

الحماية الاجتماعية في المغرب واقف الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية

ASR-C3-012017-34-6724-ar

تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

إحالة ذاتية رقم 2018/34

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

الحماية الاجتماعية في المغرب

واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز
أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية

ASR-C3-012017-34-6724-ar



صاحب الجلالة الملك محمد السادس نصره الله

إحالة ذاتية رقم 2018/34

- بناء على المادة 6 من القانون التنظيمي رقم 128.12 المتعلق بالمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي؛
- استنادا إلى قرار المجلس بإعداد تقرير ورأي حول الحماية الاجتماعية في إطار إحالة ذاتية؛
- استنادا إلى قرار مكتب المجلس تكليف اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن بإعداد تقرير ورأي حول الموضوع؛
- استنادا إلى المصادقة بالإجماع على التقرير حول «الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية» خلال الجمعية العامة 85 المنعقدة بتاريخ 26 أبريل 2018.

يقدم المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي تقريره:

الحماية الاجتماعية في المغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية

تم إعداد التقرير من طرف
لجنة القضايا الاجتماعية والتضامن

رئيسة اللجنة : السيدة الزهرة زاوي
مقررة اللجنة : السيدة ليلي بربيش
مقرر الموضوع : السيد فؤاد ابن الصديق

الإيداع القانوني : 2018MO3530

ردمك : 978-9920-9621-0-0

ردمد : 2335 - 9234

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

طباعة : Canaprint

الفهرس

11	مقدمة
17	الجزء الأول: الحماية الاجتماعية: المعايير، المفاهيم والرهانات
17	الإطار المعياري الدولي: من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948)، إلى الأرضية الشاملة للحماية الاجتماعية (2012)، وصولاً إلى أهداف التنمية المستدامة (2015)
25	انخراط المغرب في القانون الدولي الخاص بالضمان الاجتماعي
43	توصيات
47	الجزء الثاني: واقع الحال وتوصيات من أجل تعزيز الحماية الاجتماعية في المغرب
47	الحماية الاجتماعية لفائدة الأطفال
55	حوادث الشغل والأمراض المهنية: مخاطر اجتماعية كبرى يؤطرها نظام تأمين متقدم وغير منصف
59	الحماية الاجتماعية للأشخاص الموجودين في وضعية بطالة
62	الحماية الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة
67	الحماية الاجتماعية لفائدة الأشخاص المسنين
75	التغطية الاجتماعية لخدمات الرعاية الصحية
91	الدور المحوري للحكومة
97	الجزء الثالث: التوصيات
97	الإطار المعياري الدولي
98	الحماية الاجتماعية لفائدة الأطفال
99	حوادث الشغل والأمراض المهنية
99	الحماية الاجتماعية للأشخاص الموجودين في وضعية بطالة
100	الحماية الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة
101	الحماية الاجتماعية لفائدة الأشخاص المسنين
101	التغطية الاجتماعية لخدمات الرعاية الصحية
103	الحكومة
107	الملاحق

مقدمة

الهدف من التقرير

يهدف هذا التقرير الذي يتناول موضوع الحماية الاجتماعية في المغرب إلى إجراء تقييم وتقديم توصيات بشأن العناصر التالية:

- نطاق التغطية (الأشخاص والمخاطر المشمولة بالتغطية)؛
- مدى نجاعة الأنظمة القائمة (مستوى الخدمات، والتجانس، والإنصاف، والجودة)؛
- الفوارق القائمة بين وضعية الحماية الاجتماعية في المغرب وأرضيات الحماية كما نصت عليها مضماتين دستور المملكة والمعايير الدولية ذات الصلة؛
- حكامه أنظمة الحماية الاجتماعية والسبل والوسائل الكفيلة بتعزيز ديمقراطيتها ونجاعتها .

واعتمد هذا التقرير كمبدأ توجيهي وهدف رئيسي ملاءمة منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب مع الأرضية الشاملة للحماية الاجتماعية على النحو الذي حددته المعايير الدولية الأكثر تداولاً على الصعيد العالمي، بما في ذلك أحدث المرجعيات ذات الصلة، لاسيما توصية منظمة العمل الدولية رقم 202 (2012) وأهداف التنمية المستدامة التي وضعتها منظمة الأمم المتحدة (2015). ويتناول التقرير مفهوم الحماية الاجتماعية في معناه الواسع، باعتباره مجموعة من التدابير، القائمة على التأمين والتضامن، الهادفة إلى تحقيق الضمان الاجتماعي وتقديم المساعدة، ارتكازاً على المساهمات أو دون الارتكاز عليه، من أجل ضمان القدرة على توفير الرعاية والدخل لجميع الأشخاص وعلى مدى جميع مراحل حياتهم.

نطاق الإحالة الذاتية

يقدم التقرير لمحة عامة عن الإطار المعياري والمفاهيمي للحماية الاجتماعية، مع التذكير على وجه الخصوص بأن الحماية الاجتماعية هي حق أساسي من حقوق الإنسان. كما يسلط الضوء على النقاش الدائر على الصعيد الدولي بشأن مفهوم الدخل الأساسي الشامل، بغية توضيح معالمه وتقييم إمكانية تطبيقه في المغرب. ويلقي التقرير الضوء على الصعوبات الهيكلية التي يواجهها تمويل وتطوير الضمان الاجتماعي في القطاع الخاص اعتباراً لبنية النسيج الإنتاجي المغربي التي تهيمن عليها المقاولات الصغرى والصغيرة جداً، وبالنظر إلى المرونة الكبيرة التي يتسم بها سوق الشغل.

أما الجزء الثاني من التقرير، فيستعرض مختلف أنماط الحماية القائمة الخاصة بكل مرحلة من مراحل دورة حياة الساكنة المعنية، حيث يسائل الحماية الاجتماعية للأطفال، والأشخاص في سن العمل (البطالة)، والأشخاص المسنين، والأشخاص في وضعية إعاقة، فضلاً عن تغطية المخاطر المتعلقة بالمرض (الرعاية الصحية) وبعوادم الشغل والأمراض المهنية. ويبين هذا الجزء كيف أن منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب، تبدو، رغم كونها منظومة حديثة العهد، مثقلة بتراكمات الماضي، حيث تضم تشكيلة واسعة من الأنظمة غير المترابطة والمجزأة والممولة أساساً من

مداخل الشغل لفائدة فئة من أجزاء القطاع الخاص وموظفي وأعاون الدولة والجماعات المحلية، بينما تظل غالبية السكان النشيطين، إلى اليوم، دون أي حماية اجتماعية. ويساهم هذا الطابع المتجزئ لأنظمة الضمان الاجتماعي، إلى جانب العبء الذي يشكله القطاع غير المنظم، جعل عملية إصلاح مجال الحماية الاجتماعية أمراً معقداً وضرورياً في الآن ذاته، من أجل توسيع نطاقه وتطويره بما يتجاوز ارتكازه حالياً على أنظمة يتم تمويلها فقط من مداخل الشغل. إن ما ينبغي تحسينه على وجه التحديد هو تدبير منظومة الحماية الاجتماعية، من خلال تبني رؤية واضحة وطويلة المدى، ووضع معايير تقنية مضبوطة، وتملك القدرة على اتخاذ التدابير والقرارات السياسية المرتكزة على أولويات إستراتيجية محددة. كما تحيل عملية إصلاح مجال الحماية الاجتماعية على الأهمية القصوى التي يكتسيها موضوع حكامه المؤسسات المشرفة على تدبير الحماية الاجتماعية، في ما يتعلق بالديمقراطية والاستقلالية والفعالية على مستوى هيئاتها المكلفة بالتوجيه والرقابة.

ويستحضر هذا التقرير في جميع أجزائه مقصداً منهجياً يتمثل في تقييم منظومة الحماية الاجتماعية بوصفها مكوناً من مكونات السياسات العمومية الرامية إلى إعمال حق أساسي من حقوق الإنسان، ومن ثم المساهمة في توطيد أو اصر التماسك الاجتماعي والدفع بعجلة التنمية الاقتصادية للبلاد. وقد حُدِّدَ للتقرير نطاقٌ لا يشمل الإشكاليات المتعلقة بما يلي:

- آليات إعادة توزيع التعويضات أو دعم أسعار المواد الأساسية (غاز البوتان والسكر،...);
- برامج التدخل ومحاربة الفقر، من قبيل المبادرة الوطنية للتنمية البشرية.

كما أن التقرير لا يتناول المحددات المعيارية والتقنية المتعلقة بالتوازنات والدراسات الاكتوارية الخاصة بأنظمة الحماية الاجتماعية القائمة.

ويسمى هذا التقرير إلى المساهمة في توضيح المفاهيم المرتبطة بمجال الحماية الاجتماعية وإثارة الانتباه إلى أهمية الفجوات القائمة بين مستوى العرض الذي تقدمه أنظمة الحماية الاجتماعية الحالية وحاجيات الساكنة وحقوقها في مجال الضمان الاجتماعي.

ويرصد التقرير التدابير ذات الأولوية التي يمكن من خلالها للمغرب، على غرار غيره من البلدان ذات الدخل المتوسط، أن يجعل من الحماية الاجتماعية رافعةً لتحقيق الإدماج الاجتماعي والتماسك والتضامن بين مختلف الفئات الاجتماعية والمهنية وبين مختلف الأجيال، ورافعةً للدفع بعجلة النمو الاقتصادي.

منهجية إعداد التقرير

تم إعداد هذا التقرير وفقاً لمساطر عمل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي. وقد أعدته اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن، ارتكازاً على مقاربة تشاركية اعتمدت على الخبرات التي راكمها أعضاء اللجنة وعلى خلاصات جلسات الإنصات التي جرى عقدها مع الفاعلين الحكوميين وغير الحكوميين المعنيين. وقد عقد المجلس في هذا الصدد 17 جلسة إنصات (انظر القائمة في الملحق)، وورشة عمل دولية بشأن الحماية الاجتماعية، عُقدت بالتعاون

مع منظمة العمل الدولية ومؤسسة فريدريش إيبيرت (Friedrich Ebert) في 29 نونبر 2017. وعرض هذا التقرير على أنظار الجمعية العامة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي لمناقشته، خلال الدورة 84، المنعقدة بتاريخ 29 مارس 2018.

مجالات التغطية الاجتماعية في المغرب: النطاق وأوجه القصور

تقوم الأنظمة الإجبارية للضمان الاجتماعي اليوم بوظيفة هامة في مجال تغطية المخاطر ومنح تحويلات مالية، في شكل تعويضات عائلية وتعويض الدخل عن طريق منح تعويضات يومية عن المرض والأمومة، ومن خلال معاشات الشيخوخة (التقاعد) والعجز (الزمانة) والمتوفى عنهم لفائدة أجراء القطاع الخاص وموظفي وأعاون الدولة. كما تستفيد هذه الفئات وذوو حقوقهم، وكذا المعوزون، منذ سنة 2002، (دخل حيز التنفيذ على التوالي في 2005 و2007) من نظام للتأمين الأساسي عن المرض يضمن لهم التكفل بجزء من مصاريف العلاجات الطبية والاستشفاء والأدوية.

غير أنه هذه الأنظمة تتنظم في إطار منظومة الحماية الاجتماعية تتسم بطابعها المتجزئ والمحدود وغير المتكافئ والهش. وفي هذا الصدد، تغطي أنظمة التقاعد المغربية حالياً ما يزيد قليلاً عن 40 في المائة من السكان النشيطين المشتغلين¹. ويغطي نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض النسبة نفسها تقريباً، حيث يبلغ عدد الأشخاص المشمولين به ما يزيد قليلاً عن 8,5 مليون شخص. وهكذا، فإن حوالي 60 في المائة من السكان النشيطين محرومون من الحماية الاجتماعية. وتشكل هذه الفئات المعنية قوى فاعلة ينبغي أن يمكنها نظام متين للحماية الاجتماعية من قاعدة أساسية للضمان الاجتماعي الكفيل بانبثاق طبقة متوسطة متضامنة وواثقة في مستقبلها ومبادرة. ويتعلق الأمر هنا بأشخاص يزاولون مهناً حرة أو بأشخاص مستقلين، ومسيري المقاولات الذين ليست لهم صفة الأجراء، والعاملين في القطاع غير المنظم، لا سيما في الفلاحة والصناعة التقليدية والتعاونيات الصغيرة، والأشخاص الذين يوجدون في وضعية انعدام الأمن الاجتماعي بسبب الحوادث أو حالات الفصل عن العمل أو انحلال ميثاق الزواج أو وفاة الزوج أو الزوجة أو التوقف عن النشاط قبل مراكمة حقوق الاستفادة من المعاش. ومن المهم أيضاً إرساء فروع جديدة للضمان الاجتماعي تتضمن خدمات جديدة لتمكين الأفراد من مواجهة مخاطر كبرى غير مشمولة بالضمان الاجتماعي بشكل كافٍ أو غير مشمولة به إطلاقاً: حوادث الشغل والأمراض المهنية، وفقدان الشغل والبطالة، والأطفال والمسنون بدون دخل، ووضعية الإعاقة. إن وضعية المغرب في ما يتعلق بهذه المخاطر مثيرة للقلق. ففي غياب تغطية هذه المخاطر، لا تملك المملكة حتى اليوم أرضية للحماية الاجتماعية تتسجم مع مبادئ الشمولية والتحسين المستمر لمستوى الخدمات الاجتماعية، التي يدعو إليها المجتمع الدولي اليوم.

إن الفجوة التي يعرفها المغرب في مجال الحماية الاجتماعية ليست قدرأً محتوماً. فهي نتاج تضافر إكراهات متعددة، تتمثل على وجه الخصوص في غياب رؤية سياسية مشتركة، وغياب استراتيجيات رسمية ونظام محاسبي مندمج ونظام موحد للمعلومات وللمحاسبة في ما يتعلق بالأداء في مجال التغطية الاجتماعية؛ وتعدد المصالح التقنية الوصية وهيئات الرقابة، وضعف مستوى التنسيق بينها (رئاسة الحكومة، ووزارات المالية والتشغيل والشؤون الاجتماعية والأسرة والتضامن، والمجلس الأعلى للحسابات، وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي وغيرها)؛ والطابع المتقطع للحوار

1 - يوسع القانون رقم 99.15، الصادر في دجنبر 2017، نطاق هذه الحماية لتشمل فئة غير الأجراء، بيد أن الكيفيات والأجال المتعلقة بتنفيذ هذا القانون لم تحدد بعد.

الاجتماعي الثلاثي الأطراف وضعف تتبع القرارات المتمخضة عنه بشأن الحماية الاجتماعية، فضلاً عن ضعف إشراك الشركاء الاجتماعيين في هيئات الحكامة والإشراف والرقابة المعنية بالضمان الاجتماعي؛ وعدم إعمال التوصيات الصادرة عن هيئات المراقبة، كالمجلس الأعلى للحسابات أو التوصيات الواردة في الدراسات التي تتجزها مؤسسات من قبيل مكتب العمل الدولي. كما تعزى الإكراهات في هذا المجال أيضاً إلى الطبيعة المجزأة لأنظمة الحماية الاجتماعية، حيث تضم تشكيلةً من الهيئات غير المتضامنة وغير المتكاملة في ما بينها، والمنفصلة عن بعضها البعض، والخاضعة لمعايير تقنية تجعل الإطار العام للحماية الاجتماعية غير منصف بالقدر الكافي، كما أنها تركز على قواعد تدبير وحكامة لا تسمح بإضفاء الطابع الرسمي على عمليات إصلاح مندمجة ولا تنفيذها تنفيذاً ناجحاً. وبالنسبة لساكنة نشيطة تتعدى بقليل 10 ملايين نسمة، توجد في المغرب 5 أنظمة عمومية² للتقاعد، و28 تعاقدية³، وصندوقان لتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض⁴.

وفي سنة 2016، مكنت الأنظمة الإجبارية المغربية للتقاعد والتأمين عن المرض من تحصيل ما مجموعه على التوالي 47,8 مليار درهم و11 مليار درهم. ومن خلال هذا الغلاف المالي الذي يناهز 60 مليار درهم، فإن هذان الفرعان الرئيسيان للضمان الاجتماعي يمثلان أقل من 5 في المائة من الناتج الداخلي الخام، في حين شكلت حصة هذه النفقات (المعاشات والرعاية الصحية) في السنة نفسها حوالي 21 في المائة من الناتج الداخلي الخام في الدول الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي⁵ وحوالي 15 في المائة من الناتج الداخلي الخام في كل من الشيلي وكوريا والمكسيك وتركيا.

وبلغت التوظيفات المالية لأنظمة التقاعد 286,5 مليار درهم، أي ما يمثل أزيد من 25 في المائة من الناتج الداخلي الخام. وتتسم هذه الأرقام بهشاشتها، حيث سيواصل المعامل الديموغرافي بين المساهمين والمتقاعدين الخاضعين لأنظمة التقاعد انخفاضه: سينتقل بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من 9,3 في المائة في سنة 2016 إلى 6,8 في المائة في سنة 2025، ثم إلى 6,0 في المائة في سنة 2030؛ وبالنسبة لنظام المعاشات المدنية التابع للصندوق المغربي للتقاعد، فسينتقل من 2,6 في المائة في سنة 2016 إلى 2,4 في المائة في سنة 2025، على أن يبلغ 1,9 في المائة في سنة 2030؛ أما بخصوص النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد، فستراجع هذه النسبة من 1,4 في المائة في سنة 2016 إلى 1 في المائة في سنة 2025، ثم إلى 0,9 في المائة في سنة 2030؛ وبالنسبة للصندوق المهني المغربي للتقاعد، فستتقل هذه النسبة من 2,8 في المائة في سنة 2016، إلى 1,4 في المائة في سنة 2025، ثم إلى 1,2 في المائة في سنة 2030 على أن تصل إلى أقل من 1 في المائة بعد سنة 2050. وبالنسبة لأنظمة التقاعد، ارتفعت المساهمات المحصلة خلال السنوات الخمس الماضية بوتيرة أقل من المعاشات المؤداة (4,8 في المائة،

2 - الصندوق المغربي للتقاعد، ويضم نظامين خاصين بالموظفين المدنيين والعسكريين؛ والنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد، الخاص بأجراء القطاع شبه العمومي؛ والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بالنسبة لأجراء القطاع الخاص؛ والصندوق المهني المغربي للتقاعد، بوصفه نظاماً اختيارياً تكميلياً لمقاولات القطاع الخاص.

3 - 11 تعاقدية أنشأها موظفو القطاع العام؛ 7 أنشأتها مؤسسات عمومية؛ 10 تعاقدات لأجراء القطاع الخاص والعمال المستقلين؛ واتحاد واحد (الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي) يضم 7 تعاقدات من القطاع العمومي وتعاقدية واحدة من القطاع شبه العمومي.

4 - الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بالنسبة للأجراء وأصحاب المعاشات المنتهين للقطاع العام، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بالنسبة للقطاع الخاص.

5 - قاعدة معطيات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، حول النفقات العمومية (SOCX).

مقابل 10,9 في المائة)، كما سُجل نفس المنحى بالنسبة لفروع التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، حيث ارتفعت الإيرادات بنسبة 8,7 في المائة، وهي زيادة ضعيفة مقارنة بنسبة ارتفاع التعويضات، التي بلغت 13,2 في المائة⁶.

ملخص

يقترح المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي من خلال هذا التقرير جملة من التوصيات الرامية إلى تمكين المغرب من الوفاء بمتطلبات الإطار المرجعي المعيارى العالمي وإعمال المقتضيات الدستورية والتشريعية المتعلقة بالضمان والمساعدة الاجتماعيين. وهذه الوثيقة ليست تقريراً تقنياً يضاف إلى سلسلة التقارير التي تتناول المؤشرات المتعلقة بمختلف الهيئات التي تشكل منها منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب، بل إنه تقرير يسعى إلى مساءلة بنية الحماية الاجتماعية وتجانسها، ليخلص إلى نتيجة رئيسية مفادها أنه ليس هناك مزيد من الوقت لنضيقه: إن المغرب بحاجة إلى إصلاح جذري لمنظومته الخاصة بالضمان والمساعدة الاجتماعيين، بما يكفل له تمكين المواطنين والمواطنات من تغطية لائقة في جميع مراحل حياتهم. وتتبع هذه الحاجة من أربع متطلبات هي أيضاً بمثابة أربع فرص، يمكن للبلاد استثمارها، وهي: احترام حقوق الإنسان الأساسية، والتي يعد الحق في الضمان الاجتماعي جزءاً لا يتجزأ منها؛ وحماية وتعزيز التماسك الاجتماعي، من خلال آليات تضامن قارة ومهيكلية؛ والتقليص من الفوارق، من خلال تحويلات مالية تمكن من تحسين إعادة توزيع الدخل؛ والعمل، ارتكازاً على موارد الضمان الاجتماعي، على تعزيز الادخار الجماعي والاستثمار على المدى الطويل في الأنشطة والقطاعات ذات المنفعة الاجتماعية العالية والتي تؤثر بشكل إيجابي ومستدام على النمو الاقتصادي. ويتطلب هذا الإصلاح تغيير النموذج المعتمد: إن الحماية الاجتماعية لا تتبع من قيم التعاطف والكرم والإحسان، بل إنها حق وديّن لكل فرد على المجتمع، ومن واجب الدولة ضمان إعماله. ولا ينبغي اعتبار محدودية الموارد الاقتصادية عقبة أساسية بل محفزاً إضافياً لتطوير الحماية الاجتماعية بوصفها أداة لتقليص المخاطر الاجتماعية، وعاملاً مساهماً في تعزيز التماسك الاجتماعي، وألية إعادة توزيع الموارد، ورافعة لتحقيق النمو الاقتصادي. ووفقاً لمقارنة تاريخية أجرتها منظمة العمل الدولية⁷ حول إمكانية تطبيق أوضاع الحماية الاجتماعية في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، فإن « كلاً من الهند وجامايكا والمغرب والفلبين والسودان تسجل اليوم مستويات أعلى للنواتج الداخلي الخام للفرد الواحد مقارنة مع فرنسا في سنة 1905، عندما أحدثت الحكومة معاشات الشيخوخة ومعاشات العجز، وإعانات المرض وإعانات النفقة والتعويضات عن البطالة؛ ومستويات أعلى أيضاً من الدنمارك في سنة 1892، عندما اعتمدت معاشات شاملة خاصة بالشيخوخة والعجز، وحوادث الشغل، وإعانات المرض والأمومة». كما أظهرت هذه الدراسة المقارنة أن المغرب، قد يكون بإمكانه، من خلال اقتطاع نسبة 2,4 في المائة من ناتجه الداخلي الخام، توفير تعويضات بنسبة 100 في المائة من عتبة الفقر لفائدة أطفال الأسر المعوزة، و50 في المائة من الحد الأدنى للأجور لفائدة الأشخاص في وضعية فقر البالغين 65 سنة فما فوق، وإعانة عن البطالة بنسبة 70 في المائة من الحد الأدنى للأجور لفائدة شخص واحد لكل أسرة في وضعية هشاشة لمدة 100 يوم في السنة، وإعانة بنسبة 100 في المائة من عتبة الفقر لفائدة جميع الأشخاص ذوي

6 - هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي (ACAPS)، تقرير أنشطة 2016.

7 - منظمة العمل الدولية، «أوضاع الحماية الاجتماعية الشاملة: تقدير التكاليف والقدرة على تحمل التكاليف في 57 دولة منخفضة الدخل»، 2017.

الإعاقات العميقة، وتعويضاً يعادل أربعة أشهر من نسبة 100 في المائة من الحد الأدنى للأجور لفائدة جميع أمهات الأطفال حديثي الولادة⁸. ومن شأن هذا الالتزام أن يمكن المغرب من تحقيق 5 أهداف من بين الأهداف 17 للتنمية المستدامة:

- استحداث نظم وتدابير حماية اجتماعية ملائمة على الصعيد الوطني للجميع ووضع حدود دنيا لها، وتحقيق تغطية صحية واسعة للفقراء والضعفاء بحلول عام 2030 (المقصد 1-3)؛
- تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بما في ذلك الحماية من المخاطر المالية، وإمكانية الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية الجيدة وإمكانية حصول الجميع على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة (المقصد 3-8)؛
- الاعتراف بأعمال الرعاية غير مدفوعة الأجر والعمل المنزلي وتقديرها من خلال توفير الخدمات العامة والبنى التحتية ووضع سياسات الحماية الاجتماعية وتعزيز تقاسم المسؤولية داخل الأسرة المعيشية والعائلة، حسبما يكون ذلك مناسباً على الصعيد الوطني (المقصد 4-5)؛
- تحقيق العمالة الكاملة والمنتجة وتوفير العمل اللائق لجميع النساء والرجال، بمن في ذلك الشباب والأشخاص ذوو الإعاقة، وتكافؤ الأجر لقاء العمل المتكافئ القيمة، بحلول عام 2030 (المقصد 5-8)؛
- اعتماد سياسات، ولا سيما السياسات المالية وسياسات الأجور والحماية الاجتماعية، وتحقيق قدر أكبر من المساواة تدريجياً (المقصد 4-10).

ويعرض هذا التقرير على التوالي للإطار المعياري والمفاهيمي الدولي للحماية الاجتماعية ثم انخراط المغرب في أعمال الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالضمان الاجتماعي. كما يسلط التقرير الضوء على النقاش الدائر حالياً على الصعيد الدولي حول الدخل الأساسي الشامل، وإمكانية تطبيقه في المغرب. ثم يخصص التقرير أجزاءً لكل صنف من المخاطر الاجتماعية ارتكازاً على المنهجية التي جاءت في توصية منظمة العمل الدولية رقم 202 بشأن الأرصيات الوطنية للحماية الاجتماعية، والتي تتناول ضمان الدخل والحصول على الرعاية الصحية لجميع فئات السكان وفي كل مرحلة من مراحل حياتهم: الرعاية الطبية، وحوادث الشغل والأمراض المهنية؛ ومعاشات التقاعد؛ والتغطية الاجتماعية للمسنين؛ والتغطية الاجتماعية عن البطالة؛ والتغطية الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة؛ والتغطية الاجتماعية للأطفال. كما أفرد التقرير جزءاً للموضوع الهام المتعلق بحكامة منظومة الحماية الاجتماعية. ويضم كل جزء من أجزاء التقرير تشخيصاً لواقع الحال ثم جملة من التوصيات ذات الصلة.

الجزء الأول:

الحماية الاجتماعية: المعايير، المفاهيم والرهانات

الإطار المعياري الدولي: من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948)، إلى الأرضية الشاملة للحماية الاجتماعية (2012)، وصولاً إلى أهداف التنمية المستدامة (2015)

لقد أضحت الحماية الاجتماعية اليوم حقاً من حقوق الإنسان الأساسية، بعدما كانت تعتبر على مدى قرون من الزمن، من حيث المفهوم والممارسة، في المغرب وفي غيره من بقاع العالم، عملاً ذا بعد إنساني وشكلاً من أشكال العمل الخيري والإحسان والبر، أو مجموعة من تدابير التعاضد الموجهة لفئة معينة أو الممولة من قبل بعض المشغلين. وبالفعل، فإن هذا الحق مكرس في الاتفاقيات الرئيسية للأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية. كما تدعمه العديد من المبادرات المهمة العابرة للحدود الوطنية، كان آخرها في سنة 2015 من خلال اعتماد أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر. وإذا كان هناك إجماع منذ النصف الثاني من القرن العشرين، حول اعتبار الحماية الاجتماعية حقاً تقع مسؤولية إعماله على عاتق الدول، فإن النقاش لا يزال مستمراً في العديد من البلدان حول هيكلة أنظمتها الخاصة بالحماية الاجتماعية والآثار المترتبة عنها: ما هي الخدمات التي يتعين تقديمها؟ ما هي الفئات المستهدفة؟ ما هي مصادر التمويل؟ ما هو نظام الحماية المعتمد؟ كلها أسئلة تسعى إلى إرساء نقاش ديمقراطي وحوار اجتماعي حول الموضوع. إن الحماية الاجتماعية هي الركيزة الأساسية التي يقوم عليها العقد الاجتماعي وروابط الأخذ والعطاء والتضامن التي لا يمكن للمجتمعات من دونها، أيا كان مستوى تنميتها، أن تضمن تماسكها وازدهارها، وأن تصون كرامة مواطنيها.

كما شكلت الحماية الاجتماعية أيضاً موضوع نقاش دولي انبثقت عنه فكرة الدخل الأساسي المَعْمَم وغير المشروط. وترتكز هذه الفكرة على مبدأ مفاده أنه بما أن الحماية الاجتماعية حق أساسي من حقوق الإنسان، وأن لكل شخص حقوق على المجتمع، فيجب أن يُوفَّر لكل مواطن وسيلة عيش نقدية، وذلك دون أي مقابل. وتطرح هذه الفكرة المُلهمة منذ البداية السؤال البديهي المتعلق بجداولها المالية وانعكاساتها المجتمعية. بيد أن من مزايا هذا النقاش أنه يتيح التفكير من جديد في موقع الحماية الاجتماعية في السياسات العمومية، والمكانة التي تمنحها هذه السياسات للتماسك الاجتماعي، ومدى قدرة هذه السياسات على إرساء مبدأ الإنصاف في إعادة توزيع الثروة، وتوزيع أعباء تمويل الحماية الاجتماعية بين الضرائب، والمداخيل المتأتية من رأس المال ومن الثروة وتلك المستمدة من الشغل. ويتيح استعراض الإطار المعياري والمفاهيمي للحماية الاجتماعية توضيح أبعاد هذا النقاش وإغناؤه، في وقت يشهد فيه النقاش حول النموذج التنموي للمملكة زخماً متنامياً، على إثر التوجيهات السامية لجلالة الملك محمد السادس، نصره الله.

المعايير الأساسية: الضمان الاجتماعي حق من حقوق الإنسان

يعد الحق في الضمان الاجتماعي حقاً من الحقوق المتأصلة في القانون الدولي. وقد تم التأكيد على هذا المبدأ، بينما لم تكن الحرب العالمية الثانية قد وضعت بعد أوزارها، في إعلان فيلادلفيا لسنة 1944 المتعلق بأهداف ومقاصد منظمة العمل الدولية. وفي هذا الصدد، دعا هذا الإعلان الهام، الذي كان يهدف إلى توفير أرضية تستند إليها السياسات الاجتماعية في فترة ما بعد الحرب، إلى «مد نطاق تدابير الضمان الاجتماعي بحيث تكفل دخلاً أساسياً لجميع المحتاجين إلى مثل هذه الحماية وتوفير رعاية طبية شاملة». وقد عُرِفَ الضمان الاجتماعي، وهو التعبير الأكثر استخداماً في الصكوك الدولية الأولى للدلالة على الحماية الاجتماعية، بشكل صريح على أنه حق من حقوق الإنسان بموجب الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948)، ثم العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966)، وصكوك الأمم المتحدة الرئيسية ذات الصلة بحقوق الإنسان.

وفي هذا الصدد، تنص المادة 22 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948) على أن: «لكل شخص، بوصفه عضواً في المجتمع، حق في الضمان الاجتماعي، ومن حقه أن تُوفَّر له، من خلال الجهود القومي والتعاون الدولي، وبما يتفق مع هيكل كل دولة ومواردها، الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي لا غنى عنها لكرامته ولتنامي شخصيته في حرية». وفي أعقاب هذا الإعلان، أكد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (المادتان 9 و10، 1966) ما يلي: « (...) حق كل شخص في الضمان الاجتماعي، بما في ذلك التأمينات الاجتماعية. (...) وجوب توفير حماية خاصة للأمهات خلال فترة معقولة قبل الوضع وبعده. وينبغي منح الأمهات العاملات، أثناء الفترة المذكورة، إجازة مأجورة أو إجازة مصحوبة باستحقاقات ضمان اجتماعي كافية».

وتم التأكيد بشكل منهجي على الحق في الضمان الاجتماعي مع تطور القانون الدولي لحقوق الإنسان، كما هو الحال في الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري (المادة 5)؛ واتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (المادة 11)؛ واتفاقية حقوق الطفل (المادة 26)؛ والاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأفراد أسرهم (المادة 27)؛ واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (المادة 28).

ما هو مضمون الحق في الحماية الاجتماعية؟

تعزيزاً لهذه الاتفاقيات، حرصت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على وضع إطار مفاهيمي للحماية الاجتماعية، حيث اعتمدت في سنة 2007 «التعليق العام رقم 19» الذي يُوَظَر مضمون الحق في الضمان الاجتماعي بالمبادئ الثلاثة التالية:

1. الضمان الاجتماعي هو حق من حقوق الإنسان وضرورة اقتصادية واجتماعية من أجل تحقيق التنمية والتقدم؛
2. إن جوهر الضمان الاجتماعي هو إعادة توزيع الموارد كما أنه يُعزِّز الإدماج الاجتماعي؛
3. تقع مسؤولية أعمال الحق في الضمان الاجتماعي عموماً وفي المقام الأول على عاتق الدولة.

وحسب لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية⁹، فإن الضمان الاجتماعي يعني «الحق في الحصول على الاستحقاقات، نقداً أو عيناً، والحفاظ عليها دون تمييز، لضمان الحماية من أمور تشمل:

1. غياب الدخل المرتبط بالعمل بسبب المرض، أو العجز، أو الأمومة، أو إصابة تحدث في إطار العمل، أو البطالة، أو الشيخوخة، أو وفاة أحد أفراد الأسرة؛
2. ارتفاع تكلفة الوصول إلى الرعاية الصحية؛
3. عدم كفاية الدعم الأسري، خاصةً للأطفال والبالغين المُعالين».

الأرضية الشاملة للحماية الاجتماعية من أجل الأعمال التدريجي للحق في الضمان الاجتماعي

بالإضافة إلى التعريف المعياري للحق في الحماية الاجتماعية، يطرح هذا الحق مسألة كيفيات إعماله. وقد شددت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التابعة للأمم المتحدة في تعليقها العام لسنة 2007 المشار إليه أعلاه على أهمية ارتكاز السلطات العمومية في سياساتها على مبادئ عملٍ ملموسة وقابلة للقياس، ويشمل ذلك على وجه الخصوص:

1. توافر نظام واحد أو أنظمة متعددة تضمن تنفيذ الاستحقاقات المتعلقة بالضمان الاجتماعي؛
2. شمولية المخاطر التي يغطيها الضمان الاجتماعي: الرعاية الصحية، الشيخوخة، البطالة، حوادث الشغل، دعم الأسرة والطفل، الأمومة، العجز، المتوفى عنهم والأيتام؛
3. كفاية الاستحقاقات، نقدية كانت أم عينية، التي يتعين أن تكون كافية في مقدارها ومدتها بحيث يتمكن كل شخص من إعمال حقوقه في حماية الأسرة ودعمها، وفي مستوى معيشي كاف، وفي الوصول إلى الرعاية الصحية على النحو الوارد في المواد 10 و11 و12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966)؛
4. إمكانية الوصول (يجب أن تكون الشروط المؤهلة للاستفادة من الاستحقاقات معقولة ومتناسبة وشفافة، وينبغي تقديمها في الوقت المناسب)؛
5. المشاركة (يجب أن يكون المستفيدون من أنظمة الضمان الاجتماعي قادرين على المشاركة في إدارة نظام الضمان الاجتماعي).

وفي سنة 2015، اعتمدت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية إعلاناً تحت عنوان «أرضيات الحماية الاجتماعية: عنصراً أساسياً من عناصر الحق في الضمان الاجتماعي ومن أهداف التنمية المستدامة». وفي هذا الصدد، شددت اللجنة على أن أرضيات الحماية الاجتماعية، التي حددتها منظمة العمل الدولية في سنة 2012 وأُعيد تأكيدها في أهداف التنمية المستدامة في سنة 2015، تشكل «عنصراً أساسياً للإعمال التدريجي للحق في الضمان الاجتماعي».

ومن أجل ضمان الولوج الفعلي إلى الرعاية الصحية الأساسية والخدمات الأساسية في جميع مراحل العمر، يجب أن تتضمن الأرصديات الوطنية للحماية الاجتماعية الضمانات الأربع التالية كحد أدنى:

1. الحصول على الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك رعاية الأمومة، على أن تكون متوفرة ويسهل الوصول إليها ومقبولة وذات نوعية جيدة؛
2. تأمين الدخل الأساسي للأطفال، على الأقل عند المستوى الأدنى المحدد على الصعيد الوطني، بما يكفل لهم الحصول على التغذية والتعليم والرعاية وجميع السلع والخدمات الضرورية الأخرى؛
3. ضمان الدخل الأساسي، على الأقل عند المستوى الأدنى المحدد وطنياً، للأشخاص في سن الشغل غير القادرين على كسب دخل كافٍ، لا سيما في حالات المرض والبطالة والأمومة والعجز؛
4. ضمان الدخل الأساسي للمسنين، على الأقل عند المستوى الأدنى المحدد على المستوى الوطني.

ما الغاية من الحماية الاجتماعية؟

بالإضافة إلى كون الحماية الاجتماعية حقاً من حقوق الإنسان الأساسية غير المشروطة التي تكفل الكرامة لكل مواطن، فإنها تساهم في تحقيق الأهداف المجتمعية والاقتصادية الكبرى. وهي إلى ذلك أداة مهمة لمنع المخاطر وصون التماسك الاجتماعي. ويعتبر الخضوع لأنظمة الضمان الاجتماعي الإجبارية لتغطية تكاليف وعواقب فقدان مصادر الدخل - في ما يتعلق بالرعاية الصحية أو المرض والبطالة والسن وحوادث الشغل والأمراض المهنية - وسيلة أساسية لتفادي النظرة غير الاستشراكية للأفراد في ما يتصل بتقلبات الحياة والمخاطر التي تتهددهم على المدى الطويل. وفي غياب آليات للضمان الاجتماعي تكون إجبارية وشاملة للجميع ويسهل الوصول إليها وفعالة ومستدامة، فإن تكاليف غياب بُعد النظر لدى الأفراد أو غياب أنظمة الضمان الاجتماعي (قصور السياسات العمومية) تقع بحكم الواقع على كاهل الأقارب والأبناء والمجتمع ككل.

لقد مكَّن الضمان الاجتماعي، كما تم اعتماده في المغرب غداة الاستقلال، في إطار الأنظمة الإجبارية وأنظمة التعاضد الممولة من المساهمات المقطعة من الأجور، من إرساء آليات قيمة للتضامن بين الأجيال وتخفيف الأعباء على المالية العمومية والأسر في ما يخص التكفل بالخدمات التي تقدمها هذه الأنظمة للمؤمن لهم ولذوي حقوقهم. وقد ساهم كل من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS) والصندوق المغربي للتقاعد (CMR) والنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد (RCAR) أو الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS)، مساهمة قيمة في تعزيز هذا التضامن. وفي هذا الصدد، مكنت هذه الهيئات المغرب من إعمال جزء من الحقوق المنصوص عليها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. بيد أن ثمة حاجة إلى اعتماد تدابير وآليات إضافية لفائدة الأشخاص والفئات الذين لا تشملهم أنظمة الضمان الاجتماعي الممولة عن طريق المساهمات المقطعة من مداخيل الشغل (ما يطلق

عليه اسم الأنظمة القائمة على الاشتراكات أو المساهمات): النشيطون في القطاع غير المنظم؛ والمشتغلون في المهن الحرة والصناعة التقليدية؛ والمساعدون العائليون، لاسيما النساء في الوسط القروي؛ والأمهات العازبات؛ والأطفال، وفي مقدمتهم الأطفال المعوزون («أطفال الشوارع»، الأطفال المشتغلون، الأطفال المسجونون)؛ والأشخاص في وضعية إعاقة؛ والمسنون (المادة 10 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)؛ والأشخاص في وضعية فقر وإقصاء اجتماعي (المادة 11 من العهد). وفي هذا الصدد، يشدد العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على ضرورة أن تكفل السياسات العمومية مساريين متكاملين، يقوم أحدهما على تدابير المساعدة الاجتماعية لإعمال الحقوق المنصوص عليها في العهد، بينما يركز الآخر على إنشاء أنظمة للضمان الاجتماعي تكون إجبارية وقائمة على الاشتراكات وتكافئية.

الفروع الأساسية للضمان الاجتماعي

تعتبر اتفاقيات منظمة العمل الدولية الإطار المرجعي الرئيسي للقانون الدولي للضمان الاجتماعي، كما تُعد أرضية تسترشد بها السياسات العمومية لمعظم بلدان العالم. وترتكز هذه الاتفاقيات على حق كل مواطن في الاستفادة بأكبر قدر ممكن من الضمانات في ما يتعلق بالحماية الشخصية والحماية من المخاطر والتعويض، بما يكفل تعزيز التماسك الاجتماعي دعماً للتضامن بين النشيطين وغير النشيطين، وبين الأغنياء والفقراء، وبين أجيال اليوم وأجيال المستقبل. وتشدد منظمة العمل الدولية على أهمية مبادئ الحكامة الديمقراطية كشرط لضمان فعالية أنظمة الضمان الاجتماعي، التي يجب وضعها تحت إشراف السلطات العمومية وتديريها بشكل مشترك من قبل أرباب العمل والعمال، الذين تشكل مساهماتهم الحصة الأكبر من مداخل الضمان الاجتماعي.

وفي هذا الإطار، اعتمدت منظمة العمل الدولية بين سنتي 1919 و2012، 31 اتفاقية و24 توصية في مجال الضمان الاجتماعي، أي ما يمثل نحو 20 في المائة من الاتفاقيات الدولية المتعلقة بالشغل و10 في المائة من العدد الإجمالي للاتفاقيات المصادق عليها. وتشكل الاتفاقية رقم 102 المتعلقة بالضمان الاجتماعي (المعايير الدنيا) لسنة 1952 والتوصية رقم 202 التي اعتمدت في سنة 2012 بشأن أرضيات الحماية الاجتماعية مرجعين معياريين أساسيين.

الاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي (1952)

اعتمدت الاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية بشأن الضمان الاجتماعي في سنة 1952 ودخلت حيز التنفيذ في سنة 1957. وإلى اليوم (24 فبراير 2018)، لم يقر المغرب بإيداع وثائق المصادقة على الاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية، على الرغم من أنه اعتمد في سنة 2012، القانون رقم 47.12 الموافق بموجبه على هذه الاتفاقية، والذي تم نشره في الجريدة الرسمية عدد 6140 بتاريخ 23 من جمادى الأولى 1434 (04 أبريل 2013).

وتحدد هذه الاتفاقية الحد الأدنى لإعانات الضمان الاجتماعي وشروط منحها، فضلاً عن الفروع التسعة الرئيسية التي يشملها الضمان الاجتماعي، وهي: الرعاية الطبية، وإعانة المرض، وإعانة البطالة، وإعانة الشيخوخة، وإعانة إصابات العمل (حوادث الشغل) أو الأمراض المهنية، والإعانة العائلية، وإعانة الأمومة، وإعانة العجز، وإعانة الورثة (المتوفى عنهم)¹⁰.

10 - انظر في الملحق الحد الأدنى للأهداف المنطوقة بالنسبة لمجموع الفروع التسعة.

ولضمان التكيف مع جميع السياقات الوطنية، أتاحت منظمة العمل الدولية للدول إمكانية التصديق أولاً على ثلاثة على الأقل من فروع الاتفاقية التسعة، ثم المصادقة تدريجياً على الالتزامات الناشئة عن الفروع الأخرى. وتتص الاتفاقية رقم 102 على أن الحد الأدنى من الإعانات يحدد بالرجوع إلى مستوى الأجور في كل بلد، وتترك للدولة السلطة التقديرية لاختيار وسائل إعمال الإعانات المعنية، من خلال أنظمة شاملة للضمان الاجتماعي تركز على اشتراكات تحدد قيمتها وفق الدخل أو على أساس نسبة ثابتة، أو كليهما، أو من خلال أنظمة للمساعدة الاجتماعية. وفي جميع الحالات، تشدد منظمة العمل الدولية على أن أنظمة الضمان الاجتماعي ينبغي أن تخضع لإدارة ثلاثية، وذلك بغية إرساء الحوار الاجتماعي وتعزيزه بين الحكومات وأرباب العمل والعمّال.

وعلاوة على ذلك، يجب أن تظل الدولة مسؤولة عن ضمان إلزامية الخضوع لأنظمة الضمان الاجتماعي، وضمان فعالية الخدمات التي تقدمها، وضمان الاستدامة وخلق التوازن بين نفقات هذه الأنظمة وتمويل خدماتها من خلال اشتراكات التأمين والضرائب أو هما معاً.

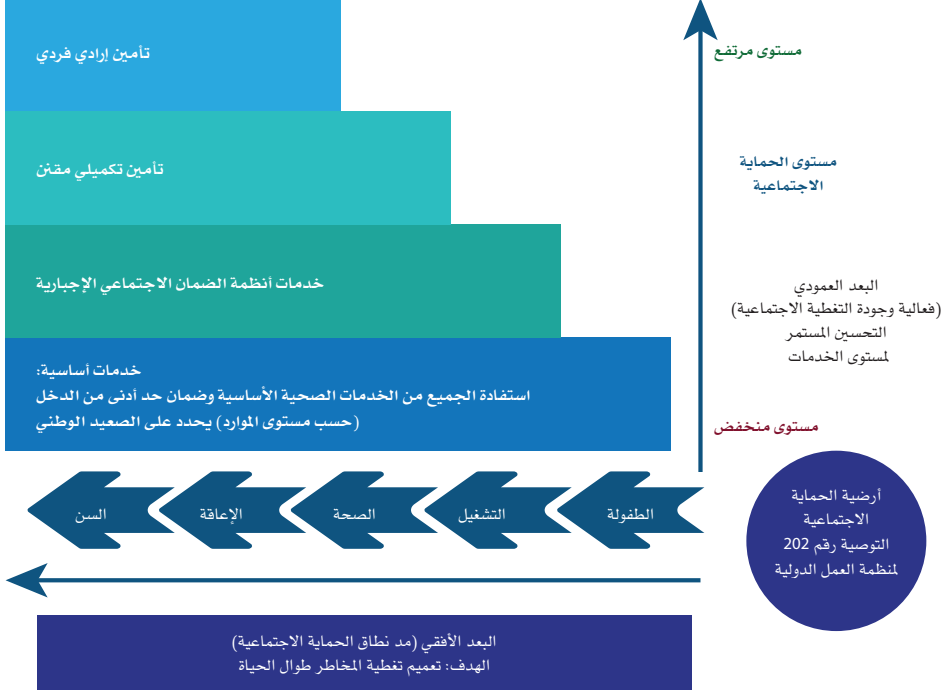
التوصية رقم 202 بشأن أرضيات الحماية الاجتماعية، 2012 (منظمة العمل الدولية)

تقدم التوصية رقم 202 (2012) بشأن أرضيات الحماية الاجتماعية مبادئ توجيهية عامة من أجل توسيع نطاق أنظمة الضمان الاجتماعي وتتميمها، من خلال إقامة أرضيات وطنية للحماية الاجتماعية تكون في متناول جميع المحتاجين. وتدعو هذه التوصية إلى توفير الحماية الاجتماعية للأشخاص غير المحميين والفقراء والفئات الهشة، بمن في ذلك العاملون في القطاع غير المنظم وأسره. ويتمثل الهدف من هذه التوصية في أن يستفيد جميع أفراد المجتمع على الأقل من مستوى أساسي من الضمان الاجتماعي طوال حياتهم.

ويهدف مفهوم أرضية الحماية الاجتماعية إلى تعزيز الاستراتيجيات ذات الصلة وفق نموذج ثنائي الأبعاد:

1. **بعد أفقي** يمد نطاق الضمان الاجتماعي ليشمل الجميع. يقتضي هذا البعد إرساء سياسات عمومية تروم إقامة أنظمة شاملة للضمان الاجتماعي، تكفل ضمانات أساسية تمكن جميع المحتاجين من إمكانية الحصول، كحد أدنى وطوال الحياة، على أمن الدخل الأساسي والرعاية الصحية. وينبغي أن تتيح هذه السياسات الحصول الفعلي على السلع والخدمات الأساسية. وتهدف هذه السياسات، في علاقتها بالسياسات الاقتصادية، إلى تحسين القابلية للتشغيل، والتقليص من مظاهر الهشاشة وتحسين علاقات الشغل، وتشجيع خلق مناصب شغل لاثقة.
2. **بعد عمودي** يُحسّن مستوى الخدمات المقدمة، ويجب أن يركز تعميم الحماية الاجتماعية على قدرة أنظمة الضمان الاجتماعي على التحسين، التدريجي طبعاً، ولكن في أسرع وقت ممكن، لمستويات الدخل المؤمن وللجودة العامة للخدمات.

التوصية رقم 202 (منظمة العمل الدولية)
الشمولية والفعالية والتحسين التدريجي للحماية الاجتماعية



تقليص مظاهر التمييز ضد المرأة في مجال الضمان الاجتماعي ومن خلاله

تتعرض النساء في كثير من الأحيان للتمييز من خلال منحهن أجوراً أقل من تلك التي تمنح للرجال (حتى عند ممارسة العمل نفسه)؛ كما أنهن عرضة بشكل متزايد للعمل غير المنظم أو العرضي أو المؤقت أو بدوام جزئي وفي القطاعات التي لا تغطيها أو لا تغطيها بشكل كامل أنظمة الحماية الاجتماعية (الفلاحة والصناعة التقليدية)؛ والأنشطة غير التسويقية التي لا تترتب عنها حقوق الضمان الاجتماعي (العمل المنزلي وحضانة الأطفال ورعاية الأشخاص المعالين)؛ ووظائف تطبعها فترات انقطاع (الأمومة) ووقف مبكر للنشاط؛ ومظاهر هشاشة دون تغطية اجتماعية مناسبة (المخاطر المتعلقة بالحمل والولادة وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز)؛ وزيادة التعرض للفقر (تمثل النساء 60 في المائة من الفقراء)؛ والعنف الأسري وغيره من أشكال العنف الممارس ضد المرأة التي تزيد من المخاطر على صحة المرأة. وقد أشارت التوصية رقم 202 بشكل صريح موضوع التمييز ضد المرأة في مجال الحماية الاجتماعية، حيث تشدد هذه التوصية على أن غاية أرضيات الحماية الاجتماعية هي «القضاء على الفقر وانعدام المساواة والإقصاء الاجتماعي وانعدام الأمن الاجتماعي والتخفيف من وطأتها وتعزيز تكافؤ الفرص والمساواة بين الجنسين»¹¹.

11 - منظمة العمل الدولية، التوصية رقم 202 بشأن أرضيات الحماية الاجتماعية، 2012.

تقارب الرؤى: منظمة العمل الدولية والبنك الدولي (2015)

بعد أن كان كل من البنك الدولي ومنظمة العمل الدولية يقدمان رؤيتين متباينتين، في غياب حوار متبادل، عن طبيعة الحماية الاجتماعية ووظائفها وأولوياتها، أطلقت الهيئتان حواراً حول هذه الموضوعات، ابتداءً من سنة 2011. وفي هذا الصدد، اعتمدت المؤسستان في 30 يونيو 2015 إعلاناً مشتركاً يسلط الضوء على رؤيتهما بشأن عالم «حيث يمكن لكل شخص بحاجة إلى الحماية الاجتماعية أن يستفيد منها في أي وقت». ويقر البنك الدولي، الذي تتمثل مهمته في الحد من الفقر وتعزيز الرخاء المشترك، ومنظمة العمل الدولية، التي تتمثل غايتها في تعزيز العمل اللائق، بأن تعميم الحماية الاجتماعية من شأنه تيسير المهام المنوطة بالمؤسستين. ويستعرض هذا الإعلان المشترك مساهمات الحماية الاجتماعية، وهي: منع الفقر والحد منه؛ والمساهمة في الاندماج الاجتماعي وفي صون كرامة الفئات الهشة؛ والمساهمة في النمو الاقتصادي من خلال زيادة المداخيل التي ترفع من حجم الاستهلاك والادخار والاستثمار بالنسبة للأسر وتزيد من حجم الطلب المحلي على المستوى الماكرو اقتصادي؛ والتنمية البشرية من خلال التحويلات النقدية التي تيسر الوصول إلى الغذاء والتعليم، ومن ثم تحسين الأوضاع الصحية ورفع معدلات التمدد وخفض معدلات الهدر المدرسي وتراجع ظاهرة تشغيل الأطفال؛ وشمول الرأسمال البشري والفئات النشيطة المنتجة، من خلال تحسين الإنتاجية والقدرة على الشغل؛ وحماية الأفراد وأسره من عواقب الأزمات الناجمة عن الأوبئة أو الكوارث الطبيعية أو فترات الركود الاقتصادي.

التزام البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط

إلى حدود اليوم، يتوفر ما يقرب من 30 بلداً من البلدان ذات الدخل المنخفض أو المتوسط على أنظمة حماية اجتماعية معممة أو شبه معممة. واتخذ أزيد من 100 بلد تدابير لتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية لتشمل فئات من السكان كانت مقصية منها والتعجيل بفتح المجال أمام هذه الفئات للاستفادة من خدمات الضمان الاجتماعي. ويعد فرع معاشات الشيخوخة الفرع الأكثر تقدماً على مستوى الحماية الاجتماعية الشاملة. وفي بعض البلدان، تحتل المعاشات الخاصة بالأطفال موقع الريادة على صعيد الحماية الاجتماعية المعممة.

وتم إقرار مبدأ تعميم الحماية الاجتماعية في أهداف التنمية المستدامة (2015)، وفي إعلانات ذات صبغة دولية صادرة عن الاتحاد الإفريقي ورابطة دول جنوب شرق آسيا (ASEAN)، والمفوضية الأوروبية، ومجموعة العشرين، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (OCDE)، والأمم المتحدة.

وغالبا ما يتم إعمال مبدأ تعميم الحماية الاجتماعية من خلال الجمع بين الأنظمة القائمة على الاشتراكات وغير القائمة عليها. وفي هذا الصدد، اختارت جمهورية الصين الشعبية نظام معاشات شبه معمم يكمل نظام الضمان الاجتماعي بمعاشات اجتماعية في المناطق القروية. أما بوليفيا، فتخصص خدمات معمممة لجميع المسنين يتم تمويلها من خلال الضرائب. كما أن بعض البلدان تتجه نحو الاعتماد التدريجي للتغطية المعممة، بينما اختار البعض الآخر إعمالها الفوري.

أي دور للمقاولات؟

تضطلع المقاولات بدور حاسم في فعلية واستدامة أنظمة الضمان الاجتماعي. وتساهم هذه المقاولات من خلال دفع مساهمات الضمان الاجتماعي الخاصة بها، في توازن واستمرارية أنظمة الضمان الاجتماعي، مما يؤكد أهمية التسديد الفعلي والكامل وفي الوقت المناسب وبشكل منتظم لمساهماتها والضرائب المستحقة عليها (التي يوجّه جزء منها نحو المساعدة الاجتماعية). ويوصي الإعلان الثلاثي للمبادئ المتعلقة بالشركات المتعددة الجنسيات والسياسة الاجتماعية الصادر عن منظمة العمل الدولية (الذي تمت مراجعته في مارس 2017) بأن تقوم المقاولات «بتكميل أنظمة الضمان الاجتماعي العمومية والمساعدة على تطويرها، بما في ذلك من خلال البرامج التي تضعها المقاولات نفسها كأرباب عمل».

وتتوفر العديد من المقاولات، من القطاعين الخاص والعام، المتعددة الجنسيات أو العاملة في بلد واحد، بالإضافة إلى الأنظمة الوطنية الإجبارية للحماية الاجتماعية على آليات تكملية للضمان الاجتماعي (تأمينات تكملية لمعاشات التقاعد، والرعاية الصحية، ومساعدة الأشخاص في وضعية إعاقة أو الذين يعانون من أمراض مزمنة؛ ومساعدة موظفيها الذين يساعدون أفراد أسرهم من ذوي الإعاقة أو من المصابين بأمراض مزمنة، والإعانات المباشرة في الحالات الطارئة، وما إلى ذلك). كما تُدرج العديد من الشركات الإطار المرجعي الخاص بالحماية الاجتماعية لموظفيها، بمن فيهم المتقاعدون، في الحوار الاجتماعي والمفاوضات الجماعية مع شركائها الاجتماعيين. وعلاوة على ذلك، تُعَمِّد بعض المقاولات، بشكل فردي أو في إطار شبكات جهوية، إلى إنشاء مرافق خاصة أو تعاقدية (مراكز صحية على سبيل المثال، أو تعاقدية)، في إطار المساهمة في توسيع فرص الحصول على الخدمات الصحية وتطوير المنظومة الصحية الوطنية.

ويمكن للمقاولات أيضاً، في إطار النهوض بمسؤوليتها الاجتماعية، الالتزام بإدارة مسؤولة لسلاسل التموين الخاصة بها والتأكد من أن فروعها وممونيها ومناوليها يمثلون للتشريعات الخاصة بالحماية الاجتماعية (التصريح في نظام الضمان الاجتماعي ودفع الاشتراكات الخاصة به، والتأمين عن حوادث الشغل والأمراض المهنية، والتأمين عن المسؤولية المدنية، ووجود وفعالية طب الشغل).

وفي مجال الحكامة، تضطلع المقاولات بدور بالغ الأهمية من خلال مشاركتها في هيئات التوجيه والإشراف التابعة لمنظمات الضمان الاجتماعي عبر المنظمات التي تمثلها، وكذلك من خلال مشاركتها في الحوار الاجتماعي الوطني بشأن الحماية الاجتماعية.

انخراط المغرب في القانون الدولي الخاص بالضمان الاجتماعي

الالتزام محدود بالمعايير الدولية

بعد أن كان المغرب يعتبر غداة حصوله على الاستقلال رائداً إقليمياً على الصعيدين الإفريقي والعربي في مجال تطوير الإطار التشريعي والتنظيمي الخاص بالحماية الاجتماعية، أصبح واحداً من أقل البلدان مصادقة على اتفاقيات منظمة العمل الدولية المتعلقة بالضمان الاجتماعي. وكما سبقت الإشارة إلى ذلك، فإن المغرب لم يقم بإيداع وثائق المصادقة على الاتفاقية رقم 102 (1952)، على الرغم من أنه اعتمد في سنة 2012، القانون رقم 47.12 الموافق بموجبه على هذه الاتفاقية، والذي تم نشره في الجريدة الرسمية عدد 6140 بتاريخ 23 من جمادى الأولى 1434 (04 أبريل 2013).

وإلى حدود اليوم (24 فبراير 2018)، صادق المغرب على 62 اتفاقية لمنظمة العمل الدولية (بما في ذلك 51 اتفاقية تقنية من أصل ما مجموعه 177 اتفاقية معيارية). ومن بين الاتفاقيات الـ 62 التي صادقت عليها المملكة، هناك 48 اتفاقية سارية المفعول، وتم الاعتراض على 11 اتفاقية وإلغاء 3 صكوك). ولم يصادق المغرب على أيّ اتفاقية في السنوات الخمس الأخيرة (تعود المعاهدات الثلاث التي صادق عليها المغرب إلى سنة 2013، بما في ذلك الاتفاقية رقم 176 (1995) بشأن السلامة والصحة في المناجم، والاتفاقية رقم 188 (2007) بشأن العمل في قطاع صيد الأسماك). وفي المجمل، لم يصادق المغرب حتى الآن على 42 اتفاقية تقنية هامة وبروتوكولات صادرة عن منظمة العمل الدولية، بما في ذلك على وجه الخصوص:

- الاتفاقية رقم 118 (1962) بشأن المساواة في المعاملة في مجال الضمان الاجتماعي؛
- الاتفاقية رقم 121 (1964)، وتم تعديلها في سنة 1980) بشأن إعانات إصابات العمل؛
- الاتفاقية رقم 139 (1974) بشأن السرطان المهني؛
- الاتفاقية رقم 152 (1979) بشأن السلامة والصحة في عمليات المناولة بالموانئ؛
- الاتفاقية رقم 155 (1981) بشأن السلامة والصحة المهنيين؛
- الاتفاقية رقم 159 (1983) بشأن التأهيل المهني والعمالة (المعوقون)؛
- الاتفاقية رقم 170 (1990) بشأن المواد الكيميائية؛
- الاتفاقية رقم 174 (1993) بشأن منع الحوادث الصناعية الكبرى؛
- الاتفاقية رقم 161 (1985) بشأن خدمات الصحة المهنية؛
- الاتفاقية رقم 168 (1988) بشأن النهوض بالعمالة والحماية من البطالة؛
- الاتفاقية رقم 173 (1992) بشأن حماية مستحقات العمال عند إعسار صاحب عملهم.

التقاش الدائر حول الدخل الأساسي الشامل: ما هي إمكانيات تطبيقه في المغرب؟

ناقش مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة فكرة إحداث دخل أساسي شامل في دورته الخامسة والثلاثين المنعقدة في يونيو 2017، في إطار تقديم «تقرير المقرر الخاص المعني بمسألة الفقر المدقع وحقوق الإنسان» الذي حُصص لموضوع الحماية الاجتماعية القائمة على الدخل الأساسي بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان¹². وتثير هذه الفكرة عدة أسئلة مهمة، بدءاً بتكلفتها واستدامتها. إن اعتماد دخل أساسي شامل في بلد نام، حيث أكثر من 70 في المائة من السكان هم دون سن الثلاثين، وحيث يعاني أزيد من 30 في المائة من الشباب البالغين بين 18 و24 سنة من البطالة، يظل فرضية يصعب تحقيقها على أرض الواقع.

12 - الجمعية العامة للأمم المتحدة، مجلس حقوق الإنسان، «تقرير المقرر الخاص المعني بحقوق الإنسان والفقر المدقع»، 22، A/HRC/35/26، مارس 2017.

وخلافاً لأنظمة الضمان الاجتماعي القائمة، فإن الدخل الأساسي الشامل يتسم بما يلي: «بدلاً من أن تكون المدفوعات جزئية، فإنها تضمن حداً أدنى؛ وبدلاً من أن تكون عرضية، تكون منتظمة؛ وبدلاً من أن تكون مستتدة إلى الاحتياجات، تُدفع كقيمة موحدة للجميع؛ وبدلاً من أن تكون في شكل دعم عيني فوضوي، تكون نقدية؛ وبدلاً من أن تُستحق للأسر المحتاجة فقط، يحصل عليها الجميع؛ وبدلاً من أن تقتضي استيفاء اشتراطات مختلفة، تكون بلا شروط؛ وبدلاً من أن تستبعد ميسوري الحال، تكون شاملة للجميع؛ وبدلاً من أن تستند إلى اشتراكات لمدى الحياة، تمول أساساً من الضرائب. وتبشر بساطة التصميم بحد أدنى من البيروقراطية وبانخفاض التكاليف الإدارية».¹³

إن فكرة الدخل الأساسي الشامل ليست وليدة اليوم¹⁴. وهي تستند إلى مبررين اثنين مختلفين؛ إذ يركز أحدهما على مسلمة نهاية العمل مدى الحياة، وتراجع العمل المأجور كمنط غالب من أنماط التشغيل، وتطور المسارات المهنية التي تتناوب فيها فترات وأشكال مختلفة من الأنشطة. ومن هذا المنطلق، ينبغي إعادة النظر في أنظمة الضمان الاجتماعي انسجاماً مع نظرية «نهاية العمل» التي جاء بها جيريمي ريفكين (Jeremy Rifkin) في سنة 1995، حيث ستصبح الروبوتات المنتج الرئيسي للثروة بدلاً من الإنسان، مما يعني في نهاية المطاف دفع أجر افتراضي للآلات يُستخدم كقاعدة لاحتماب واقتطاع الضرائب والاشتراكات الاجتماعية، ما من شأنه أن يوفر تمويلاً لدخل شامل وغير مشروط لفائدة نساء ورجال يوجدون في وضعية بطالة سواء بشكل إرادي أو اختياري. أما المبرر الآخر، والذي يدعمه المفكرون الليبراليون من أمثال هايك (Hayek) أو ميلتون فريدمان (Milton Friedman)، فيشدد على فكرة الحد الأدنى من الدخل الممول من الضريبة السلبية. وبدلاً من الرأي غير المثبت القائل بنهاية العمل المأجور، يرى الاقتصاديون الليبراليون ضرورة اتخاذ تدابير للحد من وطأة الفقر ويوصون بدفع مبلغ معين دون قيد أو شرط لكل فرد، مع الحرص على منح كل فرد حرية تحمل اختياراته الشخصية داخل مجتمع حر واقتصاد للسوق. ولتمويل هذا النوع من الأنظمة، يدعو مؤيدوه إلى فرض ضرائب على دخل كل شخص من خلال ضريبة سلبية على الأفراد الذين يكسبون أقل من حد أدنى يتم تحديده. وقد تنامت مقترحات إرساء دخل أساسي في الولايات المتحدة خلال الستينيات. ويرتكز هذا المفهوم الآن على أربعة نماذج:

1. دخل أساسي على شكل منحة، انطلاقاً من أرباح محصلة من استغلال موارد طبيعية، وتوزع هذه العوائد بشكل مباشر على المواطنين سنوياً.
2. دخل أساسي محدود، يقتصر على مجموعة بعينها من المستفيدين.
3. دخل أساسي تكميلي، ينطوي على استحداث دخل أساسي متواضع لتكميل المبالغ المحصلة من أنظمة الضمان الاجتماعي القائمة.
4. دخل أساسي كامل، يقدم نقداً لكل فرد بشكل منتظم وغير مشروط. ولم يطبق هذا النموذج بعد في أي مكان.

وتبقى قضية الاستدامة المالية نقطة الضعف في مفهوم الدخل الأساسي. وفي هذا الصدد، أحال المقرر الخاص المعني بالفقر المدقع وحقوق الإنسان في تقريره في مارس 2017 على دراسة توصي بدفع مبلغ لكل مواطن يعادل 25 في المائة من الناتج الداخلي الخام لكل فرد، وهي نسبة

13 - المصدر نفسه، الصفحة 1.

14 - أوردها غاسبار كوينينغ (Gaspard Koenig) في كتاب «A propos du revenu universel» les Notes de l'Institut Didero، الصفحة 12، يونيو 2017، باريس.

«من التواضع بحيث يمكن تحمّل استمرارها، ومن السخاء بحيث يعتبر من المنطقي أنها ستؤثر تأثيراً كبيراً»¹⁵. ويقدر هذا المبلغ بـ 1 163 دولاراً شهرياً في الولايات المتحدة، و1 670 دولاراً شهرياً في سويسرا، و9,50 دولارات في الشهر في جمهورية الكونغو الديمقراطية، وذلك وفق معطيات سنة 2015. وفي المغرب، واعتباراً لنتاج داخلي خام قدره 1000 مليار درهم في السنة، سيمثل هذا الدخل غلظاً مالياً سنوياً بقيمة 250 مليار درهم، أي ما يعادل مبلغ 630 درهماً شهرياً لفائدة 33 مليون نسمة. وسيقتضي هذا النظام زيادة كبيرة في معدلات الضرائب من أجل الاستمرار، في كل الأحوال، في تمويل النفقات العمومية الأخرى (المهام السيادية للدولة والتعليم والصحة والبنيات التحتية...).

واعتباراً لعدم إمكانية تطبيق فكرة الدخل الأساسي الشامل، فإنه يتعين إعادة تأطيرها وفق منظور أوسع من احتياجات الأفراد كأفراد: فالفقر يهّم أيضاً أسراً فقيرة تخول لها وضعيتها الاستفادة من دخل أساسي. كما ينبغي ربط هذا الدخل أيضاً بالإشكاليات البنوية المتعلقة بالحماية الاجتماعية، كالولوج إلى الخدمات الأساسية (الماء، التطهير، السكن، النقل، البنيات التحتية)، والولوج إلى الخدمات الاجتماعية للتعليم والصحة، وخدمات التشغيل. ويجب أن تأخذ هذه الآلية أيضاً في الحسبان الانعكاسات السلبية على تحفيز النشاط. ويبقى السؤال الرئيسي المطروح هو عما إذا كانت الغاية من الدخل الأساسي الشامل هي تعويض أنظمة الضمان الاجتماعي القائمة أو تكميلها: ففي الحالة الأولى، سينطوي هذا الدخل على مخاطر واضحة تتمثل في التراجع الاجتماعي للأفراد والمجموعات التي تمتلك حقوقاً مكتسبة في مجال الحماية الاجتماعية؛ أما في الحالة الثانية، فإن التمويل الإضافي لهذا الدخل، الذي يتسم بصعوبة تعبئته، يمكن أن يؤدي إلى تفاقم الفوارق بين المستفيدين من أنظمة الحماية الاجتماعية.

وبالنسبة للمغرب، لا يبدو مثل هذا الخيار في الوقت الراهن أمراً قابلاً للتطبيق. ولذلك، من الأنسب التوجه نحو اعتماد دخل أساسي لفائدة الفئات الهشة، وفق الوسائل المتاحة، لاسيما لفائدة الأطفال، والأشخاص في وضعية إعاقة، والأشخاص غير المشمولين بتغطية صحية، والمسنين الذين لا يستفيدون من معاش للتقاعد.

المؤشرات الرئيسية والدراسة الدولية المقارنة

يشير التقرير العالمي للحماية الاجتماعية 2017/2019، الذي أصدرته مؤخراً منظمة العمل الدولية تحت عنوان «حماية اجتماعية شاملة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة»، إلى أن حق الإنسان في الضمان الاجتماعي لم يصبح بعد حقيقة واقعة بالنسبة للغالبية العظمى من سكان العالم؛ حيث إن 45 في المائة فقط من سكان العالم يتلقون فعلياً إعانة اجتماعية واحدة على الأقل، بينما لا تزال نسبة 55 في المائة المتبقية (4 مليارات شخص) دون حماية.

ويظهر هذا التقرير أيضاً أن 29 في المائة فقط من سكان العالم يحصلون على ضمان اجتماعي شامل يتضمن طائفة كاملة من الإعانات، بدءاً من الإعانات الأسرية وصولاً إلى إعانات الشيخوخة، في حين أن 71 في المائة من السكان، أي 5,2 مليار نسمة، إما غير مشمولين أو مشمولين جزئياً.

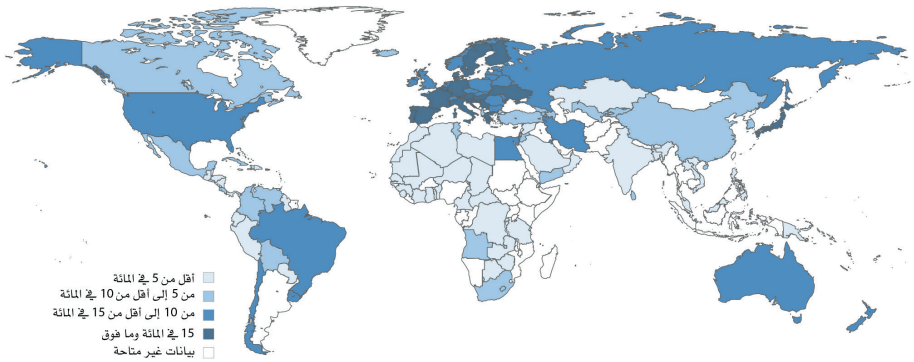
15 - الجمعية العامة للأمم المتحدة، مجلس حقوق الإنسان، «تقرير المقرر الخاص المعني بحقوق الإنسان والفقر المدقع»، 22، A/HRC/35/26، مارس 2017.

وترتبط هذه الثغرات في التغطية بنقص ملحوظ في الاستثمار في مجال الحماية الاجتماعية، لاسيما في إفريقيا وآسيا والدول العربية.

والحال، كما يؤكد هذا التقرير «أن الافتقار إلى الحماية الاجتماعية يترك الناس عرضة للفقر وعدم المساواة والأقصاء الاجتماعي طيلة حياتهم، كما يشكل عقبة كآداء أمام التنمية الاقتصادية والاجتماعية».

ووفقاً لخريطة وردت في هذا التقرير¹⁶، حول بنية الإنفاق العمومي على الحماية الاجتماعية، باستثناء الصحة، (بالنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام)، جاء المغرب ضمن البلدان الأقل استثماراً في هذا المجال، حيث يمثل حجم الإنفاق العمومي على الحماية الاجتماعية أقل من 5 في المائة من ناتجه الداخلي الخام (انظر الخريطة أدناه).

الإنفاق العمومي على الحماية الاجتماعية، باستثناء الصحة (النسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام)



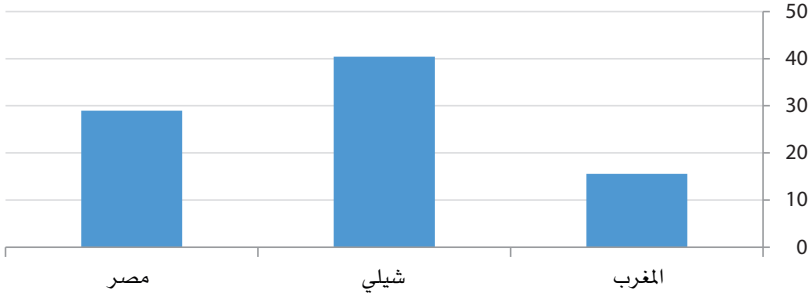
المصدر : مكتب العمل الدولي، قاعدة بيانات حول الحماية الاجتماعية في العالم

وقد أكدت دراسة دولية مقارنة أجرتها لجنة الشؤون الاجتماعية والتضامن انطلاقاً من معطيات منظمة العمل الدولية حول المغرب والشيلي ومصر (معطيات برسم سنة 2012) التأخر الذي يسجله المغرب في هذا المجال.

ويؤكد العدد المحدود من المساهمين النشيطين في نظام معاشات الشيخوخة مقارنة بعدد السكان الذين هم في سن الشغل أن تكاليف رعاية المسنين لا تتحملها أنظمة التعاضد بشكل كاف ويتحملها الأبناء والأقارب بالدرجة الأولى. وفي هذا الصدد، لم يكن 85 في المائة من السكان الذين هم في سن الشغل يساهمون في أي نظام لمعاشات التقاعد في سنة 2012، مقابل 60 في المائة في الشيلي و72 في المائة في مصر.

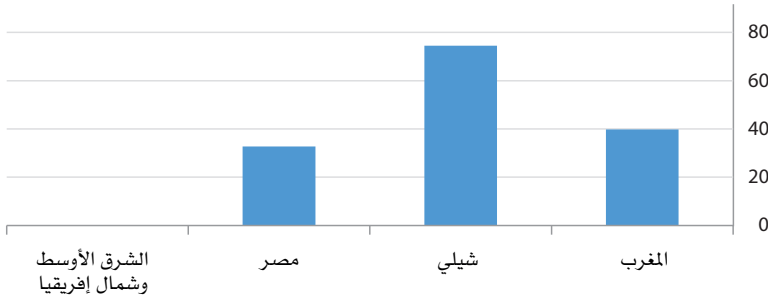
16 - «التقرير العالمي للحماية الاجتماعية 2017-2019: حماية اجتماعية شاملة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة»، منظمة العمل الدولية.

المساهمون النشيطون في نظام معاشات الشيخوخة القائم على الاشتراكات بالنسبة المئوية
من السكان الذين هم في سن الشغل



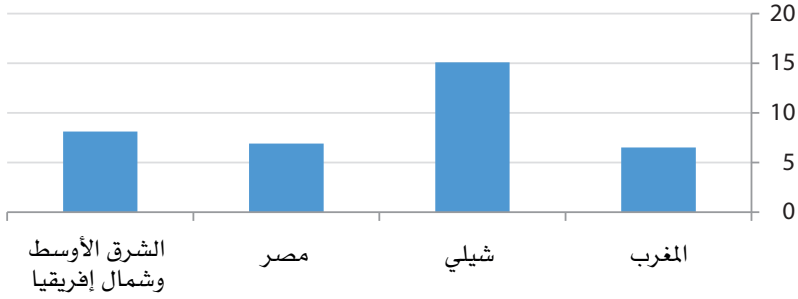
وفي مجال الحماية الاجتماعية للشيخوخة، لا يحصل 60 في المائة من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة على معاش الشيخوخة. ويؤكد تقرير أنشطة هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي لسنة 2016 أن منظومة التقاعد المغربي تتسم بمعدل تغطية منخفض يقدر بـ 40,9 في المائة من السكان النشطين، أي حوالي 4,4 مليون شخص من أصل 10,6 مليون شخص، وذلك في سنة 2016. وفي الشيلي، كان 74,5 في المائة من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاماً يستفيدون من معاش الشيخوخة في سنة 2012.

التغطية الخاصة بالشيخوخة: المستفيدون من معاش الشيخوخة
(آخر سنة تتوفر معطياتها)



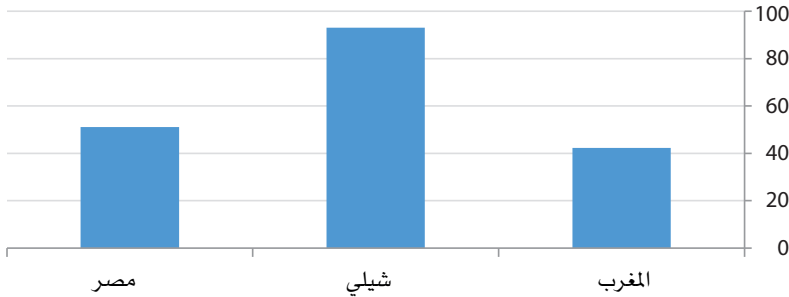
وبالإضافة إلى ذلك، ووفقاً لمعطيات منظمة الصحة العالمية، فإن المغرب خصص في سنة 2011 نسبة 2 في المائة من الثروة التي يتم إنتاجها سنوياً للنفقات العمومية على قطاع الصحة، وهي النسبة نفسها المسجلة في مصر، لكنها أقل من تلك المسجلة في بقية بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (2,83 في المائة). ومقارنة بالنسبة المئوية للنفقات العامة للدولة، فإن هذه الأخيرة تخصص 6 في المائة فقط من نفقاتها العامة للصحة، مقابل 15,1 في المائة في شيلي و8,12 في المائة في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.

النفقات العمومية على قطاع الصحة بالنسبة المئوية من النفقات العمومية للدولة (منظمة الصحة العالمية)



بلغ إجمالي النفقات على قطاع الصحة (النفقات العمومية والخاصة) كنسبة مئوية من الناتج الداخلي الخام في سنة 2011، 6 في المائة في المغرب مقابل 7,5 في المائة في الشيلي و4,9 في المائة في مصر و4,94 في المائة في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا. وبلغت نسبة السكان المستفيدين من التغطية الصحية بالنسبة المئوية من مجموع السكان في سنة 2007، 42,3 في المائة في المغرب، مقابل 93,1 في المائة في الشيلي في سنة 2011 و51,1 في المائة في مصر في سنة 2008. ووصل المغرب في نهاية سنة 2016 إلى تغطية بلغت نسبة 54,6 في المائة من مجموع السكان.

السائكة المستفيدة من حماية اجتماعية في المجال الصحي بالنسبة المئوية من مجموع السكان

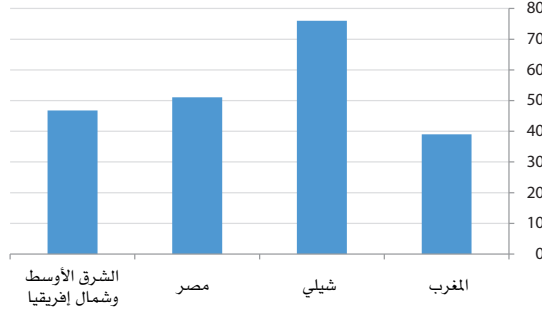


ويخصوص المخاطر المتعلقة بالأومومة، يسدد المغرب، مثله مثل الشيلي ومصر، 100 في المائة من الأجر في الفترة المشمولة بالتغطية لفائدة النساء العاملات.

ومن ناحية أخرى، يسجل المغرب أدنى معدل من حيث نسبة السكان النشطين الذين يستفيدون من تغطية قانونية لحوادث الشغل. وقدرت منظمة العمل الدولية هذا المعدل في سنة 2012، في 76 في المائة في الشيلي، و51,1 في المائة في مصر و46,75 في المائة في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، و39 في المائة بالنسبة للمغرب. ومن الواضح أن هذا الرقم الأخير يتجاوز المعدل الحقيقي، علماً أن نسبة السائكة التي تتوفر على تغطية اجتماعية في المغرب لا تتجاوز 40 في المائة، وأن جزءاً كبيراً من الأشخاص المؤمن لهم المصرح بهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لا يستفيدون من تغطية عن حوادث الشغل ولا عن الأمراض المهنية، فضلاً عن غياب تغطية فعلية لمستخدمي الوظيفة العمومية.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن المغرب هو من بين البلدان القليلة التي لا تزال تسند تغطية مخاطر حوادث الشغل لشركات التأمين الخاصة بدلاً من المؤسسات العاملة في مجال الضمان الاجتماعي.

تقديرات التغطية القانونية لحوادث الشغل بالنسبة المئوية من السكان النشيطين



شكلت النفقات العمومية على الحماية الاجتماعية (جميع الخدمات) حوالي 6,57 في المائة من الناتج الداخلي الخام في سنة 2010 في المغرب، مقابل 10,18 في المائة في سنة 2012 في الشيلي و13,21 في المائة في سنة 2011 في مصر. ولم تتغير هذه النسبة بشكل ملحوظ: فبينما يزيد متوسط النفقات على الضمان الاجتماعي (لا سيما الصحة ومعاشات التقاعد) بقليل عن 20 في المائة في دول منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، ويبلغ حوالي 15 في المائة في البلدان الصاعدة، فإن هذه النفقات تمثل نحو 5 في المائة من الناتج الداخلي الخام في المغرب، بغلاف مالي يقدر بالنسبة لهذين الفرعين بـ 60 مليار درهم.

وحسب تقرير¹⁷ صدر مؤخراً عن منظمة العمل الدولية بشأن إمكانات تغطية خدمات أراضيات الحماية الاجتماعية نقداً، قياساً بالموارد المتاحة (الضرائب والمساعدات الإنمائية العمومية)، يُصنّف المغرب من بين البلدان التي تتوفر على إمكانية عالية للتغطية النقدية لأراضيات الحماية الاجتماعية، ولكنه يصنف أيضاً ضمن البلدان التي لديها مستوى منخفض من الإرادة السياسية للاستثمار في القطاع الاجتماعي (انظر الجدولين أدناه). ويتم قياس هذه الإرادة السياسية من خلال حصة نفقات الصحة العمومية والتعليم العمومي من إجمالي النفقات العمومية. ويعتبر المغرب من بين البلدان التي لديها أضعف نسبة في مجال الإرادة السياسية (21,6 في المائة) مقارنة بإثيوبيا التي تسجل أقوى نسبة في هذا المجال (69,6 في المائة).

17 - منظمة العمل الدولية، «أراضيات الحماية الاجتماعية الشاملة: تقدير التكاليف والقدرة على تحمل التكاليف في 57 دولة منخفضة الدخل»، 2017.

