية والشبه الطبية بالمراكز الصحية المعتمدة كنقط إرتباط، والذي يقدر حاليا بحوالي 400 طبيب عام و310 ممرض متعدد الاختصاصات و146 ممرضة متخصصة في الولادة، مع العلم أن الخصاص العام في هذه الأطر يقدر ب 6000 طبيب و9000 إطار شبه طبي، وبالنسبة لأطباء التوليد، نجد طبيبا واحدا لكل 2540 مولودا منتظرا ومولدة واحدة لكل 218 مولودا منتظرا[34].

لذلك وفي ظل الخصاص الذي تعرفه الموارد البشرية العاملة داخل المؤسسات الصحية، فإن هذا يقع عائقا أمام نجاعة نظام المساعدة الطبية وتكريس الحق في العلاج على اعتبار أن الموارد البشرية داخل المؤسسات الصحية العمومية تعتبر عنصرا رئيسيا وحاسما في تقدير جودة وفعالية الخدمات الصحية.

[33]- وزارة الصحة الاستراتيجية القطاعية 2012- 2016، مارس 2012، ص: 12 – 13.
[34]- وزارة الصحة، نظام المساعدة الطبية رافعة أساسية لتعزيز الحماية الاجتماعية، حصيلة سنتين من التعميم، مارس 2014، ص: 48.

الفقرة الرابعة: اكراهات متعلقة بتمويل نظام المساعدة الطبية

في إطار قانون المالية لسنة 2014، واصل صندوق دعم التماسك الإجتماعي المحدث برسم السنة المالية 2012، تمويل العمليات المتعلقة بنظام المساعدة الطبية حيث تم رصد اعتمادات مالية قدرها 280 مليون درهم لتغطية تكاليف النظام داخل المراكز الاستشفائية الجامعية ومبلغ 15 مليون درهم لفائدة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي[35]، إلا أنه خلال سنة 2014 و2015 لم يتم رصد أي اعتمادات إضافية من صندوق دعم التماسك الاجتماعي لنظام المساعدة الطبية[36] .

وبخصوص مساهمات الجماعات الترابية فلم تتجاوز مبلغ 40 مليون درهم تمثل فقط 13% من المبالغ المحددة للمساهمة في تمويل النظام، كما أن مساهمات الأشخاص الموجودين في وضعية الهشاشة بلغت إلى حدود نهاية دجنبر 2013 مبلغ 56 مليون درهم، تمثل حوالي 40% من المبلغ الواجب استخلاصه[37].

ومن بين الإكراهات تلك المتعلقة بتدبير الموارد المرصودة للنظام حيث أن القانون رقم 65.00 في مادته 127[38]، أسند مهمة تدبير الموارد المرصودة لنظام المساعدة الطبية للوكالة الوطنية للتامين الصحي، في حين أن المرسوم رقم 2.08.177 المتعلق بتطبيق الكتاب الثالث من القانون 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية لا يتيح هذه الإمكانية بحكم أن مساهمات الجماعات الترابية ومساهمات الأشخاص الموجودين في

[35]- الندوة الدولية للذكرى الثالثة لتعميم نظام المساعدة الطبية، "حصيلة ثلاث سنوات من التعميم" 2015، ص: 36.
[36]- وزارة الصحة، نظام المساعدة الطبية رافعة أساسية لتعزيز الحماية الاجتماعية، مرجع سابق، ص: 49.
[37]- وزارة الصحة، نظام المساعدة الطبية رافعة أساسية لتعزيز الحماية الاجتماعية، مرجع سابق، ص: 49.
[38]- يعهد بتدبير الموارد المرصدة لنظام المساعدة الطبية إلى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي المحدثة طبقا للمادة 57 أعلاه، وفق الشروط المحددة في هذا القانون والنصوص المتخذة لتطبيق . وتدرج في محاسبة مستقلة العمليات المتعلقة بالتدبير المالي لنظام المساعدة الطبية من لدن الوكالة المذكورة.

وضعية هشاشة تحول إلى الحساب الخصوصي للصيدلية المركزية طبقا للمادتين 25 و26 من المرسوم السالف الذكر[39].

