

المجلس
الاقتصادي
والاجتماعي
والبيئي



المملكة المغربية
Royaume du Maroc

ⵎⴰⵔ ⵏ ⵙⵉⵔ ⵏ ⵙⵉⵔ ⵏ ⵙⵉⵔ
CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL

رأي

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

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

إحالة ذاتية رقم 2018/34

رأي

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

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

ASR-C3-012017-34-6724-ar

طبقاً للمادة 6 من القانون التنظيمي رقم 128.12 المتعلق بالمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، قرر المجلس، في إطار إحالة ذاتية، إعداد تقرير ورأي حول موضوع «الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية».

وفي هذا الصدد، عهد مكتب المجلس إلى اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن بإعداد هذا التقرير والرأي.

وخلال دورتها العادية الخامسة والثمانين (85) المنعقدة بتاريخ 26 أبريل 2018 صادقت الجمعية العامة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالإجماع على التقرير الذي يحمل عنوان «الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية»، والمنبثق منه هذا الرأي.

مقدمة

يتناول تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، المنبثق منه هذا الرأي، موضوع الحماية الاجتماعية في المغرب. ويهدف إلى تقديم توصيات ترمي إلى توسيع نطاق الحماية الاجتماعية سواء على مستوى عدد الأشخاص المشمولين بالتغطية الاجتماعية أو المخاطر التي تُهْمُّها تلك التغطية، والرفع من فعالية أنظمة الحماية الاجتماعية القائمة في ما يتصل بمستوى الخدمات، والانسجام، والإنصاف، والجودة. كما يقدم التقرير توصيات تهم ترشيد حكامه أنظمة الحماية الاجتماعية ارتكازاً على مبادئ وقواعد كفيلة بتعزيز ديمقراطيتها ونجاحتها.

ويسلط هذا العمل الضوء على التطور التاريخي والمعياري للحماية الاجتماعية بالمغرب، مبرزاً نقاط القوة التي تميزها ونقاط الضعف التي تعترها، مع بيان الفوارق القائمة بين الواقع المعاش وبين الحقوق المنصوص عليها في دستور المملكة وفي المعايير الدولية المعتمدة في هذا المجال. وقد تبنى هذا الرأي كمبدأ توجيهي وهدف رئيسي ملاءمة منظومة الحماية الاجتماعية في المغرب مع الألفية 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 (لسنة 2012) وأهداف التنمية المستدامة التي وضعتها منظمة الأمم المتحدة (سنة 2015). ويتناول التقرير مفهوم الحماية الاجتماعية بمعناه الواسع، باعتباره مجموعة من التدابير، القائمة على التأمين والتضامن، الهادفة إلى تحقيق الضمان الاجتماعي وتقديم المساعدة، ارتكازاً على مبدأ المساهمات أو دون الارتكاز عليه، من أجل ضمان القدرة على توفير الرعاية والدخل لجميع الأشخاص وعلى مدى جميع مراحل حياتهم.

ويستحضر هذا الرأي مقصداً منهجياً يتمثل في التعاطي مع منظومة الحماية الاجتماعية بوصفها مكوناً من مكونات السياسات العمومية الرامية إلى الأعمال الفعلية لحق أساسي من حقوق الإنسان، ومن ثم المساهمة في توطيد أواصر التماسك الاجتماعي والدفع بعجلة التنمية الاقتصادية للبلاد. وقد حُدِّد للرأي نطاق لا يشمل الحماية الاجتماعية المتأتمية من آليات إعادة توزيع التعويضات أو دعم أسعار المواد الأساسية (غاز البوتان والسكر، ...) ولا البرامج العمومية لمحاربة الفقر، من قبيل المبادرة الوطنية للتنمية البشرية. كما أنه لا يتناول المحددات المعيارية والتقنية المتعلقة بالتوازنات والدراسات الاكتوارية الخاصة بأنظمة الحماية الاجتماعية القائمة.

ويسعى هذا الرأي 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. ومن بين الفرضيات الأساسية التي ينطلق منها الرأي، أنه لا ينبغي اعتبار محدودية الموارد والصعوبات التي تطبع سوق الشغل عقبة أساسية بل محفزاً إضافياً من أجل المبادرة على وجه الاستعجال إلى تطوير منظومة للحماية الاجتماعية شاملة لجميع المخاطر، ومُدمجة لكل فئات المجتمع، وقائمة على مبدأ التضامن، ومتسمة بالفعالية على مستوى الحكامة والتوازن المالي وجودة الخدمات.

ويرتكز هذا الرأي على التقرير المفصل المنجز في الموضوع، إذ ينبغي قراءته في ضوء مضامينه. وقد جرى عرض التقرير المذكور على الجمعية العامة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي المنعقدة في 29 مارس 2018، وصادقت عليه بالإجماع بتاريخ 26 أبريل 2018.

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 لزمن طويل، من حيث المفهوم والممارسة، في المغرب وفي غيره من بقاع العالم، عملاً ذا بعد إنساني وشكلاً من أشكال العمل الخيري والبر والإحسان. وقد تركز هذا الحق بموجب اتفاقيات الأمم المتحدة ومنظمة العمل الدولية ومنظمة الصحة العالمية. كما دعمته العديد من المبادرات المهمة العابرة للحدود الوطنية، كان آخرها في سنة 2015 من خلال اعتماد أهداف التنمية المستدامة السبعة عشر. إن الحماية الاجتماعية هي الركيزة الأساسية التي يقوم عليها العقد الاجتماعي وروابط الأخذ والعطاء والتضامن التي لا يمكن من دونها للمجتمعات، أيا كان مستوى تنميتها، أن تضمن تماسكها وازدهارها، وأن تصون كرامة مواطنيها.