توافر الموارد (الضرائب والمساعدات الإنمائية العمومية) TORA
وتكاليف أراضيات الحماية الاجتماعية الشاملة SPF، التقرير القطري

إمكانية ضعيفة		إمكانية عالية	
TORA/SPF	البلد	TORA/SPF	البلد
1.3	ميانمار	3.8	أوغندا
1.6	تيمور الشرقية	4.3	بوليفيا (دولة-متعددة القوميات)
2.0	غينيا-بيساو	4.4	أفغانستان
2.1	السودان	4.5	جمهورية تنزانيا المتحدة
2.2	بنغلاديش	4.7	أرمينيا
2.5	تشاد	4.7	ملاوي
2.7	إثيوبيا	5.0	غانا
2.9	غينيا	5.1	كوت ديفوار
3.0	الكاميرون	5.2	مالي
3.1	غواتيمالا	5.4	نيبال
3.1	هندوراس	5.5	كمبوديا
3.2	النيجر	5.7	موريتانيا
3.2	سيراليون	5.9	هايتي
3.3	مدغشقر	5.9	باكستان
3.4	باراغواي	6.5	بنين
3.4	كينيا	6.6	جورجيا
3.6	نيجيريا	6.7	قيرغيزستان
3.6	السنغال	6.9	مصر
3.8	نيكاراغوا	7.3	غامبيا
2.8	متوسط (إمكانية ضعيفة)	5.5	متوسط (إمكانية متوسطة)
			70.3
			15.8
			متوسط (إمكانية عالية)

المصدر: منظمة العمل الدولية

مؤشر الإرادة لدعم الاستثمارات الاجتماعية: حصة النفقات في مجالي الصحة العمومية والتعليم العمومي
من إجمالي النفقات العمومية (النسبة المئوية)

إرادة عالية للاستثمار في المجال الاجتماعي		إرادة متوسطة للاستثمار في المجال الاجتماعي		إرادة ضعيفة للاستثمار في المجال الاجتماعي	
النسبة المئوية	البلد	النسبة المئوية	البلد	النسبة المئوية	البلد
43.7	بنغلاديش	31.6	بنغلاديش	13.3	تيمور الشرقية
43.9	مدغشقر	33.2	مدغشقر	13.8	جورجيا
44.5	جمهورية تنزانيا المتحدة	34.5	جمهورية تنزانيا المتحدة	14.9	أفغانستان
45.3	الفلبين	37.4	الفلبين	18.3	نيجيريا
45.6	الرأس الأخضر	37.8	الرأس الأخضر	19.7	أرمينيا
47.0	السلفادور	38.6	السلفادور	19.9	باكستان
48.6	سيراليون	38.7	سيراليون	21.4	مصر
49.4	غانا	39.2	غانا	21.6	المغرب
51.0	مالي	39.2	مالي	25.4	كمبوديا
54.3	نيبال	39.4	نيبال	25.6	جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية
55.1	السنغال	41.0	السنغال	27.4	إندونيسيا
56.3	غواتيمالا	41.2	غواتيمالا	28.3	سري لانكا
56.7	الكونغو	41.2	الكونغو	28.8	أوغندا
61.7	هندوراس	41.9	هندوراس	28.9	زامبيا
63.0	موزامبيق	42.8	موزامبيق	31.1	منغوليا
69.6	إثيوبيا		الهند	31.6	الهند

المصدر: منظمة العمل الدولية

المفارقة التي ينطوي عليها مجال الحماية الاجتماعية في المغرب: نظام حديث العهد لكنه مثقل بتراكمات الماضي

يعود وضع نظام الحماية الاجتماعية في المغرب إلى أقل من قرن من الزمن، حيث رأى النور من خلال هيئات تعاضدية في نهاية عقد العشرينيات من القرن الماضي وتمحور حول أنظمة الضمان الاجتماعي بشكل رئيسي لفائدة موظفي القطاع العمومي وأعاون مؤسسات الدولة، خلال فترة الحماية، قبل أن يتم غداة حصول المغرب على الاستقلال وضع نظام للضمان الاجتماعي لفائدة أجراء القطاع الخاص. ويجري الآن وضع نظام الضمان الاجتماعي لفائدة العمال المستقلين وأصحاب المهن الحرة والطلبة.

وثمة إجماع بشأن أوجه القصور والصعوبات التي تواجهها منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب. وفي هذا الصدد، تتسم المبادرات العمومية في هذا المجال بطابعها المتجزئ وتعدد البرامج والمتدخلين ومرجعيات الأهداف وأساليب تقييم النتائج، في غياب أي تنسيق حقيقي أو رؤية على المدى الطويل (وزارات التشغيل، والشؤون الاجتماعية، والمالية، والمصالح التقنية المشرفة،

وغيرها). وينطوي هذا الوضع على مخاطر تتعلق بهدر الوقت والكفاءات، وبعدم تفعيل التوصيات والغايات المنبثقة عن الدراسات التقنية، أو الحوار الاجتماعي، أو مؤسسات الحكامة والمراقبة كالمجلس الأعلى للحسابات.

وتتسم منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب بعدم انتظامها حول رؤية موحدة وأهداف متجانسة. ولا توجد آليات للتضامن أو حتى التكامل بين مكوناتها. وتواجه هذه المكونات، بشكل فردي ودون تجانس، كل في إطاره المؤسسي الخاص ومعاييرته التقنية ونظامه الخاص للحكامة، الرهانات المتعلقة بالتوازن المالي، والاستدامة، وجودة الخدمات، دون قدرة أو توجه نحو حماية جميع المواطنين- بدءاً من الأشخاص والفئات الهشة- ضد المخاطر الاجتماعية والاقتصادية. وفي هذا الصدد، تواجه العديد من مؤسسات الضمان الاجتماعي رهانات كبرى تتعلق بالتوازنات المالية الناجمة عن تراكم التزامات اكتوارية هامة في ظل تحسن أمد الحياة، وانخفاض معدلات الخصوبة، والولوج المتأخر على نحو متزايد إلى سوق الشغل، وانخفاض معدل تغطية السكان النشطين المشتغلين (35 في المائة). وعلاوة على ذلك، لا تخضع طرق توظيف احتياطياتها لقواعد مشتركة ولا لغايات المنفعة الاجتماعية الثابتة.

إن «أوجه القصور» في المنظومة كبيرة، مما ينطوي على مخاطر كبرى ويجعل أعداداً كبيرة من الساكنة لا تستفيد من أي تغطية أو تستفيد من خدمات محدودة جداً. ولا يتم الاعتراف إلى اليوم بحوادث الشغل والأمراض المهنية بوصفها مخاطر تدخل في نطاق الضمان الاجتماعي، كما أن تغطيتها، التي تنظمها قواعد القانون المدني، تظل محدودة ومقيدة بإجراءات معقدة. ولا تستفيد غالبية المسنين من الحق في معاش التقاعد، الذي يقل في أكثر من 70 في المائة من الحالات عن الحد الأدنى للأجور. كما أن أزيد من 60 في المائة من السكان النشطين المغاربة لا يستفيدون من أنظمة التقاعد القائمة و30 في المائة يستفيدون حالياً من تأمين إجباري على المرض. ولا يستفيد العاملون في القطاع «غير المنظم» من الضمان الاجتماعي، سواء تعلق الأمر بمعاش التقاعد أو حوادث الشغل أو الأمراض المهنية. وتتحمل الأسر معظم النفقات المتعلقة بالصحة. ولا تزال معدلات وفيات الأمهات والأطفال مرتفعة، ويعزى ذلك على وجه الخصوص إلى ضعف الولوج إلى العلاجات في فترة ما بعد الولادة والرعاية الصحية لحديثي الولادة في الوسط القروي. ويبقى الأطفال، سواء كانوا في مرحلة ما قبل التمدرس أو المراهقة، لا سيما الفتيات في المناطق القروية، وكذا الشباب غير المؤهلين أو ذوي المؤهلات الضعيفة، عرضة لخطر الانقطاع عن الدراسة والسقوط في مخالب العمل غير المنظم والفقر. ويواجه الأطفال والبالغون في وضعية إعاقة مصاعب جمة في الولوج إلى الخدمات الأساسية للتعليم والصحة، ومخاطر متنامية للبطالة والفقر، في غياب مساعدة أسرهم ومساعدتهم حتى يتمكنوا من مواجهة التكاليف الإضافية المترتبة عن وضعيتهم. وإذا كان هناك إجماع حول حاجة المغرب إلى سجل اجتماعي يكفل توحيد أساليب تخصيص المساعدة الاجتماعية للفئات الهشة، فلا تزال هناك تحديات كبرى يتعين رفعها بشأن وضوح معايير استحقاق هذه المساعدات ومحتواها.

وهذه التحديات ليست ذات طبيعة تقنية فقط: فمن المهم أن يتم وضع برامج المساعدة الاجتماعية وتنفيذها بما يتماشى مع مبادئ احترام كرامة الأفراد وحقوقهم الأساسية، في إطار منطلق للإدماج، والوقاية من مظاهر التمييز والتقليص من حدتها، والعمل من أجل ترسيخ تكافؤ الفرص، وليس فقط في إطار منطلق التعاطف من أجل التخفيف من مظاهر الحرمان. إن إعادة هيكلة منظومة

الحماية الاجتماعية في المغرب بما يتوافق مع المعايير الدولية ذات الصلة، لا سيما اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 والتوصية رقم 202، يُعدُّ أمراً ضرورياً من أجل وضع أرضية للحماية الاجتماعية تُمكن على المدى المتوسط من توفير الشروط الكفيلة بإرساء منظومة وطنية للضمان الاجتماعي تكون متكاملة وشاملة وتضامنية، تقوم على صون الكرامة وإدماج الجميع، فضلاً عن توطيد أواصر التماسك الاجتماعي وتعزيز التنمية الاقتصادية للبلاد.

إضاءة حول موضوع: مرونة سوق الشغل بالمغرب

سوق الشغل بالمغرب وانعكاساتها على الضمان الاجتماعي في القطاع الخاص

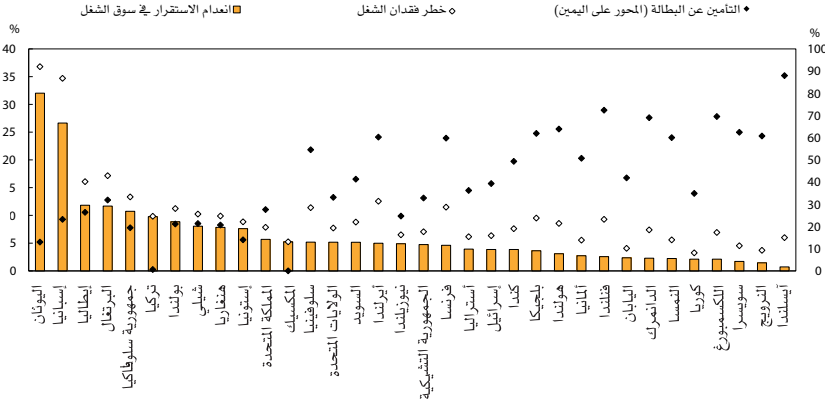
مرونة سوق الشغل

يتسم مفهوم المرونة بالغموض وليس له تعريفٌ موحدٌ ولا مؤشرٌ واضحٌ لتقييمه. ومع ذلك، فإنه مفهومٌ شائعٌ يُحيل على البراغماتية والليونة والفعالية. كما أنه يثير أيضاً نقاشاً بشأن أسسه وكيفيةه وتبعاته. وعلى مستوى تنظيم مجال الشغل، يمكن أن تُهمَّ المرونة عدة عناصر، تشمل أوقات العمل ووتيرته، والتعويضات الثابتة وتلك المتغيرة، وتقويم التقنيات والكفايات، وتنظيم الإنتاج ووتيرته، أو تركيبة العاملين وفقاً للتغيرات على مستوى الطلب والمخزونات أو الإكراهات والفرص التنافسية. إن المؤسسة المرنة هي بنيةٌ حيةٌ وسريعةٌ تقلل من مواطن الشك وتتفاعل وتطور المفاوضات والتعاقدات الجماعية على مستوى المقاولات وقطاعات النشاط وعلى المستوى الجهوي. وخلاف ذلك، فإن التدابير الأحادية الجانب، بما في ذلك التدابير المتعلقة بتقليص النشاط والمداخيل، أو التوقف عن التصريح بالأجراء في أنظمة الضمان الاجتماعي، تؤدي إلى توتر العلاقات المهنية ونشوب نزاعات جماعية في مجال الشغل.

إن النقاش حول مفهوم المرونة هو أيضاً نقاش ذو صبغة قانونية، حيث إن قانون الشغل قد يتسم في حد ذاته بتصلبٍ يناقض متطلبات التنافسية. وهذا يؤدي إلى تعويض عقد الشغل، لاسيما عقد الشغل غير محدد المدة، بعقود غير مستقرة لمدة محدودة، أو عقود ذات صبغة تجارية تتسم بسهولة فسخها، كما هو الشأن بالنسبة لعقود التشغيل المؤقت. إن مفهوم التشغيل المؤقت، الذي غالباً ما يساء فهمه والالتفاف عليه، يفضي إلى إضفاء صفة العمَّال المؤقتين على عمَّال هم في الواقع عمَّال دائمون، خاضعون لعلاقة مزدوجة، أولاً مع شركة التشغيل المؤقت، وهي ربُّ العمل بحكم القانون، وثانياً مع الشركة المستغلة لخدماتهم، وهي ربُّ العمل بحكم الواقع، وذلك في إطار عقد غير مستقر ويمكن إنهاؤه بانتهاء العقد التجاري الذي يربط بين الشركتين. وتُسجَّل هذه الممارسات على نطاق واسع في الأنشطة المنفذة بالاستعانة بمصادر خارجية (الحراسة، التغذية، النقل، النظافة، وغيرها). وغالباً ما تتم هذه العلاقة المهنية القائمة على المناولة في المغرب في غياب تامٍّ للضمان الاجتماعي أو عدم التصريح بالحقوق الحقيقية ذات الصلة به. ولكل هذه الاعتبارات، فإن هذا التقرير يعتمد مفهوم المرونة.

ومن بين المؤشرات التي تعتمدها منظمة التنمية والتعاون في الميدان الاقتصادي لتقييم جودة التشغيل، تعمد هذه المنظمة إلى قياس انعدام الاستقرار في سوق الشغل (Labour market security) داخل دولها الأعضاء، باعتباره معطى ومعياراً لقياس الأمن الاقتصادي لهذه الدول. ويأخذ تقييم

انعدام الاستقرار في سوق الشغل بعين الاعتبار خطر فقدان الشغل وعواقبه الاقتصادية، عن طريق معدل البطالة ومستوى الخدمات المقدمة للعاطلين.



المصدر: منظمة التنمية والتعاون في الميدان الاقتصادي، (2016) OECD Job Quality database

إن البلدان التي تتسم فيها سوق الشغل بمستوى أكبر لانعدام الاستقرار هي البلدان التي تسجل أعلى معدلات البطالة وأضعف الإعانات المقدمة للعاطلين (اليونان وإسبانيا وإيطاليا والبرتغال وسلوفاكيا وتركيا)، وعلى العكس من ذلك، تتسم أكثر الأسواق أماناً بجمعها بين معدلات البطالة المتحكم فيها وبين الخدمات الاجتماعية الهامة المقدمة للعاطلين (فرنسا وكندا وألمانيا وكوريا والنرويج).

الضمان الاجتماعي وسوق الشغل بالمغرب (القطاع الخاص): المرونة وانعدام الاستقرار

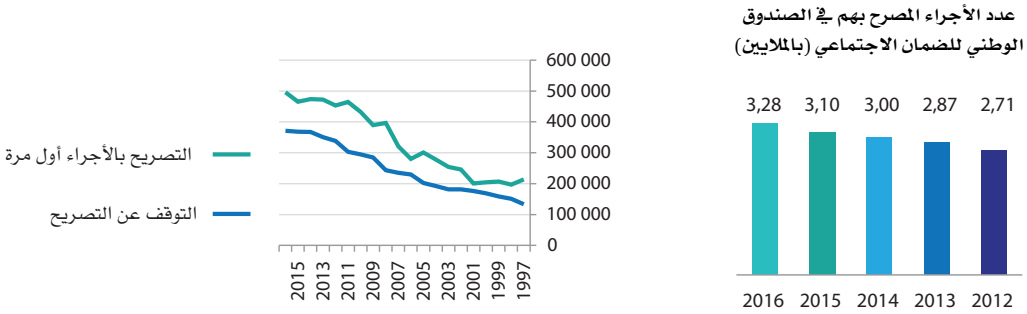
إن الروابط القائمة بين تمويل الضمان الاجتماعي والخدمات ذات الصلة به (الأنظمة الإجبارية)، من جهة، وإضفاء الطابع المنظم والمرونة على سوق الشغل، من جهة ثانية، هي روابط بنيوية وأساسية. وتعدُّ سوق الشغل المتسمة بالشفافية، التي يتم في إطارها تحديد الفئات النشيطة التي تساهم في تمويل الحماية الاجتماعية لفائدتها ولفائدة ذوي حقوقها، شرطاً لا محيد عنه للإبقاء على التكاليف والاستحقاقات المتعلقة بالضمان الاجتماعي في مستويات مقبولة. إن نظام الضمان الاجتماعي الذي يشمل فقط قطاعات أو فئات معينة، أو الذي يخضع لتدبير غير فعال، يلقي بأعباء ثقيلة على سوق الشغل، كما يُعرض استدامتها للخطر. وفي هذا الصدد، تعتمد أنظمة الضمان الاجتماعي القائمة على المساهمات على توسيع قاعدتها الديموغرافية (عدد أرباب العمل والمؤمن لهم الذين يؤدون مساهماتهم)، وعلى مستويات المساهمات التي تُحصّلها وعلى مبالغ الاستحقاقات التي تقدمها. وتعتبر هذه العناصر حاسمة في تحديد نسب الاقتطاعات المتعلقة بالضمان الاجتماعي، وفي الحفاظ على التوازن بين تكاليف الخدمات والمساهمات المطلوبة لتمويلها.

وبالنسبة للمغرب، فإن نظام الضمان الاجتماعي الذي يديره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والذي يخضع في إطاره إجراء القطاع الخاص لنظام إجباري للضمان الاجتماعي، يعد نموذجاً جيداً لرصد وضعية التشغيل، كما أنه أفضل آلية متاحة لتقييم مستوى المرونة والاستقرار في سوق الشغل.

سوق الشغل في القطاع الخاص من زاوية الضمان الاجتماعي

يمكن في الواقع اعتبار التصريح في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي محددًا للحدود الفاصلة بين العمل المأجور المنظم في القطاع الخاص والعمل المأجور غير المنظم. وقد بلغ عدد المؤمن لهم الذين شملهم نظام الضمان الاجتماعي الذي يديره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 3 283 679 مؤمن لهم في سنة 2016. ويعكس التغيير السنوي في عدد عمليات التصريح بالأجراء الجدد وفي عدد المؤمن لهم الذين تم التوقف عن التصريح بهم قبل استفادتهم من الحق في المعاش (تناقص عدد المؤمن لهم) مستوى عالٍ من المرونة في سوق الشغل في القطاع الخاص المنظم.

التصريح بالأجراء الجدد والتوقف عن التصريح لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم الفترة 1997-2016



مرونة سوق الشغل المنظم

التصريح بالأجراء الجدد والتوقف عن التصريح في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

السنة	التصريح بالأجراء الجدد	تناقص عدد المؤمن لهم (التوقف عن التصريح)
1997	213 792	133 332
1998	197 156	151 045
1999	206 812	158 293
2000	204 736	168 791
2001	200 433	176 355
2002	245 671	181 786
2003	254 213	181 204
2004	278 145	192 259
2005	300 845	202 273
2006	279 972	229 476
2007	321 116	235 109

243 785	396 433	2008
284 793	389 459	2009
294 668	432 221	2010
303 451	464 710	2011
338 274	453 028	2012
350 667	472 410	2013
367 430	473 381	2014
368 398	465 311	2015
371 311	495 674	2016

وسنوياً، ومنذ سنة 1997، يصرّح القطاع الخاص الخاضع لنظام الضمان الاجتماعي الإجباري بما مجموعه 337 226 أجيلاً لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وبلغ هذا الرقم ذروته في سنة 2016، بما مجموعه 495 674 أجيلاً. وقد تم ذلك بفضل خلق مناصب للشغل، وتحفيز المقاولات على التصريح بأجرائها منذ اعتماد نظام التأمين الإجباري عن المرض، وزيادة فعالية آليات المراقبة والتفتيش التي وضعتها إدارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. بيد أن هذا الأخير يفقد سنوياً 246 635 مؤمناً له في المتوسط، مع بلوغ هذا الرقم ذروته في سنة 2016 أيضاً، بما يصل إلى 371 311 مؤمناً له. ويبلغ المتوسط السنوي لعدد المصرّح بهم في نظام الضمان الاجتماعي 90 641 مؤمناً له، مع تسجيل أعلى رقم في سنة 2011، بما مقداره 161 259 مؤمناً له، وأدنى رقم في سنة 2001، بما مجموعه 24 078 مؤمناً له.

وخلال الفترة ذاتها، بلغ متوسط الفارق بين عدد المؤمن لهم وعدد المؤمن لهم الذين تم التوقف عن التصريح بهم (من غير حالات الإحالة على التقاعد) 1,37، مع تسجيل أعلى رقم في سنة 2008 (1,63) وأدنى مستوى بلغ 1,14 في سنة 2001. والجدير بالذكر أنه تم تسجيل نسبة سلبية في سنة 1994، إذ تجاوز عدد الذين تم التوقف عن التصريح بهم عدد المصرّح بهم لأول مرة. وبلغ الفارق بين العدد السنوي للمغادرين (دون استحقاق المعاش) والعدد الإجمالي للمؤمن لهم 11,3 في المائة في سنة 2016. أما الفارق بين العدد الإجمالي للمؤمن لهم الوافدين والمغادرين من جهة، والعدد الإجمالي للمؤمن لهم، من جهة أخرى، فقد بلغ 26,4 في المائة في سنة 2016. وتؤكد هذه الأرقام طابعي المرونة وانعدام الاستقرار اللذين تتسم بهما سوق الشغل المنظم في المغرب، حيث إن مؤمناً له واحداً من بين كل عشرة مؤمن لهم تم التوقف عن التصريح به قبل بلوغه سن التقاعد لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في سنة 2016؛ كما أن ربع العدد الإجمالي للخاضعين لنظام الضمان الاجتماعي كانوا إما مغادرين أو وافدين. ويشير هذا المعدل الأخير، إلى أن الأمر لا يتعلق بمجرد ظاهرة المرونة، بل إن القطاع المنظم للتشغيل يتسم بضيق مجاله مع وجود علاقات شغل في محيطه تتميز بعدم استمراريته بشكل بنيوي. ويبلغ متوسط المعدل السنوي (ما بين سنتي 1997 و2016) لنمو الفارق بين عدد حالات التصريح والتوقف عن التصريح في نظام الضمان الاجتماعي 2,2 في المائة. ويجسد هذا المعدل العوائق البنوية التي تطبع سوق الشغل ويبرز ما يتسم به من صغر حجم وهشاشة وبالتالي محدودية قدرة نظام الضمان الاجتماعي على الاحتفاظ بالأشخاص المؤمن لهم وزيادة أعدادهم، ناهيك عن تحسين مستوى الخدمات المقدمة لهم.

الاستمرارية الضعيفة للنشاط المأجور في القطاع المنظم: هشاشة سوق الشغل ومحدودية الولوج إلى الضمان الاجتماعي

على مستوى القطاع الفلاحي، يتم التصريح لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بأجير واحد من بين أجيرين اثنيْن لمدة تقل عن ستة أشهر من أصل اثني عشر شهراً، مما يستلزم من هذا الأجير قضاء ضِعْفَي المدة الزمنية المطلوبة من أجير عادي للحصول على الحق في معاش التقاعد. وتم التصريح فقط بـ 15 في المائة من النساء و37 في المائة من الرجال في هذا القطاع لمدة 12 شهراً في السنة. وعلى مستوى جميع القطاعات، تم التصريح بـ 49 في المائة فقط من العاملين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لمدة 12 شهراً في السنة. وتم التصريح بربُّع المؤمن لهم لفترة متوسطة تقل عن ستة أشهر. وتؤكد هذه الأرقام تأثير طابع الموسمية على تحديد طبيعة عقود الشغل.

عدد الأجراء العاملين بمختلف القطاعات (خارج قطاع الفلاحة) المصرح بهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي حسب عدد الشهور وحسب الجنس

عدد الشهور المصرح بها	الذكور	النسبة المئوية	الإناث	النسبة المئوية	المجموع	النسبة المئوية
1	103 887	%5	44 589	%5	148 476	%5
2	96 376	%5	41 106	%4	137 481	%5
3	89 806	%4	39 202	%4	129 008	%4
4	74 375	%4	31 743	%3	106 118	%3
5	72 101	%3	27 552	%3	99 654	%3
6	77 675	%4	30 077	%3	107 752	%4
7	68 880	%3	29 668	%3	98 548	%3
8	72 357	%3	32 642	%3	104 999	%3
9	83 117	%4	40 878	%4	123 996	%4
10	113 096	%5	66 416	%7	179 512	%6
11	194 865	%9	108 788	%12	303 653	%10
12	1 057 572	%50	444 329	%47	1 501 901	%49
المجموع	2 104 109	%100	936 989	%100	3 041 098	%100

وبلغ متوسط عدد الأيام السنوية المصرح بها في سنة 2016 بالنسبة للعاملين في القطاع الفلاحي 144 يوماً (167 يوماً للذكور و110 أيام للإناث). كما بلغ متوسط عدد الأيام السنوية المصرح بها في سنة 2016 بالنسبة للنشيطين في القطاعات الأخرى 220 يوماً للذكور، مقابل 209 أيام بالنسبة للإناث، أي ما يعادل 217 يوماً لمجموع هذه الفئة من السكان.

عدد الأجراء المصرَّح بهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
حسب عدد الأيام السنوية في 2016 وحسب الجنس

عدد الأيام	الذكور	النسبة المئوية	الإناث	النسبة المئوية	المجموع	النسبة المئوية
[36-1]	183 950	%8	104 097	%10	288 048	%9
[72- 36]	151 918	%7	79 667	%8	231 585	%7
[144- 72]	257 376	%11	141 086	%14	398 462	%12
[216- 144]	285 634	%13	151 530	%15	437 163	%13
[312- 216]	830 036	%37	375 634	%36	1 205 670	%37
312	542 497	%24	180 254	%17	722 751	%22
المجموع	2 251 411	%100	1 032 268	%100	3 283 679	%100

ورآكم 59 في المائة من النشيطين المصرَّح بهم في سنة 2016 ما بين 216 و312 يوماً. وبلغ 22 في المائة منهم، ومعظمهم من الذكور، الحد الأقصى لـ 312 يوماً في السنة نفسها.

فوارق كبرى على مستوى الأجور وهيمنة الأجور المنخفضة

في سنة 2016، تم التصريح بالأجراء النشيطين في القطاع الخاص لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بمتوسط أجر شهري قدرها 5 032 درهماً وكثافة تشغيل تبلغ 212 يوماً في السنة (عدد الأيام المصرَّح بها سنوياً لكل أجير) موزعة على 9,1 أشهر.

أما النشيطون في القطاع الفلاحي، فقد تم التصريح بهم بمتوسط أجر شهري قدرها 2 063 درهماً ومعدل كثافة تشغيل تصل إلى 144 يوماً على مدى 6,9 شهر. وبلغ عدد الأجراء غير النشيطين (المسجلين ولكن دون أي تصريح خلال السنة) 4 055 612 أجيراً، يبلغ متوسط أعمارهم 47,2 سنة، مقابل 37,6 للنشيطين المصرَّح بهم في السنة نفسها.

وبلغت استحقاقاتهم حسب عدد أيام التصريح المتراكمة 689 يوماً، يعود آخر تصريح بالنسبة لـ 34 في المائة منهم لما قبل سنة 2000. وتؤكد هذه التركيبة عدم استمرارية علاقة الشغل في القطاع المنظم، وطول فترات عدم نشاط أجراء القطاع الخاص وهشاشة منظومة الضمان الاجتماعي في ظل عدم استقرار جزء كبير من سوق الشغل.

متوسط الأجور المصرَّح بها لدى صندوق الوطني للضمان الاجتماعي

(بما في ذلك القطاع الفلاحي والمستوى حسب الجنس)

مجموع بالدرهم	متوسط أجور الإناث بالدرهم	متوسط أجور الذكور بالدرهم	
2 063	1 569	2 319	القطاع الفلاحي
5 032	4 517	5 264	مجموع النشيطين

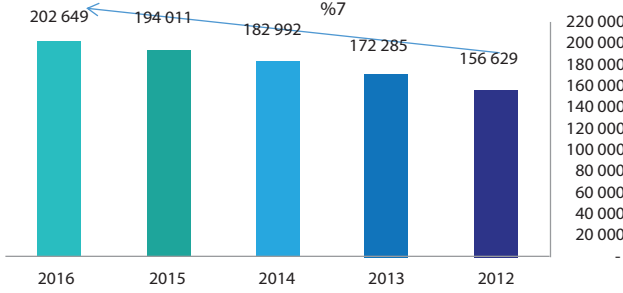
المقاولات المغربية هي بنيات صغيرة للغاية تصرّح بمستويات منخفضة من الأجور

على غرار النسيج الإنتاجي الوطني، تتسم بنية أجراء المقاولات المنخرطة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وتوزيع مستويات الأجور التي تصرّح بها تلك المقاولات، بهيمنة المقاولات الصغرى والصغيرة جداً ذات مستويات الدخل المنخفضة: 62 في المائة من المقاولات تصرّح بأقل من 4 أجراء، و86 في المائة منها تصرّح بأقل من 10 أجراء، ومقاوله واحدة فقط من بين كل 100 مقاوله (1 في المائة) تصرّح بأكثر من 200 أجير. وما يقرب من مقاوله واحدة من بين مقاولتين اثنتين (45 في المائة) تصرّح بكتلة أجور سنوية تقل عن 50 000 درهم.

النسبة المئوية	المجموع	عدد الأجراء المصرّح بهم	النسبة المئوية	مجموع المقاولات المنخرطة	كتلة الأجور المصرّح بها حسب المستوى
62%	124 897	[3 - 1]	7%	14 590	أقل من 10 000 درهم
24%	48 543	[10 - 4]	38%	76 612	[50 000 - 10 000]
6%	12 619	[20 - 11]	21%	42 450	[100 000 - 50 000]
5%	9 142	[50 - 21]	23%	47 418	[500 000 - 100 000]
3%	5 382	[200 - 51]	4%	8 597	[1 000 000 - 500 000]
1%	2 066	أكثر من 200 أجير	6%	12 982	أكثر 1 000 000 درهم
100%	202 649	المجموع	100%	202 649	المجموع

ويتقاضى 40 في المائة من النشيطين متوسط أجور شهرية يقل عن 2 565 درهماً (الحد الأدنى للأجور)، كما يحصل نصف المؤمن لهم (50 في المائة) على أجرة تقل 2 798 درهماً، بينما تم التصريح بنسبة 14 في المائة فقط من المؤمن لهم بأجرة شهرية تتعدى السقف المحدد (6 000 درهم). وتظل نسبة النساء أعلى من بين المؤمن لهم المصرّح بهم بأدنى مستويات الأجور: 42 في المائة من النساء يتقاضين أقل من الحد الأدنى للأجور، مقابل 34 في المائة في صفوف الرجال. وتزيد أجور الرجال المصرّح بها بنسبة 15 في المائة في المتوسط عن أجور النساء. وفي القطاع الفلاحي، بلغ متوسط الأجرة الشهرية المصرّح بها لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 2 063 درهماً في سنة 2016، علماً أن 50 في المائة من المؤمن لهم تم التصريح بهم بأجرة شهرية تقل عن 1 512 درهماً. ومع ذلك، يبلغ متوسط أجور مجموع المؤمن لهم 5 032 درهماً، وذلك بفضل الثقل النسبي للأجور العليا التي ساهمت في رفع هذا المعدل. ويؤكد هذا المستوى إكمانية وأهمية الرفع من سقف الأجر الشهري للمساهمة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (الذي ظل مجمداً منذ سنة 2002 في مبلغ 6 000 درهم). ومن شأن رفع هذا المبلغ إلى 6 500 درهم أن يمكن من بلوغ متوسط أجور مصرّح بها في حدود 80 في المائة من السقف المحدد، وهو ما يتطابق مع العتبة الموصى بها عموماً.

تطور عدد المقاولات المنخرطة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي



وارتفع عدد المقاولات المنخرطة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بنسبة 30 في المائة تقريباً بين سنتي 2012 و2016 (حيث انتقل من 156 629 مقالة إلى 202 649 مقالة).

توصيات

1. ملاءمة السياسات العمومية المتعلقة بالحماية الاجتماعية مع المعايير الدولية:

- من خلال استكمال المصادقة على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 (1952) بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي؛
- بالمصادقة على الاتفاقيات بشأن الرعاية الطبية وإعانات المرض (الاتفاقية رقم 130، 1969)؛ وبشأن النهوض بالعمالة والحماية من البطالة (الاتفاقية رقم 168، 1989)؛ وبشأن إعانات العجز والشيخوخة والورثة (الاتفاقية رقم 128، 1967)؛ وبشأن إعانات إصابات العمل (الاتفاقية رقم 121، 1980)؛
- عن طريق إجراء تقييم للسياسات والتدابير ذات الصلة بالحماية الاجتماعية، في ضوء الاتفاقيات التقنية لمنظمة العمل الدولية، بما في ذلك الاتفاقيات والبروتوكولات غير المصادق عليها والبالغ عددها 42، وبيان أسباب عدم المصادقة على تلك الاتفاقيات والبروتوكولات، وتسهيل الضوء على التدابير المزمع اتخاذها لملاءمة الإطار التنظيمي والآليات المتعلقة بالحماية الاجتماعية مع المعايير الدولية؛
- من خلال تضمين جدول أعمال الحوار الاجتماعي الثلاثي الأطراف، على المستويين الوطني والجهوي، وعلى مستوى الحوار الاجتماعي الداخلي في المقاولات، وضع سياسات للضمان الاجتماعي تتسجم مع المبادئ التي تهدف إلى إرساء أرضية مدمجة للحماية الاجتماعية، تروم إقامة منظومة وطنية متكاملة للضمان الاجتماعي.

2. التقليل من هشاشة الحماية الاجتماعية لأجراء القطاع الخاص إزاء انعدام الاستقرار في سوق الشغل، وذلك من خلال:

- توسيع نطاق التغطية الاجتماعية لتشمل جميع أجراء القطاع الخاص (800 000 أجير في القطاع الخاص لا يصرح بهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، 50 في المائة منهم ينشطون في القطاع الفلاحي وغيره من الأنشطة غير المستقرة)؛
- إحداث آلية للاحتفاظ بالمؤمن لهم، الذين تم التوقف عن التصريح بهم، في نظام الضمان الاجتماعي، بواسطة آلية لرسملة الحقوق في شكل نقاط يمكن تعبئتها خلال فترات عدم النشاط؛
- تخصيص شيكات لأداء المستحقات الاجتماعية (شيكات خدمات التشغيل) للعمال المنزليين والمساعدين العائليين؛
- توسيع نطاق الضمان الاجتماعي ليشمل العمال غير المأجورين: اعتماد المراسيم التي يحدث بموجبها نظام التغطية الاجتماعية (المعاشات) والصحية؛
- تشديد العقوبات ضد رفض المساهمة في الضمان الاجتماعي (في فرنسا، تشكل ممارسة كل نشاط غير مصرح به لدى المصالح المهنية أو الهيئات الاجتماعية أو عدم احترام التزامات التصريح بالمساهمات، جريمة للعمل غير المصرح به، يُعاقب عليها بالحبس لمدة 3 سنوات وغرامة قدرها 45 000 أورو [المادتان « 3-8221 L.» و« 1-8224 L.»] من قانون الشغل؛ كما يعاقب أيضاً على المساعدة والتخريض على التوقف عن المساهمة في الضمان الاجتماعي: عقوبة حبسية مدتها 6 أشهر وغرامة قدرها 15 000 أورو في حق كل شخص يُحرّض المؤمن لهم على رفض الانخراط في هيئة للضمان الاجتماعي)؛
- إحداث هيئة للتتبع والمراقبة.

3. العمل على المدى القصير على رفع سقف المساهمات في صندوق الضمان الاجتماعي إلى مبلغ 6 500 درهم ومقايسته على متوسط الأجور المصرح بها لدى النظام.

المعايير الدنيا التي وضعتها منظمة العمل الدولية والتي تحدد الفروع الرئيسية التسعة للضمان الاجتماعي

• الرعاية الطبية

- الاتفاقية رقم 102 - (لم يصادق عليها المغرب بعد): الرعاية الطبية الوقائية؛ ورعاية الطبيب الممارس للطب العام، بما فيها الزيارات المنزلية؛ ورعاية الأخصائي؛ وتوفير المستحضرات الصيدلانية اللازمة بناء على وصفة الطبيب؛ والرعاية التي يقدمها الأطباء الممارسون أو القابلات المؤهلات قبل الوضع وأثناءه وبعده والإيداع في المستشفى عند الضرورة.
- الاتفاقية رقم 130 - (لم يصادق عليها المغرب): الخدمات نفسها الواردة في الاتفاقية رقم 102، بالإضافة إلى علاج الأسنان والتأهيل الطبي.

• إعانات المرض

- الاتفاقية رقم 102 - (لم يصادق عليها المغرب): مدفوعات دورية لا تقل عن 45 في المائة من الأجر المرجعي.
- الاتفاقية رقم 130 - (لم يصادق عليها المغرب): مدفوعات دورية لا تقل عن 60 في المائة من الأجر المرجعي ودفعة مصروفات الجنازة في حالة وفاة المستفيد.

• إعانات البطالة

- الاتفاقية رقم 102 - (لم يصادق عليها المغرب): مدفوعات دورية لا تقل عن 45 في المائة من الأجر المرجعي.
- الاتفاقية رقم 168 - (لم يصادق عليها المغرب): النهوض بالعمالة والحماية من البطالة: مدفوعات دورية لا تقل عن 50 في المائة من الأجر المرجعي.

• إعانات الشيخوخة

- الاتفاقية رقم 102 - (لم يصادق عليها المغرب): مدفوعات دورية لا تقل عن 40 في المائة من الأجر المرجعي. ويتعين مراجعة المعدلات السارية للمدفوعات الدورية المتعلقة بالشيخوخة عقب أي تغييرات جوهرية في المستوى العام للدخول أو أي تغييرات جوهرية في تكاليف المعيشة.
- الاتفاقية رقم 128 - (لم يصادق عليها المغرب): إعانات العجز والشيخوخة والورثة (1967) مدفوعات دورية لا تقل عن 45 في المائة من الأجر المرجعي. الشروط نفسها الواردة في الاتفاقية رقم 102، بخصوص مراجعة المعدلات السارية.

• الإعانات العائلية

- الاتفاقية رقم 102 - (لم يصادق عليها المغرب): سواء عبر مدفوعات دورية أو عبر تقديم المأكل أو الملابس أو المسكن أو رحلات استجمام أو مساعدة منزلية للأطفال أو فيما يخصهم أو عبر تركيبة من هذه الإعانات.

• إعانات إصابات العمل (حوادث الشغل والأمراض المهنية)

- الاتفاقية رقم 102 - (لم يصادق عليها المغرب): رعاية طبية ومدفوعات دورية لا تقل عن 50 في المائة من الأجر المرجعي بالنسبة لحالات العجز المؤقت أو العجز النهائي عن الكسب؛ إعانات للأرملة والأطفال في حالة وفاة المعيل، في شكل مدفوعات دورية لا تقل عن 40 في المائة من الأجر المرجعي؛ إمكانية تحويل المدفوعات الدورية إلى مبلغ إجمالي يصرف دفعة واحدة وفق شروط محددة. وباستثناء حالة العجز النهائي عن العمل، يتعين مراجعة المعدلات السارية للمدفوعات الدورية عقب أي تغييرات جوهرية في تكاليف المعيشة.

■ **الاتفاقية رقم 121 -** (لم يصادق عليها المغرب): إعانات في حالة إصابات العمل؛ الإعانات نفسها الواردة في الاتفاقية رقم 102، إضافة إلى العلاجات الطبية في أماكن العمل؛ مدفوعات دورية لا تقل عن 60 في المائة من الأجر المرجعي بالنسبة لحالات العجز المؤقت أو العجز النهائي عن الكسب؛ إعانات للأرملة وللأرمل المعوق والمعول وللأطفال الذين كان يعيهم المتوفى، في شكل مدفوعات دورية لا تقل عن 50 في المائة من الأجر المرجعي؛ على أنه يتعين تحديد حد أدنى لهذه المدفوعات؛ إمكانية تحويل المدفوعات الدورية إلى مبلغ إجمالي يصرف دفعة واحدة وفق شروط معينة؛ إعانات إضافية لفائدة الأشخاص الذين يحتاجون باستمرار إلى مساعدة أو معاونة شخص آخر.

• إعانات الأمومة

■ **الاتفاقية رقم 102 -** (لم يصادق عليها المغرب): تشمل الرعاية الطبية على الأقل الرعاية التي يقدمها الأطباء الممارسون أو القابلات المؤهلات قبل الوضع وأثناءه وبعده، والإيداع في المستشفى عند الضرورة؛ مدفوعات دورية لا تقل عن 45 في المائة من الأجر المرجعي.

■ **الاتفاقية رقم 183 -** (صادق عليها المغرب): تشمل الرعاية الطبية على الخصوص الرعاية قبل الوضع وأثناءه وبعده، والإيداع في المستشفى عند الضرورة؛ إعانات نقدية تسمح للمرأة بإعالة نفسها وطفلها في ظل ظروف صحية مناسبة ووفقاً لمستوى معيشة لائق، ولا يقل مقدار هذه الإعانات عن ثلثي كسب المرأة السابق أو عن ثلثي المبلغ الذي يؤخذ في الاعتبار لحساب الإعانات.

• إعانات العجز

■ **الاتفاقية رقم 102 -** (لم يصادق عليها المغرب): مدفوعات دورية لا تقل عن 40 في المائة من الأجر المرجعي. ويتعين مراجعة المعدلات السارية للمدفوعات الدورية عقب أي تغييرات جوهرية في المستوى العام للدخول أو أي تغييرات جوهرية في تكاليف المعيشة.

■ **الاتفاقية رقم 128 -** (لم يصادق عليها المغرب): مدفوعات دورية لا تقل عن 50 في المائة من الأجر المرجعي؛ ويتعين مراجعة المعدلات السارية للمدفوعات الدورية عقب أي تغييرات جوهرية في المستوى العام للدخول أو أي تغييرات جوهرية في تكاليف المعيشة؛ وإلزامية توفير خدمات التأهيل واتخاذ تدابير لدعم توظيف المعوقين في أعمال مناسبة.