وبذلك يتضح بجلاء، أن أهم إكراه يواجه نظام المساعدة الطبية هو التمويل الذي نوعا من الخصاص والغموض، خصوصا في مسألة إلزامية الجماعات الترابية في تخصيص اعتمادات مالية موجهة لهذا النظام، مع ما تفرزه هذه الإلزامية من عدم توفر هذه الجماعات في أغلب الحالات على إمكانيات وموارد مالية كافية لتغطية هذا النظام[40].

المطلب الثاني : اقتراحات إصلاح نظام المساعدة الطبية

إستجابة للخطاب الملكي الذي حث على نهج سياسة إجتماعية تستجيب للإتفاقيات الدولية التي صادق عليها المغرب، خصوصا ضرورة إستفادة الجميع من الخدمات الصحية بغض النظر عن أي إعتبار، وكذا تجاوز الإكراهات التي يعرفها نظام التغطية الصحية بالمغرب.

وبما أن المجال الصحي يكتسي أهمية قصوى لدى الجميع، لاسيما لدى الفئات الفقيرة والهشة التي لا تتوفر على تكاليف العلاج والتطبيب، فإن مسألة الإستجابة لطموحات الأفراد والجماعات ملقاة على عاتق الدولة بصفة خاصة، وهذا لن يتأتى إلا بضرورة وضع تدابير وإجراءات ذات مصدقية وموضوعية في سبيل تحقيق الأمن والإستقرار الإجتماعي بتحسين الوضع الحالي للنظام الضمان الإجتماعي.

[39]- وزارة الصحة، نظام المساعدة الطبية رافعة أساسية للتنمية، مرجع سابق، ص: 49.
[40]- أحمد الصادقي، أنظمة التغطية الصحية بالمغرب – نظام المساعدة الطبية نموذجا -، مرجع سابق، ص: 70.

ويجب أن تشمل هذه التدابير كل الأبعاد السياسية والإدارية والإقتصادية والثقافية والإجتماعية، ومن أهم هذه التدابير يمكن ذكر:

أولا: إصلاح إداري يعجل بتحقيق مفهوم الإدارة المواطنة، بحيث تقوم الإدارة العمومية بأداء للخدمة العمومية وإعتماد مبادئ الديمقراطية والشفافية في التدبير العمومي لنظام المساعدة الطبية.

فضلا عن تعزيز التنسيق والتتبع الميداني وتبادل المعلومات المتعلقة بالمؤهلين للإستفادة من هذا النظام بين القطاعات المعنية وتعزيز التواصل مع المستفيذين إضافة الى ضرورة إنشاء مؤسسة إدارية منفردة ومستقلة هذا النظام في كل جوابنه وإجراءاته، ثم الإعتماد على الكفاءات البشرية المؤلهة في التدبير الإداري لهذا النظام.

ثانيا: توظيف القيم الثقافية الأصيلة للمجتمع المغربي، والمنتمية إلى منظومة القيم الإسلامية والتي تشكل مصدرا أساسيا لإرساء روح التضامن بين أفراد المجتمع الواحد، وبالتالي خلق مناعة ثقافية ضد إنتشار مظاهر الفقر والأمية، فالجسم الإجتماعي المغربي لمرجعياته الثقافية والدينية والتاريخية، ذلك أنه لن يتحقق التضامن المرغوب فيه بين جل فئات المجتمع إلا من خلال سعي من يقوم بتأمين هذه الوظيفة إلى تحريك المخزن الثقافي والديني والتاريخي بالتركيز على أحد عناصره.

ثالثا : البحث عن مصادر تمويلية جديدة قصد تفعيل البرامج والمشاريع المتعلقة بنظام المساعدة الطبية خصوصا، ليست بالضرورة مصدرها التمويلية المتمثلة في رسم الإنخراط و الميزانية العامة للدولة، وعلى رأس هذه المصادر التي يتطلب تفعيلها الصدقة حسب مدلولها الديني الذي يهدف الى التكافل الإجتماعي.

بحيث أن تمويل هذا النظام يطرح إشكالا كبيرا خصوصا أن هذا الجانب يعتبر المحرك الأساسي لتفعيل هذا النظام .