وتشكل الحماية الاجتماعية حالياً موضوع نقاش دولي انبثقت عنه فكرة الدخل الأساسي المُعمَّم وغير المشروط. وترتكز هذه الفكرة على مبدأ مفاده أنه بما أن الحماية الاجتماعية حق أساسي من حقوق الإنسان، وأن لكل شخص حقوقاً على المجتمع، فيجب أن تُوفَّر لكل مواطن وسيلة عيش تكون عبارة عن دخل مالي، وذلك دون أي مقابل. وتطرح هذه الفكرة منذ البداية السؤالين التاليين: ما مدى إمكانية تطبيقها على المستوى المالي؟ وما هي انعكاساتها المجتمعية المحتملة، لا سيما في ما يخص العلاقة مع العمل؟. 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. وقد عمل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في هذا التقرير على استعراض الإطار المعياري والمفاهيمي للحماية الاجتماعية، وذلك بغية توضيح أبعاد هذا النقاش وإغنائها، في وقت يشهد فيه النقاش حول النموذج التنموي للمملكة زخماً متنامياً، سيما على إثر التوجيهات السامية لجلالة الملك محمد السادس.

ما هو مضمون الحق في الحماية الاجتماعية؟

بهدف توضيح الإطار المفاهيمي للحماية الاجتماعية، اعتمدت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في سنة 2007 «التعليق العام رقم 19» الذي يؤطر 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 يُعزّز 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 والثقافية¹، 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».

بالإضافة إلى التعريف المعياري للحق في الحماية الاجتماعية، يطرح هذا الحق مسألة كفاءات إعماله. وقد شددت اللجنة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التابعة للأمم المتحدة على أهمية ارتكاز السلطات العمومية في سياساتها على مبادئ عملٍ ملموسة وقابلة للقياس، ويشمل ذلك على وجه الخصوص: توافر نظام واحد أو أنظمة متعددة تضمن تنفيذ الاستحقاقات المتعلقة بالضمان الاجتماعي؛ وشمولية المخاطر التي يغطيها الضمان الاجتماعي؛ وكفاية الاستحقاقات؛ وإمكانية الولوج (يجب أن تكون الشروط المؤهلة للاستفادة من الاستحقاقات معقولة ومتناسبة وشفافة، وينبغي تقديمها في الوقت المناسب)؛ والمشاركة (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

1 - المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة 4X(E/C.12/GC/19) 4 فبراير 2008.

الرعاية الصحية الأساسية والخدمات الأساسية في جميع مراحل العمر، يجب أن تتضمن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية الضمانات الأربع التالية كحد أدنى:

1. الحصول على الرعاية الصحية الأساسية، بما في ذلك رعاية الأمومة؛
2. تأمين الدخل الأساسي للأطفال؛
3. ضمان الدخل الأساسي للأشخاص في سن الشغل غير القادرين على كسب دخلٍ كافٍ؛
4. ضمان الدخل الأساسي للمسنين.

الفروع الأساسية للضمان الاجتماعي

تُعتبر اتفاقيات منظمة العمل الدولية الإطارَ المرجعي الرئيسي للقانون الدولي للضمان الاجتماعي، كما تُعد أرضية تسترشد بها السياسات العمومية لمعظم بلدان العالم.

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.

وتُحدّد الاتفاقية رقم 102 لمنظمة العمل الدولية بشأن الضمان الاجتماعي التي اعتمدت في سنة 1952 ودخلت حيز التنفيذ في سنة 1957، الحد الأدنى لإعانات الضمان الاجتماعي وشروط منحها، فضلاً عن الفروع التسعة الرئيسية التي يشملها الضمان الاجتماعي.

وتقدم 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. ويهدف مفهوم أرضية الحماية الاجتماعية إلى تعزيز اعتماد استراتيجيات تقوم على نموذج ثنائي الأبعاد: بُعد أفقي يمد نطاق الضمان الاجتماعي ليشمل الجميع، وبُعد عمودي يُحسّن مستوى الخدمات المقدمة.

انخراط المغرب في القانون الدولي الخاص بالضمان الاجتماعي

التزام 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. ولم يقدّم المغرب بُعداً بإيداع وثائق المصادقة على الاتفاقية رقم 102 (1952) لدى منظمة العمل الدولية، وذلك 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 (26 أبريل 2018)، صادق المغرب على 62 اتفاقية لمنظمة العمل الدولية (من أصل 177 اتفاقية معيارية)، منها 48 اتفاقية سارية المفعول، فيما تم الاعتراض على 11 اتفاقية وإلغاء ثلاث اتفاقيات. ولم يصادق المغرب على أي اتفاقية في السنوات الخمس الأخيرة. وفي المجمل، لم يصادق المغرب على 42 اتفاقية تقنية صادرة عن منظمة العمل الدولية متعلقة بالحماية الاجتماعية.

النقاش الدائر حول الدخل الأساسي الشامل: ما هي إمكانية 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 خُصص لموضوع الحماية الاجتماعية القائمة على الدخل الأساسي بموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان². 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 المتراوحة أعمارهم بين 18 و24 سنة من البطالة، تظل فرضية يصعب تحقيقها على أرض الواقع.

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 مستندة إلى الاحتياجات، تُدفع كقيمة موحدة للجميع؛ وبدلاً من أن تتخذ أشكالاً مختلفة من الدعم العيني، 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 الإدارية³.

وتبقى مسألة 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 «من التواضع بحيث يمكن تحمّل استمرارها، ومن السخاء بحيث يعتبر من المنطقي أنها ستؤثر تأثيراً كبيراً»⁴. ويقدر هذا المبلغ بـ 1 163 دولاراً شهرياً في الولايات المتحدة، و 1 670 دولاراً شهرياً في سويسرا، و 9.50 دولارات في الشهر في جمهورية الكونغو الديمقراطية، وذلك وفق معطيات سنة 2015. وفي المغرب، واعتباراً لنواتج داخلي خام قدره 1 000 مليار درهم في السنة، سيمثل هذا الدخل غلفاً مالياً سنوياً بقيمة

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

3 - المصدر نفسه، الصفحة 1.