• إعانات الوراثة

■ **الاتفاقية رقم 102 -** (لم يصادق عليها المغرب): مدفوعات دورية لا تقل عن 40 في المائة من الأجر المرجعي. ويتعين مراجعة المعدلات السارية للمدفوعات الدورية عقب أي تغييرات جوهرية في المستوى العام للدخول أو أي تغييرات جوهرية في تكاليف المعيشة.

■ **الاتفاقية رقم 128 -** (لم يصادق عليها المغرب): مدفوعات دورية لا تقل عن 45 في المائة من الأجر المرجعي. ويتعين مراجعة المعدلات السارية للمدفوعات الدورية عقب أي تغييرات جوهرية في المستوى العام للدخول أو أي تغييرات جوهرية في تكاليف المعيشة.

الجزء الثاني:

واقع الحال وتوصيات من أجل تعزيز الحماية الاجتماعية في المغرب

الحماية الاجتماعية لفائدة الأطفال

تعتبر الحماية الاجتماعية حقا من حقوق الطفل، أكدته المادة 26 من اتفاقية حقوق الطفل، التي صادق عليها المغرب في 21 يونيو 1993. إذ تنص هذه المادة على ما يلي:

1. «تعترف الدول الأطراف لكل طفل بالحق في الانتفاع من الضمان الاجتماعي، بما في ذلك التأمين الاجتماعي، وتتخذ التدابير اللازمة لتحقيق الأعمال الكاملة لهذا الحق وفقا لقانونها الوطني.

2. ينبغي منح الإعانات، عند الاقتضاء، مع مراعاة موارد وظروف الطفل والأشخاص المسؤولين عن إعالة الطفل، فضلا عن أي اعتبار آخر ذي صلة بطلب يقدم من جانب الطفل أو نيابة عنه للحصول على إعانات».

وتنص المادة 27 من الاتفاقية ذاتها على ما يلي:

1. «تعترف الدول الأطراف بحق كل طفل في مستوى معيشي ملائم لنموه البدني والعقلي والروحي والمعنوي والاجتماعي.

2. تتخذ الدول الأطراف، وفقا لظروفها الوطنية وفي حدود إمكانياتها، التدابير الملائمة من أجل مساعدة الوالدين وغيرهما من الأشخاص المسؤولين عن الطفل، على أعمال هذا الحق وتقدم عند الضرورة المساعدة المادية وبرامج الدعم، ولا سيما في ما يتعلق بالتغذية والكساء والإسكان».

وضمن إطارها الإستراتيجي للحماية الاجتماعية، تُعرّف منظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسيف) الحماية الاجتماعية بكونها «مجموع السياسات والبرامج، في القطاعين العمومي والخاص، الرامية إلى الوقاية من أشكال الهشاشة الاجتماعية والفقر والحرمان وتقليصها والقضاء عليها». كما تعتبر اليونيسيف أن سياسات وبرامج الحماية الاجتماعية ينبغي أن تستهدف في الآن ذاته أشكال الهشاشة الاقتصادية، والتي غالبا ما تكون مترابطة في ما بينها، وكذا الأسباب العميقة الكامنة وراء هذه الهشاشة في المجال السياسي والاقتصادي والاجتماعي. وتدعو منظمة اليونيسيف ومكتب العمل الدولي إلى تطوير وتعزيز أنظمة مندمجة للحماية الاجتماعية تتصف بالطابع العملي وبالفعالية، وتجمع بين مقارنة نسقية ومقاربة متعددة القطاعات.

وبالرغم من اعتماد السياسة العمومية المندمجة في مجال حماية الطفولة سنة 2015، فلا تزال هناك صعوبات في أعمال هذه المقاربات المشار إليها بالمغرب.

هذا ويتم بالمغرب إعمال جزء محدود وهامشي من مكونات الحماية الاجتماعية للطفولة، وفق مبدأ الاشتراك، وذلك من خلال منح تعويضات عائلية لأجراء القطاع الخاص وموظفي القطاع العام. كما يتم منح مساعدات، بتمويل عمومي، لفائدة الفئات الهشة، في إطار برامج لدعم التماسك الاجتماعي.

التعويضات العائلية: دخل تكميلي أكثر منه حماية اجتماعية للطفولة

ثمة مقاربتان في مجال تمويل التعويضات العائلية على المستوى الدولي¹⁸. أولاهما تعتبر أن التعويضات العائلية تدخل في نطاق مسؤولية الدولة، وأنها عبارة عن مجهود تضامني وطني يتعين أن يتم تمويله بشكل كلي من الميزانية العامة في إطار السياسة الأسرية لكل بلد. أما المقاربة الثانية، فترى في التعويضات العائلية مُكْمَلاً للأجر يدخل في نطاق مسؤولية رب العمل. وفي المغرب يتم اعتماد المقاربة الثانية، وهي موروثه عن فترة الحماية، حيث يتم منح تعويضات عائلية نقدية يقع أداؤها بشكل كامل على عاتق المُشغَّل. ويجري تمويل هذه التعويضات العائلية في القطاع الخاص من خلال اقتطاعات من الكتلة الإجمالية للأجور دون تحديد السقف. وتبلغ نسبة المساهمة حالياً 6,4 في المائة.

وتبلغ قيمة التعويضات العائلية 200 درهم للطفل في حدود الأطفال الثلاثة الأوائل و36 درهماً للأطفال الثلاثة المواليين، علماً أن الحد الأقصى لعدد الأطفال الذين بإمكانهم الاستفادة من هذه التعويضات هو ستة أطفال. ويستفيد جميع الأجراء من نفس المبلغ كيفما كان مستوى الأجرة التي يتقاضونها. غير أن الاستفادة منها مشروطة بإثبات الأجير المؤمن له أنه يتوفر على 108 أيام من الاشتراك، متصلة أو غير متصلة خلال 6 أشهر من التسجيل، وأنه يتقاضى أجرة شهرية لا تقل على 60 في المائة من الحد الأدنى للأجور (أو 60 في المائة من الحد الأدنى القانوني للأجر في القطاع الفلاحي). من جهة أخرى، يجب ألا يتجاوز سن الطفل، من أجل الاستفادة من هذه التعويضات، 12 سنة بالنسبة للطفل المتكفل به والمقيم بالمغرب و18 سنة بالنسبة للطفل المستفيد من تكوين مهني و21 سنة بالنسبة للطفل الحاصل على البكالوريا والذي يتابع دراسته الجامعية بالمغرب أو بالخارج. ولا يشترط حدُّ للسن بالنسبة للأطفال في وضعية إعاقة الذين لا يتوفرون على دخل قار.

وبالنسبة لموظفي القطاع العام، فإن التعويضات العائلية تُمنح من لدن الدولة. وتدخل هذه التعويضات ضمن مكونات الأجرة، على شكل تعويض جزافي يبلغ 200 درهم للطفل في حدود الأطفال الثلاثة الأوائل و36 درهماً للأطفال الثلاثة المواليين.

أما المتقاعدون، فيحصلون على التعويضات العائلية عن الأطفال الذين يتولون التكفل بهم عبر صناديق التقاعد المنخرطين فيها. هكذا، يمنح الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي التعويضات العائلية للمتقاعدين وفق نفس الشروط التي تُمنح بها للأجراء النشيطين. أما بالنسبة للنظام الجماعي لمنح رواتب المعاش، فيتم تمويل هذه التعويضات من طرف المشغل في شكل اشتراك متغير يقتطع من مجموع الأجور وفق سقف يحدد سنوياً. وتبلغ نسبة الاشتراك حالياً 0,65 في المائة يتحملها المشغل وتخصص للصندوق الخاص بالتعويضات العائلية. وفي ما يتعلق بالصندوق

18 - المعطيات الواردة في الجزء المتعلق بالتعويضات العائلية مستمدة في معظمها من البطاقة التي تم التوصل بها من المدير العام للصندوق المغربي للتقاعد.

المغربي للتقاعد، فثمة مقارنة مغايرة، حيث يتم إدماج التعويضات العائلية ضمن معاش التقاعد ويجري تمويلها بشكل مشترك من لدن المنخرط والمشغّل.

وفي سنة 2016، بلغ الغلاف المالي الإجمالي للتعويضات العائلية التي منحها الصندوق المغربي للتقاعد لفائدة المتقاعدين الذين لديهم أطفال يتكفلون بهم، 856 مليون درهم، أي 2,96 في المائة من مجموع النفقات.

ويبين الجدول التالي تطور حجم التعويضات العائلية منذ سنة 2000.

مبلغ التعويضات العائلية بملايين الدراهم				
النسبة المئوية من مجموع النفقات	المجموع	نظام المعاشات العسكرية	نظام المعاشات المدنية	السنوات
9,2%	405	291	114	2000
8,8%	443	326	118	2001
7,6%	445	335	110	2002
7,1%	486	374	112	2003
6,6%	509	397	112	2004
6,2%	574	444	129	2005
5,5%	679	489	190	2006
5,3%	692	492	200	2007
5,3%	718	513	205	2008
6,11%	891	635	256	2009
5,62%	866	620	246	2010
5,06%	850	615	235	2011
4,57%	836	593	243	2012
4,17%	873	627	246	2013
3,71%	873	622	251	2014
3,33%	856	608	248	2015
2,96%	856	604	252	2016

ولا يستفيد من التعويضات العائلية سوى الأجراء العاملون في القطاع المنظم، فيما يظل 2,4 مليون شخص يعملون في القطاع غير المنظم، ويمثلون 36,3 في المائة من نسبة المشتغلين على الصعيد الوطني (دون احتساب القطاع الفلاحي)، خارج دائرة الاستفادة من هذا النوع من الخدمات.

التغطية الاجتماعية للأطفال من خلال برامج مساعدة الأشخاص في وضعية هشاشة

هناك برامج لمنح تحويلات نقدية لفائدة الأطفال في وضعية هشاشة. ويتعلق الأمر بشكل خاص بالبرامج التالية:

- برنامج تقديم الدعم المباشر للنساء الأرملة في وضعية هشاشة الحاضنات لأطفالهن اليتامى، الذي تم وضعه سنة 2014. ويتم بموجب هذا البرنامج، الممول من لدن صندوق دعم التماسك الاجتماعي، منح الأرملة مبلغا شهريا قدره 350 درهما عن كل طفل يتيم لا تجاوز عمره 21 سنة، شريطة متابعة الدراسة أو التكوين المهني بالنسبة للأطفال البالغين سن التمدرس (يستثنى من شرطي متابعة الدراسة أو التكوين وحد السن المذكور للأطفال اليتامى المصابون بإعاقة)، على ألا يتعدى مجموع الدعم 1 050 درهما عن كل شهر للأسرة الواحدة. ولا يجوز الجمع بين هذا الدعم المباشر وأي دعم مباشر آخر كيفما كان نوعه (التعويضات العائلية، المنح الدراسية، الدعم المقدم في إطار برنامج «تيسير»...) ¹⁹. ومنذ انطلاق هذا البرنامج إلى غاية 04 غشت 2017، تم دفع مبلغ 815,3 مليون درهم لفائدة الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين المكلف بتدبير هذا البرنامج، مما مكن من استفادة 662 72 أرملة ²⁰.

- صندوق التكافل العائلي: يمنح الصندوق، في حالة غياب الأب أو إعساره، تسبيقا ²¹ برسوم المبلغ المحدد للنفقة لفائدة الأم المعوزة المطلقة وأطفالها، يساوي المبلغ المخصص في إطار برنامج الدعم المباشر للأرملة في وضعية هشاشة، أي 350 درهم شهريا عن كل طفل، على ألا يتعدى مجموع المبلغ المقدم 1 050 درهما عن كل شهر للأسرة الواحدة. ومنذ انطلاقة صندوق التكافل العائلي سنة 2011 وحتى نهاية ماي 2017، نفذ هذا الصندوق 14 760 قرارا قضائيا بغلاف مالي قدره 150 مليون درهم ²² عبر صندوق الإيداع والتدبير بصفته الهيئة المسؤولة عن تدبير الاعتمادات المتعلقة بعمليات الصندوق ووزارة العدل بصفتها الأمر بالصرف. وتبقى هذه النتيجة ضعيفة جدا بالمقارنة مع حجم الفئات المستهدفة. ولعل هذا الوضع يعزى إلى نقص في التواصل مع الساكنة المعنية حول وجود هذا الصندوق والخدمات التي يوفرها، بالإضافة إلى تعقد وبطء المساطر الإدارية. وبغية تجاوز هذا الوضع، تم التوقيع سنة 2017 على قرار مشترك لوزير العدل والاقتصاد والمالية يرمي إلى تدبير أفضل لصندوق التكافل العائلي وتبسيط المساطر المتعلقة بالاستفادة من خدماته. وفي هذا الصدد، سيتم تعزيز التواصل مع الفئات المعنية بخدمات صندوق التكافل العائلي وتوسيع دائرة المستفيدين لتشمل كلا من الزوجة المعوزة المستحقة للنفقة، ومستحقو النفقة من الأولاد خلال قيام العلاقة الزوجية بعد ثبوت عوز الأم، ومستحقو النفقة من الأولاد بعد وفاة الأم.

19 - مرسوم رقم 2.14.791 صادر في 11 من صفر 1436 (4 ديسمبر 2014) بتحديد شروط ومعايير الاستفادة من الدعم المباشر للنساء الأرملة في وضعية هشاشة الحاضنات لأطفالهن اليتامى. الجريدة الرسمية عدد 6318 الصادرة بتاريخ 25 صفر 1436 (18 ديسمبر 2014).

20 - وزارة الاقتصاد والمالية: مذكرة تقديم مشروع قانون المالية لسنة 2018.

21 - يتم استرجاع المبلغ من الملمزم بالنفقة حالما يكون ذلك ممكنا.

22 - وزارة الاقتصاد والمالية: مذكرة تقديم مشروع قانون المالية لسنة 2018.

■ برنامج «تيسير» هو برنامج للتحويلات المالية المشروطة، يتوجه للأسر التي تقطن بالجماعات الأكثر فقرا ويهدف إلى مكافحة الهدر المدرسي. ويمنح هذا البرنامج للمستفيدين مبلغا ماليا شهريا قدره 60 درهما عن كل طفل متمدس في السنة الأولى والثانية من التعليم الابتدائي و80 درهما بالنسبة للسنة الثالثة والرابعة و100 درهم للسنتين الأخيرتين من التعليم الابتدائي، ثم 140 درهما بالنسبة لتلاميذ السلك الإعدادي، وذلك شريطة مواظبة الطفل على متابعة الدروس وألا يتغيب عن الدراسة أكثر من 4 مرات في الشهر. وقد حددت المدة التي تشملها الاستفادة من المبالغ المالية في عشرة أشهر في السنة، يتم خلالها إرسال التحويلات المالية على ثلاث دفعات. وترتكز طريقة الاستهداف التي يعتمدها برنامج «تيسير» على المعيار الجغرافي (يتم استهداف الجماعات الترابية)، حيث تستفيد منه حاليا كل الجماعات القروية المشمولة ببرنامج المبادرة الوطنية للتنمية البشرية التي يتجاوز معدل الفقر فيها 30 في المائة ويفوق معدل الهدر المدرسي فيها 8 في المائة. وقد خضع البرنامج منذ إعطائه انطلاقته سنة 2008 لثلاث عمليات تقييم، كان آخرها التقييم الذي أنجزته وزارة التربية الوطنية بالتنسيق مع المرصد الوطني للتنمية البشرية. وقد أبرزت مختلف التقييمات أن البرنامج مكن من تقليص معدل الهدر المدرسي بنسبة 57 في المائة، فيما بلغت نسبة العودة إلى الدراسة 37 في المائة فضلا عن تسجيل تحسن ملموس في التحصيل الدراسي في صفوف الأطفال المستفيدين. وقد استفادت من البرنامج عشر جهات، وخمسون إقليما و434 جماعة قروية. ومكن منذ انطلاقته سنة 2008 إلى غاية 2016 من تعبئة غلاف مالي يبلغ 3,8 مليار درهم، لفائدة 100 860 تلميذ و400 526 أسرة. وبلغ متوسط المبلغ المخصص سنويا لكل أسرة 1 500 درهم، علما أن لكل أسرة الحق في الاستفادة من الدعم عن ثلاث أطفال كحد أقصى. ومن بين الاختلالات التي قد تهدد استدامة هذا البرنامج الاجتماعي، تم تسجيل التأخير في صرف الإعانات، بسبب عدم كفاية الغلاف المالي المخصص لوزارة التربية الوطنية. وحسب إحصائيات الوزارة، فقد بلغت قيمة المتأخرات المستحقة الدفع برسم السنة الدراسية 2016-2017 ما مجموعه 777 مليون درهم. وتبلغ الميزانية المخصصة لمكافحة الهدر المدرسي 827 مليون درهم²³، في حين يبلغ الغلاف المالي الذي يتم رصده سنويا من لدن صندوق دعم التماسك الاجتماعي لهذا البرنامج 500 مليون درهم. من جهة أخرى، يُطرح أيضا مشكل طريقة استهداف المستفيدين، على اعتبار أن الاستهداف على أساس جغرافي يؤدي إلى استفادة كل الأسر القاطنة بالجماعة المعنية بما فيها الأسر الميسورة.

وتوجد برامج أخرى تقوم على منح مساعدات عينية أو تعزيز الخدمات الأساسية، من قبيل:

■ المبادرة الملكية «مليون محفظة»: ترمي هذه المبادرة إلى مكافحة الهدر المدرسي ومحاربة التفاوتات والتخفيف من أعباء الأسر في تحمل مصاريف الدراسة، وتستهدف تلاميذ المستوى الابتدائي والإعدادي المنحدرين من أوساط معوزة. وقد استفاد من هذه المبادرة 4,26 مليون تلميذ برسم السنة الدراسية 2017-2018، منهم 47 في المائة من الفتيات، مقابل استفادة 4,02 مليون تلميذ برسم السنة الدراسية 2016-2017. وقد خصص صندوق دعم التماسك الاجتماعي لهذا البرنامج غلafa ماليا قدره 667 مليون درهم سنة 2016 و250 مليون درهم سنة 2017²⁴.

23 - مقال بجريدة «لا في إيكو»:

<http://lavieeco.com/news/societe/le-programme-tayssir-sera-reamenage-pour-une-plus-grande-equite.html>

24 - وزارة الاقتصاد والمالية، مذكرة تقديم مشروع قانون المالية لسنة 2018.

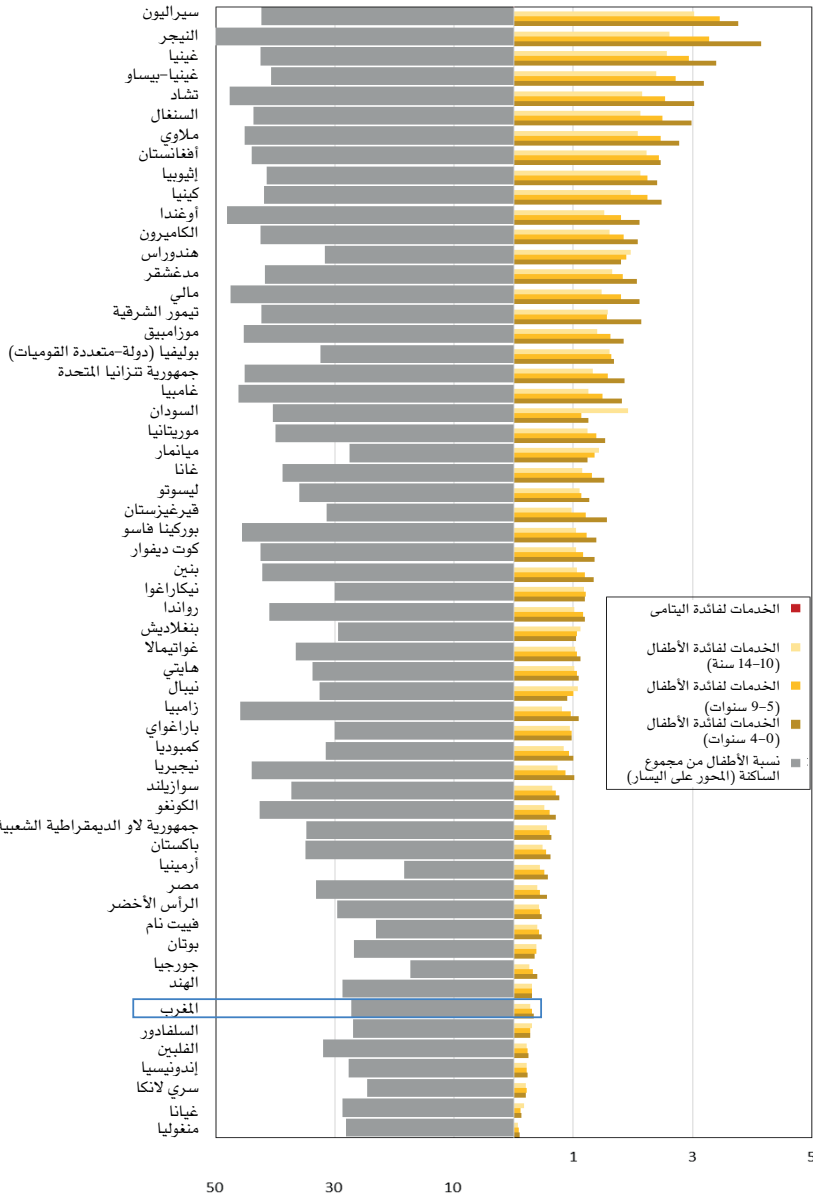
■ تحسين ظروف تدرّس الأطفال في وضعية إعاقة، لا سيما في إطار اتفاقية شراكة مبرمة سنة 2015 بين الدولة والتعاون الوطني. وفي هذا الصدد، تم تخصيص 50 مليون درهم سنة 2015 و100 مليون درهم سنة 2016 و53 مليون درهم سنة 2017 لفائدة التعاون الوطني في إطار موارد صندوق دعم التماسك الاجتماعي. واستفاد من هذه الجهود 10 927 طفلاً منهم 4 000 فتاة²⁵. وزيادة على محدودية هذه البرامج، فإن ربط الاستفادة منها بجملة من الشروط وجعلها مقتصرة على بعض المناطق بعينها، يؤدي إلى استثناء عدد مهم من الأطفال في وضعية هشاشة من أي شكل من أشكال الحماية الاجتماعية.

من أجل خدمات شاملة لفائدة الأطفال واليتامي

طبقاً لتوصية منظمة العمل الدولية رقم 202 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية، ينبغي أن تشمل هذه الأرضيات الضمانات الأساسية من الضمان الاجتماعي لاسيما عبر «توفير أمن الدخل الأساسي للأطفال، على الأقل عند المستوى الأدنى المحدد على الصعيد الوطني، وتوفير الحصول على التغذية والتعليم والرعاية وأي سلع وخدمات ضرورية أخرى».

وفي تقرير أصدره مؤخراً، انكب مكتب العمل الدولي على دراسة تكلفة الخدمات الاجتماعية غير القائمة على مبدأ الاشتراكات لفائدة الأطفال واليتامي في 57 من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط الأدنى، من بينها المغرب. وأشار التقرير إلى أن هذه الخدمات ينبغي أن تشكل مكوناً أساسياً في الأنظمة الوطنية للحماية الاجتماعية. وتغطي الخدمات الموجهة للأطفال كل الأطفال المتراوح أعمارهم ما بين 0 و14 سنة ويتم تصنيفها وفق ثلاث فئات عمرية كل واحدة من خمس سنوات. وتم تحديد نسبة الخدمات الموجهة للأطفال في 25 في المائة من العتبة الوطنية للفقر، والتي يتم احتسابها عموماً حسب الفرد الواحد في الدول ذات الدخل المنخفض والبلدان ذات الدخل المتوسط، دون الأخذ بعين الاعتبار الاقتصادات الكبرى بالنسبة للأسر الميسورة. ولا شك أنها نسبة ضعيفة، لكن لا بد من أن نأخذ بعين الاعتبار أنه يمكن تعزيز هذه الخدمات الموجهة للأطفال بمزايا ومساعدات أخرى. أما بالنسبة لحالة الأطفال يتامي الوالدين، فمن شأن تخصيصهم بخدمات أكبر، تبلغ نسبتها 100 في المائة من عتبة الفقر المحددة على المستوى الوطني، أن يستجيب لاحتياجات هذه الفئة التي تعاني من درجة كبيرة من الهشاشة. وقد يحتاج تحديد مبلغ التعويضات الممكن توجيهها للأطفال، في بعض السياقات الوطنية الخاصة، القيام بدراسات تقييمية إضافية. ويمكن أن يتم ذلك بدعم تقني من لدن مكتب العمل الدولي. وستسمح هذه الدراسات التقييمية بشكل خاص بمعرفة مدى استفادة الأطفال من الولوج الشامل للرعاية الصحية الأساسية والتعليم وكذا تأثير الأنظمة القائمة في مجال الخدمات الاجتماعية الموجهة للأطفال وكذا البرامج الأخرى ذات الصلة في تقليص مستويات الفقر. وحسب ما جاء في التقرير المشار إليه، فإن تكلفة التحويلات المالية الشاملة لفائدة الأطفال المتراوح أعمارهم ما بين 0 و5 سنوات قد تبلغ في المتوسط 1,4 في المائة من الناتج الداخلي الخام، حيث تم تحديد نسبة الخدمات لكل طفل في 25 في المائة من عتبة الفقر. وأضاف التقرير أن منح كل اليتامي المتراوح أعمارهم ما بين 0 و15 سنة تعويضات تبلغ 100 في المائة من عتبة الفقر المحددة وطنياً، من شأنه أن يرفع هذه الكلفة بـ0,04 نقطة فقط.

تكلفة منح إعانات شاملة للأطفال واليتامى بالنسبة للنتائج الداخلي الخام وحصة الأطفال من مجموع الساكنة، سنة 2015



المصدر: مكتب العمل الدولي: أوضاع الحماية الاجتماعية الشاملة: تقدير التكاليف والقدرة على تحملها في 57 دولة ذات دخل منخفض، 2017.

من جهة أخرى، وحسب الآلية العالمية لحساب تكلفة أفضية الحماية الاجتماعية التي وضعها مكتب العمل الدولي (سنة 2018)، فإن توفير إعانات تعادل 100 في المائة من عتبة الفقر لفائدة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة والذين يعيشون في أسر فقيرة، قد يمثل 0,61 في المائة من الناتج الداخلي الخام.

آلية حساب تكلفة أراضيات الحماية الاجتماعية - المغرب

تكلفة التعويضات بالنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام

0,61 %	التكلفة بالنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لمنح تعويض بنسبة 100% من عتبة الفقر لفائدة أطفال الأسر المعوزة (أقل من 15 سنة)
0,00 %	التكلفة بالنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لمنح تعويض يعادل 100% من عتبة الفقر لفائدة اليتامى (يتامى الوالدين)
0,45 %	التكلفة بالنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لمنح تعويض يعادل 50% من الحد الأدنى للأجر لفائدة جميع الأشخاص البالغين 65 سنة فما فوق الموجودين في حالة فقر
0,42 %	التكلفة بالنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لمنح تعويض عن البطالة يعادل 70% من الحد الأدنى للأجر لفائدة شخص واحد من كل أسرة في وضعية هشّة لمدة 100 يوم
0,32 %	التكلفة بالنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لمنح تعويض يعادل 100% من عتبة الفقر لفائدة جميع الأشخاص المصابين بإعاقة عميقة
0,61 %	التكلفة بالنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لمنح تعويض يعادل 4 أشهر من الحد الأدنى للأجر لفائدة جميع أمهات الأطفال حديثي الولادة
2,41 %	التكلفة الإجمالية

معطيات أساسية	
33 492 908	مجموع السكان
33 328,0	الناتج الداخلي الخام بالعملة المحلية
4 362,1	عتبة الفقر بالعملة المحلية
28 008	الحد الأدنى للأجر
27,2 %	النسبة المئوية للأطفال من مجموع السكان
0,0 %	النسبة المئوية لليتامى من مجموع الأطفال
6,2 %	النسبة المئوية للمسنين من مجموع السكان
6,5	متوسط حجم الأسر
3,54 %	معدل الإعاقة
2,4	المعدل الإجمالي للخصوبة
2,1 %	النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب

المصدر: مكتب العمل الدولي: أرضية الحماية الاجتماعية، الآلية الدولية لحساب التكلفة، 2018.

التوصيات

1. يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بإحداث تغيير في المفاهيم والتصورات التي يركز عليها وضع السياسات العمومية المتعلقة بالطفولة، من خلال اعتبار الحماية الاجتماعية للأطفال واجباً واستثماراً أساسياً في أجيال المستقبل في الآن ذاته، وهو ما يقتضي تطوير المقاربة القائمة على تحمل التعويضات العائلية حصرياً من لدن المشغل، نحو مقاربة وممارسات مرتكزة على تقديم الدعم المباشر لفائدة الأطفال المتراوحة أعمارهم ما بين 0 و15 سنة، وذلك بناء على عملية استهداف مُحدّدة؛
2. ينبغي أن تعمل الحكومة على الأعمال الفعلية للسياسة المتدمجة لحماية الطفولة، ووضع برامج وآليات للحماية الاجتماعية خاصة بالأطفال وملائمة لمختلف أشكال الهشاشة التي يواجهونها؛

3. تطوير مساعدات لفائدة الأطفال بغض النظر عن جنسيتهم، في شكل تحويلات مالية مشروطة وغير مشروطة:

أ. تستهدف الأطفال حيثما كانوا (لدى العائلات، في المؤسسات أو لدى الأسر):

ب. تستهدف شكلاً أو مجموعة من أشكال الهشاشة:

ج. يتم تحديدها بناء على تحليل الوضعية الاجتماعية والاقتصادية الفردية:

د. تتسم بطابع دينامي، أي أنها تتخفف أو ترتفع حسب ما يمليه التبع والتقييم المنتظم لوضعية الأطفال المستفيدين.

حوادث الشغل والأمراض المهنية: مخاطر اجتماعية كبرى يُوَطِّرها نظام تأمين متقدم وغير منصف

يقدر عدد الوفيات في صفوف العاملين جراء حوادث الشغل بنحو 3 000 حالة في السنة. وقد بلغ المتوسط السنوي لعدد حوادث الشغل المصرح بها 41 304 حالة سنة 2016 و42 416 حالة سنة 2017. ومن المرجح أن تكون هذه الأرقام المتأتية من تقديرات وزارة التشغيل وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي أقل من الحجم الحقيقي للحوادث المسجلة في عالم الشغل. وغالباً ما لا يتم إحصاء الحوادث التي تقع في القطاع غير المنظم، كما أنها غير مشمولة بالتأمين، وحتى بالنسبة للحوادث التي تقع في المقاولات العاملة في القطاع المنظم فغالباً ما لا يتم التصريح بها أو تغطيتها. ويبقى خطر وقوع حوادث الشغل في المغرب، وفقاً لمكتب العمل الدولي الأعلى في المنطقة المغاربية ومنطقة الشرق الأوسط. وتسجل بقطاع البناء والأشغال العمومية 10 في المائة من إجمالي الحوادث، تليه الفلاحة والصناعة والطاقة والمعادن. ولذلك، فإن قطاع البناء والأشغال العمومية يتطلب إيلاء عناية خاصة.

وفي المغرب، لا تزال شركات التأمين تدبر قطاع التأمين عن حوادث الشغل والأمراض المهنية منذ سنة 1927، بناء على ظهير مستمد من قانون فرنسي يعود إلى سنة 1898. وفي ذلك الوقت، كان التأمين عن حوادث الشغل والأمراض المهنية يرتكز على الافتراض المطلق لمسؤولية المشغل والزامه بتحمل التعويض. وقد تم التخلي عن هذا المفهوم في معظم بلدان العالم، لكنه لا يزال قائماً في المغرب، الذي يعد من البلدان القلائل التي لا تعتبر حوادث الشغل والأمراض المهنية من مخاطر الضمان الاجتماعي التي تتيح الحق للجميع في الاستفادة من خدمات عينية ونقدية، بل تعتبرها مسؤولية مدنية تقع على عاتق رب العمل المؤمن. ويعود أول إصلاح للقانون الصادر في سنة 1927 حول حوادث الشغل والأمراض المهنية إلى سنة 2002. ولم يُمكن هذا الإصلاح من تغيير المبدأ المتعلق بالمسؤولية المدنية للمشغل، حيث اكتفى بالنص على خضوع المقاولات لإجبارية التأمين عن المخاطر المرتبطة بحوادث الشغل، ولكن دون الذهاب إلى حد الاعتراف بالمخاطر ذات الصلة كحق من حقوق جميع العمال في الحماية الاجتماعية. وفي سنة 2003، تم إلغاء إلزامية تغطية الأمراض المهنية، وفي سنة 2014، جاء إصلاح جديد بمقتضى إجماعي يتعلق بمسطرة الصلح بين المقاولات المؤمنة للمشغل والمصاب بحادث الشغل أو ذوي حقوقه، إلى جانب مراجعة بعض التعويضات وملاءمة قانون المسطرة المدنية.

ولم تُمكن الإصلاحات التشريعية من تعميم التدابير المتعلقة بالوقاية من حوادث الشغل، كما ساهمت في إضعاف آليات الوقاية من مخاطر الأمراض المهنية. وفي العديد من الحالات، تفضل المقاولات عدم التصريح بحالات حوادث الشغل، للمحافظة على مستوى قسط التأمين. وفي كل الحالات تقريبا يصطدم ضحايا حوادث الشغل والأمراض المهنية، على الرغم من أنهم في وضعية هشاشة وأن العديد منهم معوزون، بمساطر إدارية وقضائية طويلة ومكلفة ومعقدة تجبرهم على قبول تعويضات لا تتناسب مع حجم الضرر الذي تعرضوا له. كما أن النصوص القانونية تبقى قاصرة في ظل التنازع بين منطقتي الاعتراف بحقوق الضحايا ومنع الممارسات الاحتياطية. وإذا كان هذا الإصلاح قد مكن من إلغاء إلزامية إيداع ملفات الحوادث في المحكمة من لدن السلطات المحلية، فإنه لا توجد حتى الآن أي قواعد واضحة بشأن محتوى الشهادة الطبية وتوضيح أدوار كل من الطبيب المعالج والمستشار الطبي لشركة التأمين في تحديد نسبة العجز الدائم (IPP). ويضطر ضحايا حوادث الشغل وذوو حقوقهم إلى سلك «مسطرة الصلح» مع المقابلة المؤمنة للمشغل، إذا كان هذا الأخير مؤمناً، والتوصل إلى اتفاق مع المقابلة المؤمنة حول المصاريف والتعويضات التي يجب على هذه الأخيرة تقديم عروض بشأنها للمصاب أو لذوي حقوقه، وذلك داخل أجل أقصاه ستون يوماً من تاريخ إيداع شهادة الشفاء، أو شهادة الوفاة أو التوصل بهما.

كما يتعين على المصاب أو ذوي حقوقه أن يخبروا المقابلة المؤمنة للمشغل بقبول أو رفض عروض المصاريف والتعويضات المقدمة، داخل أجل ثلاثين يوماً.

ومن الواضح أن هذه الإجراءات تلقي بمسؤولية إثبات حادثة الشغل والنتائج المترتبة عنها على عاتق المصابين وذوي حقوقهم، وتلزمهم بسلك مساطر تتعارض مع مبادئ تيسير الولوج والمساعدة والتضامن وتوفير العلاج على أساس الضمان الاجتماعي.

وبلغت أقساط التأمين المحصلة من قبل شركات التأمين في مجال حوادث الشغل والأمراض المهنية 2,17 مليار درهم في سنة 2016، أي ما يمثل 6,2 في المائة من المبلغ الإجمالي لأقساط التأمين و10,5 في المائة من مجموع أقساط التأمين غير تأمين الحياة²⁶. وبلغت تكاليف التعويضات والمصاريف المؤداة 1,737 مليار درهم، منها 703,7 مليون درهم تتعلق بمصاريف التدبير. ووصل مبلغ الإيرادات السنوية التي منحتها الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين (CNRA) كتعويض عن حوادث الشغل أو الأمراض المهنية إلى 496 مليون درهم²⁷.

ومكنت تغطية المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية شركات التأمين من تحقيق نتيجة تقنية صافية بلغت 550,41 مليون درهم في هذا الصنف الفرعي في سنة 2016. وقد تضاعفت هذه النتيجة 15 مرة منذ سنة 2012 (حيث كانت في حدود 36 مليون درهم)²⁸.

ويسجل هذا القطاع أحجام تحصيل متدنية لأقساط التأمين المتعلقة بالمخاطر التقليدية (الحرائق والعوامل الطبيعية) (1,3 مليار درهم)، والنقل (577,99 مليون درهم)، والمسؤولية المدنية العامة (550,17 مليون درهم).

26 - هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي (ACAPS)، تقرير أنشطة 2016.

27 - طبقاً لمقتضيات القانون رقم 85.12 المغير والمتمّم للظهير الشريف رقم 1.59.301 الصادر في 27 أكتوبر 1959 بإحداث الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين.

28 - بلغت نسبة تكاليف الحوادث على الأقساط المكتسبة (S/P) سنة 2016، بالنسبة لفرع التأمين عن حوادث الشغل والأمراض المهنية 115 في المائة، وتأخذ هذه النتيجة التقنية الصافية بعين الاعتبار المنتجات المالية لهذا الفرع.

وتستحوذ هذه الاقتطاعات في مجالي حوادث الشغل والأمراض المهنية على جزء مهم من هذه المداخيل والنتائج، بيد أن ذلك لا ينعكس على تحسين أساليب ومستويات التغطية لفائدة الضحايا. ولعل هذا الاختلال هو أحد العوامل التي تقف وراء المأزق الذي توجد فيه منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب، كما يعد أحد الأسباب التي أدت إلى التصنيف المتدني للبلاد على الصعيد الدولي في مجال الحماية الاجتماعية والتنمية البشرية.

تحليل مقارن

يوضح الجدول التالي، إلى جانب تنوع نسب المساهمة، الصبغة العمومية الغالبة وغير الربحية لأنظمة تغطية المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية.

التمويل	الهيئة المشرفة على تدبير المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية	البلد
1,25 في المائة يتحملها المشغل	الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية	الجزائر
ما بين 0,4 و 4 في المائة يتحملها المشغل وحسب فروع النشاط	الصندوق الوطني للتأمين عن المرض	تونس
2 في المائة يتحملها المشغل	المؤسسة العامة للضمان الاجتماعي	الأردن
ما بين 1 و 6,5 في المائة من الأجر وفقاً للمخاطر في المقابلة + ما بين 1 و 3 في المائة إذا كانت الأعمال خطيرة	المعهد الوطني للضمان الاجتماعي (SGK)	تركيا
يتحمل المشغل 0,32 في المائة بالنسبة لحوادث الشغل و 1 في المائة بالنسبة للأمراض المهنية	صندوق الأمراض المهنية	بلجيكا
تحده المؤسسة المشغلة، حسب مستوى المخاطر	الصندوق الوطني للتأمين عن المرض للعاملين الأجراء	فرنسا
ما بين 0,81 و 16,2 في المائة حسب المخاطر التي ينطوي عليها كل نشاط	المعهد الوطني للضمان الاجتماعي (INSS)	إسبانيا
5 في المائة يتحملها المشغل	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	بوركينافاسو

خلاصات وتوصيات

إن الإبقاء على المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية خارج نطاق الحماية الاجتماعية وتدبيرها وفق نموذج للتأمين الخاص المستند إلى مفهوم المسؤولية المدنية للمشغلين يعد وضعاً مختلفاً لا ينسجم مع المبادئ الواردة في اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102، كما أنه عائق يحول دون إعمال مبادئ الشمولية وتيسير الولوج والإنصاف، والتي لا يمكن بدونها تمكين الفئات النشيطة من المغاربة وذوي حقوقهم من الاستفادة من نظام متكامل للضمان الاجتماعي.

لا توجد مؤشرات رسمية حول الأشخاص المشمولين بتأمين عن حوادث الشغل والأمراض المهنية. وحسب إحصائيات الجامعة المغربية لشركات التأمين وإعادة التأمين لسنة 2017 فإن «قطاع التأمين يغطي أزيد من 2 600 000 أجير برسم حوادث الشغل»، دون الإشارة إلى نسبة التأمين عن الأمراض المهنية. ولحد اليوم، لا توجد إحصائيات رسمية بشأن طبيعة حوادث الشغل والأمراض المهنية أو خطورتها. وتشير التقديرات التي تمكنت اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن من الاطلاع عليها إلى تسجيل 41 304 حادث سنة 2016 و42 416 حادث سنة 2017، حسب المعطيات المتوصل بها من لدن هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي.

وعلاوة على ذلك، فإن الإبقاء على تدبير المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل من قبل شركات التأمين من القطاع الخاص يؤثر سلباً أيضاً على تغطية مخاطر الأمراض المهنية. فآليات الوقاية من الأمراض المهنية لا تزال في مراحلها الأولى ولا يتم تحديدها بشكل منهجي. ولذلك يجد الضحايا وكذلك المؤمنون صعوبة في الاتفاق على أسباب هذه الأمراض وتاريخ بدء الإصابة بها والملابس المحيطة بها. وهذا يقود في معظم الأحيان إلى إحالة التكاليف الطبية المتعلقة بالأمراض المهنية وحوادث الشغل على الهيئات التي تتولى تدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (AMO) أو نظام المساعدة الطبية (راميد). وفي الواقع، فإن احتكار تدبير حوادث الشغل والأمراض المهنية من قبل شركات التأمين لا يحمي الضحايا وعائلاتهم والقائمين على رعايتهم من التحمل الكامل أو الجزئي للمخاطر المتعلقة بتلك الحوادث والأمراض.