وبصفة عامة يجب أن يحضى هذا النظام بالأسبقية عن كل البرامج نظرا لحساسيته سواء من حيث الخدمات الأساسية التي يضمنها وبشكل مستعجل ، أو تأهيل الإطار الحامل لتنفيذ هذا النظام الصحي.

ذلك أن تطبيق هذا النظام المخصص للفئات الضعيفة (الفقيرة والهشة) أبان عن عدم نجاح العديد من البرامج والأنظمة الصحية، وهذا راجع بالدرجة الأولى إلىتغيب دور الفرد القادر على الإبداع وتقديم الجودة في عمله الإجتماعي، لهذا ينبغي تكوين جيل الأطر في الجانب الإجتماعي والصحي بكيفية تستجيب لمواصفات خدمات النظام.

بعبارة أخرى، فإن نجاح نظام المساعدة الطبية لذوي الدخل المحدود وإحترام توجهاته ومبادئه العامة، لا يمكن أن يتحقق خارج منظومة صحية عمومية ناجعة وفعالة، وذلك في قلب مشروع مجتمعي عادل ومنصف تتحمل فيه الدولة المسؤولية الكاملة من منطلق أن الصحة والحصول على الدواء حق من الحقوق الإنسانية والدستورية، وبالتالي فهي عملية إستثمارية في الإنسان عبر حماية صحته، لجعله قادرا على المساهمة في تنمية المجتمع وتطوره وأمنه الإنساني، بدل إختزالها في عملية حسابية وإقتصادية صرفة، لذلك من اللازم إعادة النظر في آليات ومعايير تنفيذ وتطبيق نظام المساعدة الطبية لذوي الدخل المحدود، على أساس المرونة في تحديد الفئة المستهدفة وإعتبار أن كل شخص تقدم بطلب الإستفادة من النظام وحصل على وصل أن يمكنه بقوة القانون من الولوج الكامل والمجاني إلى الخدمات الطبية، والإستفادة منها، وكذا ضرورة وضع نظام ثالث شبيه بنظام التأمين الإجباري عن المرض يخصص للمواطنين الذين تم رفضهم في إطار النظامين الأولين بناء على مقاربة مساهمة الدولة بشكل شمولي ، ورفع حواجز التقطيع الجغرافي، خاصة عند ولوج المريض للعلاج بمستشفيات لا توجد بدائرة التي إنخرط بها ، لا سيما وأن بعض الجهات بالمملكة لا تتوفر على جميع التخصصات والتجهيزات الطبية، مما يحول دون إستفادة المريض من العلاج بمستشفيات أخرى.

وفي هذا السياق لا بد من ذكر بعد الإجراءات الواجب القيام بها في القطاع الصحي بصفة عامة، فبالإضافة إلى ضرورة توفير الموارد المالية والشرية الكافية والمؤهلة للقيام بعملها على أحسن وجه، لا بد من توفير المستلزمات الطبية وأدوات التشخيص والأدوية الكافية في كل المستشفيات والمراكز الصحية، تجاوزا لأزمة المستشفى العمومي ببلادنا.

إضافة إلى تحسين التمويل المخصص للمساعدة الطبية للمساعدة الطبية، ووضع آليات للمراقبة القبلية والبعدية لتفادي الإنخراط في أكثر من نظام للتغطية الصحية ، وتوسيع قاعدة إستفادة المواطنين المغاربة خاصة المقيمين خارج التراب الوطني ، وإعطاؤهم إمكتنية إستعمال بطاقة "الرميد" للإستفادة من الخدمات الطبية بدون تواجدهم بارض الوطن.

ثم تحسين الحكامة الرشيدة وتفعيل مبدأ إقتران المسؤولية بالمحاسبة ، وإعادة النظر في المعايير المعتمدة المؤدية إلى إقصاء فئات عريضة من الإستفادة من نظام المساعدة الطبية، والإعتماد على الشفافية والتتبع في كل مراحل هذا النظام .

خاتمة

خلاصة القول أن تطبيق نظام المساعدة الطبية شكل نقلة نوعية في النظام الصحي المغربي، وذلك بغية تدعيم وتعزيز مكتسبات التغطية الصحية الأساسية، إلا أن تفعيل هذا النظام على أرض الواقع أبان عن مجموعة من الاختلالات توجب لتفاديها اعتماد مقاربة جديدة بغية بلوغ الأهداف المسطرة من تعميم نظام المساعدة الطبية.