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

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 يَهُمُّ 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، والتشغيل. 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 اعتماد 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 ملايين شخص) دون حماية.

ووفقاً لخريطة وردت في هذا التقرير، 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.

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

وفي هذا الإطار، 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 بمصر. ولم تشهد هذه النسبة تغييراً ملحوظاً: فبينما يزيد متوسط النفقات المخصصة للضمان 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 تقرير⁵ 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. 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).

مرونة سوق الشغل؛ سوق الشغل بالمغرب وانعكاساتها على الضمان الاجتماعي في القطاع الخاص

سوق الشغل في القطاع الخاص من زاوية الضمان الاجتماعي

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 (تتاقص عدد المؤمن لهم) مستوى عالٍ من المرونة في سوق الشغل في القطاع الخاص المنظم.

وتؤكد الأرقام المتعلقة بهذا التطور منذ سنة 1997 طابعي المرونة وانعدام الاستقرار في العمل اللذين يتسم بهما سوق الشغل المنظم في المغرب، حيث إن مؤمناً له واحداً من بين كل عشرة مؤمن لهم في القطاع الخاص تم التوقف عن التصريح به قبل بلوغه سن التقاعد لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في سنة 2016؛ كما أن رُبع 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 تتسم بشكل بنيوي بعدم استمراريتها.

ويبلغ متوسط المعدل السنوي (بين سنتي 1996 و2016) لنمو الفارق بين عدد حالات التصريح والتوقف عن التصريح في نظام الضمان الاجتماعي 2.2 في المائة.

ويجسد هذا المعدل العوائق البنيوية التي تطبع سوق الشغل ويُبرز ما يتسم به من هشاشة وصغر حجم، وهي عوائق تؤدي بالتالي إلى محدودية قدرة نظام الضمان الاجتماعي على الاحتفاظ بالأشخاص المؤمن لهم وزيادة أعدادهم، ناهيك عن تحسين مستوى الخدمات المقدمة لهم.

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

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 كل أجيرين اثنين لمدة تقل عن ستة أشهر من أصل اثني عشر شهراً؛ مما يستلزم من هذا الأجير قضاء ضعفي 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 برُبُع المؤمن لهم لفترة متوسطة تقل عن ستة أشهر. وتؤكد هذه الأرقام تأثير طابع الموسمية على تحديد طبيعة عقود الشغل.

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. وراكم 59 في المائة من النشيطين المصرح بهم في سنة 2016 ما بين 216 و312 يوماً. وبلغ 22 في المائة منهم، وغالبيتهم 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 5032 درهماً وكثافة تشغيل تبلغ 212 يوماً في السنة (عدد الأيام المصرح بها سنوياً لكل أجير) موزعة على 9.1 أشهر.

أما النشيطون في القطاع الفلاحي، فقد تم التصريح بهم بمتوسط أجر شهري قدرها 2063 درهماً ومعدل كثافة تشغيل تصل إلى 144 يوماً على مدى 6.9 أشهر. وبلغ عدد الأجراء غير النشيطين (المسجلين ولكن دون أي تصريح خلال السنة) 4055612 أجيراً، يبلغ متوسط أعمارهم 47.2 سنة، مقابل 37.6 للنشيطين المصرح 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 الأجراء الخاص وهشاشة منظومة الضمان الاجتماعي في ظل عدم استقرار جزء كبير من سوق الشغل.

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، ومقولة واحدة فقط من بين كل 100 مقولة (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.

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 عن 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 الإناث يتقاضين أقل من الحد الأدنى للأجور، مقابل 34 في المائة في صفوف الذكور. وتزيد أجور الذكور المصرّح بها بنسبة 15 في المائة في المتوسط عن أجور الإناث. 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.

الحماية الاجتماعية في المغرب؛ واقع الحال

لقد مكّن الضمان الاجتماعي، كما تم اعتماده في المغرب غداة الاستقلال، من إرساء آليات مهمة للتضامن بين الأجيال وبين أبناء الجيل الواحد، وتخفيف الأعباء على المالية العمومية والأسر في ما يخص التكفل بالخدمات التي تقدمها أنظمة الحماية الاجتماعية للمؤمن لهم ولذوي حقوقهم. وفي هذا الصدد، يعتبر إحداث كل من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNSS) والصندوق المغربي للتقاعد (CMR) والنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد (RCAR) والتعاضديات المنضوية تحت لواء الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS)، عملاً متميزاً، سمح للمغرب بإعمال جزء من الحقوق المنصوص عليها في العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية. غير أنه لحد الآن، لا يستفيد من هذه الحقوق سوى أجزاء القطاع الخاص المنظم الذين لهم منصب شغل قار وموظفي وأعوان الدولة وذوي حقوقهم. وفي هذا الصدد، فإن ثلثي الساكنة النشيطة (60 في المائة) غير مشمولين بنظام لمنح معاشات التقاعد، كما أن زهاء نصف الساكنة النشيطة (46 في المائة) لا يستفيدون من تغطية صحية. ولا تستفيد الغالبية الساحقة للنشيطين (باستثناء قلة قليلة من أجزاء القطاع الخاص المنظم) من تأمين اجتماعي خاص عن حوادث الشغل والأمراض المهنية. كما لا تتوفر البلاد على نظام للحماية الاجتماعية خاص بالأطفال والأشخاص في وضعية بطلالة والأشخاص ذوي الإعاقة. إن المغرب بحاجة إلى تطوير آليات عمومية للحماية الاجتماعية، تكون تضامنية ومناسبة للوسائل التي تتوفر عليها، لفائدة الفئات غير المشمولة بعدُ بالتغطية الاجتماعية: النشيطون العاملون في القطاع غير المنظم؛ العاملون غير الأجراء؛ المستقلون وأصحاب المهن الحرة؛ المشتغلون في التعاونيات؛ المساعدون العائليون، لاسيما النساء في الوسط القروي؛ الأمهات العازبات؛ الأطفال، وفي مقدمتهم الأطفال المعوزون («أطفال الشوارع»، الأطفال المشتغلون، الأطفال المسجونون)؛ الأشخاص في وضعية إعاقة؛ والمسنون (المادة 10 من العهد

الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية)؛ الأشخاص الذين يعانون من الفقر والإقصاء الاجتماعي (المادة 11 من العهد) وضحايا حوادث الشغل والأمراض المهنية والأشخاص في وضعية بطالة. ويقتضي تنفيذ هذه الآليات تعزيزاً استقلالية ومهنية وفعالية منظومة حكامه أنظمة الضمان الاجتماعي القائمة وتسييرها بطريقة ديمقراطية، بالإضافة إلى إعادة النظر في سياسة الإشراف والإعلام المعتمدة بمجموع مكونات قطاع الحماية الاجتماعية. لقد تبين من خلال تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول موضوع الحماية الاجتماعية والنقاشات التي جرت في سياق إنجاز هذا التقرير، أن توفر الإرادة السياسية والإطار السياسي يكتسيان أهمية قصوى ويشكلان في الوقت ذاته شرطاً ضرورياً ووسيلة لا غنى عنها من أجل إقامة إطار وطني للحماية الاجتماعية، شامل، ومدمج وناجح.

الحماية الاجتماعية للأطفال

تعتبر الحماية الاجتماعية حقاً من حقوق الطفل، أكدته المادة 26 من اتفاقية حقوق الطفل، التي صادق عليها المغرب في 21 يونيو 1993. وتدعو منظمة اليونسيف ومكتب العمل الدولي إلى تطوير وتعزيز أنظمة مندمجة للحماية الاجتماعية تتصف بالطابع العملي وبالفعالية، وتجمع بين مقاربة نسقية ومقاربة متعددة القطاعات. وبالرغم من اعتماد السياسة العمومية المندمجة في مجال حماية الطفولة سنة 2015، فلا تزال هناك صعوبات في إعمال هذه المقاربات المشار إليها بالمغرب.

هذا ويتم بالمغرب إعمال جزء محدود وهامشي من مكونات الحماية الاجتماعية للطفولة. ويتجلى هذا الجزء، القائم على مبدأ الاشتراك، في منح تعويضات عائلية لأجراء القطاع الخاص وموظفي القطاع العام، بالإضافة إلى منح مساعدات، بتمويل عمومي، لفائدة الفئات الهشة، في إطار برامج لدعم التماسك الاجتماعي.

التعويضات العائلية: دخل تكميلي أكثر منه حماية اجتماعية للطفولة

يتم صرف التعويضات العائلية بالمغرب في شكل مبالغ نقدية لفائدة العاملين الذين لهم أطفال، حيث تعتبر هذه التعويضات مبلغاً مكملاً للأجر يقع أدائه بصفة كاملة على عاتق المُشغَّل. وتبلغ قيمة التعويضات العائلية 200 درهم للطفل في حدود الأطفال الثلاثة الأوائل و36 درهماً للأطفال الموالين. 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 تزيد عن أو تساوي 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 حدٌ 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.

أما المتقاعدون، فيحصلون على التعويضات العائلية عن الأطفال الذين يتولون التكفل بهم عبر صناديق التقاعد التي هم فيها منخرطون.

ولا يستفيد من التعويضات العائلية سوى الأجراء العاملين 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

يتم تنفيذ برامج لمنح تحويلات نقدية لفائدة الأطفال في وضعية هشاشة. ويتعلق الأمر بشكل خاص ببرامج تقديم الدعم المباشر للنساء الأرمال في وضعية هشاشة الحاضنات لأطفالهن اليتامى وبصندوق التكافل العائلي لفائدة الأم المعوزة المطلقة وأطفالها، واللذان يُمنح بموجبهما مبلغ 350 درهما شهريا عن كل طفل، على ألا يتعدى مجموع المبلغ المقدم 1 050 درهما عن كل شهر للأسرة الواحدة، شريطة ضمان تلميذ أو تلميذة في التعليم أو تسجيلهم في التكوين المهني، بالإضافة إلى برنامج «تيسير» وهو برنامج للتحويلات المالية المشروطة، يتوجه للأسر التي تقطن بالجماعات الأكثر فقرا ويهدف إلى مكافحة الهدر المدرسي.

وتوجد برامج أخرى تقوم على منح مساعدات عينية أو تعزيز الخدمات الأساسية، من قبيل المبادرة الملكية «مليون محفظة» التي ترمي إلى التخفيف من أعباء الأسر في تحمل مصاريف الدراسة، وتستهدف تلاميذ المستوى الابتدائي والإعدادي المنحدرين من أوساط معوزة، بالإضافة إلى اتفاقية الشراكة التي جرى توقيعها سنة 2015 بين الدولة والتعاون الوطني من أجل تحسين ظروف تلميذات الأبطال في وضعية إعاقة.

وقد نجم عن ربط الاستفادة من مختلف هذه البرامج بجملة من الشروط، زيادة على جعلها مقتصرة على بعض المناطق دون غيرها، استثناء عدد مهم من الأطفال في وضعية هشاشة من أي شكل من أشكال الحماية الاجتماعية.