ومن هذا المنطلق، يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، في إطار ما هو معمول به على الصعيد الدولي، وانسجاماً مع مضامين الاتفاقيات الدولية ذات الصلة (لا سيما اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102)، بأن يُعهد بتدبير المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية لهيئة واحدة للضمان الاجتماعي، وهي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الذي يعد مؤسسة عمومية غير ربحية، في إطار نظام قائم على التصريح الفردي بالأجور وتدعمه هيئة مراقبة ونظام لتحصيل المبالغ المستحقة. كما أن هذه التوصية تركز على أساس اقتصادي واضح، حيث تبلغ نسبة نفقات تدبير المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية من قبل شركات التأمين أزيد من 30 في المائة، مقابل 6 في المائة في إطار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويمكن استثمار هذه الفجوة الإيجابية لتمويل التدابير الوقائية و/ أو خفض تكلفة تغطية حوادث الشغل والأمراض المهنية.

وفي هذا الصدد، يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي باتخاذ التدابير التالية:

- تحيين وتعزيز التشريع المتعلق بطب الشغل، بما يُمكن من جعل الرجوع إليه وإعماله الفعلي أمراً تلقائياً، وجعله قابلاً للمراقبة وملائماً للأخطار المتعلقة بالصحة والسلامة في مجموع قطاعات النشاط؛
- تحيين وتعزيز مقتضيات مدونة الشغل المتعلقة بطب الشغل؛
- الإصلاح الجذري للتشريعات والمساطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية على مستوى المعاينة والتكفل والتعويض.

الحماية الاجتماعية للأشخاص الموجودين في وضعية بطالة

محدودية السياسات العمومية المعتمدة لفائدة التشغيل في المغرب

تتسم السياسات العمومية المعتمدة للنهوض بالتشغيل وتوفير الحماية الاجتماعية للأشخاص الموجودين في وضعية بطالة بمحدوديتها سواء على مستوى الموارد أو الرؤية الإستراتيجية أو الفعالية. وقد خصص قانون المالية برسم سنة 2018 ميزانية توقعية لسياسة التشغيل تبلغ 1,25 مليار درهم، أي أقل من 0,5 في المائة من إجمالي نفقات الدولة.

واعتمدت الحكومة سنة 2015 الإستراتيجية الوطنية للتشغيل للفترة 2015-2025. وتطمح هذه الإستراتيجية²⁹ إلى تبني «مقاربة جديدة» لسياسة التشغيل تهدف إلى «تجاوز المقاربات التقليدية للسياسات النشيطة لسوق الشغل ومسألة البطالة». وتمثل الهدف من هذه الإستراتيجية في وضع مسألة التشغيل «في صلب السياسات العمومية» واعتماد مقاربة متعددة الأبعاد و«مدمجة».

وقد انبثقت هذه الإستراتيجية عن تشخيص جرى إنجازه سنة 2014 وعن مسلسل تشاوري ثلاثي الأطراف أشرفت عليه وزارة التشغيل والشؤون الاجتماعية. وتقف الإستراتيجية عند الطابع الباعث للقلق للتفاوت القائم بين النمو الاقتصادي المطرد الذي تشهده البلاد منذ عقد من الزمن وبين الأزمة التي يعيش على إيقاعها سوق الشغل، حيث يتأثر هذا الأخير سلبيًا باستمرار العلاقات المهنية غير النظامية، وهشاشة عقود الشغل، وعقود الشغل غير النظامية، والتهرب من التصريح بالأجراء ومن أداء الاشتراكات برسم الحماية الاجتماعية، وارتفاع معدل البطالة في صفوف الشباب والشباب من حملة الشهادات، والبطالة طويلة الأمد، وما يتسم به معدل نشاط النساء من ضعف وتراجع مستمر (أقل من 18 في المائة سنة 2016 في الوسط الحضري). وقد أوصت الإستراتيجية في مجال الحماية الاجتماعية (الهدف الخاص رقم 1) بالعمل على «استكمال التشريع الوطني في ميدان الحماية الاجتماعية» والسهر على «تحديد أدق للجوانب التي تدخل ضمن التضامن الوطني وتلك التي تتدرج في نطاق التضامن السوسيو-مهني»، بالإضافة إلى «تعزيز منظومة الدولة للحماية الاجتماعية بآليات إرادية وذات أسس ترابية وجماعية وتعاونية، تعتمد التمويلات والتأمينات وأشكال التعاضد الصغرى». كما أوصت الإستراتيجية ب«توسيع نطاق الحماية الاجتماعية من أجل ضمان التغطية الصحية للساكنة غير المشمولة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وتوسيع الولوج لنظام التقاعد ليشمل كل العاملين، وتوسيع التعويضات العائلية لتشمل الفئات غير المستفيدة من التغطية، وتوسيع الاستفادة من نظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لتشمل مهنيي النقل والصيد الساحلي والعمال المنزليين، وتوسيع نطاق الخدمات، لاسيما التعويض عن فقدان الشغل والتأمين عن البطالة، وتعزيز منظومة التعويض عن فقدان الشغل، والتدبير الأمثل للخدمات الصحية». غير أن الإستراتيجية لم تعط خطوطاً توجيهية واضحة في ما يتعلق بالتمويل والإشراف المؤسساتي وبرنامج التفعيل ومؤشرات تتبع التوصيات التي تقدمت بها.

وحسب التقييم الذي أجرته وزارة الاقتصاد والمالية³⁰، فقد مكن تنفيذ الإستراتيجية الوطنية للتشغيل ما بين 2015 وغشت 2017 من إحداث 555 مقالة في إطار برنامج «التشغيل الذاتي» واستفادة 22 230 شخصاً من التعويض عن فقدان الشغل. ويبرز تقييم مؤشرات تنفيذ الإستراتيجية

29 - الإستراتيجية الوطنية للتشغيل، وزارة التشغيل والشؤون الاجتماعية، ملخص، 2015.

30 - ميزانية المواطن/ وزارة الاقتصاد والمالية، 2018، الصفحة 18.

إلى غاية شتبر 2017، أن هذه الإستراتيجية مكنت من إدماج 62 643 من الباحثين عن الشغل (برنامج إدماج) وتحسين ظروف البحث عن الشغل لفائدة 14 091 شخصاً (برنامج تأهيل) وإدماج 2 000 من الباحثين عن الشغل في إطار برنامج (تحفيز) ودعم 710 من حاملي المشاريع في إطار برنامج «التشغيل الذاتي». وبالنسبة لسنة 2018، فإن التدابير المزمع تنفيذها تهم أساساً توسيع تغطية فروع الوكالة الوطنية لإنعاش التشغيل والكفاءات في جميع أنحاء التراب الوطني، وتعزيز الامتيازات الضريبية لاسيما من خلال التخصيص على الاستفادة من الإعفاء بالنسبة لـ10 إجراء عوض 5 حالياً في إطار نظام «تحفيز»، بالإضافة إلى التخفيض من الضريبة على الشركات والضريبة على الدخل إثر المساهمة في رأس مال المقاولات الناشئة المبتكرة في التكنولوجيات الحديثة في حدود 200 000 درهم عوض 100 000 درهم. ولا يبدو أنه سيكون لهذه التدابير، المتسمة بضعف ترابطها ومحدودية الموارد المخصصة لها، تأثير قوي في ما يتعلق بإحداث مناصب الشغل. وباستثناء التعويض عن فقدان الشغل، فإن الأهداف التي تهم بشكل خاص الحماية الاجتماعية في مجال التشغيل، لاسيما التأمين عن البطالة، والتي جاءت في الإستراتيجية الوطنية للتشغيل (2015)، لم ترد في توقعات ميزانية 2018.

لا يطبق المغرب مقتضيات الاتفاقية رقم 102 والتوصية رقم 202 لمنظمة العمل الدولية المتعلقة بالحماية الاجتماعية في مجال الشغل

لم يُوقع المغرب بعدُ على معايير منظمة العمل الدولية المتعلقة بالحماية الاجتماعية في مجال التشغيل، لا سيما الاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي (سنة 1952) التي تنص ضمن فروعها التسعة على توفير إعانة البطالة، والاتفاقية رقم 168 بشأن النهوض بالعمالة والحماية من البطالة (سنة 1988). كما أن السياسات العمومية لا تراعي ضرورة الانسجام مع توصية منظمة العمل الدولية رقم 67 بشأن تأمين الدخل (سنة 1944) والتوصية رقم 176 بشأن النهوض بالعمالة والحماية من البطالة (1988). وتشكل مبادئ هذه الصكوك وأهدافها الأساسية الركيزة التي تقوم عليها التوصية التي تبنتها منظمة العمل الدولي سنة 2012 بشأن مسؤولية كل دولة في إرساء أرضية شاملة للحماية الاجتماعية، يستفيد منها حتى الأشخاص العاملون في الاقتصاد غير المنظم. ويمكن أن يتم إرساء أرضية الحماية الاجتماعية المشار إليها بشكل تدريجي لكن بوتيرة سريعة. وينبغي أن تشمل على ضمان توفير أمن الدخل الأساسي للأشخاص في سن النشاط لكن غير القادرين على كسب دخل كاف، خاصة في حالات المرض والبطالة والأمومة والعجز. وتوصي منظمة العمل الدولية (التوصية رقم 202) بأن تركز الإستراتيجيات الوطنية لمد نطاق الضمان الاجتماعي على الحوار الاجتماعي مع البدء بوضع أهداف واضحة وتحديد الثغرات والعوائق المطروحة، والموارد والإطار الزمني ومراحل تنفيذ السياسات ذات الصلة. وتضيف المنظمة في توصيتها أنه ينبغي لإستراتيجيات مد نطاق الضمان الاجتماعي أن «تدعم نمو العمالة المنظمة وتحد من السمّة غير المنظمة» كما ينبغي تعزيزها «بسياسات نشطة لسوق العمل».

التعويض عن فقدان الشغل: خدمة محدودة وغير ملائمة بالقدر الكافي لمخاطر البطالة

لا يزال الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إلى حدود اليوم الهيئة الوحيدة التي تمنح الأجراء الذين فقدوا عملهم تعويضاً يسمى «التعويض عن فقدان الشغل». ولا يعد هذا التعويض إعانة عن البطالة. إذ يُمنح للأجير الذي فقد شغله بكيفية لا إرادية ويبحث فعلياً عن شغل جديد. وهو عبارة

عن دخل أدنى يمنح لمدة محددة في ستة أشهر، ويساوي مقداره 70 في المائة من الأجر الشهري المتوسط المصرح به لفائدة الأجير خلال السنة وثلاثين شهرا الأخيرة التي تسبق تاريخ فقدان الشغل، دون أن يتجاوز هذا المقدار الحد الأدنى القانوني للأجر.

ويشكل التعويض عن فقدان الشغل آلية لمساعدة الأجير الذي فقد شغله على العودة إلى سوق الشغل، أكثر من كونه وسيلة لتعويض الأجر الذي فقده بعدما أصبح في وضعية بطالة. ويشترط من أجل الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل أن يثبت الأجير توفره على فترة للتأمين بنظام الضمان الاجتماعي لا تقل عن 780 يوما خلال السنوات الثلاث السابقة لتاريخ فقدان الشغل، منها 260 يوما خلال الإثني عشر شهرا السابقة لهذا التاريخ وأن يثبت أنه فقد شغله بكيفية لا إرادية وأن يقوم بإيداع طلب التعويض عن فقدان الشغل داخل أجل الستين يوما من تاريخ فقدان الشغل.

وتم في إطار نظام التعويض عن فقدان الشغل، الذي دخل حيز التنفيذ في الفاتح من دجنبر 2014، إيداع 25 000 طلب سنة 2016، مقابل 21 000 طلب في سنة 2015. وقد تم رفض عدد مهم من هذه الطلبات (حوالي طلب واحد من أصل اثنين تم رفضه)، ويعزى سبب الرفض في أغلب الحالات إما لـ«عدم استكمال وثائق الملف» أو لعدم كفاية مدة التأمين بنظام الضمان الاجتماعي اللازمة للاستفادة من التعويض (780 يوما خلال السنوات الثلاث السابقة لتاريخ فقدان الشغل، منها 260 يوما خلال الإثني عشر شهرا السابقة لهذا التاريخ).

وثمة عنصر مهم جاءت به آلية التعويض عن فقدان الشغل، يتمثل في احتفاظ الأجير خلال مدة استفادته من هذا التعويض بحقوقه المتعلقة بالتأمين عن المرض والتعويضات العائلية، كما يتم احتساب هذه الفترة في تحديد معاش التقاعد.

إن نظام التعويض عن فقدان الشغل، الذي بدأ العمل به سنة 2015، والذي سمح بتعويض 28 206 أشخاص، بمتوسط سنوي يبلغ 9 400 شخص، بمبلغ تعويض حدد سقفه في 70 في المائة من الأجر المتوسط، لا يُشكل ضمانا أمن الدخل الأساسي كما جاءت في مفهوم اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي (سنة 1952) والاتفاقية رقم 168 بشأن النهوض بالعمالة والحماية من البطالة (سنة 1988).

وتبلغ نسبة المستفيدين من التعويض عن فقدان الشغل أقل من 1 في المائة من مجموع الأشخاص الموجودين في وضعية بطالة، والمقدر عددهم بـ10 في المائة من مجموع الساكنة النشيطة.

توصيات

1. الوقوف عند حصيلة منجزات السياسات العمومية في ضوء مقتضيات اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 168 المتعلقة بسياسة التشغيل والحماية من البطالة، والعمل على المصادقة على هذه الاتفاقية وإعمال توصياتها؛

2. تضمين المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية تعريفا رسميا للبطالة الكاملة، باعتبارها فقد الكسب بسبب عجز شخص عن الحصول على عمل مناسب، رغم كونه قادرا على العمل ومستعدا له وباحثا بالفعل عن عمل. وتعريف البطالة الجزئية على أنها تخفيض مؤقت في ساعات العمل العادية أو القانونية أو توقف أو نقص الكسب بسبب وقف مؤقت للعمل دون إنهاء علاقة العمل وبوجه خاص لأسباب اقتصادية أو تكنولوجية أو هيكلية أو أسباب مماثلة؛

3. العمل في إطار الحوار الاجتماعي على وضع آلية وطنية للتأمين من البطالة قائمة على مبدأ المساهمة، تضع كفاءات لمنح التعويض عن البطالة، من شأنها أن تسهم في تعزيز العمالة الكاملة والمنتجة والمختارة بحرية، وألا يكون من أثرها عدم تشجيع أرباب العمل على عرض عمل منتج، والعمال عن البحث عن هذا العمل؛
4. العمل، عند إطلاق العمل بهذه الآلية، على تخصيص التأمين عن البطالة مؤقتاً للأشخاص الذين يعيلون أسرهم، ثم العمل بعد ذلك على توسيع دائرة المستفيدين من الحماية والزيادة التدريجية في مبلغ التعويضات ومدة الاستفادة منها؛
5. إرساء نظام لدفع الإعانات للعاملين لبعض الوقت (دوام جزئي) الذين يبحثون فعلاً عن عمل لكامل الوقت، على أن يكون مجموع هذه الإعانات والكسب الذي يحققونه من عملهم لبعض الوقت، حافزاً يدفعهم إلى ممارسة عمل لكامل الوقت؛
6. يتعين أن يشكل الأشخاص المستفيدون من نظام الحماية من البطالة نسبة لا تقل عن 85 في المائة من مجموع الأجراء، بمن فيهم موظفو القطاع العام والمتمرنون.

الحماية الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة

عدد الأشخاص في وضعية إعاقة غير معروف بشكل دقيق والأرقام الرسمية أدنى من المتوسط العالمي

يُقدر عدد الأشخاص في وضعية الإعاقة بالمغرب بحوالي 2,2 مليون شخص، أي بنسبة انتشار للإعاقة في المجتمع تبلغ 6,8 في المائة من إجمالي الساكنة، حسب ما جاء في البحث الوطني الثاني حول الإعاقة بالمغرب الذي أنجزته وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية. هذا، ومن بين كل أربع أسر هناك أسرة واحدة على الأقل تضم شخصاً يحمل إعاقة (24,5 في المائة من مجموع الأسر المغربية). وارتكازاً على معطيات الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2014، حددت المندوبية السامية للتخطيط من جانبها نسبة انتشار الإعاقة في المجتمع في 5,1 في المائة من مجموع عدد الساكنة، مشيرة إلى أن ثمة جهات تضم مستويات أعلى من هذا المتوسط الوطني (الشرق، فاس-مكناس، بني ملال-خنيفرة، مراكش-آسفي، سوس-ماسة، كلميم-واد نون). كما أن 94 في المائة من حالات الإعاقة التي حددها البحث الوطني المشار إليه تصنف ضمن فئة «الإعاقة من الخفيفة إلى المتوسطة»، وهو ما يعادل 2 131 456 شخصاً، مقابل 2,2 في المائة من الحالات تصنف ضمن فئة «الإعاقة من المتوسطة إلى العميقة جداً»، أي 732 688 شخصاً و0,6 في المائة (199 824 شخصاً³¹) في فئة الإعاقة «العميقة جداً».

وتعتبر هذه الأرقام أقل بكثير من المعدلات المسجلة على المستوى العالمي. فحسب منظمة الصحة العالمية يعيش حوالي 10 في المائة من سكان العالم تقريباً، أي 650 مليون نسمة، بنوع ما من الإعاقة. وتشكل هذه الفئة أكبر أقلية تعاني من الهشاشة في العالم. ويرتفع هذا العدد بتزايد النمو الديمغرافي ونتيجة الشيخوخة وتطور خدمات التكفل الطبي. وتُقدّر منظمة الصحة العالمية أنه في كل البلدان التي يتجاوز فيها أمد الحياة 70 سنة، فإن كل شخص سيقضي في المتوسط ثمان سنوات (11,5 في المائة من سنوات عمره) في وضعية إعاقة. ويزداد هذا الاحتمال في البلدان النامية حيث

31 - وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية «البحث الوطني حول الإعاقة 2014»، فبراير 2014.

يعيش حاليا 80 في المائة من الأشخاص ذوي الإعاقة. كما أن النساء في كل البلدان هن أكثر عرضة لأخطار الإعاقة بالإضافة إلى الأشخاص الأكثر فقرا، والذين يوجد 20 في المائة منهم، حسب البنك الدولي، في وضعية إعاقة. وتعد النساء والفتيات ذوات الإعاقة أكثر عرضة لسوء المعاملة والاعتصاب والعنف المنزلي.

لم يعتمد المغرب بعد تشريعا مناهضا للتمييز ولم يضع منظومة للحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة

لم يعتمد المغرب لحد الآن مقتضيات لمناهضة التمييز تحيل صراحة على حماية الأشخاص في وضعية إعاقة وعلى توفير الحماية الاجتماعية لهم، إما في شكل مساعدة طبية وشبه طبية، أو في صورة دخل أساسي. إذ ليس هناك لغاية اليوم أي نص قانوني أو تنظيمي³² خاص ينظم الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة، والحال أن دستور سنة 2011 ينص في الفصل 34 منه على أن السلطات العمومية تقوم «بوضع وتفعيل سياسات موجهة إلى الأشخاص والفئات من ذوي الاحتياجات الخاصة. ولهذا الغرض، تسهر خصوصا على (...) إعادة تأهيل الأشخاص الذين يعانون من إعاقة جسدية، أو حسية حركية، أو عقلية، وإدماجهم في الحياة الاجتماعية والمدنية، وتيسير تمتعهم بالحقوق والحريات المعترف بها للجميع».

وتنص المادة 6 من القانون الإطار رقم 97.13 (الصادر في 27 أبريل 2016) المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها³³، على وضع «نظام للدعم الاجتماعي والتشجيع والمساندة لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة»، لكن على أن «يحدد نظام الدعم الاجتماعي المذكور وأشكاله ومصادر تمويله وكيفية تدبيره وشروط الاستفادة منه بنص تشريعي». فهل يشكل هذا القانون الإطار بداية تطبيق اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي صادق عليها المغرب سنة 2009؟، إذ يقر هذا الصك الدولي «بحق الأشخاص ذوي الإعاقة في الحماية الاجتماعية، والتمتع بهذا الحق دون تمييز بسبب الإعاقة» (المادة 28، الفقرة 2). وعلى إثر تقديم المغرب لتقريره الأولي حول أعمال أحكام هذه الاتفاقية، أعربت اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة في ملاحظاتها الختامية³⁴ التي اعتمدها في دورتها الثامنة عشر (14-31 غشت 2017)، عن قلقها بسبب «(أ) ارتفاع نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة الذين ليس لديهم دخل منتظم؛ و(ب) عدم وجود نظام شامل للحماية الاجتماعية يضمن للأشخاص ذوي الإعاقة ولأسرهم إمكانية الحصول على مستوى معيشي لائق، بما في ذلك مخصصات مالية لتغطية النفقات المرتبطة بالإعاقة». وفي هذا الصدد، أوصت اللجنة ب«وضع نظام للحماية الاجتماعية يرمي إلى كفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة بمستوى معيشي لائق، بما في ذلك عن طريق أنظمة التعويض على شكل بدلات» بهدف «تمكين وتعزيز الإدماج الاجتماعي والاقتصادي والسياسي للجميع، بغض النظر عن الإعاقة».

32 - تشير المادة 5 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية إلى «أولاد المؤمن المعاقون جسديا أو ذهنيا والأطفال المتكفل بهم الموجودون في نفس الوضعية الذين يستحيل عليهم القيام بصورة كلية دائمة ونهائية بمزاولة أي نشاط مأجور» كمستفيدين من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، فيما تشير المادة 117 من القانون نفسه إلى الأولاد «المعاقون كيفما كانت سنهم، والذين يستحيل عليهم بصورة كلية ودائمة القيام بعمل مأجور، على إثر إصابتهم بعجز جسدي أو ذهني» كمستفيدين من نظام المساعدة الطبية. مرسوم رقم 2.05.733 صادر في 11 من جمادى الآخرة 1426 (18 يوليو 2005) بتطبيق القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية يشير في مادته 7 إلى أنه لا يمكن للمستفيد من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض «أن يطالب إلا بجهاز واحد عن كل إعاقة. غير أنه يحق للضحايا الذين فقدوا عضوا من أعضائهم، قبل الحصول على الأجهزة النهائية، الاستفادة من جهاز مؤقت بعد استطلاع رأي الطبيب المراقب التابع لهيئة التدبير».

33 - الجريدة الرسمية عدد 6466 بتاريخ 19 ماي 2016.

34 - اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، اللجنة المعنية بحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، «الملاحظات الختامية بشأن التقرير الأولي للمغرب» (CRPD/C/MAR/CO/1)، 25 شتنبر 2017، النقلتان 52 و53.

ويتم تنفيذ آليات للدعم لفائدة هذه الفئة من خلال برامج حكومية للتضامن، من قبيل المبادرة الوطنية للتنمية البشرية وبرنامج تيسير أو من خلال المصالح المختصة (مؤسسات ومراكز الحماية الاجتماعية المكلفة بالأشخاص ذوي الإعاقة، ورشات لصناعة الأطراف والترويض الطبي في بعض المستشفيات...) وعبر مساهمة صندوق التماسك الاجتماعي.

الأشخاص في وضعية إعاقة: ولوج ضعيف للحماية الاجتماعية

يستفيد 19,4 في المائة³⁵ من الأشخاص في وضعية إعاقة من نظام للحماية الاجتماعية، 34,1 في المائة منهم لهم صفة مؤمن له مباشر و62,3 في المائة يستفيدون بصفتهم ذوي حقوق. كما أن ثلثي الأشخاص الذين يستفيدون من حماية اجتماعية (60,8 في المائة) منخرطون في نظام المساعدة الطبية، أما الباقون فمنخرطون في نظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (15,4 في المائة) والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (12,7 في المائة). أما نسبة الأشخاص ذوي الإعاقة المشمولين بتأمين خاص فتبلغ 2,1 في المائة.

من جهة أخرى، نجد أن ثلثي الأشخاص ذوي الإعاقة لا يستفيدون من أي نظام للضمان الاجتماعي.

ولوج الأشخاص ذوي الإعاقة للتكفل والرعاية الصحية

يرتكز تنفيذ البرنامج الحكومي في مجال العناية بالأشخاص في وضعية إعاقة على تعبئة صندوق دعم التماسك الاجتماعي الذي تم إحداثه سنة 2012 والذي يشمل أربعة محاور للتدخل: تحسين ظروف تدرس الأطفال في وضعية إعاقة (الخدمات التربوية والتأهيلية والتكوينية والعلاجية الوظيفية التي تقدمها الجمعيات داخل المؤسسات المتخصصة أو المؤسسات التعليمية الدامجة)؛ اقتناء الأجهزة الخاصة والمساعدات التقنية الأخرى (الأجهزة والأنظمة التي يستعملها الشخص في وضعية إعاقة من أجل الوقاية أو التخفيف من حدة العجز)؛ تشجيع الاندماج المهني والأنشطة المدرة للدخل (إنتاج مواد أو خدمات مدرة للدخل)؛ المساهمة في إحداث وتسيير مراكز الاستقبال (تهيئة وتجهيز فضاءات تابعة للتعاون الوطني كمراكز للاستقبال والتوجيه وتقديم خدمات صندوق دعم التماسك الاجتماعي).

وقد أوضح البحث أن 60,8 في المائة من الأشخاص في وضعية إعاقة لا يستطيعون الولوج إلى الخدمات الصحية العامة التي توفرها المنظومة الصحية بالمغرب، وذلك راجع أساسا لأسباب مالية وبسبب عدم وجود مؤسسة أو بنية طبية أو بعدها عنهم³⁶. وحسب البحث الوطني المشار إليه، فإن أزيد من ثلث (37,5 في المائة) الأشخاص ذوي الإعاقة المتروحة ما بين المتوسطة والعميقة جدا يحتاجون لمعينات تقنية، والحال أن 38 في المائة منهم يعيشون في الوسط القروي و67,7 في المائة يعانون من قصور حركي (أي نحو 170 000) مما يحد من إمكانيات استفادتهم من الرعاية الصحية³⁷. وبين البحث أن شخصا واحدا فقط من أصل كل ثلاثة أشخاص (31,4 في المائة) يتوفر على المعينات التقنية التي يحتاجها في حياته اليومية. وقد استطاعت غالبية هذه النسبة (53 في المائة) الحصول على المعينات التقنية بوسائلها الذاتية، في حين أن 35 في المائة حصلت على المعينات التقنية بمساعدة عائلية و23,7 في المائة عن طريق الجمعيات و23,4 في المائة بمساعدة

35 - المصدر: البحث الوطني حول الإعاقة 2014.

36 - المصدر نفسه.

37 - المصدر نفسه.

خيرية (المحسنون)، فيما تظل المعينات التقنية المتأتية من مساعدات المؤسسات العمومية ضئيلة (4,4 في المائة). وبالنسبة لـ10,2 في المائة من الأشخاص في وضعية إعاقة فقد تكلفت صناديق التغطية الاجتماعية (صندوق الضمان الاجتماعي، شركة تأمين أو تعاضدية) بتوفير هذه المعينات.

التشغيل والدخل³⁸

يُقدر معدل التشغيل لدى الأشخاص في وضعية إعاقة في سن النشاط، حسب البحث الوطني حول الإعاقة لسنة 2014، بـ13,6 في المائة، أي ما يقل بثلاث مرات عن معدل التشغيل على المستوى الوطني. مما يفاقم إقصاء هذه الفئة من الاستفادة من أنظمة التغطية الاجتماعية. ويبرز البحث أن معدل البطالة في صفوف الأشخاص في وضعية إعاقة من متوسطة إلى عميقة جدا يبلغ 67,75 في المائة أي 174 494 شخصاً. وهو معدل أعلى بست مرات من المعدل الوطني³⁹. وحسب المصدر ذاته، فإن النساء في وضعية إعاقة يواجهن صعوبات جمة في مجال التشغيل، إذ يبلغ معدل التشغيل في صفوفهن 2,7 في المائة على الصعيد الوطني. وتقل حظوظ حصول الإناث في وضعية إعاقة على عمل بتسع مرات عن حظوظ الذكور في وضعية إعاقة (الذين يبلغ معدل التشغيل في صفوفهم 22 في المائة).

إرساء نظام للحماية الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة، أمر ضروري وممكن في الآن ذاته

تدعو منظمة العمل الدولية في توصيتها رقم 202 بشأن أراضيات الحماية الاجتماعية (2012) الدول إلى إرساء أراضيات الحماية الاجتماعية «والتي تشمل ضمانات أساسية من الضمان الاجتماعي»، لا سيما «توفير أمن الدخل الأساسي، على الأقل عند المستوى الأدنى المحدد على الصعيد الوطني، للأشخاص في سن العمل غير القادرين على كسب دخل كافٍ، لا سيما في حالة المرض والبطالة والأمومة والإعاقة».

وقد قدرت الآلية العالمية لاحتساب تكلفة أراضية الحماية الاجتماعية التي وضعها مكتب العمل الدولي سنة 2018، تكلفة تقديم إعانات تعادل 100 في المائة من عتبة الفقر لفائدة جميع الأشخاص من ذوي الإعاقة العميقة، في 0,3 في المائة من الناتج الداخلي الخام.

38 - المصدر نفسه.

39 - المصدر نفسه.

تكلفة الأرضية الشاملة للحماية الاجتماعية من الناتج الداخلي الخام
جدول مقارنة: المغرب، تونس، مصر، الأردن، ماليزيا

المجموع	النسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لتكلفة منح تعويضات بنسبة 100% من عتبة الفقر لفائدة أطفال الأسر المعوزة (أقل من 15 سنة)	النسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لتكلفة منح تعويضات تعادل 100% من عتبة الفقر لفائدة الأطفال اليتامي (من الوالدين)	النسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لتكلفة منح تعويضات تعادل 50% من الحد الأدنى للأجر لفائدة جميع الأشخاص البالغين 65 سنة فما فوق الموجودين في حالة فقر	النسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لتكلفة منح تعويض عن البطالة يعادل 70% من الحد الأدنى للأجر لفائدة شخص/ أسرة لمدة 100 يوم	النسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لتكلفة منح تعويضات تعادل 100% من عتبة الفقر لفائدة جميع الأشخاص المصابين بإعاقة عميقة	النسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام لتكلفة منح تعويضات تعادل 4 أشهر من الحد الأدنى لجميع أمهات الأطفال حديثي الولادة	البلدان
المغرب	0,6%	0,0%	0,4%	0,4%	0,3%	0,6%	
تونس	0,4%	0,0%	0,1%	0,2%	0,4%	0,3%	
مصر	غير محدد	0,0%	غير محدد	0,8%	0,3%	0,5%	
الأردن	0,2%	0,0%	0,0%	0,3%	0,4%	0,5%	
ماليزيا	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,2%	
المعدل	1,5%	0,0%	0,2%	0,4%	0,5%	0,4%	

المصدر: مكتب العمل الدولي، أرضية الحماية الاجتماعية، الآلية العالمية لاحتساب التكلفة

وينبغي قراءة نسبة هذه التكلفة (0,3 في المائة من الناتج الداخلي الخام) في ضوء التكلفة المترتبة عن إقصاء الأشخاص في وضعية إعاقة من سوق الشغل والتي تبلغ نسبتها 2 في المائة من الناتج الداخلي الخام و3 في المائة من مجموع الاستهلاك السنوي للأسر، كما جاء في الدراسة التي جرى إنجازها بطلب من التحالف من أجل النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة وتم نشرها سنة 2010⁴⁰. علما أن هذه الأرقام التي توصلت إليها الدراسة لا تدمج مختلف التكاليف المباشرة وغير المباشرة التي يتحملها أقارب الشخص ذي الإعاقة ومساعدوه. لذلك، فالإ جانب ما سيسمح به من أعمال للحقوق الإنسانية لذوي الإعاقة، فمن شأن الاستثمار في الإدماج الاجتماعي للأشخاص حاملي الإعاقة والنهوض بمشاركتهم في سوق الشغل، أن يكون له وقع اقتصادي إيجابي على مجموع المواطنين.

توصيات

1. استكمال الإطار القانوني والتنظيمي لحماية الأشخاص في وضعية إعاقة، من خلال وضع تدابير ردية لأشكال العنف وسوء المعاملة والتمييز إزاء هذه الفئة من الأشخاص، سواء داخل الأسرة أو في أماكن العمل أو في ما يتصل بالولوج إلى التشغيل والخدمات العمومية؛

40 - مكتب دراسات (L.J Consulting) لحساب التحالف من أجل النهوض بحقوق الأشخاص في وضعية إعاقة. دراسة حول التكلفة الاقتصادية لإقصاء الأشخاص في وضعية إعاقة من سوق الشغل بالمغرب، أبريل 2011.

2. العمل داخل أجل مدته سنة على تفعيل المقتضى التشريعي المحدث لنظام للدعم الاجتماعي والتشجيع والمساندة لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة (المادة 6 من القانون الإطار رقم 97.13 الصادر 27 أبريل 2016)؛
3. ضمان دخل أساسي، يُحدّد حسب مستوى الموارد، لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة، طبقا لتوصية منظمة العمل الدولية رقم 202 بشأن الأرصديات الوطنية للحماية الاجتماعية. وينبغي أن يعادل المجهود الوطني الواجب بذله من أجل تمويل الدخل الأساسي لفائدة هؤلاء الأشخاص 0,32 في المائة على الأقل من الناتج الداخلي الخام، وذلك وفقا لتوصية منظمة العمل الدولية المشار إليها؛
4. القضاء على أشكال التمييز في حق هذه الفئة في أنظمة التأمين الإجبارية والتكميلية التي تتولى تديرها شركات القطاع الخاص، وإلغاء البنود التي تؤدي إلى إقصائهم من هذه الأنظمة؛
5. تطوير خدمات المساعدة الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة على المستوى المحلي والجهوي والوطني؛
6. إلزام مقاولات القطاع العام والخاص بوضع مخططات خاصة بالوقاية من مخاطر وانعكاسات وضعيات الإعاقة وبتحديدها والتخفيف منها، بالإضافة إلى سبل مواكبة الأشخاص المعنيين؛
7. تفعيل إحداث مراكز استقبال وتوجيه الأشخاص في وضعية إعاقة والحرص على التعريف بها، مع العمل على ضمان تكوين مسبق ومستمر للمهنيين المشرفين عليها، وتعميم هذه المراكز على مجموع التراب الوطني وفتح الولوج إليها في وجه الجميع (مبدأ الولوج الشامل)؛
8. إحداث تخصصات مهنية في مجال التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة (مهن الاستقبال، تسيير المؤسسات الموجهة لذوي الإعاقة، المشرفون التربويون المختصون)؛
9. وضع ونشر مؤشرات لتقييم وتتبع وضعية الأشخاص في وضعية إعاقة وتدابير الحماية الاجتماعية المخصصة لهم، مع تسليط الضوء على المعطيات المتعلقة بالأشخاص حاملي الإعاقة ضمن مؤشرات تتبع أعمال أهداف التنمية المستدامة؛
10. تعزيز آليات حماية الأشخاص في وضعية إعاقة من الفصل التعسفي من الشغل؛
11. العمل على تعزيز دور طب الشغل في التدخل في مجال الإعاقة، وأن تناط به مسؤولية الوقاية من الإعاقة ومعاينة حالات الإصابة بالإعاقة؛
12. تعزيز حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التظلم.

الحماية الاجتماعية لفائدة الأشخاص المسنين

تشكل خدمات التقاعد مكونا رئيسيا في نظام الحماية الاجتماعية. فهي تجسد حقا إنسانيا أساسيا كرسه الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي تبنته الأمم المتحدة سنة 1948 والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (1966). وترتكز هذه الخدمات على مبدأ الضرورة، وهو المبدأ الذي ذكر به سنة 2001 قرار المؤتمر الدولي للعمل (منظمة العمل الدولية) عندما أكد أن «جميع المجتمعات اليوم تواجه إشكالا مضادا أنه لا يمكن لأحد أن يوفر احتياجاته طيلة مراحل

حياته عن طريق عمله الشخصي. فالمرض والعجز والبطالة وتعليم الأبناء والشيخوخة كلها أمثلة لفترات تنقلص فيها القدرة على الكسب، لذلك ينبغي على كل المجتمعات إرساء نظام لمساعدة الأشخاص الذين يُحرمون من القدرة على الكسب».

وفي المغرب، يقوم نظام التقاعد حصريا على أنظمة تقاعد مُموّلة من مساهمات الأجراء والمُشغّلين، إذ لا يوجد لحد الآن في المغرب أي نظام لمنح معاش الشيخوخة لا يقوم على مبدأ المساهمات. ولا تزال الأنظمة القائمة مطبوعة بالبنيات والمفاهيم الموروثة عن فترة الحماية وعن السنوات الأولى للاستقلال⁴¹. ويتعلق الأمر بأنظمة مقسمة وفقا لمعايير قطاعية، استنادا إلى النموذج المسمى «نموذج بسمارك» للتأمين الاجتماعي الذي يتم تمويله من اقتطاعات إلزامية من دخل الأجراء. وقد صممت أنظمة التأمين هذه إبان فترة الحماية، في شكل صناديق مهنية أو بين - مهنية (الصندوق المغربي للتقاعد، صناديق داخلية، الصندوق المهني المغربي للتقاعد) لتوفير معاشات تسمى «معاشات عن الشيخوخة»، كما يمكنها توفير رواتب معاشية عن الزمانة (حالة العجز) أو لفائدة الأرمل أو الأرملة، للموظفين العموميين وموظفي المقاولات العمومية والأطر الأوربيين العاملين في القطاع الخاص. وقد أتاح إحداث الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي سنة 1958 توسيع نطاق الاستفادة من الحق في معاش التقاعد ليشمل الأجراء المغاربة العاملين في القطاع الخاص، كما فتح إحداث النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد سنة 1977 الباب أمام موظفي الجماعات المحلية والأعوان المتعاقدين مع الدولة للاستفادة من هذا الحق. وإلى غاية اليوم، لا يزال الأشخاص المزاولون لمهن حرة والعاملون غير الأجراء لا يستفيدون من معاش التقاعد. وبالمثل، فإن الأشخاص الذين لا يتوفرون على فترات التأمين التي تنص عليها أنظمة التقاعد لا يستفيدون من المعاش. هكذا، نجد في المجموع أن 60 في المائة من الفئات النشيطة لا يستفيدون من أي حق في المعاش.

41 - شكل الصندوق المغربي للتقاعد، الذي كان موجها عند إحداثه للموظفين المدنيين الفرنسيين وأراملهم وأبياتهم، أول هيئة مكلفة بتدبير النظام الإجباري للمعاشات المدنية (ظهير فاتح مارس 1930). وقد جرى انطلاقا من فاتح ماي سنة 1931 توسيع نطاق هذا النظام ليشمل الموظفين المغاربة. وفي سنة 1949 قامت جمعية الأرياب العمل بإحداث الصندوق المهني المغربي للتقاعد. وأحدث ظهير فاتح غشت 1958 نظاما لرواتب المعاشات العسكرية لفائدة ضباط القوات المسلحة الملكية والقوات الخلفية السابقة وقدماء المقاومين المصابين بآفات. وفي سنة 1959 تم سن نظام معاشات لفائدة المقاومين وأراملهم وفروعهم وأصولهم بموجب الظهير رقم 1.59.075 بتاريخ 6 رمضان 1378 (16 مارس 1959). كما جرى إحداث نظام للضمان الاجتماعي لفائدة أجراء قطاع الصناعة والتجارة والمهن الحرة، يتولى تسييره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وينص هذا النظام على إلزامية أن يسري نظام منح معاشات التقاعد على مجموع أجراء القطاع الخاص. ويشكل الصندوق المهني المغربي للتقاعد نظاما اختياريا مكملا لنظام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وفي سنة 1971 تم إحداث نظام لرواتب التقاعد العسكرية يسري على جميع الموظفين العسكريين ونظام لرواتب التقاعد المدنية ينطبق على جميع الموظفين الذين تسري عليهم مقتضيات النظام الأساسي العام للوظيفة العمومية، ورجال القضاء، والمتصرفين والمتصرفين المساعدين بوزارة الداخلية، والأعوان المرسمين في أسلاك الجماعات والمؤسسات العمومية. وفي سنة 1972 جرى إصلاح نظام الضمان الاجتماعي (الظهير رقم 1.72.184 الصادر في 27 يوليوز 1972) مكن من تحسين شروط منح مختلف الخدمات. وفي سنة 1975، تم توسيع نظام المعاشات العسكرية ليشمل رجال التسيير والصف والقوات المساعدة. أما في سنة 1977، فقد جرى بموجب الظهير بمثابة قانون رقم 1.77.216 الصادر في 4 أكتوبر 1977 إحداث النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد، يطبق على مستخدمي المؤسسات العمومية والمستخدمين غير المرسمين. في سنة 1982، سمح القانون رقم 26.79 بتوسيع نظام الضمان الاجتماعي ليشمل المشغّلين والمُعلّمة بمؤسسات الاستغلال الفلاحية والغابوية والمرافق التابعة لها. وفي سنة 1993، جرى اعتماد المرسوم رقم 2.93.1 الصادر في 29 أبريل 1993 بتحديد الشروط التي يطبق بها نظام الضمان الاجتماعي على الأجراء العاملين بالمنشآت الحرفية وكذا الظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.93.29 صادر في 10 سبتمبر 1993 يتعلق بالتنسيق بين أنظمة الاحتياط الاجتماعي. وفي سنة 2002، أحدث القانون رقم 17.99 المتعلق بمدونة التأمينات نظاما لتأمين على الحياة والرسملة كانت الغاية منه تطوير نظام للتقاعد التكميلي. وفي سنة 2004، تمت مراجعة نظام الضمان الاجتماعي في ما يتعلق بالتعويضات اليومية عن المرض، والتأمين الإرادي ومعاش الشيخوخة ومعاش المتوفى عنهم. بالإضافة إلى ذلك، جرى في سنة 2011 توسيع نطاق الضمان الاجتماعي ليشمل مهنيي النقل الحاملين لبطاقة سائق مهني. وأخيرا، تميزت سنة 2016 باعتقاد عدد من الإصلاحات همت أنظمة التقاعد شكلت توجها لمسلسل انطلق منذ 1997، وذلك من خلال الرفع التدريجي للحد الأدنى للمعاش والذي بلغ 1 500 درهم شهريا ابتداء من فاتح يناير 2018، فضلا عن الإصلاح المقياسي لنظام المعاشات المدنية والرفع التدريجي لسن التقاعد إلى 63 سنة على امتداد ثلاث سنوات، كما تم اعتماد القانون رقم 99.15 الرامي إلى إحداث نظام للمعاشات لفائدة فئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا.