وعلى رأس الاختلالات التي وقفنا عليها في البحث هي أن هذا النظام يغطي فئات محددة من شرائح المجتمع، مما يفرض وضع مخطط مدروس بإحكام لتحديد الفئات المفروض شمولها بهذا النظام، وتوفير الحماية الصحية لباقي الفئات الاجتماعية الأخرى، حتى لا تستغل حق الفئات الفقيرة والمعوزة من نظام المساعدة الطبية.

أما على مستوى الخدمات المضمونة بموجب هذا النظام وإن كانت قد قدمت الجديد، إلا أنها لا زالت قاصرة، وذلك من خلال نص المشرع على بعض الاستثناءات كما أن المرافق الصحية تفتقد في غالبيتها لأدوات تقديم هذه الخدمات وهذا ما يشكل تناقضا واضحا مع الأسس التي بني عليها قانون التغطية الصحية التي تضمن لكل المواطنين تقديم الخدمات الطبية على أساس قواعد التضامن والمساواة.

ولذلك فعلى الرغم من بروز هذا النظام كمنظومة ذات بعد اجتماعي، إلا أنه لم يتمكن من تقديم النموذج البديل والأمثل في مجال الخدمات الصحية المضمونة للفرد داخل المجتمع باعتبار الفرد محرك أساسي لأي برنامج تنموي,

وانسجاما مع المبادئ التي جاء بها دستور 2011 وعلى رأسها توفير حماية صحية لجميع الشرائح الاجتماعية للمجتمع، يتعين يتعين وضع رؤية إصلاح شمولي غايته ولوج عموم المواطنين للخدمات الصحية بكل يسر ودون تعقيد.

وإن ذلك لن يتأتى دون تأمين ديمومة وتمويل نظام المساعدة الطبية خاصة ، وتطوير وتبسيط مساطره وإحداث جهاز مستقل خاص لتدبيره، كما يجب العمل على توسيع قاعدة المستفيدين من التغطية الصحية الأساسية لتشمل الفئات غير المؤمنة، والعمل على جمع الأنظمة وتوحيدها مع اعتماد آليات للتمويل والتدبير موحدة ومتجانسة والعمل كذلك على تقوية دور الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في الضبط و التأطير والحكامة لملف التغطية الصحية في شموليته.

وبالتالي ففي اعتقادنا أن النهوض بالقطاع الصحي أمر ضروري ولا محيد عنه بالنسبة للدول الديموقراطية الحديثة الضامنة للحقوق الاجتماعية للمواطنين كما هي متعارف عليها عالميا، فالمجتمع المريض أعضاؤه عاجزون عن تحقيق أي تنمية مستدامة، فبانتشار المرض بين ثناياه يضعف قواه وطاقاته البشرية بشكل لافت.

ملاحق

لائحة المراجع

الكتب

- **محمد العروصي، المختصر في الحماية الاجتماعية، منشورات مختبر الأبحاث والدراسات حول قانون الأعمال والمقاولات، شركة الخطاب للطباعة، مكناس الطبعة الأولى، 2009.**
- **محمد بنحساين، القانون الاجتماعي المغربي، الجزء الثاني الحماية الاجتماعية، طبعة 2015، مطبعة طوب بريس الرباط.**

الرسائل

- **أحمد الصادقي، أنظمة التغطية الصحية بالمغرب – نظام المساعدة الطبية نموذجا – رسالة لنيل دبلوم الماستر في وحدة قانون الأعمال والمقاولات، جامعة محمد الخامس ، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية السويسي الرباط، السنة الجامعية 2012/ 2013.**
- **آمال اسليماني، تدبير نظام المساعدة الطبية بالمغرب بين الرهانات وإكراهات التطبيق، رسالة لنيل دبلوم الماستر في القانون العام، تخصص وحدة التدبير الإداري والمالي، جامعة محمد الخامس – الرباط كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية– أكدال، السنة الجامعية 2012/ 2013.**
- **وليد صالح أحمد عبد الرب، نظام التغطية الصحية الأساسية – دراسة مقارنة – رسالة لنيل شهادة الماستر شعبة قانون الأعمال والمقاولات، جامعة محمد الخامس، كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية السويسي الرباط، السنة الجامعية 2011/ 2012.**