حوادث الشغل والأمراض المهنية: مخاطر اجتماعية كبرى يُوْطَرها نظامُ تأمينٍ متقدّمٍ وغير منصفٍ

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 المتأتمية من تقديرات وزارة التشغيل وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي أقل من الحجم الحقيقي للحوادث المسجلة في عالم الشغل. ويبقى خطر وقوع حوادث الشغل في المغرب، وفقا لمكتب العمل الدولي، الأعلى في المنطقة المغاربية ومنطقة الشرق الأوسط. وتسجل بقطاع البناء والأشغال العمومية 10 في المائة من إجمالي الحوادث. وفي المغرب، لا تزال شركات التأمين هي المكلفة بتدبير قطاع التأمين عن عواقب حوادث الشغل والأمراض المهنية منذ سنة 1927، بناء على ظهير مستمد من قانون فرنسي يعود إلى سنة 1898. ويعد المغرب 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 المسجل في تأمين لهذا الغرض.

ولم تُمكن مختلف الإصلاحات التي جرى القيام بها سنوات 2002 و2003 و2014 من تعميم التدابير المتعلقة بالوقاية من حوادث الشغل، بل ساهمت في إضعاف آليات الوقاية من مخاطر الأمراض المهنية. وفي العديد من الحالات، تُفضل 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 منطقي الاعتراف بحقوق الضحايا ومنع الممارسات الاحتيالية.

ومكنت تغطية المخاطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية شركات التأمين من تحقيق نتيجة تقنية صافية بلغت 550.41 مليون درهم⁶ في هذا الصنف الفرعي سنة 2016. وقد تضاعفت هذه النتيجة 15 مرة منذ سنة 2012 (حيث كانت في حدود 36 مليون درهم)، لكن دون أن ينعكس ذلك على تحسين كفاءات ومستويات التغطية لفائدة الضحايا. ويُعتبر هذا الاختلال 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.

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 الاستراتيجية 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.

وكانت الحكومة قد اعتمدت سنة 2015 الاستراتيجية الوطنية للتشغيل للفترة 2015-2025. وقد انبثقت هذه الإستراتيجية عن تشخيص جرى إنجازه سنة 2014 وعن مسلسل تشاوري ثلاثي الأطراف أشرفت عليه وزارة التشغيل والشؤون الاجتماعية. وتقف الاستراتيجية 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. وقد أوصت الاستراتيجية 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 تدرج في نطاق التضامن السوسيو-مهني»، بالإضافة إلى

6 - 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

«تعزيز منظومة الدولة للحماية الاجتماعية بآليات إرادية وذات أسس ترابية وجماعية وتعاونية، تعتمد التمويلات والتأمينات وأشكال التعاضد الصغرى». كما أوصت الاستراتيجية بـ«توسيع نطاق الحماية الاجتماعية من أجل ضمان التغطية الصحية للسكان 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 الاستراتيجية لم تعط خطوطا توجيهية واضحة في ما يتعلق بالتمويل والإشراف المؤسسي وبرنامج التفعيل ومؤشرات تتبع التوصيات التي تقدمت بها.

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

لم يُوقع المغرب بعد 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).

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 تعويضا يسمى «التعويض عن فقدان الشغل». ولا يعد هذا التعويض إعانة عن البطالة. إذ يُمنح للأجير الذي فقد شغله بكيفية لا إرادية ويبحث فعليا 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 الستة 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.

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. 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.

الحماية الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة

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 تنظيمي خاص ينظم الحماية الاجتماعية للأشخاص ذوي الإعاقة. وتتص المادة 6 من القانون الإطار رقم 97.13 (الصادر في 27 أبريل 2016) المتعلق بحماية حقوق الأشخاص في وضعية إعاقة والنهوض بها، على وضع «نظام للدعم الاجتماعي والتشجيع والمساندة لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة»، لكن على أن «يُحدد نظام الدعم الاجتماعي المذكور وأشكاله ومصادر تمويله وكيفية تدبيره وشروط الاستفادة منه بنص تشريعي».

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، وعبر مساهمة صندوق دعم التماسك الاجتماعي.

من جهة أخرى، نجد أن ثلثي الأشخاص ذوي الإعاقة (66.9 في المائة) لا يستفيدون من أي نظام للضمان الاجتماعي.

كما 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 للرعاية الصحية أو بعدها عنهم.

ويُقدر معدل التشغيل في صفوف الأشخاص في وضعية إعاقة في سن النشاط، حسب البحث الوطني حول الإعاقة لسنة 2014، بـ 13.6 في المائة، أي ما يقل بثلاث مرات عن معدل التشغيل على المستوى الوطني. 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).

إن إرساء نظام للحماية الاجتماعية لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة يعتبر أمرا ضروريا وممكنا في الآن ذاته. وقد قدرت الآلية العالمية لاحتساب كلفة أرضية 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.

التغطية الاجتماعية لفائدة الأشخاص المسنين

في المغرب، يقوم نظام التقاعد على أنظمة مُمَوَّلَة من مساهمات الأجراء والمُسْتَعْلِينَ، ويحتسب فيه مبلغ المعاش حسب نسبة المساهمة، ولا يوجد في المغرب أي نظام لمنح معاش الشيخوخة لا يقوم على مبدأ المساهمات. لذلك، فإن حوالي 60 في المائة من الأشخاص النشيطين المشتغلين، أي 6.2 مليون نسمة، هم 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، 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. ويتألف 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، ارتكازاً 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 استدامة مختلف أنظمة التقاعد.

ويواصل المعامل الديمغرافي (نسبة عدد المساهمين على عدد المتقاعدين) تراجعاً خاصة على مستوى أنظمة القطاع العام، حيث سجل هذا الأخير سنة 2016 معامل 2.6 مساهم لكل متقاعد، مقابل 3.8 سنة 2012.