نظام للتقاعد متسم بالتشتت

يتألف مجال التغطية الخاصة بالتقاعد من كتلة من الأنظمة الإلزامية الأساسية ومجموعة متفرقة من الأنظمة التكميلية. وتشرف على تدبير هذه الأنظمة هيئات تمنح معاشات تقاعد أساسية ومعاشات إضافية أو تكميلية، حسب الحالات، ارتكازا على تقنيات تمويل تعتمد قاعدة الرسملة أو قاعدة التوزيع. ويتسم نظام التقاعد بعدم وجود انسجام حقيقي بين مختلف مكوناته، كما أنه لا يحقق مبدأ الإنصاف على اعتبار أنه لا يشمل سوى نسبة محدودة من الساكنة النشيطة (40 في المائة) بالإضافة إلى وجود تفاوتات بخصوص ضمانات ديمومة مختلف أنظمة التقاعد.

تشمل أنظمة التقاعد الأساسية ما يلي:

- نظام المعاشات المدنية ونظام المعاشات العسكرية اللذين يتولى تدبيرهما الصندوق المغربي للتقاعد؛
- معاشات أجراء القطاع شبه العمومي، ويتولى تدبيرها النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد؛
- معاشات أجراء القطاع الخاص، ويسيرها النظام العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي؛
- معاشات أجراء بنك المغرب والمكتب الوطني للكهرباء والماء الصالح للشرب، التي يتم تدبيرها من لدن أنظمة تقاعد داخلية.

نظام إضافي، يتم تدبيره وفق قاعدتي التوزيع والرسملة، باشتراكات تقتطع ابتداء من أول درهم من الدخل. ويتولى تدبير هذا النظام الصندوق المهني المغربي للتقاعد، الذي أحدثه ويشرف عليه المشغلون لفائدة أجراء القطاع الخاص في إطار تأمين جماعي. وقد جرى فتحه مؤخرا في وجه الأشخاص الذاتيين. وتقرر خلال جمع عام استثنائي للصندوق المهني المغربي للتقاعد عقد في 17 نونبر 2016 تحويل هذا الصندوق الذي كان لحد الآن خاضعا لقانون الجمعيات إلى شركة تعاقدية للتقاعد كما عرض النظام الأساسي الجديد للصندوق على هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي للمصادقة عليه وذلك طبقا للقانون رقم 64.12. ونظرا لكون المؤمن لهم غير ممثلين في المجلس الإداري للصندوق ولا في أجهزة هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، فقد جرى إذن هذا التعديل المهم للنظام الأساسي للصندوق دون استشارتهم.

أنظمة تكميلية اختيارية: تتألف من نظام المعاش التكميلي الذي يشرف عليه النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد والموجه لمنخرطيه، ونظام «التكميلي» الذي أطلقه الصندوق المغربي للتقاعد منذ سنة 2006 لفائدة منخرطيه في نظامي المعاشات المدنية والعسكرية.

تخضع أنظمة التقاعد والهيئات المشرفة على تدبيرها لمراقبة هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي. ومن ضمن المهام المناطة بهذه الهيئة، الحرص على حماية المؤمن لهم والمنخرطين والمستفيدين من ذوي الحقوق، من خلال مراقبة سلامة الوضعية المالية (الملاءة) لمقاولات التأمين وإعادة التأمين والديمومة المالية لأنظمة الاحتياط الاجتماعي.

وحسب التقرير السنوي الأخير لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2016، فقد بلغت نسبة تغطية التقاعد 40,9 في المائة من الساكنة النشيطة مقابل 38,7 في المائة سنة 2015، وهو تحسن يعزى على الخصوص إلى جهود تسجيل الأجراء التي قام بها الصندوق الوطني للضمان

الاجتماعي. وبلغ عدد المساهمين في أنظمة التقاعد 4,4 مليون شخص سنة 2016، منهم 360 800 شخص (8,2 في المائة) يتوفرون على تغطية تكميلية. وقدر عدد المستفيدين برسم نفس السنة بـ1,2 مليون شخص بينهم 71,2 في المائة من المتقاعدين و26,2 في المائة من الأرامل و2,6 في المائة من الأيتام.

ويواصل المعامل الديمغرافي (نسبة عدد المساهمين على عدد المتقاعدين) تراجعته خاصة على مستوى أنظمة القطاع العام، حيث سجل هذا الأخير سنة 2016 معامل 2,6 مساهم لكل متقاعد، مقابل 3,8 سنة 2012. وقد بلغ المعامل الديمغرافي سنة 2016 بالنسبة لمجموع الأنظمة الأساسية 5 مساهمين لكل متقاعد مقابل 5,5 سنة 2012.⁴² إن ارتفاع عدد المتقاعدين وتراجع نمو عدد المساهمين في أنظمة التقاعد، يؤدي بالضرورة إلى تحمل الأجيال المقبلة لارتفاع العبء المالي لأنظمة التقاعد، وهو الأمر الذي سيؤدي إما إلى تمديد فترات المساهمة وبالتالي رفع السن القانوني للإحالة على التقاعد، وإما إلى الزيادة في نسبة الاشتراكات، وإما إلى انخفاض معاش التقاعد.

تطور المعامل الديمغرافي لأنظمة التقاعد

2066	2060	2050	2040	2030	2025	2020	2016	
3,0	3,3	4,0	4,8	6,0	6,8	7,6	9,3	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	2,1	2,4	2,6	الصندوق المغربي للتقاعد - نظام المعاشات المدنية
1,1	1,1	1,0	0,9	0,9	1,0	1,1	1,4	النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد - النظام العام
0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,4	1,7	2,8	الصندوق المهني المغربي للتقاعد

المصدر: التقرير السنوي لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2016

وفي سنة 2016 وصل المبلغ الإجمالي لمساهمات أنظمة التقاعد إلى 47,8 مليار درهم، منها 41,1 مليار درهم برسم أنظمة التقاعد الأساسية. كما استقر المبلغ الإجمالي للمعاشات المؤداة عند مبلغ 47,8 مليار درهم تتعلق بـ43,3 مليار منها بأنظمة التقاعد الأساسية. وخلال الخمس سنوات الماضية، ارتفعت الاشتراكات المحصلة بوتيرة أقل من المعاشات المؤداة (4,8 في المائة مقابل 10,9 في المائة) وبذلك شهدت الأنظمة الأساسية عجزا سنة 2016 بلغ 2,2 مليار درهم. وقد حققت التوظيفات المالية سنة 2016 مبلغ 268,5 مليار درهم، مسجلة تطورا بنسبة 4 في المائة مقارنة مع سنة 2015. وعلى العموم، تظل التطورات المستقبلية للمعامل الديمغرافي لأنظمة التقاعد الأساسية هشة ومثيرة للقلق. فحسب توقعات هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي في أفق سنة 2066 (توقعات على امتداد 50 سنة)، فإن المعامل الديمغرافي لأنظمة التقاعد الأساسية سيواصل انخفاضه ليبلغ 4,4 مساهم لكل متقاعد سنة 2030 و3,8 سنة 2045 ثم 2,8 سنة 2066. ويتوقع أن يستقر هذا المعامل سنة 2066 في 3 نشيطين مساهمين لكل متقاعد بالنسبة للصندوق

الوطني للضمان الاجتماعي و2 بالنسبة لنظام المعاشات المدينة للصندوق المغربي للتقاعد و1,1 بالنسبة للنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد - النظام العام، فيما سينتقل الصندوق المهني المغربي للتقاعد من 2,8 نشيط مساهم لكل متقاعد سنة 2016 إلى أقل من مساهم واحد لكل متقاعد في سنة 2066.

تطور المساهمات والتعويضات والأرصدة التقننية (بمليار الدراهم)

الأرصدة التقننية					التعويضات					المساهمات					
2016	2015	2014	2013	2012	2016	2015	2014	2013	2012	2016	2015	2014	2013	2012	
5,4	2,5	3,3	2,7	3,7	16,0	14,7	13,6	12,8	11,6	21,3	17,2	16,9	15,6	15,3	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - التعويضات طويلة المدى والعائلية
-4,7	-2,6	-0,9	0,8	2,0	21,2	18,5	16,7	14,7	13,0	16,5	15,9	15,9	15,5	14,9	نظام المعاشات المدنية
-2,2	-2,4	-2,1	-1,8	-0,2	5,1	4,7	4,4	4,0	3,7	2,9	2,3	2,3	2,2	3,5	النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد - النظام العام
-0,7	-0,6	-0,5	-0,4	-0,4	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	الأنظمة الداخلية
-2,2	-3,1	-0,2	1,3	5,0	43,3	38,8	35,6	32,3	29,0	41,1	35,7	35,4	33,6	34,0	الأنظمة الأساسية
2,0	2,3	2,3	1,9	2,3	4,5	4,3	4,1	3,9	3,4	6,6	6,6	6,4	5,8	5,7	الصندوق المهني المغربي للتقاعد
0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد - النظام التكميلي
2,2	2,4	2,4	2,1	2,4	4,6	4,3	4,1	3,9	3,4	6,7	6,8	6,5	6,0	5,8	الأنظمة التكميلية
0,0	-0,7	2,2	3,4	7,4	47,8	43,1	39,7	36,2	32,4	47,8	42,5	41,9	39,6	39,8	المجموع

المصدر: التقرير السنوي لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2016

وتتوقع هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي أن يسجل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي عجزاً تقنياً ابتداءً من سنة 2018 وعجزاً إجمالياً في سنة 2027 (فرع التعويضات طويلة المدى) وستتفد احتياطياته سنة 2044. لذلك فمن شأن القيام بإصلاح مقياسي أن يضمن لهذا الصندوق توازناً مالياً على المدى البعيد. أما بالنسبة لنظام المعاشات المدنية للصندوق المغربي للتقاعد، الذي يسجل عجزاً تقنياً منذ سنة 2014، فمن المتوقع أن يواصل هذا العجز تفاقمه إلى أن يبلغ 36,4 مليار درهم سنة 2045. وإذا كانت احتياطيات هذا النظام ستمكّنه من سد العجز إلى غاية سنة 2027، فيلاحظ أن الإصلاح المقياسي الذي شرع في تنفيذه سنة 2016، رغم أهمية الإجراءات التي جاء بها، وكذا الانتقال إلى القطب العمومي، لن يمكّن من سد هذا العجز، مما يقتضي، حسب هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، إيجاد سبل لتمويل هذا النظام في أقرب الآجال. ونفس الملاحظة تنطبق على النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد (النظام العام) الذي يعرف بدوره عجزاً تقنياً، والذي من المتوقع أن يسجل أول عجز إجمالي له سنة 2020، وسيتمكن من سد هذا العجز بواسطة احتياطياته إلى حدود سنة 2038. أما بالنسبة للصندوق المهني المغربي للتقاعد، فمن المنتظر أن يسجل فوائضا على طول مدة التوقعات.

أنظمة التقاعد: الحدود والأخطار والاختلالات

السكان المشمولة بالتغطية

يتسم نظام التقاعد المغربي بضعف نسبة تغطيته للسكان النشيطة: حيث إن حوالي 60 في المائة من الأشخاص النشيطين المشتغلين، أي 6,2 مليون نسمة، غير مشمولين بأي نظام من أنظمة معاشات التقاعد. إذ تقتصر أنظمة التقاعد الإجبارية على موظفي وأجراء القطاعين العام والخاص. كما أنه لم يتم بعد تطبيق القانون رقم 99.15 المتعلق بإحداث نظام للمعاشات لفائدة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا. من جهة أخرى، ورغم المقاربة المنهجية التي وضعها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل تحسين فعالية مساطر مراقبة التصريح بالأجراء والتي مكنت من رفع نسبة تغطية أجراء القطاع الخاص من 43 في المائة سنة 2005 إلى 72 في المائة سنة 2011⁴³، ثم إلى 82 في المائة سنة 2016⁴⁴، فإن عدداً مهماً من النشيطين لا يزالون غير مصرح بهم لدى الصندوق أو مصرح بهم بشكل ناقص. كما أن النساء هن أقل استفادة نسبياً من التغطية بنظام التقاعد وذلك بالنظر للتراجع المستمر لمعدل النشاط في صفوفهن، حيث سجل هذا الأخير سنة 2015 نسبة أقل من 18 في المائة في الوسط الحضري⁴⁵، وتمثل النساء حالياً 16 في المائة من عدد المتقاعدين، ويبلغ متوسط مبلغ المعاش الذي يتقاضينه 1 865 درهماً، مقابل 1 935 درهماً بالنسبة للذكور. وتشكل النساء⁴⁶ 97 في المائة من مجموع المستفيدين من تحويل معاش التقاعد، بمتوسط معاش يبلغ 839 درهماً مقابل 894 درهماً للذكور.

الانسجام

يتصف الإطار القانوني المنظم لأنظمة التقاعد بطابعه المعقد، ويتألف من نصوص خاصة تؤطر مختلف الفئات السوسيو-مهنية، دون أن يكون بينها أي انسجام أو ترابط. ومن نتائج هذا الوضع أن الحقوق المتأدية عن درهم واحد أو يوم واحد من الاشتراك تختلف من نظام تقاعد لآخر. هكذا، يبلغ الحد الأدنى للمبلغ الشهري للمعاش في القطاع العام 1 500 درهم، في حين أن 26 في المائة من المعاشات في القطاع الخاص تقل عن 1 000 درهم في الشهر، وهي في أغلبها عبارة عن معاشات متأدية من تحويل معاش التقاعد، و57 في المائة منها تقل عن 1 500 درهم. كما أن 3 في المائة فقط من المستفيدين من المعاشات بالقطاع الخاص يتقاضون المبلغ الأقصى للمعاش الذي يمنحه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، أي 4 200 درهم⁴⁷. ويبلغ متوسط مبلغ المعاش الذي يمنحه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 1 924 درهماً، مقابل 4 861 درهماً بالنسبة للنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد و6 875 درهماً بالنسبة للصندوق المغربي للتقاعد - نظام المعاشات المدنية⁴⁸. أما متوسط مبلغ المعاش الذي يمنحه الصندوق المهني المغربي للتقاعد

43 - المجلس الأعلى للحسابات تقرير حول «منظومة التقاعد بالمغرب: التشخيص ومقترحات الإصلاح»، يوليو 2013.

44 - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي «تقرير الأنشطة برسم سنة 2016: النظام العام والوحدات الطبية».

45 - المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تقرير حول «المساواة بين النساء والرجال، الجانب الاجتماعي: حصيلة وتوصيات»، إحالة ذاتية رقم 2016/24.

46 - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، تقرير الأنشطة برسم سنة 2016.

47 - مقال بجريدة «لافي إيكو»:

<http://lavieeco.com/news/economie/57-des-retraites-du-secteur-privé-percoivent-moins-de-1-500-dh.html>

48 - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي «تقرير الأنشطة برسم سنة 2016: النظام العام والوحدات الطبية».

فيبلغ 2 334 درهماً. ومن بين أسباب التي تفسر ضعف معاشات منخرطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، كون وعاء المساهمة، الذي يحدد أيضا سقف تصفية معاش الشيخوخة، ظل منحصرًا في 6 000 درهم منذ 15 سنة (2002). وهو وضع يشكل عقبة تقنية في وجه النهوض بمعاشات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، كما ينجم عنه تدني مستوى معيشة متقاعد القطاع الخاص، إضافة إلى كونه يكرس عدم المساواة مع باقي أنظمة التقاعد. فالنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد يتوفر على سبيل المثال على آلية للرفع الأوتوماتيكي لسقف المساهمات والخدمات.

حكامة متقدمة لأنظمة التقاعد

أشار المجلس الأعلى للحسابات في تقريره الصادر سنة 2013 حول منظومة التقاعد بالمغرب إلى أن غياب جسور بين الأنظمة القائمة يعيق حركية المأجورين ما بين القطاعين العام والخاص ويقلص مرونة سوق الشغل.

وفي هذا الصدد، يتم تدبير كل نظام من أنظمة التقاعد وفق قواعد حكامة مختلفة. فمجلسا إدارة كل من الصندوق المغربي للتقاعد والصندوق المهني المغربي للتقاعد لا يضمنان في تركيبتهما ممثلين عن المؤمن لهم. كما أن جميع مجالس إدارة أنظمة التقاعد لا تضم متصرفا مستقلا. وفي الوقت الذي تمتلك فيه أنظمة القطاع العمومي مثل الصندوق المغربي للتقاعد والنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد الحرية في بلورة وتنفيذ إستراتيجيتهما الخاصة في تدبير الاحتياطات، نجد أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الذي يتولى تدبير نظام الاحتياط الاجتماعي لفائدة أجراء القطاع الخاص لا يملك حق تدبير مدخراته ولا حتى التدخل في طرق صرفها أو توظيفها من لدن صندوق الإيداع والتدبير.

ولحد الساعة، لا يوجد هناك أي قانون إطار أو قانون للبرمجة يُعنى بتأطير منظومة التقاعد بالمغرب، كما لا توجد أي إستراتيجية لتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية للأشخاص المسنين.

جدول أنظمة التقاعد - سنة 2018

الأنظمة	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	الصندوق المغربي للتقاعد	النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد	الصندوق المهني المغربي للتقاعد
نظام إجباري أساسي	نظام إجباري أساسي	نظام إجباري أساسي	نظام إجباري أساسي	نظام إجباري أساسي
نطاق التنفيذ	أجراء القطاع الخاص	الموظفون المدنيون والعسكريون التابعون للدولة والجماعات المحلية وبعض المؤسسات العمومية	المستخدمون غير الرسمون العاملون بالقطاع العام والجماعات المحلية ومستخدمو المؤسسات العمومية الخاضعة للمراقبة المالية للدولة	الأجراء المنخرطون في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي
التمويل	قاعدة التوزيع مع تكوين احتياطي التقاعد	قاعدة التوزيع مع تكوين احتياطي التقاعد	قاعدة التوزيع مع تكوين احتياطي التقاعد	قاعدة التوزيع مع تكوين احتياطي التقاعد
نسبة الاشتراك	11,89 في المائة (2/3-1/3)	13 في المائة (50-50)	18 في المائة (2/3-1/3)	(ما بين 6,9 في المائة و 23 في المائة)
السقف	6 000 درهم في الشهر	بدون	210 000 درهم في الشهر	بدون

نظام بالنقط	2,34 في المائة من الأجرة السنوية المتوسطة للحياة العملية (المعاد تقييماها) لكل سنة من الخدمة	2 في المائة من أجرة الأشهر 48 الأخيرة لكل سنة من الخدمة	يعادل مبلغ المعاش 50 في المائة من معدل الأجر الشهري المقبوض خلال الثمان سنوات الأخيرة قبل بلوغ سن القبول للاستفادة من معاش التقاعد، وتتم زيادة 1 في المائة على هذا المبلغ بالنسبة لكل مدة من التأمين تبلغ 216 يوما علاوة على مدة التأمين اللازمة للاستفادة من المعاش	طريقة حساب المعاش
بدون	90 في المائة من متوسط الأجر	100 في المائة من متوسط الأجر	70 في المائة من متوسط الأجر	الحد الأقصى
بدون	1 500 درهم	1 500 درهم	1 000 درهم	الحد الأدنى
	الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين، مؤسسة عمومية يشرف على تدبيرها صندوق الإيداع والتدبير	وزارة المالية	وزارة التشغيل والشؤون الاجتماعية	التدبير
	لجنة تدبير	مجلس إداري	مجلس إداري	
شركة تعاضدية للتقاعد	مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي	مؤسسة عمومية	مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي	الإطار القانوني

توصيات المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

- توحيد أنظمة الاحتياط الاجتماعي في ما يتعلق بمعاش التقاعد داخل أجل يتراوح ما بين 5 و7 سنوات.
- إحداث حد أدنى للدخل في سن الشيخوخة يعادل عتبة الفقر لفائدة الأشخاص الذين لا يستفيدون من معاش للتقاعد (يبلغ عدد السكان الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة ويتلقون معاشاً للتقاعد أزيد من 2,3 مليون شخص تقريباً).
- إحداث نظام معاشات عمومي إجباري أساسي، يتم تدبيره وفق قاعدة التوزيع، ويضم الأشخاص النشيطين من القطاعين العام والخاص، يتوحدون في سقف اشتراكات يتم تحديده كمضاعف للحد الأدنى للأجور، مع مشاركة الشركاء الاجتماعيين.
- العمل في إطار دعامة ثانية إجبارية على إحداث نظام تكميلي قائم على مبدأ المساهمة موجه للمداخل التي تفوق السقف المحدد؛ تحويل الصندوق المهني المغربي للتقاعد إلى نظام تكميلي للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مع تحديد الاشتراك انطلاقاً من سقف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.
- العمل في إطار دعامة ثالثة على إحداث نظام فردي قائم على الرسملة يدخل ضمن نطاق التأمين الخاص.
- إعادة النظر في سياسة توظيف الأموال المتأتية من الاحتياطات وتبني مقاربة موحدة للجوانب المتصلة بالغايات والتأثيرات المنشودة والتدبير والمراقبة، مع العمل بشكل خاص على تشجيع الاستثمار طويل المدى في قطاعات وأنشطة تساهم في إحداث مناصب الشغل وتحقيق الرفاه الاجتماعي وحماية البيئة.

التغطية الاجتماعية لخدمات الرعاية الصحية

رأى نظام التغطية الصحية بالمغرب النور خلال فترة الحماية الفرنسية، من خلال إنشاء تعاضديات للموظفين توطئها نصوص قانونية (ظهائر شريفة) يعود تاريخها إلى سنتي 1927 و1928. وبعد مرور أزيد من 60 سنة على استقلال المغرب، وعلى الرغم من التقدم المحرز منذ سنة 2002، عبر إحداث أنظمة التأمين الصحي لفائدة العاملين في القطاع الخاص، وفي الوظيفة والقطاع العموميين، ولفائدة الفئات المعوزة (التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في إطار الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض في إطار الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، ونظام المساعدة الطبية (راميد))، فإن هذا النظام لا يزال يواجه صعوبة في احترام مبادئ الشمولية والتضامن والمساواة وجودة خدمات الرعاية الصحية. ولا ينبغي تناول هذه المبادئ فقط من المنظور المالي: فهي تفرض توزيعاً منصفاً لعرض الرعاية الصحية في مجموع التراب الوطني، مع الحرص على وضع مسارات وبنيات تحتية ميسرة الولوج، ودون تمييز، في إطار سياسة صحية متكاملة، مدمجة، تضامنية، تستهدف قبل أي غايات ربحية تلبية الاحتياجات الصحية للسكان، وترتكز على مقاربة علاجية ووقائية في الوقت نفسه للمخاطر.

ويستند النظام الحالي على مقتضيات القانون رقم 65.00 (بمطابقة مدونة التغطية الصحية الأساسية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف المؤرخ في 3 أكتوبر 2002)، والذي يحيل على ستة مبادئ مهيكلة، لا يتم احترامها بشكل كامل بعد، وهي: الإجبارية، والشمولية، والإنصاف، والتضامن، ومنع جميع أشكال التمييز، ومنع انتقاء المخاطر⁴⁹. ويُفترض أن يضم هذا النظام مستويين: تغطية صحية أساسية إجبارية (CMB) وتغطية تكميلية (CMC). وقد عهد بتدبير التغطية الأساسية لمؤسستين بناءً على معايير تتعلق بالوضع المهني (القطاع العام مقابل القطاع الخاص)، وعلى الحقوق المكتسبة قبل دخول مدونة التغطية الأساسية حيز التنفيذ، وعلى معايير ترتبط بمستويات الدخل. ونشأ عن هذا التقسيم - الذي تم في البداية كمرحلة انتقالية قبل إنشاء نظام أساسي شامل - نظام تأمين إجباري عن المرض، قائم على الاشتراكات، ويتم تمويله من الاقتطاعات من أجور ومدخيل الأشخاص المزاولين نشاطا يدر عليهم دخلاً والمستفيدين من المعاشات وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير والطلبة؛ إلى جانب نظام للمساعدة الطبية (راميد) قائم على مبدئي المساعدة الاجتماعية والتضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين. أما التغطية الصحية التكميلية، فتوفرها التعاضديات وشركات التأمين الخاصة.

التغطية الصحية الأساسية

بنية النظام والمؤشرات الديموغرافية

تتولى تدبير نظام التأمين الأساسي الإجباري عن المرض، الذي دخل حيز التنفيذ في 18 غشت 2005، هيئتان:

49 - أكد دستور سنة 2011 على هذه المبادئ في الفصل 31 منه: «تعمل الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية، على تعبئة كل الوسائل المتاحة، لتيسير أسباب استفادة المواطنين والمواطنات، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية؛ والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة».

■ تم تكليف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، الذي كان فدرالية لتعاضديات موظفي وأعوان الدولة، بتوفير خدمة عمومية حوّلت صبغته التعاضدية إلى هيئة خاضعة للقانون العام وتتولى تدبير التأمين عن المرض لفائدة موظفي وأعوان الدولة وأصحاب المعاشات وذوي حقوقهم ومستخدمي المؤسسات العمومية. وإلى حدود نهاية سنة 2016، كان الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يوفر التغطية الصحية لفائدة 3,024 ملايين مستفيداً⁵⁰. وسيتم تمكين 300 000 طالب من الاستفادة من خدمات الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بموجب نظام خاص بدأ العمل به في يناير 2016، وقد سجل فيه إلى غاية 15 شتبر 2017، 65 025 طالباً⁵¹.

■ يتولى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في القطاع الخاص لفائدة 6,083 ملايين شخص مؤمن لهم وذوي حقوقهم. كما عهد إلى الصندوق، منذ يونيو 2017، بتدبير نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنة حرة (AMI). ومن المتوقع بعد دخول هذه التغطية حيز التنفيذ أن يصل عدد العمال المستقلين المؤمن لهم وذوي حقوقهم حوالي 11 مليون شخص، والعدد الإجمالي للمؤمن لهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي إلى 17 مليون شخص.

وحتى اليوم، ما زالت أكثر من 3 400 مقالة، من بين المقاولات المفترض خضوعها لنظام التأمين الإجباري الصحي عن المرض، المدبر من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، لم تلتحق بهذا النظام على الرغم من مرور خمس سنوات على دخول القانون بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية حيز التنفيذ؛ علماً أن المادة 114 من هذا القانون تمنح لهذه المقاولات فترة انتقالية قبل الانتقال نحو نظام التغطية الصحية الأساسية وضمّان تغطية صحية تكميلية لمأجوريها، بشكل اختياري، إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، وإما في إطار صناديق داخلية. وتُشغل هذه المقاولات 21 في المائة من الأجراء المؤمن لهم من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، في إطار نظام معاشات التقاعد، وتمثل كتلة أجور تبلغ 53,1 مليار درهم. ومكّن تدبير التأمين عن المرض لفائدة هؤلاء الأجراء شركات التأمين الخاصة من تحصيل أقساط تأمين وصلت في سنة 2016 إلى 3,65 ملايين درهم، أي ما يمثل 10 في المائة من إجمالي الأقساط (مسجلة زيادة قدرها 8,7 في المائة مقارنة مع سنة 2015) وما يعادل 17 في المائة من إجمالي أقساط التأمينات «غير تأمينات الحياة». وتمثل المقاولات التي لم تنضم إلى نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بموجب المادة 114⁵² من القانون رقم 65.00، أقل من 2 في المائة من مجموع المقاولات المنخرطة في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بيد أن المبلغ الذي تدفعه هذه المقاولات لشركات التأمين الخاصة يمثل أكثر من ربع واجبات الاشتراك التي يتولى الصندوق تحصيلها في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض⁵³. وهناك العديد من

50 - تغطي تعاضديات القوات المسلحة الملكية 1,2 مليون شخص من أفراد القوات المسلحة الملكية، في إطار نظام يخضع لأحكام نص قانوني خاص.

51 - وزارة الاقتصاد والمالية «مشروع قانون المالية 2018: مذكرة تقديمية».

52 - تنص المادة 114 من القانون رقم 65.00 على ما يلي: «إن الهيئات العامة أو الخاصة التي تضمن في تاريخ نشر هذا القانون لمأجوريها تغطية صحية اختيارية، إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، وإما في إطار صناديق داخلية، يجوز لها بصفة انتقالية وطوال مدة خمس سنوات قابلة للتجديد ابتداء من إصدار المراسيم التنظيمية المتعلقة بهذا القانون أن تستمر في القيام بالتغطية المنكورة...» وهناك غموض في نص القانون الذي ينص على خمس سنوات قابلة للتجديد بعد إصدار جميع المراسيم التنظيمية المتعلقة بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض. والحال أن نصين تنظيميين اثنين لم يخرجوا بعد إلى الوجود.

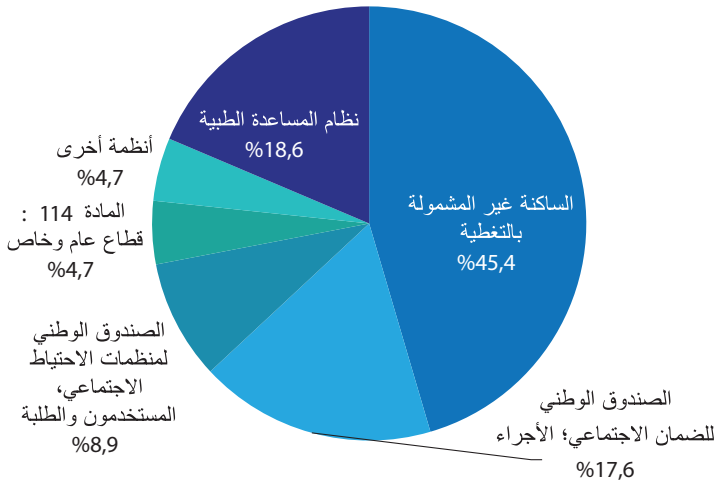
53 - حسب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

أنظمة التأمين التي تدبرها شركات التأمين الخاصة، على هامش القانون⁵⁴، وتغطي فئات مختلفة من الساكنة (الشيوخ والمقدمون والأئمة والفنانون وقدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير) تصنف ضمن «الفئات الخاصة». وتضم هذه الفئات 344 000 مستفيد، عهد بتدبير تأمينها الصحي منذ يوليو 2007 إلى شركة تأمين خاصة (شركة سَهام للتأمين).

أما نظام المساعدة الطبية (راميد)، فقد دخل حيز التنفيذ في مارس 2012 بعد تجربة نموذجية بدأت في سنة 2008 في جهة تادلة أزيلال. وإلى حدود نهاية سنة 2017، استفاد من هذا النظام 11,7 مليون شخص (4,7 مليون أسرة، وأكثر من 7,4 مليون شخص لهم حقوق سارية المفعول (بطاقات سارية الصلاحية)).

ومع نهاية سنة 2016، بلغت نسبة الساكنة المغربية المشمولة بنظام من أنظمة التغطية الصحية، 54,6 في المائة، بينما لا يتوفر 45,4 في المائة من السكان على أي تغطية صحية.

نسبة تغطية الساكنة بأنظمة التأمين عن المرض في نهاية سنة 2016



المصدر: الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

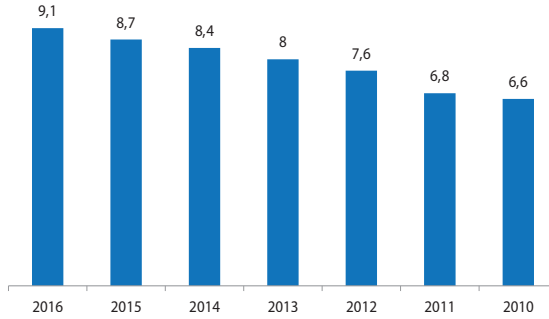
تختلف الأرقام المتعلقة بالساكنة التي يشملها التأمين الإجباري الأساسي عن المرض باختلاف مصدرها، مما يؤكد ضرورة إنشاء هيئة موحدة لتجميع وتعزيز ومراقبة المؤشرات الخاصة بهذا القطاع، على الخصوص، وبالحماية الاجتماعية بوجه عام. وفي هذا الصدد، يشير التقرير السنوي لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2016 إلى أن عدد الساكنة التي تشملها التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بلغ 8,6 مليون مستفيد سنة 2016، ينتمي 64,7 في المائة منهم إلى القطاع الخاص. وسجل هذا العدد تطوراً سنوياً متوسطاً بنسبة 7,2 في المائة منذ سنة 2012 حيث كان يبلغ 6,5 مليون مستفيد. وسجل عدد المساهمين المنتمين إلى القطاعين العام والخاص خلال الفترة نفسها تطوراً سنوياً متوسطاً بنسبة 6,9 في المائة ليبلغ 3,6 مليون مساهم سنة 2016، منهم 66,6 في المائة ينتمون إلى القطاع الخاص⁵⁵. وبالمقابل، وحسب الأرقام

54 - الوكالة الوطنية للتأمين الصحي «خارطة الطريق 2014-2018»، 2013.

55 - هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، التقرير السنوي لسنة 2016، الصفحة 49.

التي أوردتها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، بلغ عدد المستفيدين من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في القطاعين العام والخاص 9,1 مليون مستفيد في سنة 2016 (ينتمي 6,1 منهم إلى القطاع الخاص، و 3 ملايين إلى القطاع العام). وسجل هذا العدد تطوراً سنوياً متوسطاً بنسبة 5,4 في المائة بين سنتي 2010 و 2016.

تطور الساكنة المشمولة بالتغطية (بملايين)



المصدر: الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

وقد تجاوز عدد السكان المشمولين بنظام المساعدة الطبية الأهداف الأولية المسطرة، حيث سجّل نسبة إنجاز بلغت 129 في المائة في سنة 2016. ولا تعكس هذه «النسبة العالية جداً» في حد ذاتها فعالية هذا النظام، بل إنها تؤكد في العمق الأثر الانتقائي السلبي الذي يخلفه الطابع التجزيئي وكذا شروط الاستفادة من الأنظمة القائمة على المساهمات التابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وشركات التأمين الخاصة، على نظام المساعدة الطبية الذي يتم تمويله في نهاية المطاف من لدن جميع الملزمين بالضرائب. وبلغ معدل تجديد التسجيل في نظام المساعدة الطبية 46 في المائة في نهاية سنة 2017، كما كان معدل سحب البطاقات الخاصة بالأشخاص في وضعية هشاشة في حدود 31 في المائة (بمبلغ اشتراك يتراوح ما بين 120 و 600 درهم). أما الأشخاص الذين يوجدون في وضعية فقر، فقد شكلوا 91 في المائة من مجموع المستفيدين.

المؤشرات المالية⁵⁶

بلغت المساهمات المحصّلة في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بنظاميه 11 مليار درهم (تمثل المساهمات برسم النظام المتعلق بأجراء القطاع الخاص نسبة 55,9 في المائة منها)، أي بمعدل زيادة سنوية قدرها 8,7 في المائة على مدى السنوات الخمس الماضية. وتظل هذه الزيادة مرتفعة لدى القطاع الخاص (13,2 في المائة) مقارنة مع القطاع العام (2,8 في المائة)⁵⁷. ويعزى هذا الاختلاف إلى نسبة المساهمات المرتفعة وبدون حد أقصى وإلى العدد المهم للمؤمن لهم في القطاع الخاص.

ويتضح أن تطور الإيرادات خلال الفترة نفسها أقل من التطور المسجل في الخدمات التي يقدمها النظامان (13,2 في المائة)، حيث سجلت في سنة 2016 مبلغ 8,3 مليار درهم. وبلغت احتياطات

56 - عرض الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في إطار جلسة الإنصات التي عقدها المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي مع هذه المؤسسة.

57 - المصدر: الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

النظامين مبلغ 3,7 مليار درهم في سنة 2016، مقابل 2,5 مليار في سنة 2012. وحقق النظامان برسم السنة نفسها فوائض مالية قدرها 3,3 مليار درهم (من بينها حوالي 3,2 مليار برسم النظام المتعلق بأجراء القطاع الخاص).

وقد أظهرت دراسة أجرتها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في سنة 2015 على أساس معطيات 2014 وفي أفق 10 سنوات (2015-2025) أن نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بأجراء القطاع الخاص سيحافظ على الأرجح على توازناته المالية طيلة المدة المشمولة بالدراسة، فيما يُتَوَقَّع أن يُسَجَّل النظام المتعلق بأجراء القطاع العام عجزاً ابتداءً من سنة 2018 يصل إلى 1,6 مليار درهم في سنة 2025. ويمكن سد هذا العجز حسب الوكالة الوطنية للتأمين الصحي من خلال أموال النظام المكونة من الاحتياطات والفوائض المتراكمة إلى مدى يتعدى سنة 2025. غير أن هذه التوقعات تم تجاوزها بالفعل، حيث سجل النظام المتعلق بأجراء القطاع العام أول عجز تقني له في سنة 2016 (225 مليون درهم). وتعزى هذه الوضعية إلى ارتفاع التعويضات الممنوحة (حيث انتقلت من 1,9 مليار درهم في سنة 2006 إلى 4,7 مليار درهم في سنة 2016، كما انتقل متوسط مبلغ التعويضات الممنوحة لكل ملف من 480 درهماً في سنة 2006 إلى 906 دراهم في سنة 2016)، فضلاً عن تسجيل ركود على مستوى الاشتراكات (لم تتم أي مراجعة لنسبة الاشتراك منذ دخول النظام حيز التنفيذ في سنة 2012). كما ساهم تحديد سقف للاشتراك في النظام المتعلق بأجراء القطاع العام (400 درهم شهرياً)، وشيخوخة المؤمن لهم، وحالات المغادرة الطوعية التي شملت في سنة 2005 أزيد من 38 000 مؤمّن له، في تسجيل خسارة على مستوى الاشتراكات في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، تقدر بأكثر من 1,7 مليار درهم⁵⁸.

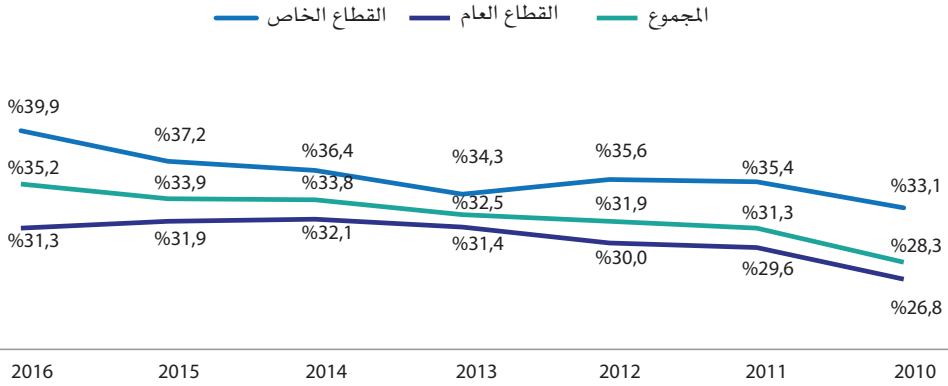
وتمثل اشتراكات المقاولات المدفوعة لشركات التأمين الخاصة في إطار التأمين عن المرض المسمى «الحوادث البدنية» في حسابات شركات التأمين (النظام الأساسي والتأمين الكميالي) ما يقرب من 4 ملايين درهم، أي ما يعادل أكثر من 36 في المائة من المساهمات المدفوعة برسم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

ويوجّه ثلث نفقات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (30 في المائة) للأدوية، مقابل 47,7 في المائة لمصاريف الأمراض الطويلة الأمد. والحال أن نسبة السكان المصابين بمرض واحد على الأقل من هذه الأمراض الطويلة الأمد لا تشكل سوى 3 في المائة من المنخرطين في النظامين (التأمين الإجباري عن المرض لأجراء القطاع الخاص والتأمين الإجباري عن المرض لموظفي القطاع العام). ومن بين الأفراد المؤمن لهم في القطاع الخاص، تستهلك نسبة 2,3 في المائة من المنخرطين 51,5 في المائة من إجمالي النفقات. أما بالنسبة للمؤمن لهم في القطاع العام، فإن نسبة 4,5 في المائة من المؤمن لهم تستهلك 45 في المائة من إجمالي النفقات. وتمثل العلاجات المقدمة لأربعة أمراض طويلة الأمد نسبة 73,1 في المائة من النفقات، وهي كما يلي:

1. الفشل الكلوي المزمن النهائي: 26,4 في المائة؛
2. الأورام الخبيثة: 24 في المائة؛
3. ارتفاع ضغط الدم الحاد: 11,7 في المائة؛
4. داء السكري المعتمد على الأنسولين وداء السكري غير المعتمد على الأنسولين: 11 في المائة.

وحسب الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، فقد انتقلت حصة المصاريف المتبقية على عاتق المؤمن لهم في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من 28 في المائة إلى 35,2 في المائة ما بين سنتي 2010 و2016. ويبدو أن هذه النسبة المحتسبة على أساس الفواتير المسجلة تظل منقوصة بالنظر إلى ممارسات الأداء المباشر عن العلاجات لفائدة الأطباء («خارج السجلات») والتي تتفشى على نطاق واسع ومن ثم لا يمكن رصدها. كما يمكن أن يعزى ذلك أيضاً إلى المستويات المنخفضة للغاية وغير الواقعية في كثير من الأحيان للتعريفات المرجعية التي حددتها وزارة الصحة.