التقارير والندوات

- **وزارة الصحة الاستراتيجية القطاعية 2012- 2016، مارس 2012.**
- **وزارة الصحة، نظام المساعدة الطبية رافعة أساسية لتعزيز الحماية الاجتماعية، حصيلة سنتين من التعميم، مارس 2014.**
- **الندوة الدولية للذكرى الثالثة لتعميم نظام المساعدة الطبية، "حصيلة ثلاث سنوات من التعميم" 2015.**

النصوص القانونية والتنظيمية

- **ظهير شريف رقم 1.02.296 صادر في 25 من رجب 1423 بتنفيذ القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية.**
- **المرسوم رقم 2.08.177 الصادر في 28 من رمضان 1429 (29 شتنبر 2008) بتطبيق مقتضيات الكتاب الثالث من القانون رقم 65.00 المتعلق بنظام المساعدة الطبية كما تم تعديله بالمرسوم رقم 2.11.199 الصادر في 07 شوال 1432 (6 شتنبر 2011).**
- **القرار الوزاري المشترك لوزير الداخلية ووزير الاقتصاد والمالية ووزيرة الصحة الصحة ووزير الفلاحة والصيد البحري رقم 1513.11 صادر في 26 من جمادى الثانية 1432(30 ماي 2011) بتحديد نموذج استمارة كلب الاستفادة من نظام المساعدة الطبية.**
- **القرار الوزاري المشترك لوزير الداخلية ووزير الاقتصاد والمالية ووزيرة الصحة ووزير الفلاحة والصيد البحري رقم 836.08 صادر في 28 من رمضان 1429 (29 شتنبر 2008) بتحديد المتغيرات المرتبطة بالظروف المعيشة للأسرة ومعاملات موازنة الدخل المصرح به ومؤشرات حساب مجموع النقط المتعلقة بالممتلكات، ومؤشرات حساب مجموع النقط المتعلقة بالظروف السوسيو اقتصادية وكذا بكيفية حسابها للاستفادة من نظام المساعدة الطبية.**

الفهرس

مقدمة.....2
المبحث الثاني : اكراهات نظام المساعدة الطبية وآفاقها المستقبلية 6
المبحث الأول: الأحكام العامة لنظام المساعدة الطبية.....7
المطلب الأول: ماهية نظام المساعدة الطبية ونطاقه.....7
الفقرة الأولى: ماهية نظام المساعدة الطبية.....7
أولا: مفهوم نظام المساعدة الطبية 8
ثانيا: خصائص نظام المساعدة الطبية.....8
الفقرة الثانية: نطاق تطبيق نظام المساعدة الطبية.....9
أولا: الفئة المستفيدة من نظام المساعدة الطبية 9
ثانيا: شروط الانخراط في نظام المساعدة الطبية 11
ثالثا: الخدمات المشمولة بالضمان..... 13
المطلب الثاني : البنيات الإدارية والمالية لنظام المساعدة الطبية..... 15
الفقرة الأولى: البنية الإدارية لنظام المساعدة الطبية..... 15
أولا : تكوين الوكالة الوطنية للتأمين الصحي..... 16
ثانيا : الهيكلة التنظيمية الداخلية للوكالة الوطنية للتأمين الصحي 17
الفقرة الثانية : الموارد المالية للنظام المساعدة الطبية 18
المبحث الثاني: اكراهات نظام المساعدة الطبية وآفاقها المستقبلية 20
المطلب الأول: اكراهات نظام المساعدة الطبية..... 20

الفقرة الأولى: اكراهات متعلقة بمعايير الاستفادة 21

الفقرة الثانية: اكراهات متعلقة بمساطر الولوج إلى الخدمات الصحية..... 22

الفقرة الثالثة: اكراهات متعلقة بنقص الموارد البشرية..... 24

الفقرة الرابعة: اكراهات متعلقة بتمويل نظام المساعدة الطبية..... 25

المطلب الثاني : اقتراحات إصلاح نظام المساعدة الطبية..... 26

خاتمة..... 30

ملاحق..... 32

لائحة المراجع..... 33

الفهرس..... 35