ويتصف 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 المتأتية عن درهم واحد أو يوم واحد من الاشتراك تختلف من نظام تقاعد لآخر.

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

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

التغطية الاجتماعية لخدمات الرعاية الصحية

يستند النظام الحالي على مقتضيات القانون رقم 65.00 (بمثابة 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: الإلزامية، والشمولية، والإنصاف، والتضامن، ومنع جميع أشكال التمييز، ومنع انتقاء المخاطر⁷. ويُفترض أن يضم هذا النظام مستويين: تغطية صحية أساسية إجبارية (CMB) وتغطية تكميلية (CMC). وقد عُهد بتدبير التغطية الأساسية لمؤسستين بناءً على معايير تتعلق بالوضع المهني (القطاع العام مقابل القطاع الخاص)، وعلى الحقوق المكتسبة قبل دخول مدونة

7 - 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 التضادّي أو المنظم من لدن الدولة».

التغطية الأساسية حيز التنفيذ، وعلى معايير ترتبط بمستويات الدخل. ونشأ عن هذا التقسيم - الذي تم في البداية كمرحلة انتقالية قبل إنشاء نظام أساسي شامل- نظاماً تأميناً إجباري عن المرض، قائم على الاشتراكات، ويتم تمويله من الاقتطاعات من أجور ومداحيل الأشخاص المزاولين نشاطا يدر عليهم دخلا 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 التعاوضيات وشركات التأمين الخاصة.

التغطية الصحية الأساسية

رغم أن إرساء نظام التغطية الصحية الأساسية، قد مكن من تحقيق تقدم ملموس وعلى قدر كبير من الأهمية، إلا أن عملية تقييم⁸ 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 التكلفة

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

- مع 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.
- تم وضع ثلاثة من أصل خمسة أنظمة للتأمين الإجباري عن المرض (الأنظمة الخاصة بالمأجورين وأصحاب المعاشات بالقطاع العام، ونظام إجراء ومتقاعدي 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 الوالدين 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 رصيذاً يُخوّل 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 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 التعريف في مستويات تقل عن الأسعار المعمول بها بالنسبة لجزء كبير من العلاجات، مما يدفع المهنيين والمرضى إلى اللجوء إلى تعاملات غير

8 - 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.

نظامية. ويتمثل العامل الآخر في ضعف جاذبية قطاع الصحة 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.

الإنصاف

لقد تولدت حالة من الجمود عن تأخر تحول المقاولات والمؤسسات العمومية التي تسد أقطاب التأمين لدى شركات التأمين الخاصة إلى نظام التأمين الإجباري عن المرض، حيث إن المادة 114 من القانون التي كانت من المفترض أن تنظم هذه العملية الانتقالية، قد تحولت إلى واقع قائم. وي طرح 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 للمؤمن لهم 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 في 0.66 شخصاً نشيطاً لكل متقاعد)، وإلى «طبيعة استهلاكهم» لخدمات الرعاية الصحية⁹.

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 المتعاضدية؛

- طب الأسنان: بعد توحيد تعريفات استرجاع المصاريف مع التعريف 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 المدير 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 بآليات عمومية لقياس حسن تديرها وجودة الخدمات المقدمة في إطارها. كما لم تتم مواكبة إرساء نظام المساعدة الطبية، بتأهيل للقطاع الاستشفائي العمومي، مما أحدث ضغطاً أثّر 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 يفتقر للمقومات الأساسية للاضطلاع بدوره ولا يتوجه إلا للفقراء¹⁰. كما لا يتم تقييم جودة خدمات الهيئات المعنية الأخرى في ما يتعلق بأجال معالجة الملفات وكيفيات التكفل بالمرضى والتعويض عن المصاريف والرد عن الشكايات وإعمال حق المؤمن لهم في الطعن في قرارات الهيئات المكلفة بتدبير أنظمة التغطية الصحية.

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 عن أن هذه الاتفاقيات لا تُنفذ إلا بشكل جزئي)؛

10 - تقرير للمرصد الوطني للتنمية البشرية بشأن تقييم نظام المساعدة الطبية (راميد)، 2017
Rapport de l'ONDH sur l'évaluation du RAMED, 2017

- 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 الخدمات الصحية، مما يسهل ممارسات استغلال ضعف المرضى وأسرههم واللجوء إلى العمل بنظام للأداءات الموازية عن العلاجات الطبية؛
- اتسام مسطرة تدبير موارد نظام المساعدة الطبية (راميد) بالتناقض: فبينما يَعْهَدُ القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية إلى الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بتدبير هذا النظام، فإن النصوص التطبيقية الخاصة بهذا القانون تعهد بتدبير 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 الخاصة¹¹. ويتألف القطاع التعاضدي من 28 تعاضدية، تتمثل أنشطتها 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.

يجدر التذكير أن القطاع التعاضدي كان رائدا واضطلع بدور حاسم في ولوج منخرطيه وذوي حقوقهم إلى التجهيزات والعلاجات الطبية، في وقت لم تكن فيه التغطية الصحية الأساسية قد أحدثت بُعداً. ومن جهة أخرى، ساهم إحداث التعاضديات لوحدها اجتماعية وطبية، في تخفيف العبء والضغط على قطاع الصحة في مجال عرض العلاجات. إن التطور الذي شهده الإطار التشريعي والتنظيمي الخاص

11 - تقدم شركات التأمين الخاصة تغطية صحية تكميلية (تتضاف 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.

بالتغطية الصحية الأساسية وبممارسة الطب، لم يأخذ القطاع التعاضدي بعين الاعتبار بالقدر الكافي ولا يبدو أن هاجس النهوض بهذا القطاع كان حاضرا خلال هذا المسار. لذلك يواجه القطاع التعاضدي جملة من الإكراهات التي تعيق تطوير المنظومة الوطنية للحماية الاجتماعية في مجملها.