حصة المصاريف المتبقية على عاتق المؤمن له



المصدر: الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

مواطن الشك بشأن تمويل نظام المساعدة الطبية

يمول نظام المساعدة الطبية بنسبة 75 في المائة من الدولة، وبنسبة 6 في المائة من الجماعات الترابية، وبنسبة 19 في المائة من المستفيدين في وضعية هشاشة. ويُفترض في حصة الجماعات الترابية أن تساهم في ضمان الرعاية الصحية المجانية للأشخاص الذين يعيشون في وضعية فقر ممن يقطنون في المجال الترابي التابع لها على أساس 40 درهماً لكل مستفيد في كل سنة. والجال أن المبلغ الإجمالي المحصل في هذا الصدد منذ تعميم نظام المساعدة الطبية وصل إلى 154 مليون درهم⁵⁹. كما حُصل مبلغ 12,3 مليون درهم من المستفيدين الذين يوجدون في وضعية هشاشة إلى غاية 31 دجنبر 2017. ويصل المبلغ المتوقع تحصيله من الجماعات الترابية برسم سنة 2017 إلى 283 مليون درهم. وفي غياب آلية لمتابعة مساهمات الجماعات الترابية، يستعصي تحديد المبالغ الفعلية المدفوعة في «الحساب الخاص بالصيدلية المركزية» الذي تديره وزارة الصحة.

العقبات القائمة أمام الخدمات الصحية التعاقدية والعلاجات الاجتماعية والتضامنية

طوّر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذ سنة 1979 عرضاً مهماً من العلاجات الطبية من خلال إنشاء 13 وحدة طبية متعددة الاختصاصات. وقد قامت هذه الشبكة بتوفير أرضية للخدمات صحية سمحت بتغطية مجموعة واسعة من العلاجات الطبية والجراحية، سواء من خلال علاجات تستلزم الاستشفاء، أو استشارات طبية أو علاجات متقلة. وتتوفر هذه المصحات

59 - مبلغ يدفعه المستفيدون في وضعية هشاشة.

حاليا على 1 000 سرير، و42 قاعة للجراحة، و11 وحدة للولادة، و13 وحدة للإنعاش، و9 وحدات لتصفية الدم، و13 مختبراً للتحاليل الطبية، و13 وحدة للفحص بالأشعة تتوفر على 7 أجهزة سكانير، ومصلحة واحدة لإنعاش الأطفال حديثي الولادة، ووحدين للعناية المركزة الخاصة بأمراض القلب والشرايين. كما تتوفر بهذه المصحات أقسام للمستعجلات والمداومة على مدى 24 ساعة. وقد أحدثت هذه المصحات المتعددة الاختصاصات في بادئ الأمر لصالح المؤمن لهم في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وأفراد أسرهم المتكفل بهم. ثم فتحت في وجه كل المرضى، سواء منهم المؤمن لهم أو غير المؤمن لهم. وترتبط هذه المصحات، في إطار نظام الثالث المؤدي، بعدد من التعااضديات وشركات التأمين. وتطبق هذه الوحدات التعريفية المرجعية الوطنية استناداً إلى فوترة شفافة، وهو ما يضيف عليها صفة مقدمي العلاجات دون هدف ربحي، والطابع الاجتماعي والتضامني، وجعلها من هذا الموقع تتبوأ مكانة «الخدمة المتوسطة» ومكن شريحة واسعة من السكان من الاستفادة من خدمات طبية جيدة وبأسعار معقولة. وتؤكد الأرقام الواردة في الجدول أدناه الجدوى الاجتماعية لهذه الوحدات الطبية التابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والرسالة التي تضطلع بها في إطار الطب الاجتماعي والتضامني، إذ تستقبل سنوياً أكثر من 500 000 مريض في المتوسط، حيث يتلقى أكثر من 10 في المائة منهم العلاجات الطبية داخلها. كما تقدم ما يقرب من 1 120 استشارة طبية في اليوم، وأكثر من 45 397 حصة لتصفية الدم سنة 2016.

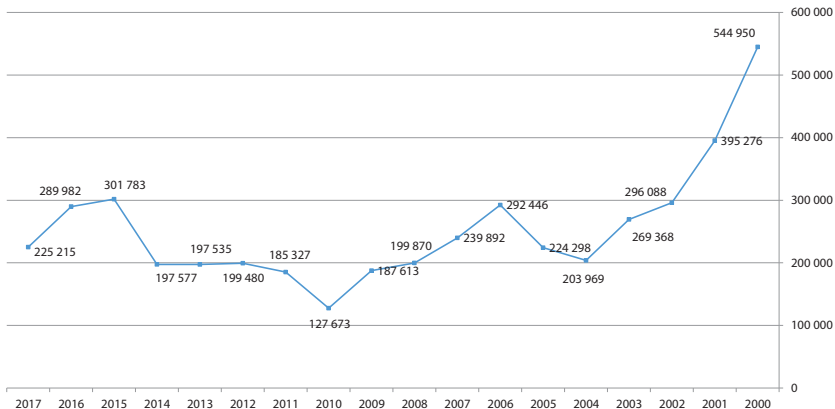
مؤشرات نشاط المصحات متعددة الاختصاصات التابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

نسبة التغير بين 2002 و2016	2016	2014	2012	2010	2008	2006	2004	2002	
10%	646 835	649 835	645 839	658 631	624 641	672 605	698 388	589 454	عدد المرضى الوافدين على الوحدات الصحية
32%	52 755	51 988	52 849	55 542	51 150	46 553	46 671	39 918	عدد المرضى المستفيدين من الاستشفاء
5%	410 017	409 680	430 568	435 625	441 682	455 789	456 879	391 918	استشارات طبية (C)
80%	31 228 718	28 287 539	29 592 939	31 906 368	33 567 116	23 896 967	27 216 666	17 303 082	أنشطة المختبرات (B)
446%	986 102	5 997 096	5 209 506	4 333 142	3 778 345	3 048 561	3 406 985	1 096 237	تصوير بالأشعة (Z)
116%	6 121 974	5 737 925	5 692 825	5 675 126	5 097 398	4 575 625	4 332 760	2 834 585	جراحة (K)
67%	11 207	11 015	10 227	9 767	9 270	9 710	8 927	6 711	عدد عمليات الوضع
68%	45 397	51 082	49 593	40 465	32 023	31 908	31 316	27 012	عدد عمليات تصفية الدم

المصدر: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

عند وضع أنظمة التأمين الاجباري عن المرض، نص المشرع، ضمن باب «حالات التنافي»، من القانون (المادة 44 من القانون رقم 65.00 (21 نونبر 2002) على أنه «يمنع على كل هيئة مكلفة بتدبير نظام أو مجموعة من أنظمة التأمين الاجباري الأساسي عن المرض، الجمع بين تدبير نظام من هذه الأنظمة وتدبير مؤسسات تقدم خدمات في مجال التشخيص أو العلاج أو الاستشفاء أو مؤسسات توريد الأدوية والمعدات والألات وأجهزة الترويض الطبي أوهما معا». ولا يستند هذا المقتضى إلى أي مبدأ نافذ من مبادئ الضمان الاجتماعي، حيث إن العديد من الهيئات المكلفة بتدبير التأمين الصحي عبر العالم تجمع بين التدبير الإداري والمالي لنظام من الأنظمة، بالإضافة إلى تقديم خدمات علاجية. ومع ذلك، فقد تركت هذه المادة الباب مفتوحا للهيئات المعنية لتفويض تدبير مؤسساتها المتخصصة في تقديم خدمات في مجال العلاج والاستشفاء والأدوية والمعدات ذات الصلة لهيئات فرعية، والمساهمة، بشكل عام، «في النشاط الصحي للدولة». والواقع أن القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب قام بالتعاطي مع هذه المادة وفق منظور تقييدي، حيث سمح لشركات التأمين بتقديم خدمات صحية بينما منَع من ذلك هيئات مثل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والتعاضديات، علما أنها هيئات ذات هدف غير ربحي. وقد أدى هذا التأويل إلى تجميد الموارد وعرقلة تنمية شبكة المصحات المتعددة الاختصاصات التابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ومراكز العلاج التي أنشئ بعضها قبل عقود من طرف تعاضديات الأجراء. وهذا يتعارض مع مبادئ التضامن والإنصاف وحق اللجوء إلى العلاج وبعيق جودة التغطية الصحية لفائدة الأجراء وغيرهم من السكان النشيطين. لقد كانت شبكة المصحات المتعددة الاختصاصات التابعة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ومراكز العلاج التعاضدية تجربة رائدة في مجال توفير البنيات التحتية والخدمات العلاجية الجيدة، مساهمة بذلك في سد العجز الحاصل في البنيات التحتية العمومية. كما أن تجهيزات وخدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، التي يتم تمويلها أصلا من خلال اقتطاعات محدودة على العائدات المالية لاحتياطيات هذه المؤسسة، تساهم، إلى جانب ذلك، في تخفيف جزء مهم من النفقات الصحية الملقاة على عاتق المالية العمومية والمؤمن لهم وذوي حقوقهم.

إعانات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لوحداته الطبية (50- % بين 2000 و2017 بالدرهم الجاري)



المصدر: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

انخفضت مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل شبكة المصحات المتعددة الاختصاصات التابعة له، بين سنتي 2000 و2017، بنسبة 50 في المائة، على حساب ميزانية التسيير والتجهيز المتعلقة بهذه البيئات التحتية.

مواطن ضعف نظام التغطية الصحية الأساسية

رغم أن إرساء نظام التغطية الصحية الأساسية، قد مكن من تحقيق تقدم ملموس وعلى قدر كبير من الأهمية، إلا أن عملية تقييم⁶⁰ النظام وجلسات الإنصات التي عقدتها اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن التابعة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، كشفت عن مجموعة من أوجه القصور والاختلالات المهمة التي تعترى هذا النظام.

الفئات المشمولة بالتغطية ومستوى التكفل

بعد مضي 16 سنة على اعتماد القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية في سنة 2002:

- ما زال 45,4 في المائة من السكان لا يتوفرون على أي تغطية صحية؛
- تم وضع ثلاثة من أصل خمسة أنظمة للتأمين الإجباري عن المرض (الأنظمة الخاصة بالمأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، ونظام أجراء وامتقاعدي القطاع الخاص اعتباراً من سنة 2005، والنظام الخاص بالطلبة في سنة 2016). ولا تزال التغطية الخاصة بالمستقلين وأصحاب المهن الحرة تنتظر التفعيل، بينما لا تزال التغطية التي نص عليها القانون لفائدة والديّ المؤمن في طور الدراسة؛
- لا يتوفر على تغطية صحية كل الأشخاص الذين لم يراكموا فترات تأمين كافية تؤهلهم لاستحقاق المعاش، أو من هم في وضعية فقدان الشغل أو البطالة، والمساعدون العائليون، والعاملون في بيوتهم، والمغاربة الذين أقاموا لفترة معينة في الخارج دون أن يكونوا رصيذا يخول لهم الحق في الحصول على معاش. كما أن الأشخاص المستفيدين من أحد أنظمة التأمين عن المرض ملزمون بدفع 40 في المائة في المتوسط، بالنسبة للقطاع الخاص و32 في المائة بالنسبة للقطاع العام من تكاليف العلاج. ومن بين الأسباب الرئيسية لارتفاع الجزء الباقي من المصاريف الواقع على عاتق المؤمن لهم، يشير العديد من المتدخلين إلى عدم احترام التعريف المرجعية الوطنية من قبل مقدمي الرعاية الصحية في القطاع الخاص، علماً أنه جرى تحديد هذه التعريفية نفسها في مستويات تقل عن الأسعار المعمول بها بالنسبة لجزء كبير من العلاجات، مما يدفع الممارسين والمرضى إلى اللجوء إلى تعاملات غير نظامية. ويتمثل العامل الآخر في ضعف جاذبية قطاع الرعاية الصحية العمومية، الذي لا يستقطب سوى 6 في المائة من نفقات التأمين الأساسي الإجباري عن المرض، مما يجسد نزوحاً جماعياً للمؤمن لهم نحو الخدمات الصحية للقطاع الخاص.

60 - عدة تقارير لأنشطة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، وجلسات الإنصات التي عقدها المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي مع الوكالة ومع الهيئات المسؤولة عن تدبير القطاع. تقرير المرصد الوطني للتنمية البشرية حول تقييم نظام المساعدة الطبية (راميد)، 2017.

الإنصاف

لقد تولدت حالة من الجمود عن تأخر تحول المقاولات والمؤسسات العمومية التي تسدد أقساط التأمين لدى شركات التأمين الخاصة إلى نظام التأمين الإجباري عن المرض، حيث إن المادة 114 من القانون التي كانت من المفروض أن تنظم هذه العملية الانتقالية، قد تحولت إلى واقع قائم. ويطرح هذا الوضع، الذي يربك منظومة الضمان الاجتماعي المغربي ككل ويعوق وضع نظام إجباري موحد للتأمين الأساسي عن المرض، تحدياً رئيسياً يتمثل في مدى قابلية نظام التأمين الإجباري عن المرض نفسه على الاستمرار. والواقع أنه إذا جرى إدماج هذه المقاولات والمؤسسات دون اتخاذ تدابير المواكبة اللازمة، فقد يؤدي ذلك إلى تفاقم العجز بالنسبة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وإلى زيادة كبيرة في حجم التعويضات المقدمة للمؤمنين وفي نسب الاشتراكات لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وعلى سبيل المثال، فقد أدى إدماج موظفي المكتب الوطني للسكك الحديدية في الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، أي ما مجموعه 45 055 مستفيداً في سنة 2017، إلى تسجيل رصيد سلبي بين الاشتراكات والنفقات، ويعزى ذلك بشكل خاص إلى التركيبة الديموغرافية للمؤمن لهم (يبلغ المعامل الديموغرافي 0,66 نشطاً لكل متقاعد)، وإلى «طبيعة استهلاكهم» لخدمات الرعاية الصحية⁶¹.

التمويل والتوازن

لا يزال اختلال التوازن المالي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مرشحاً للتفاقم إذا ما ظل هذا النظام منحصرًا في موظفي الوظيفة العمومية والقطاع العام. وثمة العديد من العوامل التي تدفع في هذا الاتجاه:

- انتقال حصة الأمراض الطويلة الأمد والأمراض الخطيرة والمكلفة من 2,32 في المائة في سنة 2006 إلى 5,58 في المائة في سنة 2017، كما أن هذه الأمراض شكلت 49 في المائة من نفقات العلاجات في سنة 2017، مقابل 41 في المائة في سنة 2006.
- ارتفاع كلفة العديد من أصناف الرعاية الصحية، لاسيما:
 - الأدوية: بسبب تطبيق الأسعار العمومية الجديدة لبيع الأدوية (الجريدة الرسمية الصادرة في 8 أبريل 2014)، حيث تضاعفت كلفتها من 3 إلى 4 مرات بالنسبة للمؤمن لهم، منذ أن اضطر الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي إلى إغلاق صيدليته التعاقدية.
 - طب الأسنان: بعد توحيد تعريفات استرجاع المصاريف مع التعريفات الوطنية المرجعية (17,50 درهم لتعويض الأسنان و12,50 درهم لعلاجات الأسنان) في 2014-2015.
 - تزايد اللجوء إلى العلاجات (ارتفاع معدل «حدوث المرض» إلى 45 في المائة في سنة 2017، مقابل 36 في المائة في سنة 2006).
 - ضعف في اعتماد سياسة وطنية مندمجة للعلاجات الوقائية.

ويمكن أن يتفاقم العجز الذي سجل منذ سنة 2016 نتيجة الانخراط المنتظر لـ 25 مؤسسة عمومية في نظام التأمين الأساسي الإجباري عن المرض المدبر من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، وفقاً للمادة 114 من القانون رقم 65.00.

أما في ما يتعلق بنظام المساعدة الطبية (راميد)، فقد كشفت دراسة أجراها مؤخرا المرصد الوطني للتنمية البشرية أن تقييم التكلفة المالية لهذا النظام يبقى أقل من تكلفته المالية الحقيقية، وذلك بسبب غياب المحاسبة التحليلية في معظم المستشفيات العمومية وصعوبة تحديد الاعتمادات المخصصة لهذا النظام لعدم وجود مفاتيح توزيع وتتبع دفع مساهمات الجماعات في «الحساب الخاص بالصيدلية المركزية» الذي تديره وزارة الصحة.

جودة الخدمات المقدمة للمؤمن لهم

لم تتم لحد الآن مواكبة التغطية الصحية الأساسية بأليات عمومية لقياس حسن تديرها وجودة الخدمات المقدمة في إطارها. ولقد أدى ارتفاع الطلب على خدمات المستشفيات العمومية، على إثر تعميم نظام المساعدة الطبية، دون تأهيل مسبق للقطاع، إلى ضغط أثنى على جودة العلاجات المقدمة ونجم عنه عبء إضافي على العاملين بالمؤسسات الصحية، كما تضررت من ذلك صورة المرفق الصحي العمومي لدى المواطنين، حيث صار يُنظر إليه كقطب يفترق للمقومات الأساسية للاضطلاع بدوره ولا يتوجه إلا للفقراء⁶². كما لم يتم تقييم جودة أداء الهيئات المعنية الأخرى في ما يتعلق بأجال معالجة الملفات وكيفية التكفل بالمرضى والتعويض عن المصاريف والرد عن الشكايات وإعمال حق المؤمن لهم في الطعن في قرارات الهيئات المكلفة بتدبير أنظمة التغطية الاجتماعية.

الحكامة

يواجه تدبير التغطية الصحية تحديات جمة على مستوى الحكامة، تشمل الجوانب التالية على الخصوص:

- تعدد أنظمة التأمين الأساسي الإجباري عن المرض، وهو ما يتناقض مع مبادئ التضامن والتعاقد في تحمل المخاطر والتوحيد التي نص عليها القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية؛ علماً أن هذا التشتت لا يساهم في الاستدامة المالية على المدى الطويل لمنظومة التغطية الصحية ككل؛
- صعوبة في إرساء نظام الاتفاقيات الوطنية بين مقدمي الخدمات الطبية والهيئات المكلفة بالتدبير (عدم تجديد اتفاقيات التعريفات منذ 2007-2008، ناهيك على أن هذه الاتفاقيات لا تُنفذ إلا بشكل جزئي)؛
- غياب شبه تام لتقييم وتنفيذ تدابير التقنين التي تقرر وضعها (البروتوكولات العلاجية، التوحيد، الأدوية، الآلات الطبية، مصنعات الأعمال المهنية، إلخ...)
- عدم وجود هيئة مستقلة للوساطة لها من الوسائل القانونية (ليست للوكالة الوطنية للتأمين الصحي سلطة على الفاعلين) أو من السلطة الزجرية ما يُمكنها من فرض تطبيق المقتضيات القانونية والتنظيمية المتعلقة بالتغطية الصحية الأساسية؛

- بطء و/أو تجميد عملية تحيين التعريفات المرجعية، بالإضافة إلى عدم كفاية وسائل مراقبة وتتبع استهلاك الأدوية، مما يسهل ممارسات استغلال ضعف المرضى وأسرههم واللجوء إلى العمل بنظام موازي لأداء تكلفة العلاجات الطبية؛
- اتسام مسطرة تديبير موارد نظام المساعدة الطبية (راميد) بالتناقض: فبينما يَعهَدُ القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية إلى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بتديبير هذا النظام، فإن النصوص التطبيقية الخاصة بهذا القانون تعهد بتديبير موارد «الراميد» إلى وزارتي الصحة والاقتصاد والمالية، مما يحول دون استعمال الموارد المالية التي يحصلها نظام المساعدة الطبية مباشرة من المستفيدين المؤدين (بلغ حجم هذه الموارد المالية 154 مليون درهم سنة 2017).

التغطية الصحية التكميلية: يواجه نظام التعاضد جملة من العقبات

- يتم توفير التغطية الصحية التكميلية من لدن القطاع التعاضدي وشركات التأمين الخاصة⁶³.
- يتألف القطاع التعاضدي من 28 تعاضدية موزعة على الشكل التالي⁶⁴:
- 11 تعاضدية تم تأسيسها من طرف مستخدمي القطاع العام؛
 - 7 تعاضديات تتعلق بمستخدمي القطاع شبه العمومي؛
 - 5 تعاضديات لفائدة مستخدمي القطاع الخاص؛
 - 5 تعاضديات تشمل الأشخاص الذين يزاولون مهنا حرة.

أهم مؤشرات قطاع التعاضد

التعاضديات	المباغ (بملايين الدراهم)
المنخرطون	1 769 016
المستفيدين	4 513 640
الاشتراكات	2 884
التعويضات	1 886
المردودات المالية	293
الأموال الذاتية	4 313

المصدر: هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، التقرير السنوي 2016

63 - تقدم شركات التأمين الخاصة تغطية صحية تكميلية (تضاف إلى نظام التغطية الأساسية). وحسب تقرير أنشطة هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2016، فإن الغلاف المالي لعقود التأمين يقدر بـ3,6 مليار درهم. وتعد هذه الخدمات خارجة عن نطاق هذه الدراسة.

64 - التقرير السنوي لهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي برسم سنة 2016.

الأنشطة التعاضدية الرئيسية

وتتمثل الأنشطة التعاضدية الرئيسية في ما يلي:

- تقديم خدمات علاجية في إطار تأمين صحي أساسي و/أو تكميلي؛
- تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لحساب الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي؛
- مساعدات وإعانات وتسبيقات عن التعويضات عن المرض؛
- إحداث وتدبير منشآت اجتماعية، ذات طابع صحي على وجه الخصوص؛
- توفير رأسمال عند الوفاة و/أو الشيخوخة.
- تقديم خدمات ذات صبغة اجتماعية كالإعانات الخاصة بالأشخاص في وضعية إعاقة ودور رعاية المسنين.

إسهام القطاع التعاضدي

يجدر التذكير أن القطاع التعاضدي كان رائدا واضطلع بدور حاسم في تمويل وولوج منخرطيه وذوي حقوقهم إلى التجهيزات والعلاجات الطبية، في وقت لم تكن فيه التغطية الصحية الأساسية قد أحدثت بعد. كما ساهمت التعاضديات في تغطية المخاطر لفائدة الموظفين، حيث عملت كهيئات للتأمين خلال الفترة ما بين 1917 و2005.

ومن جهة أخرى، ساهم إحداث التعاضديات لوحدات اجتماعية وطبية، في تخفيف العبء والضغط على قطاع الصحة في مجال عرض العلاجات (مصحات طب الأسنان، مركز طب العيون، الفحوص الوظيفية، التدخلات الطبية، تقديم الخدمات للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة...). كما مكنت هذه الوحدات الاجتماعية والطبية من توفير خدمات خلال فترة واجهت فيها الدولة صعوبات مالية، لا سيما في إطار تنفيذ مخطط التقييم الهيكلي.

وتسمح التعاضديات لمنخرطيه وذوي حقوقهم من الاستفادة من الخدمات الصحية بتكلفة مطابقة للتعريف الوطنية المرجعية، وفق نظام الثالث المؤدي الذي يتحملة الاحتياط الاجتماعي.

إن التطور الذي شهده الإطار التشريعي والتنظيمي الخاص بالتغطية الصحية الأساسية وبممارسة الطب، لم يأخذ القطاع التعاضدي بعين الاعتبار بالقدر الكافي. لذلك يواجه هذا القطاع جملة من الإكراهات التي تعيق تطوير المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية في مجملها.

يواجه القطاع التعاضدي جملة من العراقيل التي تعيق تطوير تغطية صحية مستجيبة لاحتياجات البلاد وقدراتها

يُمنع بموجب القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية على كل هيئة مكلفة بتدبير نظام أو مجموعة من أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الجمع بين تدبير نظام من هذه الأنظمة وتدبير مؤسسات تقدم خدمات طبية بمفهومها الواسع. ومن الواضح أن هذا المبدأ كان وراء تنصيب مشروع مدونة التعاضد، الذي سبقت إحالته على المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي لإبداء الرأي⁶⁵، على منع التعاضديات من إنشاء أو تدبير بنيات طبية.

وقد يسفر تطبيق هذا النص القانوني الجديد عن إغلاق منشآت طبية ووقف خدمات صحية قائمة، والحال أن الولوج للعلاج بالمغرب لا يزال جد محدود، كما جاء في تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول العلاجات الصحية الأساسية⁶⁶، مما قد يتسبب في تدني عرض الخدمات الصحية والولوج إليها.

إصلاح نظام التغطية الصحية الأساسية

من أجل توسيع نطاق التغطية الصحية الأساسية لتستفيد منها الفئات غير المشمولة بعد بالتغطية الصحية، أطلق رئيس الحكومة في أكتوبر 2013 مسلسل إصلاح التغطية الصحية. وفي هذا الإطار، تم بموجب منشور رقم 13/2013 إحداث لجنتين: لجنة بين-وزارية للقيادة لدعم تطوير استراتيجية مندمجة لإصلاح التغطية الصحية الأساسية تهتم كافة مكوناتها المتمثلة في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ونظام المساعدة الطبية والتأمين لفائدة المستقلين؛ ولجنة تقنية بين-وزارية تضطلع بدعم واعتماد منهجية موحدة لتتبع وتقييم مختلف مراحل إصلاح التغطية الصحية الأساسية. وفي الفترة الرابطة بين سنتي 2013 و2017، عقدت لجنة القيادة ثلاثة اجتماعات، فيما عقدت اللجنة التقنية ثمانية اجتماعات، أما مجموعات العمل الموضوعاتية فقد عقدت 30 اجتماعا. وأسفرت هذه الدينامية عن القرارات التالية:

- اختيار الوكالة الوطنية للتأمين الصحي للاضطلاع بالإشراف على وحدة التقييم والتتبع، في دجنبر 2014؛
- اعتماد المخطط الشامل لإرساء التأمين لفائدة المستقلين ومبدأ التدرج في تفعيله، في دجنبر 2014؛
- إطلاق التغطية الصحية الخاصة بالطلبة منذ شتبر 2015؛
- اعتماد وتنفيذ الاستراتيجية المندمجة لإصلاح التغطية الصحية الأساسية مع العمل على إعداد 16 نصوصا قانونيا وتنظيميا، صدرت 10 منها في مارس 2016؛
- إعداد مشروع مراجعة الإطار القانوني المنظم للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في مارس 2016؛
- دراسة مقترح استفادة والدي المنخرط المستخدم في القطاع العام من التغطية الصحية، في مارس 2016؛

ولا تزال العديد من الملفات عالقة، منها على الخصوص:

- إعداد تقرير التتبع وخطط العمل السنوية ووضع وحدة لتقييم إصلاح التغطية الصحية الأساسية؛
- تحديد مهام الهيئة التي عهد إليها بتدبير نظام المساعدة الطبية وشروط تفعيل عملها، والعمل على مراجعة الإطار القانوني المؤطر للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي؛

- إعداد خارطة طريق من أجل تفعيل التأمين لفائدة المستقلين (الذي يتطلب فتح مفاوضات مع ممثلي الفئات المهنية)؛
- تحليل استدامة تمويل التغطية الصحية الأساسية وتوازنها المالية؛
- إدراج النصوص القانونية التي جرى إعدادها في مسطرة المصادقة.

وبالإضافة إلى ما يسجل من بطء في عملية الإصلاح، لاشك أن أكثر ما يبعث على القلق هو خطر إغفال المبادئ الأولية والأهداف الاستراتيجية التي قام عليها نظام التغطية الصحية الأساسية، ألا وهي (إدراج التغطية الصحية في إطار نظام للتغطية الصحية الأساسية الشاملة، نظام إجباري وتضامني، يتم تمويله بواسطة مساهمة جميع أنواع الدخل ويكمله تمويل تضامني لفائدة المعوزين، مع وضع أنظمة تكميلية في إطار تعاضدي أو في شكل تأمين، وضمان الإنصاف وتحسين مستويات التكفل وجودة الرعاية الصحية وتحويل الأنظمة الانتقالية نحو نظام التغطية الصحية الأساسية)، ومن ثم، فإن المقترحات التي كان من المفترض أن تكون انتقالية قد تحولت، في ظل غياب تدابير المواكبة لحماية الحقوق المكتسبة للأشخاص المؤمن لهم وغياب التفاوض مع المنظمات الممثلة لمهنيي الصحة من أجل تحيين التعريفات، (تحولت) إلى إكراهات تعيق تعميم التغطية الصحية في مختلف درجاتها ومحتواها.

ومن أجل تفعيل مسلسل الإصلاح وتحقيق هدف تعميم التغطية الصحية الأساسية، يقدم المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي التوصيات والمقترحات التالية:

توصيات

1. المبادئ الأساسية: تعميم التغطية الصحية الأساسية

أ. يدعو المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي مجموع أصحاب القرار والمتدخلين في السياسات العمومية إلى الحرص على احترام وإعمال المبادئ الأساسية التي تقوم عليها التغطية الصحية الأساسية كما أقرها الفصل 31 من الدستور والقانون بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية: يستفيد كل المواطنين، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة؛ ويقوم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على مبدأ المساهمة ومبدأ التعاضد في تحمل المخاطر، ويقوم نظام المساعدة الطبية على مبدأ التضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين؛

ب. يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بإحياء الحوار الاجتماعي بين الحكومة والشركاء الاجتماعيين من أجل استكمال تعميم التغطية الصحية الأساسية والحد من التدابير التمييزية ووضعيات رفع الحماية عن المواطنين؛ ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال:

أ. اعتماد النصوص التطبيقية المتعلقة بالتأمين عن المرض لفائدة المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنا حرة (يمثلون 36 في المائة من تعداد الساكنة النشيطة)؛

ii. إدماج الهيئات العامة أو الخاصة التي كانت تضمن قبل اعتماد القانون رقم 65.00 لمأجوريتها تغطية صحية اختيارية، إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، وإما في إطار صناديق داخلية، في نظام التغطية الصحية الأساسية، وذلك في احترام لمقتضيات المادة 114 من القانون المشار إليه والتي تنص على أن «الحقوق المكتسبة لفائدة المستفيدين من هذه الأنظمة سواء بالنسبة للجهة المتحملة للاشتراكات أو فيما يخص نسبة التغطية لفأئدتهم يحتفظ بها»؛

iii. الإبقاء على الحق في الاستفادة من التغطية الصحية لفائدة الزوج السابق أو الزوجة السابقة المعهود إلى أحدهما بحضانة الأولاد بعد إثر انحلال ميثاق الزوجية، والأشخاص الذين يتعرضون للفصل من الشغل لأسباب خارجة عن إرادتهم والذين يبحثون عن عمل بشكل دوّوب، والأشخاص المصابين بمرض طويل الأمد خلال 6 أشهر الموالية لتوقفهم عن نشاطهم المهني، أو ضحايا حوادث الشغل أو الأمراض المهنية؛

iv. اعتماد المراسيم المتعلقة بتوسيع الاستفادة من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لتشمل والديّ المؤمن له.

2. إضفاء الفعالية والإنصاف على نظام التغطية الصحية الأساسية وتوحيد مكوناته

أ. العمل على ملاءمة أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في ما بينها، مع الحرص على اعتماد أفضل مستوى متوفر من الخدمات، لا سيما في ما يتصل بسلة العلاجات ونسبة التغطية ونسبة الاشتراكات، وذلك في أفق إرساء نظام وطني شامل للتغطية الأساسية في بحر خمس سنوات؛

ب. تحيين التعريفات المرجعية الوطنية المطبقة من أجل إرجاع مصاريف الخدمات الصحية أو تحملها، وذلك ارتكازا على مسلسل عمومي للحوار متسم بالفعالية والشفافية، ويفضي إلى إبرام اتفاقيات مع المنظمات الممثلة للأطباء وموردي التجهيزات الطبية والأدوية؛

ج. إحداث هيئة مستقلة لتدبير نظام المساعدة الطبية «راميد» والتتصيص على التمويل الذي تخصصه الدولة من ميزانيتها العامة لهذا النظام في قانون المالية السنوي، واعتماد نص تشريعي تحدّد بموجبه بشكل واضح مساهمات الجماعات المحلية في تمويل نظام المساعدة الطبية؛

د. المحافظة على توازن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وضمان ديمومته: الرفع من المبلغ الأقصى للاشتراكات في الصندوق بل والعمل على إلغاء أي سقف لهذه الاشتراكات؛ تعزيز مسلسل ضمان التغطية الصحية لفائدة الطلبة، فإلى متم دجنبر 2016، لم تشمل هذه التغطية سوى 404 56 مستفيد، والحال أن الفئة المستهدفة منها تبلغ 300 000 طالب وطالبة؛

هـ. مراجعة نظام حكامه الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، حتى تتمكن من الاضطلاع بدورها كاملا في تقنين نظام التغطية الصحية الأساسية، وذلك من خلال توحيد المجالس الإدارية وضمان تمثيلية مختلف المنخرطين والمستفيدين.

3. إضفاء دينامية جديدة على القطاع التعاضدي وعلى عرض العلاجات على المستوى الاجتماعي والتضامني

- أ. يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالقيام بقراءة مقتضيات المادة 44 من القانون رقم 65.00 قراءة إيجابية تدفع نحو اعتماد مقاربة دامجية، بما يُمكن من تخويل هيئات تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الحرية الكاملة في المساهمة العينية، ولأهداف تضامنية غير ربحية، في تطوير وتدبير التجهيزات والخدمات الطبية، وذلك خدمةً للسياسة العامة للصحة وللحماية الاجتماعية بالمغرب:
- i. إعادة النظر في مقتضيات القانون رقم 84.12 المتعلق بالمستلزمات الطبية والقانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، بما يُمكن التعاضديات، بنظامها القانوني الخاص، من ممارسة أنشطة ذات طابع صحي.
- ii. إعادة صياغة المادة 44 من القانون رقم القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، على نحو يوضح مقتضياتها ويشير صراحة إلى أن للتعاضديات بالنظر لكونها ليست هيئات لتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، كامل الأهلية القانونية لإنشاء وتطوير وتدبير وحدات للخدمات الطبية.
- iii. تعديل المادة 14 من المرسوم رقم 2.97.421 الصادر بتاريخ 28 أكتوبر 1997 على نحو يسمح للتعاضديات بإحداث وحدات للخدمات الطبية.
- ب. النهوض بالتعاقد وتشجيع التعاون بين الهيئات التعاضدية.

الدور المحوري للحكامة

أنظمة حكامة الهيئات المغربية للضمان الاجتماعي؛ محدودية وعدم انسجام

لا شك أن تحقيق فعالية أنظمة الحماية الاجتماعية وضمنان الولوج لخدماتها وجودة أدائها والمحافظة على توازنها المالية واستدامتها وحسن تلبية حاجيات المؤمن لهم وذوي حقوقهم، أهداف تظل رهينة بالعديد من العوامل المؤسسية والمالية والاقتصادية التي لا يمكن أن تعزى كلها للهيئات المشرفة على التدبير. غير أن ثمة العديد من الاختلالات التي ترتبط ارتباطا مباشرا بضعف حكامة أنظمة الحماية الاجتماعية. وتتمثل أهم الاختلالات في التركيبة غير المندمجة بالقدر الكافي، ومحدودية استقلالية مجالس الإدارة، والصعوبات التي تعترض هذه الأخيرة في التحكم في نجاعة وجودة التدبير. لذا، فإن حكامة أنظمة الضمان الاجتماعي في المغرب تتسم بعدم تجانسها. وفي هذا الصدد، فإن تركيبة الأجهزة التداولية لهذه الأنظمة وكيفيات تعيينها وتعيينها، ونطاق صلاحياتها، ونمط تقييم أدائها، وتراتبيتها المؤسسية، تخضع لمبادئ لا تكون دائما ذات طابع رسمي ولا واضحة، كما تحكمها قواعد وممارسات تختلف من نظام لآخر.

هكذا، يتألف المجلس الإداري الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من تركيبة ثلاثية تضم ممثلين للدولة وممثلين للمشغلين ثم ممثلين للمنظمات النقابية للشغيلة، في حين لا يضم المجلس الإداري للنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد والصندوق المهني المغربي للتقاعد ممثلين عن المستخدمين

المنخرطين⁶⁷. ومن جهة أخرى، لا يضم المجلس الإداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي، في شقه المتعلق بتدبير الموارد المرصدة لنظام المساعدة الطبية، ممثلين عن الشركاء الاجتماعيين ولا ممثلين عن المستفيدين من النظام، وفي المقابل، يتألف المجلس الإداري للوكالة في شقه المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض من ستة ممثلين عن المؤمن لهم وخمسة ممثلين عن المشغلين.

أما الهيئات التي تتولى تدبير الأنظمة الإجبارية للمعاشات، فإن أغلبها يحمل صفة مؤسسة عمومية «تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي» وتخضع ل«وصاية تقنية» و«وصاية مالية» للدولة، يمارسها قطاع حكومي واحد أو قطاعان اثنان. غير أن هذه القاعدة غير معمول بها على مستوى الصندوق المهني المغربي للتقاعد، الذي بعدما كان يحمل صفة جمعية تحوّل إلى شركة تعاضدية للتقاعد، ولا على مستوى النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد الذي يُشرف على تدبير النظام الإجباري الأساسي للمستخدمين غير المرسمين العاملين بالقطاع العام والجماعات المحلية ومستخدمي المؤسسات العمومية الخاضعة للمراقبة المالية للدولة كما يشرف على نظام تكميلي اختياري. إذ يحمل النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد صفة «مؤسسة تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي» دون وصاية تقنية للدولة. ويتولى تسييره الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين، وتديره لجنة تسيير تضم لجنة تسيير الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين نفسه إلى جانب ممثلين عن أربعة قطاعات وزارية (الفلاحة والتجهيز والداخلية والوظيفة العمومية) وأربعة ممثلين للمنخرطين ينتمون إلى مؤسسات منخرطة في النظام يتم اختيارها عن طريق القرعة⁶⁸.

وتواجه بنيات الحكامة الخاصة بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي إشكالية مزدوجة تتعلق بالتركيبية والمهام المنوطة بها. وفي هذا الصدد، يتشكل نصف أعضاء المجلس الإداري للصندوق من ممثلي الدولة، بمن فيهم ممثل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، والنصف الآخر من ممثلي الشركات التعاضدية وممثلي المركزيات النقابية الأكثر تمثيلية. وقد عُهد إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، الذي كان تاريخياً فيدرالية للتعاضديات، بتدبير نظام التأمين الأساسي الإجباري عن المرض، استناداً على التعااضديات التابعة له، التي أصبحت تضطلع بالتدبير المفوض لنظام التأمين الأساسي بموجب اتفاقية تدبير متعددة السنوات. كما تتولى هذه التعااضديات، بشكل مباشر أو غير مباشر، تدبير خدمات الأعمال الاجتماعية التعاضدية باعتبارها مقدماً لخدمات الرعاية الصحية وتحيل فواتير الخدمات التي تقدمها على الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، في إطار نظام الثالث المؤدي. وهكذا، تدير هذه المؤسسة نظاماً للتغطية الصحية الإجبارية من خلال موارد من ميزانية الدولة (أكثر من 5 ملايين درهم) ونظاماً للتغطية الصحية التكميلية، من خلال التعااضديات المكونة لها، وذلك عبر تدبير ثنائي يضطلع به رئيس منتخب من لدن التعااضديات ومدير تعيينه الحكومة. وسعيًا إلى الحفاظ على مكتسبات التعااضد وتعزيزها وهيئة الشروط الكفيلة بتوحيد أنظمة التغطية الصحية الأساسية، يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالفصل بين المهام والبنيات المكلفة بالتغطية الصحية

67 - تضم لجنة تسيير الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين «أربعة ممثلين للمنخرطين يعينون لمدة ثلاثة سنوات ويختارون من لدن أربعة مؤسسات منضمة إلى النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد توجد مراكزها بالمجموعتين الحضريتين للرباط وسلا والدار البيضاء، وتختار هذه المؤسسات المنضمة عن طريق قرعة يجريها المدير العام لصندوق الإيداع والتدبير». الفصل 45 من الظهير الشريف بمثابة قانون رقم 1.77.216 بتاريخ 20 شوال 1397 (4 أكتوبر 1977) يتعلق بإحداث نظام جماعي لمنح رواتب التقاعد.

68 - نفس المصدر السابق.

الأساسية، في إطار نظام تأمين صحي إجباري خاص بالقطاع العام من جهة، والمهام والبنيات المكلفة بالتغطية الصحية التكميلية من جهة ثانية، مع الحرص على احترام استقلالية التدبير والحفاظ على مهام التعاضديات ومكتسباتها .

كما أن اختصاصات مجالس إدارة الهيئات المشرفة على تدبير أنظمة الاحتياط الاجتماعي تختلف في ما بينها، وتتحصر على وجه العموم، في ما يتصل باختصاص التداول والمراقبة، وعمليات تدبير الخزينة وتوظيف الاحتياطيات المالية، ومراقبة المخاطر، والافتحاص الداخلي، وتعيين المسؤولين التنفيذيين وتحديد تعويضاتهم، بالإضافة إلى اختصاصات متصلة بالأنظمة الأساسية لموظفي هذه الهيئات وتبدير مواردها البشرية .

هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي: دور أساسي لكن نجاعته رهينة بتقليص مخاطر تضارب المصالح

تم مؤخرا تعزيز المنظومة المغربية للحماية الاجتماعية بمؤسسة للإشراف: ألا وهي هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، المحدثه بموجب القانون رقم 64.12 لتحل محل مديرية التأمينات والاحتياط الاجتماعي التي كانت تابعة لوزارة الاقتصاد والمالية. وتعتبر هذه الهيئة بدورها «شخصا اعتباريا من أشخاص القانون العام يتمتع بالاستقلال المالي». وتناط بها اختصاصات مراقبة قطاع التأمينات والهيئات التي تتولى تدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والتقاعد وكذا الهيئات الخاضعة للقانون الخاص التي تقوم بممارسة أو تدبير عمليات التقاعد التي تعتمد التوزيع أو التوزيع والرسملة (الشركات التعاضدية للتقاعد)⁶⁹.

ومن بين المهام التي تضطلع بها هذه الهيئة، نذكر المراقبة التقنية والاحتياطية والتقنين المستقل لأسواق التأمينات وقطاع الاحتياط الاجتماعي، تحديث التأطير المؤسسي، الرفع من جاذبية السوق المغربي على الصعيد الدولي، المساهمة في النهوض بالتربية والتحسيس في المجالات الواقعة ضمن اختصاصاتها، والسهر «على احترام الهيئات الخاضعة لمراقبتها لقواعد حماية المؤمن لهم والمستفيدين من عقود التأمين والمنخرطين».