تم تأويل القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية على نحو يجعله يمنع منعاً باتاً 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 الرأي¹²، على منع التعاضديات من إنشاء أو تدبير منشآت طبية. ومن شأن تطبيق هذا النص القانوني أن يؤدي إلى إغلاق منشآت طبية ووَقَف خدمات صحية قائمة حالياً، والحال أن الولوج إلى العلاج بالمغرب لا يزال جد محدود، كما جاء في تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول العلاجات الصحية الأساسية¹³، مما قد يتسبب في تدني عرض الخدمات الصحية والولوج إليها.

وتشمل هذه الإكراهات أيضاً عرض العلاجات الطبية ذي الأهمية الاجتماعية الكبيرة الذي يوفره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والذي باشر منذ سنة 1979 إحداث وحدات طبية متعددة الاختصاصات بلغ عددها 13 وحدة. وقد قامت هذه الشبكة بإرساء أرضية للخدمات الصحية تغطي مجموعة واسعة من العلاجات الطبية والجراحية، سواء من خلال علاجات تستلزم الاستشفاء، أو استشارات طبية أو علاجات متقلة. وتتوفر هذه المصحات حالياً 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 المتخصصة الاختصاصات في بادئ الأمر لصالح المؤمن لهم في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وأفراد أسرهم المتكفل بهم. ثم فَتِحَتْ في وجه كل المرضى، سواء منهم المؤمن لهم أو غير المؤمن لهم. وترتبط هذه المصحات، في إطار نظام الثالث المؤدي، بعدد من التعاضديات وشركات التأمين. وتطبق هذه الوحدات التعريفية المرجعية الوطنية استناداً إلى فوترة شفافة، وهو ما يضمن عليها صفة مقدمي العلاجات دون هدف ربحي، والطابع الاجتماعي والتضامني، وجعلها من هذا الموقع تتبوأ مكانة «الخدمة المتوسطة»، حيث تضطلع برسالة في إطار الطب الاجتماعي والتضامني، إذ تستقبل سنوياً أكثر من 500 000 مريض، 10 في المائة منهم يتلقون العلاجات الطبية داخلها. وفي هذا الصدد، قدمت ما يقرب من 1120 استشارة طبية في اليوم، وأكثر من 45 397 حصة لتصفية الدم برسم سنة 2016. وعند وضع أنظمة التأمين الإجباري عن المرض، نص المشرع، ضمن باب «حالات التناهي» (المادة 44 من القانون رقم 65.00 (21 نونبر 2002)) على أنه «يمنع 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 في مجال التشخيص أو العلاج أو الاستشفاء أو مؤسسات توريد الأدوية والمعدات والآلات وأجهزة الترويض الطبي أو هما معا». ولا يستند هذا المقتضى على أي مبدأ نافذ من مبادئ الضمان

12 - المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي «رأي حول مشروع قانون رقم 109.12 بمثابة مدونة التعاضد»، إحالة رقم 2013/6.

13 - المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي «الخدمات الصحية الأساسية : نحو وولوج منصف ومعمم»، إحالة رقم 2013/4.

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 مفتوحاً، 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». لقد تم التعاطي مع هذا المقتضى وفق منظور تقييدي، حيث شمل هذا المنع بشكل حصري الهيئات العمومية (الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي) والتعاضديات، بينما فتح الباب أمام شركات التأمين لتقديم الخدمات الصحية. 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 وحقوق اللوج إلى العلاج ويعيق جودة التغطية الصحية لفائدة الأجراء وغيرهم من السكان النشيطين. كما أن تجهيزات وخدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، التي يتم تمويلها أصلاً من خلال اقتطاعات محدودة من 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. وقد 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 البنات التحتية.

الدور المحوري للحكامة

أنظمة حكامة الهيئات المغربية للضمان الاجتماعي: محدودية وعدم انسجام

تتسم حكامة أنظمة الضمان الاجتماعي في المغرب بعدم انسجامها. وفي هذا الصدد، فإن تركيبة الأجهزة التداولية لهذه الأنظمة وكيفية تعيينها وتوزيعها، ونطاق صلاحياتها، ونمط تقييم أدائها، وتراتبيتها المؤسساتية، تخضع لمبادئ لا تكون دائماً ذات طابع رسمي ولا واضحة، كما تحكمها قواعد وممارسات تختلف من نظام لآخر.

هكذا، يتألف المجلس الإداري للصندوق 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 المنخرطين¹⁴. 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.

14 - من بين الأعضاء الذين ينضافون إلى لجنة تسيير الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين كلما دعت هذه اللجنة للنظر في المسائل ذات الصبغة العامة المتعلقة بالنظام العام لرواتب التقاعد «أربعة ممثلين للمنخرطين يعينون لمدة ثلاث سنوات ويختارون من لدن أربع مؤسسات منظمة إلى النظام الجماعي رواتب التقاعد توجد مراكزها بالمجموعتين الحضريتين للرباط وسلا والدار البيضاء. وتختار هذه المؤسسات المنضمة عن طريق قرعة يجريها المدير العام لصندوق الإيداع والتدبير». حسب 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.

أما الهيئات التي تتولى تدبير الأنظمة الإجبارية للمعاشات، فإن أغلبها يحمل صفة مؤسسة عمومية «تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي» وتخضع لـ«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 تحول 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 القرعة¹⁵.