ونلاحظ أن الجوانب المتعلقة بضمان الولوج لخدمات هيئات الحماية الاجتماعية وجودة ومستويات هذه الخدمات، لا تدخل ضمن الأهداف التي أنيط تحقيقها بشكل صريح بالهيئة.

وعلاوة على الكاتب العام، يسير الهيئة مجلس يتألف من سبعة أعضاء، من بينهم الرئيس وثلاثة أعضاء مستقلين. ويتولى المجلس وضع السياسة العامة للهيئة، والتداول في توجهاتها الرئيسية على المستوى الاستراتيجي والتنظيمي والمالي. كما تُعَدُّ للمجلس صلاحية اتخاذ قرارات منح الاعتماد لمقاولات التأمين وإعادة التأمين والمصادقة على الأنظمة الأساسية لمؤسسات التقاعد، بالإضافة إلى إصدار العقوبات في حالة عدم احترام أو مخالفة الأحكام التشريعية والتنظيمية المطبقة على الهيئات الخاضعة لمراقبة الهيئة. وتستند الهيئة في عملها على لجنة تأديبية يرأسها قاض بمحكمة النقض وتتألف من عضو من بين فئة الأعضاء المستقلين في مجلس الهيئة، وعضو يمثل الهيئة يُعيّن من بين مستخدميها، بالإضافة إلى ممثل واحد عن كل قطاع خاضع لمراقبة

69 - القسم الثاني من القانون رقم 64.12 القاضي بإحداث هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي.

الهيئة. وتتطوي عضوية ممثلي القطاعات والهيئات الخاضعة لسلطة الهيئة بحكم منصبهم على مخاطر ملموسة لتضارب المصالح والتي قد تؤثر على استقلالية هذه الهيئة في اتخاذ القرار وعلى نجاعتها ومصداقيتها. والأمر نفسه ينطبق على لجنة التقنين التي يُعهد إليها بإبداء رأي استشاري حول مشاريع مناشير الهيئة ومشاريع النصوص التشريعية أو التنظيمية التي لها علاقة بقطاعي التأمينات والاحتياط الاجتماعي، وطلبات الاعتماد المقدمة من طرف الشركات التعاقدية للتقاعد وجمعيات التعاون المتبادل. ويرأس لجنة التقنين الكاتب العام للهيئة وتتألف من عضوين (2) يمثلان الإدارة (وزارة الاقتصاد والمالية) ومن ممثلين عن القطاعات الخاضعة لمراقبة الهيئة. لذا، وسعيًا إلى تمكين هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي من الاضطلاع بدورها على الوجه الأكمل، يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بأن لا تُضمّ لجنّتها التأديبية ولا لجنة التقنين ممثلين عن الهيئات الخاضعة لسلطة الهيئة، بل يوصى بأن تضم شخصيات مستقلة ومؤهلة، يكونون أعضاء بصفتهم الشخصية وليس بحكم مناصبهم.

توصيات عامة حول حكامه هيئات الحماية الاجتماعية

1. إعداد استراتيجية وطنية يتم إكسابها الصفة التشريعية من خلال إصدارها في شكل قانون إطار، تنبثق عن حوار اجتماعي وطني، وتكون بمثابة ميثاق أجيال، وهادفة إلى تعميم الحماية الاجتماعية والتحسين المستمر لمستويات التأمين، ارتكازا على إقامة توازن واضح ودينامي بين حاجيات البلاد في مجال الحماية الاجتماعية وبين ما تتوفر عليه من موارد؛
2. إعداد ميزانية اجتماعية للأمة، يتم إلحاقها بقانون المالية وتخضع للمراقبة الديمقراطية والتصويت من لدن غرفتي البرلمان، بعد التشاور مع الشركاء الاجتماعيين وإبداء المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي لرأيه بشأنها .
3. إصلاح حكامه هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، وذلك بما يمكن من تعزيز استقلاليتها، وتعديل تركيبة لجنّتها التأديبية بغية حصر عضويتها على شخصيات مؤهلة يتم تعيينهم بصفتهم الشخصية، ولا يمثلون الهيئات الخاضعة لسلطة هذه الهيئة ولا تربطهم بها أي مصالح؛
4. ضمان المشاركة الفعالة للشركاء الاجتماعيين (أرباب العمل والمستخدمين) في مجموع هيئات الحماية الاجتماعية وتشجيع مشاركة ممثلي المؤمن لهم فيها؛
5. النص صراحة على مسؤولية مجموع مجالس الإدارة وهيئات الإشراف في مراقبة فعالية أنظمة الحماية الاجتماعية في ما يتعلق بالجوانب التالية: مستوى الحماية التي توفرها لمنخرطيها مقارنة مع الأهداف المسطرة في النصوص التشريعية؛ استدامتها المالية والاقتصادية وشفافية استعمالها للموارد؛ تحديد وتدابير المخاطر، لا سيما المخاطر العملية (جودة التكنولوجيات، النظام المحاسبي، حالات الغش ...) والمخاطر المرتبطة بالسيولة والمخاطر المتعلقة بتوظيف الأموال.
6. النص على مسؤولية مجالس الإدارة في مراقبة أعمال الإشراف الاستراتيجي الذي تضطلع به الهيئات المكلفة بأنظمة الحماية الاجتماعية، مع الحرص كل الحرص على تضادي تدخل تلك المجالس وأعضائها في تدبير الهيئات المذكورة.

7. ترشيد حكمة الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، من خلال الفصل بين الصلاحيات والبنيات المتعلقة بتدبير نظام التغطية الصحية الأساسية، من جهة، والبنيات والصلاحيات المسؤولة عن تدبير الأنظمة التعاضدية التكميلية والنظام الخاص بالطلبة، من جهة ثانية.
8. استعادة والحرص على احترام اختصاصات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التي تتمثل مهمتها (المادة 59 من القانون رقم 65.00) في التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على وضع وسائل ضبط المنظومة ككل.
9. وضع نظام وطني مندمجة للمعلومات في مجال الحماية الاجتماعية، يرتكز على اعتماد رقم تعريف اجتماعي وطني، بما يتيح التقائية نظم المعلومات الخاصة بالحماية الاجتماعية، وإضفاء الطابع اللامادي على المعطيات.
10. إحداث نظام للتكوين والدراسات العليا في مجال الحماية الاجتماعية بوجه عام وفي مجال التغطية الصحية الأساسية، على وجه الخصوص، من أجل تكوين كفاءات في مجال تدبير أنظمة الحماية الاجتماعية وحكومتها.
11. وضع شبكة مؤشرات لتقييم أداء هيئات الاحتياط الاجتماعي تَهْمُ المخاطر والنتائج وجودة الخدمات، وذلك استنادا إلى توصيف دقيق للمساطر التي تعتمدها هذه الهيئات في مجال التدبير، وتخصيص الموارد، وتنفيذ الميزانية، وولوج المؤمن لهم للخدمات التي يحق لهم الاستفادة منها. كما يتعين الوقوف عند الكيفيات التي تعتمدها كل هيئة في مجال تلقي ومعالجة شكايات المؤمن لهم، ومدى جدوى الوثائق الإدارية التي يُفرض على المنخرطين الإدلاء بها، وكذا آجال معالجة ملفاتهم.
12. إناطة مسؤولية الفصل بين حسابات مختلف فروع الخدمات التي تتولى هيئات الاحتياط الاجتماعي تدبيرها بمجالس الإدارة، وذلك من أجل تفادي الخلط بين الحسابات وتحويل الأموال من فرع لآخر.
13. إناطة مسؤولية اختيار الدراسات الاكتوارية ومراقبتها العملية بمجالس الإدارة، وينبغي أن يهتم هذا الإشراف بشكل خاص الجوانب المتعلقة باحترام قواعد المهنة في وضع الفرضيات والتحلي بالموضوعية والشفافية والبساطة، مع السهر على تقديم خلاصات منسجمة وبأسلوب واضح.
14. إناطة مسؤولية النظر في التأثير الاجتماعي والبيئي للتوظيفات المالية التي تقوم بها الهيئات بمجالس الإدارة، من خلال تكليفها بالسهر على سلامة تلك التوظيفات ومردوديتها، وتشجيع الهيئات على تبني مبادئ الأمم المتحدة للاستثمار المسؤول، لاسيما في مجال توجيه الاعتمادات المالية نحو تمويل الأنشطة ذات الوقع الاجتماعي والبيئي الإيجابي؛
15. تنظيم حملات تواصلية عمومية حول الحق في الحماية الاجتماعية وشروط وكيفيات الولوج إلى خدمات مختلف أنظمة الحماية الاجتماعية، مع بيان سبل التظلم المتاحة للمؤمن لهم ولذوي حقوقهم.

الجزء الثالث: التوصيات

الإطار المعياري الدولي

1. ملاءمة السياسات العمومية المتعلقة بالحماية الاجتماعية مع المعايير الدولية، من خلال:

- استكمال المصادقة على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 (1952) بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي؛
- المصادقة على الاتفاقيات بشأن الرعاية الطبية وإعانات المرض (الاتفاقية رقم 130، 1969)؛ وبشأن النهوض بالعمالة والحماية من البطالة (الاتفاقية رقم 168، 1989)؛ وبشأن إعانات العجز والشيخوخة والورثة (الاتفاقية رقم 128، 1967)؛ وبشأن إعانات إصابات العمل (الاتفاقية رقم 121، 1980)؛
- إجراء تقييم للسياسات والتدابير ذات الصلة بالحماية الاجتماعية، في ضوء الاتفاقيات التقنية لمنظمة العمل الدولية، بما في ذلك الاتفاقيات والبروتوكولات غير المصادق عليها، وبيان أسباب عدم المصادقة على تلك الاتفاقيات والبروتوكولات، وتبسيط الضوء على التدابير المزمع اتخاذها لملاءمة الإطار التنظيمي والآليات المتعلقة بالحماية الاجتماعية مع المعايير الدولية؛
- تضمين جدول أعمال الحوار الاجتماعي الثلاثي الأطراف، على المستويين الوطني والجهوي، وعلى مستوى الحوار الاجتماعي الداخلي في المقاولات، وضع سياسات للضمان الاجتماعي تتسجم مع المبادئ التي تهدف إلى إرساء أرضية مدمجة للحماية الاجتماعية، تروم إقامة منظومة وطنية متكاملة للضمان الاجتماعي.

2. التقليل من هشاشة الحماية الاجتماعية لأجراء القطاع الخاص إزاء انعدام الاستقرار في سوق الشغل، وذلك من خلال:

- توسيع نطاق التغطية الاجتماعية لتشمل جميع أجراء القطاع الخاص (800 000 أجير في القطاع الخاص غير مُصَرَّح بهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، 50 في المائة منهم يشتغلون في القطاع الفلاحي وغيره من الأنشطة غير المستقرة)؛
- إحداث آلية للاحتفاظ بالموءمن لهم، الذين تم التوقف عن التصريح بهم، في نظام الضمان الاجتماعي، بواسطة آلية لرسملة الحقوق في شكل نقاط يمكن تعبئتها خلال فترات عدم النشاط؛
- تخصيص شيكات لأداء المستحقات الاجتماعية (شيكات خدمات التشغيل) للعمال المنزليين والمساعدين العائليين؛

■ توسيع نطاق الضمان الاجتماعي ليشمل العمال غير الأجوريين: اعتماد المراسيم التي يحدث بموجبها نظام التغطية الاجتماعية (المعاشات) والصحية؛

■ تشديد العقوبات ضد رفض المساهمة في الضمان الاجتماعي (في فرنسا، تشكل ممارسة كل نشاط غير مصرح به لدى المصالح المهنية أو الهيئات الاجتماعية أو عدم احترام التزامات التصريح بالمساهمات، جريمةً للعمل غير المصرح به، يُعاقب عليها بالحبس لمدة 3 سنوات وغرامة قدرها 45 000 أورو [المادتان « 3-8221 ل.» و« 1-8224 ل.» من قانون الشغل؛ كما يعاقب أيضاً على المساعدة والتحريض على التوقف عن المساهمة في الضمان الاجتماعي: عقوبة حبسية مدتها 6 أشهر وغرامة قدرها 15 000 أورو في حق كل شخص يُحرّض المؤمن لهم على رفض الانخراط في هيئة للضمان الاجتماعي).

■ إحداث هيئة للتبع والمراقبة.

3. العمل، على المدى المتوسط، على الرفع من سقف الأجر الشهري للمساهمة في صندوق الضمان الاجتماعي إلى مبلغ 6 500 درهم ومقايسته على متوسط الأجور المصرح بها لدى الصندوق.

الحماية الاجتماعية لفائدة الأطفال

4. يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بإحداث تغيير في المفاهيم والتصورات التي يركز عليها وضع السياسات العمومية المتعلقة بالطفولة، من خلال اعتبار الحماية الاجتماعية للأطفال واجباً واستثماراً أساسياً في أجيال المستقبل في الآن ذاته، وهو ما يقتضي تطوير المقاربة القائمة على تحمل التعويضات العائلية حصرياً من لدن المشغل، نحو مقاربة وممارسات مرتكزة على تقديم الدعم المباشر لفائدة الأطفال المتراوحة أعمارهم ما بين 0 و15 سنة، وذلك بناء على عملية استهداف مُحدّدة؛

5. ينبغي أن تعمل الحكومة على الأعمال الفعلية للسياسة المندمجة لحماية الطفولة، ووضع برامج وآليات للحماية الاجتماعية خاصة بالأطفال وملائمة لمختلف أشكال الهشاشة التي يواجهونها.

6. تطوير مساعدات لفائدة الأطفال بغض النظر عن جنسيتهم، في شكل تحويلات مالية مشروطة وغير مشروطة:

أ. تستهدف الأطفال حيثما كانوا (لدى العائلات، في المؤسسات أو لدى الأسر)؛

ب. تستهدف شكلاً أو مجموعة من أشكال الهشاشة؛

ج. يتم تحديدها بناء على تحليل الوضعية الاجتماعية والاقتصادية الفردية؛

د. تتسم بطابع دينامي، أي أنها تتخفف أو ترتفع حسب ما يمليه التبع والتقييم المنتظم لوضعية الأطفال المستفيدين.

حوادث الشغل والأمراض المهنية

7. يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، بالعمل، على غرار ما هو معتمد في عدد من التجارب الدولية وانسجاما مع الاتفاقيات الدولية ذات الصلة (لا سيما اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102)، على الإقرار بكون المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية تعتبر مخاطر اجتماعية والتعاطي معها على هذا الأساس، وضمان حمايتها في إطار نظام وطني للضمان الاجتماعي موحد وإجباري وغير ربحي. وينبغي أن تناط بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، باعتباره مؤسسة عمومية غير ربحية، مهمة تدبير هذه المخاطر في إطار نظام قائم على التصريح الفردي بالأجور وتدعمه هيئة مراقبة ونظام لتحصيل المبالغ المستحقة؛
- ومن جهة أخرى، يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي باتخاذ التدابير التالية:
8. تحيين وتعزيز التشريع المتعلق بطب الشغل، بما يُمكن من جعل الرجوع إليه وإعماله الفعلي أمرا تلقائيا، وجعله قابلا للمراقبة وملائما للأخطار المتعلقة بالصحة والسلامة في مجموع قطاعات النشاط؛
9. تحيين وتعزيز مقتضيات مدونة الشغل المتعلقة بطب الشغل؛
10. الإصلاح الجذري للتشريعات والمساطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية على مستوى المعاينة والتكفل والتعويض.

الحماية الاجتماعية للأشخاص الموجودين في وضعية بطالة

11. الوقوف عند حصيلة منجزات السياسات العمومية في ضوء مقتضيات اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 168 المتعلقة بسياسة التشغيل والحماية من البطالة، والعمل على المصادقة على هذه الاتفاقية وإعمال توصياتها؛
12. تضمين المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية تعريفا رسميا للبطالة الكاملة، باعتبارها فقد الكسب بسبب عجز شخص عن الحصول على عمل مناسب، رغم كونه قادرا على العمل ومستعدا له وباحثا بالفعل عن عمل. وتعريف البطالة الجزئية على أنها تخفيض مؤقت في ساعات العمل العادية أو القانونية أو توقف أو نقص الكسب بسبب وقف مؤقت للعمل دون إنهاء علاقة العمل وبوجه خاص لأسباب اقتصادية أو تكنولوجية أو هيكلية أو أسباب مماثلة؛
13. العمل في إطار الحوار الاجتماعي على وضع آلية وطنية للتأمين عن البطالة قائمة على مبدأ المساهمة، تضع كفاءات لمنح التعويض عن البطالة، من شأنها أن تسهم في تعزيز العمالة الكاملة والمنتجة والمختارة بحرية، وألا يكون من أثرها عدم تشجيع أرباب العمل على عرض عمل منتج، والعمال عن البحث عن هذا العمل؛
14. العمل، عند إطلاق العمل بهذه الآلية، على تخصيص التأمين عن البطالة مؤقتا للأشخاص الذين يعيلون أسرهم، ثم العمل بعد ذلك على توسيع دائرة المستفيدين من الحماية والزيادة التدريجية في مبلغ التعويضات ومدة الاستفادة منها؛

15. إرساء نظام لدفع الإعانات للعاملين لبعض الوقت (دوام جزئي) الذين يبحثون فعلا عن عمل لكامل الوقت، على أن يكون مجموع هذه الإعانات والكسب الذي يحققونه من عملهم لبعض الوقت، حافزا يدفعهم إلى ممارسة عمل لكامل الوقت؛
16. يتعين أن يشكل الأشخاص المستفيدون من نظام الحماية من البطالة نسبة لا تقل عن 85 في المائة من مجموع الأجراء، بمن فيهم موظفو القطاع العام والمتمرنون.

الحماية الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة

17. استكمال الإطار القانوني والتنظيمي لحماية الأشخاص في وضعية إعاقة، من خلال وضع تدابير رديعة لأشكال العنف وسوء المعاملة والتمييز إزاء هذه الفئة من الأشخاص، سواء داخل الأسرة أو في أماكن العمل أو في ما يتصل بالولوج إلى التشغيل والخدمات العمومية؛
18. العمل داخل أجل مدته سنة على تفعيل المقتضى التشريعي المحدث لنظام للدعم الاجتماعي والتشجيع والمساندة لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة (المادة 6 من القانون الإطار رقم 97.13 الصادر في 27 أبريل 2016)؛
19. ضمان دخل أساسي، يُحدّد حسب مستوى الموارد، لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة، طبقا لتوصية منظمة العمل الدولية رقم 202 بشأن الأرصيات الوطنية للحماية الاجتماعية. وينبغي أن يعادل المجهود الوطني الواجب بذله من أجل تمويل الدخل الأساسي لفائدة هؤلاء الأشخاص 0,32 في المائة على الأقل من الناتج الداخلي الخام، وذلك وفقا لتوصية منظمة العمل الدولية المشار إليها؛
20. القضاء على أشكال التمييز في حق ذوي الإعاقة في أنظمة التأمين الإجبارية والتكميلية التي تتولى تديرها شركات القطاع الخاص، وإلغاء البنود التي تؤدي إلى إقصائهم من هذه الأنظمة.
21. تطوير خدمات المساعدة الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة على المستوى المحلي والجهوي والوطني؛
22. إلزام مقاولات القطاع العام والخاص بوضع مخططات خاصة بالوقاية من مخاطر وانعكاسات وضعيات الإعاقة وبتحديدها والتخفيف منها، بالإضافة إلى سبل مواكبة الأشخاص المعنيين؛
23. تفعيل إحداث مراكز استقبال وتوجيه الأشخاص في وضعية إعاقة والحرص على التعريف بها، مع العمل على ضمان تكوين مسبق ومستمر للمهنيين المشرفين عليها، وتعميم هذه المراكز على مجموع التراب الوطني وفتح الولوج إليها في وجه الجميع (مبدأ الولوج الشامل)؛
24. إحداث تخصصات مهنية في مجال التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة (مهن الاستقبال، تسيير المؤسسات الموجهة لذوي الإعاقة، المشرفون التربويون المختصون)؛
25. وضع ونشر مؤشرات لتقييم وتتبع وضعية الأشخاص في وضعية إعاقة وتدابير الحماية الاجتماعية المخصصة لهم، مع تسليط الضوء على المعطيات المتعلقة بالأشخاص حاملي الإعاقة ضمن مؤشرات تتبع أعمال أهداف التنمية المستدامة؛
26. تعزيز آليات حماية الأشخاص في وضعية إعاقة من الفصل التعسفي من الشغل؛

27. العمل على تعزيز دور طب الشغل في التدخل في مجال الإعاقة، وأن تتاط به مسؤولية الوقاية من الإعاقة ومعاينة حالات الإصابة بالإعاقة؛

28. تعزيز حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التظلم.

الحماية الاجتماعية لفائدة الأشخاص المسنين

29. توحيد أنظمة الاحتياط الاجتماعي في ما يتعلق بمعاش التقاعد داخل أجل يتراوح ما بين 5 و7 سنوات؛

30. إحداث حد أدنى للدخل في سن الشيخوخة يعادل عتبة الفقر لفائدة الأشخاص الذين لا يستفيدون من معاش للتقاعد (يبلغ عدد السكان الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة ويتلقون معاشاً للتقاعد أزيد من 2,3 مليون شخص تقريباً)؛

31. إحداث نظام معاشات عمومي إجباري أساسي، يتم تدييره وفق قاعدة التوزيع، ويضم الأشخاص النشيطين من القطاعين العام والخاص، يتوحدون في سقف اشتراكات يتم تحديده كمضاعفٍ للحد الأدنى للأجور، مع مشاركة الشركاء الاجتماعيين؛

32. العمل في إطار دعامة ثانية إجبارية على إحداث نظام تكميلي قائم على مبدأ المساهمة موجه للمداخيل التي تفوق السقف المحدد؛ تحويل الصندوق المهني المغربي للتقاعد إلى نظام تكميلي للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مع تحديد الاشتراك انطلاقاً من سقف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي؛

33. العمل في إطار دعامة ثالثة على إحداث نظام فردي قائم على الرسملة يدخل ضمن نطاق التأمين الخاص؛

34. إعادة النظر في سياسة توظيف الأموال المتأتية من الاحتياطيات وتبني مقاربة موحدة للجوانب المتصلة بالغايات والتأثيرات المنشودة والتدبير والمراقبة، مع العمل بشكل خاص على تشجيع الاستثمار طويل المدى في قطاعات وأنشطة تساهم في إحداث مناصب الشغل وتحقيق الرفاه الاجتماعي وحماية البيئة.

التغطية الاجتماعية لخدمات الرعاية الصحية

35. المبادئ الأساسية: تعميم التغطية الصحية الأساسية

أ. يدعو المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي مجموع أصحاب القرار والمتدخلين في السياسات العمومية إلى الحرص على احترام وإعمال المبادئ الأساسية التي تقوم عليها التغطية الصحية الأساسية كما أقرها الفصل 31 من الدستور والقانون بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية: يستفيد كل المواطنين، على قدم المساواة، من الحق في العلاج والعناية الصحية والحماية الاجتماعية والتغطية الصحية، والتضامن التعاضدي أو المنظم من لدن الدولة؛ ويقوم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على مبدأ المساهمة ومبدأ التعاضد في تحمل المخاطر، ويقوم نظام المساعدة الطبية على مبدأ التضامن الوطني لفائدة السكان المعوزين؛

ب. يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بإحياء الحوار الاجتماعي بين الحكومة والشركاء الاجتماعيين من أجل استكمال تعميم التغطية الصحية الأساسية والقضاء على من التدابير التمييزية ووضعيات رفع الحماية عن المواطنين؛ ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال:

i. اعتماد النصوص التطبيقية المتعلقة بالتأمين عن المرض لفائدة المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهنا حرة (يمثلون 36 في المائة من تعداد الساكنة النشيطة):

ii. إدماج الهيئات العامة أو الخاصة التي كانت تضمن قبل اعتماد القانون رقم 65.00 لمأجوريتها تغطية صحية اختيارية، إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، وإما في إطار صناديق داخلية، في نظام التغطية الصحية الأساسية، وذلك في احترام لمقتضيات المادة 114 من القانون المشار إليه والتي تنص على أن «الحقوق المكتسبة لفائدة المستفيدين من هذه الأنظمة سواء بالنسبة للجهة المتحملة للاشتراكات أو فيما يخص نسبة التغطية لفائدتهم يحتفظ بها»؛

iii. الإبقاء على الحق في الاستفادة من التغطية الصحية لفائدة الزوج السابق أو الزوجة السابقة المعهود إلى أحدهما بحضانة الأولاد بعد انحلال ميثاق الزوجية، والأشخاص الذين يتعرضون للفصل من الشغل لأسباب خارجة عن إرادتهم والذين يبحثون عن عمل بشكل دوّوب، والأشخاص المصابين بمرض طويل الأمد خلال 6 أشهر الموالية لتوقفهم عن نشاطهم المهني، أو ضحايا حوادث الشغل أو الأمراض المهنية؛

iv. اعتماد المراسيم المتعلقة بتوسيع الاستفادة من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لتشمل والديّ المؤمن له.

36. إضفاء الفعالية والإنصاف على نظام التغطية الصحية الأساسية وتوحيد مكوناته

أ. العمل على ملاءمة أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في ما بينها، مع الحرص على اعتماد أفضل مستوى متوفر من الخدمات، لا سيما في ما يتصل بسلة العلاجات ونسبة التغطية ونسبة الاشتراكات، وذلك في أفق إرساء نظام وطني شامل للتغطية الأساسية في بحر خمس سنوات؛

ب. تحيين التعريفات المرجعية الوطنية المطبقة من أجل إرجاع مصاريف الخدمات الصحية أو تحملها، وذلك ارتكازا على مسلسل عمومي للحوار متسم بالفعالية والشفافية، ويُفرضي إلى إبرام اتفاقيات مع المنظمات الممثلة للأطباء وموردي التجهيزات الطبية والأدوية؛

ج. إحداث هيئة مستقلة لتدبير نظام المساعدة الطبية «راميد» والتتبع على التمويل الذي تخصصه الدولة من ميزانيتها العامة لهذا النظام في قانون المالية السنوي، واعتماد نص تشريعي تُحدّد بموجبه بشكل واضح مساهمات الجماعات المحلية في تمويل نظام المساعدة الطبية؛

د. المحافظة على توازن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وضمان ديمومته، خاصة من خلال الرفع من المبلغ الأقصى للاشتراكات في الصندوق بل والعمل على إلغاء أي سقف لهذه الاشتراكات؛ تحسين الولوج إلى التغطية الصحية لفائدة الطلبة، فالى متم دجنبر 2016، شملت هذه التغطية 56 404 مستفيد، علماً أن الفئة المستهدفة منها تبلغ 300 000 طالب وطالبة؛

هـ. مراجعة نظام حكمة الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، حتى تتمكن من الاضطلاع بدورها كاملاً في تقنين نظام التغطية الصحية الأساسية، وذلك من خلال توحيد المجالس الإدارية وضمان تمثيلية مختلف المنخرطين والمستفيدين.

37. إضفاء دينامية جديدة على القطاع التعاضدي وعلى عرض الرعاية الصحية الاجتماعي والتضامني

أ. يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالقيام بقراءة مقتضيات المادة 44 من القانون رقم 65.00 قراءة إيجابية تدفع نحو اعتماد مقاربة دامجة، بما يُمكن من تخويل هيئات تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الأهلية الكاملة في المساهمة العينية، ولأهداف تضامنية غير ربحية، في تطوير وتدبير التجهيزات والخدمات الطبية، وذلك خدمةً للسياسة العامة للصحة وللحماية الاجتماعية بالمغرب؛

ب. إعادة النظر في مقتضيات القانون رقم 84.12 المتعلق بالمستلزمات الطبية والقانون رقم 34.09 المتعلق بالمنظومة الصحية وبعرض العلاجات، بما يُمكن التعاضديات، بنظامها القانوني الخاص، من ممارسة أنشطة ذات طابع صحي؛

ج. إعادة صياغة المادة 44 من القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، على نحو يوضح مقتضياتها ويشير صراحة إلى أن للتعاضديات، بالنظر لكونها ليست هيئات لتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، كامل الأهلية القانونية لإنشاء وتطوير وتدبير وحدات للخدمات الطبية. توجيه جزء من المنتجات المالية لاحتياطات فرع التعويضات العائلية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي نحو إحلال التوازن في تسيير هذه الوحدات الصحية وتأهيل تجهيزاتها، وفتح الوحدات التقنية في وجه مهنيي الصحة؛

د. تعديل المادة 14 من المرسوم رقم 2.97.421 الصادر بتاريخ 28 أكتوبر 1997 على نحو يسمح للتعاضديات بإحداث وحدات للخدمات الطبية؛

هـ. النهوض بالتعاقد وتشجيع التعاون بين الهيئات التعاضدية.

الحكامة

38. إعداد إستراتيجية وطنية يتم إكسابها الصفة التشريعية من خلال إصدارها في شكل قانون إطار، تنبثق عن حوار اجتماعي وطني، وتكون بمثابة ميثاق أجيال، وهادفة إلى تعميم الحماية الاجتماعية والتحسين المستمر لمستويات التأمين، ارتكازاً على إقامة توازن واضح ودينامي بين حاجيات البلاد في مجال الحماية الاجتماعية وبين ما تتوفر عليه من موارد؛

39. إعداد ميزانية اجتماعية للأمة، يتم إلحاقها بقانون المالية وتخضع للمراقبة الديمقراطية والتصويت من لدن غرفتي البرلمان، بعد التشاور مع الشركاء الاجتماعيين وإبداء المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي لرأيه بشأنها؛
40. إصلاح حكمة هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، وذلك بما يمكن من تعزيز استقلاليتها، وتعديل تركيبة لجنتها التأديبية بغية حصر عضويتها على شخصيات مؤهلة يتم تعيينهم بصفتهم الشخصية ولا يمثلون الهيئات الخاضعة لسلطة هذه الهيئة ولا تربطهم بها أي مصالح؛
41. ضمان المشاركة الفعالة للشركاء الاجتماعيين (أرباب العمل والمستخدمين) في مجموع الهيئات المعنية بالحماية الاجتماعية، مع الحرص على تشجيع مشاركة ممثلي المؤمن لهم فيها؛
42. النص صراحة على مسؤولية مجموع مجالس الإدارة وهيئات الإشراف في مراقبة فعالية أنظمة الحماية الاجتماعية في ما يتعلق بالجوانب التالية: مستوى الحماية التي توفرها لمنحرفيها مقارنة مع الأهداف المسطرة في النصوص التشريعية؛ شفافية استعمالها للموارد؛ تحديد وتدابير المخاطر، لا سيما المخاطر العملية (جودة التكنولوجيات، النظام المحاسبي، حالات الغش...) والمخاطر المرتبطة بالسيولة والمخاطر المتعلقة بتوظيف الأموال؛
43. النص على مسؤولية مجالس الإدارة في مراقبة أعمال الإشراف الاستراتيجي الذي تضطلع به الهيئات المكلفة بأنظمة الحماية الاجتماعية، مع الحرص كل الحرص على تضادي تدخل تلك المجالس وأعضائها في تدبير الهيئات المذكورة؛
44. ترشيد حكمة الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، من خلال الفصل بين البنيات والصلاحيات المتعلقة بتدبير نظام التغطية الصحية الأساسية، من جهة، والبنيات والصلاحيات المتصلة بتدبير الأنظمة التعاضدية التكميلية والنظام الخاص بالطلبة، من جهة ثانية؛
45. استعادة والحرص على احترام اختصاصات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التي تتمثل مهمتها (المادة 59 من القانون رقم 65.00) في التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على وضع وسائل ضبط المنظومة ككل؛
46. وضع نظام وطني مندمجة للمعلومات في مجال الحماية الاجتماعية، يركز على اعتماد رقم تعريف اجتماعي وطني، بما يتيح التقائية نظم المعلومات الخاصة بالحماية الاجتماعية، وإضفاء الطابع اللامادي على المعطيات؛
47. إحداث نظام للتكوين والدراسات العليا في مجال الحماية الاجتماعية بوجه عام وفي مجال التغطية الصحية الأساسية، على وجه الخصوص، من أجل تكوين كفاءات في مجال تدبير أنظمة الحماية الاجتماعية وحكامتها؛
48. وضع شبكة مؤشرات لتقييم أداء هيئات الاحتياط الاجتماعي تهم المخاطر والنتائج وجودة الخدمات، وذلك استنادا إلى توصيف دقيق للمساطر التي تغطيها هذه الهيئات في مجال التدبير، وتخصيص الموارد، وتنفيذ الميزانية، ولوج المؤمن لهم للخدمات التي يحق لهم

الاستفادة منها. كما يتعين الوقوف عند الكيفيات التي تعتمدها كل هيئة في مجال تلقي ومعالجة شكايات المؤمن لهم، ومدى جدوى الوثائق الإدارية التي يُفرض على المنخرطين الإدلاء بها، وكذا آجال معالجة ملفاتهم؛

49. إناطة مسؤولية الفصل بين حسابات مختلف فروع الخدمات التي تتولى هيئات الاحتياط الاجتماعي تدبيرها بمجالس الإدارة، وذلك من أجل تفادي الخلط بين الحسابات وتحويل الأموال من فرع لآخر؛

50. إناطة مسؤولية اختيار الدراسات الاكتوارية ومراقبتها العلمية بمجالس الإدارة، وينبغي أن يهتم هذا الإشراف بشكل خاص الجوانب المتعلقة باحترام قواعد المهنية في وضع الفرضيات والتحلي بالموضوعية والشفافية والبساطة، مع السهر على تقديم خلاصات منسجمة وبأسلوب واضح؛

51. إناطة مسؤولية النظر في التأثير الاجتماعي والبيئي للتوظيفات المالية التي تقوم بها الهيئات بمجالس الإدارة، من خلال تكليفها بالسهر على سلامة تلك التوظيفات ومردوديتها، وتشجيع الهيئات على تبني مبادئ الأمم المتحدة للاستثمار المسؤول، لاسيما في مجال توجيه الاعتمادات المالية نحو تمويل الأنشطة ذات الوقع الاجتماعي والبيئي الإيجابي؛

52. تنظيم حملات تواصلية عمومية حول الحق في الحماية الاجتماعية وشروط وكيفيات الولوج إلى خدمات مختلف أنظمة الحماية الاجتماعية، مع بيان سبل التظلم المتاحة للمؤمن لهم ولدوي حقوقهم.

الملاحق

الملاحق رقم 1: لائحة مجموعة العمل المكلفة بصياغة التقرير

السيدة زهرة زاوي	رئيسة اللجنة
السيدة ليلى بريش	مقررة اللجنة
السيد فؤاد ابن الصديق	مقرر الموضوع
السيد عبد الحي بسا	أعضاء مجموعة العمل
السيد عبد المقصود الراشدي	
السيد أحمد بهنيس	
السيد عبد الرحمان قتديلة	
السيد محمد عبد الصادق سعدي	
السيد جواد شعيب	
السيدة احجيوها الزبير	
السيد لحسن حنصالي	
السيد محمد بنصغير	
السيد محمد دحماني	
السيد محمد الخديري	الخبيرة الدائمة بالمجلس
السيد مصطفى خلافة	
السيدة نادية السبتى	

الملحق رقم 2: لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

فئة الخبراء

فؤاد ابن الصديق

احجوبها الزبير

حكيمه حميش

أمينة العمراني

عبد المقصود راشدي

فئة ممثلي النقابات

أحمد بهنيس

محمد دحماني

محمد بنصغير

جامع المعتصم

محمد عبد الصادق السعيدي

عبد الرحمان قنديلة

لحسن حنصالي

مصطفى اخلافة

فئة الهيئات والجمعيات المهنية

محمد حسن بنصالح

عبد الحي بسة

محمد بولحسن

فئة الهيئات والجمعيات النشيطة في مجالات الاقتصاد الاجتماعي والعمل الجمعي

عبد الرحمان الزاهي

ليلي بريش

جواد شعيب

محمد الخاديري

زهرة الزاوي

فئة الشخصيات المعينة بالصفة

خالد الشدادي

لطفي بوجندار

عبد العزيز عدنان

الملحق رقم 3: لائحة الفاعلين الذين تم الإنصات إليهم

<ul style="list-style-type: none"> • وزارة الشغل والإدماج المهني • المندوبية الوزارية المكلفة بحقوق الإنسان • المرصد الوطني للتنمية البشرية • هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي • التعاون الوطني • الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلفة بالشؤون العامة والحكامة 	<p>القطاعات الوزارية والمؤسسات</p>
<ul style="list-style-type: none"> • البنك الدولي • منظمة اليونسيف • مؤسسة Friedrich Ebert • مكتب العمل الدولي 	<p>المنظمات الدولية</p>
<ul style="list-style-type: none"> • الوكالة الوطنية للتأمين الصحي • الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي • الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي • النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد • التعااضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية 	<p>الهيئات المكلفة بتدبير أنظمة الحماية الاجتماعية</p>
<ul style="list-style-type: none"> • السيد ادريس الكراوي • السيد رشيد الفيلاي المكناسي • السيد نور الدين العويفي • السيد نجيب بنعمور • السيد محمد جمال معتوق 	<p>الشخصيات المختصة</p>

الملحق رقم 4: المراجع البيبليوغرافية

• دستور المملكة المغربية لسنة 2011

مراجع المؤسسات الدولية

- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان (1948)
- إعلان فيلادلفيا لسنة 1944 المتعلق بأهداف ومقاصد منظمة العمل الدولية
- الإعلان الثلاثي للمبادئ المتعلقة بالشركات المتعددة الجنسيات والسياسة الاجتماعية الصادر عن منظمة العمل الدولية (الذي تمت مراجعته في مارس 2017)
- العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية (منظمة الأمم المتحدة، 1966)
- التعليق العام رقم 19 حول «الحق في الضمان الاجتماعي، المادة 9 من العهد»، اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة (4، فبراير 2008، E/C.12/GC/19)
- إعلان اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، تحت عنوان «أرضيات الحماية الاجتماعية: عنصراً أساسياً من عناصر الحق في الضمان الاجتماعي ومن أهداف التنمية المستدامة»، المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة، E/C.12/2015/1، الأمم المتحدة، 15 أبريل 2015
- التوصية رقم 202 بشأن أرضيات الحماية الاجتماعية، منظمة العمل الدولية، 2012
- الاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية بشأن الضمان الاجتماعي (منظمة العمل الدولية، 1952)
- منظمة العمل الدولية، التقرير العالمي للحماية الاجتماعية 2019-2017: «حماية اجتماعية شاملة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة»، 2017
- مجلس حقوق الإنسان، «تقرير المقرر الخاص المعني بحقوق الإنسان والفقر المدقع»، A/HRC/35/26، 22 مارس 2017
- مكتب العمل الدولي، أرضية الحماية الاجتماعية، الآلية العالمية لاحتساب التكلفة، 2018
- منظمة العمل الدولية، «أرضيات الحماية الاجتماعية الشاملة: تقدير التكاليف والقدرة على تحمل التكاليف في 57 دولة منخفضة الدخل»، 2017
- قاعدة معطيات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، حول جودة مجال الشغل، 2016

المراجع المعيارية المغربية

- القانون الإطار رقم 97.13 المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها، صادر في 27 أبريل 2016، المملكة المغربية، الجريدة الرسمية عدد 6466 الصادرة في 12 شعبان 1437 (19 ماي 2016)

- القانون رقم 99.15 بإحداث نظام للمعاشات لفائدة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا، الصادر في 5 في دجنبر 2017 (المملكة، المغربية، الجريدة الرسمية، 6632 الصادرة في ربيع الآخر 1439 الموافق لـ 21 دجنبر 2017)
- القانون رقم 47.12 الموافق بموجبه على اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي (المملكة المغربية، الجريدة الرسمية عدد 6140 الصادرة بتاريخ 23 جمادى الأولى 1434 (4 أبريل 2013)
- القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية (المملكة المغربية، الجريدة الرسمية عدد 5058 الصادرة بتاريخ 16 رمضان 1423 (21 نوفمبر 2002)
- القانون رقم 64.12 القاضي بإحداث هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي (المملكة المغربية، الجريدة الرسمية عدد 6240 الصادرة بتاريخ 18 جمادى الأولى 1435 (20 مارس 2014)

آراء المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي وتقاريره

- رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول مشروع القانون رقم 18.12 المتعلق بالتعويض عن حوادث الشغل، إحالة رقم 3 / 2013
- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول «الخدمات الصحية الأساسية: نحو ولوج منصف ومعمم»، إحالة رقم 4 / 2013
- رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول مشروع القانون رقم 109.12 بمثابة مدونة التعاضد، إحالة رقم 6 / 2013
- رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول مشروع قانونين بشأن نظام المعاشات المدنية، إحالة رقم 10 / 2014
- رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول مشروع القانون-الإطار رقم 97.13 المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها، إحالة رقم 15 / 2015

مراجع المؤسسات المغربية

- الوزارة المنتدبة لدى رئيس الحكومة المكلفة بالشؤون العامة والحكامة ومنظمة الأمم المتحدة لرعاية الطفولة (اليونيسيف)
- رؤية مندمجة للحماية الاجتماعية بالمغرب: خريطة الحماية الاجتماعية بالمغرب، فبراير 2016؛
- رؤية من أجل سياسة مندمجة للحماية الاجتماعية بالمغرب، أبريل 2016.
- تقرير أنشطة هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي لسنة 2016
- المجلس الأعلى للحسابات تقرير حول «منظومة التقاعد بالمغرب: التشخيص ومقترحات الإصلاح»، يوليو 2013
- «البحث الوطني حول الإعاقة 2014»، الذي أنجزته وزارة التضامن والمرأة والأسرة والتنمية الاجتماعية، فبراير 2014
- المندوبية السامية للتخطيط، الإحصاء العام للسكان والسكنى لسنة 2014