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 التعاضديات التابعة له، التي أصبحت تضطلع بالتدبير المفوض لنظام التأمين الأساسي بموجب اتفاقية تدبير متعددة السنوات. كما تتولى هذه التعاضديات، بشكل مباشر أو غير مباشر، تدبير خدمات الأعمال الاجتماعية التعاضدية باعتبارها مقدماً لخدمات الرعاية الصحية وتحيل فواتير تكاليف الخدمات التي توفرها إلى 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 التعاضديات المكونة لهذه المؤسسة، وذلك عبر تدبير ثنائي من لدن رئيس منتخب من قبل التعاضديات ومدير تعينه الحكومة.

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 وتبديرواؤها 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)¹⁶.

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 تعود 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 قاضٍ بمحكمة النقض وتتألف من عضو من بين فئة الأعضاء المستقلين في مجلس الهيئة، وعضو يمثل الهيئة يعين من بين مستخدميها، بالإضافة إلى ممثل واحد عن كل قطاع خاضع لمراقبة الهيئة. وتتطوي عضوية ممثلي القطاعات والهيئات الخاضعة لسلطة الهيئة بحكم صفتهم على مخاطر ملموسة لتضارب المصالح والتي قد تؤثر على استقلالية هذه اللجنة في اتخاذ القرار وعلى نجاعتها ومصداقيتها. والأمر نفسه ينطبق على لجنة التقنين التي يعهد 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 التعاضدية 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.

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

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 ثلاثي 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 بالموثَّق 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.

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 مُحددة.

5. تطوير مساعدات لفائدة الأطفال 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؛

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

ث. تتسم بطابع دينامي، أي أنها تنخفض أو ترتفع حسب ما يمليه التتبع والتقييم المنتظم لوضعية الأطفال المستفيدين.

حوادث الشغل والأمراض المهنية

6. العمل، على غرار ما هو معتمد في عدد من التجارب الدولية وانسجاماً 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؛

7. 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؛

8. الإصلاح الجذري للتشريعات والمساطر المتعلقة بحوادث الشغل والأمراض المهنية على مستوى المعاينة والتكفل والتتبع والتعويض.

الحماية الاجتماعية للأشخاص الموجودين في وضعية بطالة

9. 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؛
10. 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 عنه. 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؛
11. 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؛
12. 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؛
13. 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؛
14. 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

15. 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؛
16. 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)؛

17. ضمان دخل أساسي، يُحدّد حسب مستوى الموارد، لفائدة الأشخاص في وضعية إعاقة، طبقاً 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 وفقاً لتوصية منظمة العمل الدولية المشار إليها؛
18. 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؛
19. تطوير خدمات المساعدة الاجتماعية للأشخاص في وضعية إعاقة على المستوى المحلي والجهوي والوطني؛
20. إلزام مقاولات القطاع العام والخاص بوضع مخططات خاصة بالوقاية من مخاطر وانعكاسات وضعيات الإعاقة وتثقيفها والتخفيف منها، بالإضافة إلى سبل مواكبة الأشخاص المعنيين؛
21. 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)؛
22. إحداث تخصصات مهنية في مجال التكفل بالأشخاص في وضعية إعاقة (مهن الاستقبال، تسيير المؤسسات الموجهة لذوي الإعاقة، المشرفون التربويون المختصون)؛
23. 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؛
24. تعزيز آليات حماية الأشخاص في وضعية إعاقة من الفصل التعسفي من الشغل؛
25. العمل على تعزيز دور طب الشغل في التدخل في مجال الإعاقة، وأن تتناط به مسؤولية الوقاية من الإعاقة ومعاينة حالات الإصابة بالإعاقة؛
26. تعزيز حق الأشخاص ذوي الإعاقة في التظلم ضد قرارات الفصل من الشغل والمعاملة التمييزية.

الحماية الاجتماعية لفائدة الأشخاص المسنين

27. توحيد أنظمة الاحتياط الاجتماعي في ما يتعلق بمعاش التقاعد داخل أجل يتراوح ما بين 5 و7 سنوات؛
28. إحداث حد أدنى للدخل في سن الشيخوخة يعادل عتبة الفقر لفائدة الأشخاص الذين لا يستفيدون من معاش للتقاعد؛

29. إحداث نظام معاشات وطني إجباري أساسي، يتم تديره وفق قاعدة التوزيع، ويضم الأشخاص النشيطين من القطاعين العام والخاص، يتوحدون في سقف اشتراكات يتم تحديده كمُضَاعَفٍ للحد الأدنى للأجور؛
30. 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؛
31. العمل في إطار دعامة ثالثة على إحداث نظام فردي قائم على الرسملة يدخل ضمن نطاق التأمين الخاص؛
32. 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

33. المبادئ الأساسية: تعميم التغطية الصحية الأساسية
- أ. 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. إحياء الحوار الاجتماعي بين الحكومة والشركاء الاجتماعيين من أجل استكمال تعميم التغطية الصحية الأساسية والقضاء على التدابير التمييزية ووضعيات رفع الحماية عن المواطنين؛ ويمكن تحقيق هذا الهدف من خلال:
1. اعتماد النصوص التطبيقية المتعلقة بالتأمين عن المرض لفائدة المستقلين والأشخاص الذين يزاولون مهناً حرة (يمثلون 36 في المائة من تعداد الساكنة النشيطة)؛
2. 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»؛

٣. 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 دؤوب، والأشخاص المصابين بمرض طويل الأمد خلال 6 أشهر الموالية لتوقفهم عن نشاطهم المهني، أو ضحايا حوادث الشغل أو الأمراض المهنية؛

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

34. 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 توحيد تلك الأنظمة عبر إرساء نظام وطني شامل للتغطية الصحية 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، ويُفضي إلى إبرام اتفاقيات مع المنظمات الممثلة للأطباء وموردي التجهيزات الطبية والأدوية؛

ج. العمل (في أفق توحيد الأنظمة) على 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؛

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

35. 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 دامجة، بما يُمكن من تخويل هيئات تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض كامل الأهلية 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 ويعرض 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 والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، كامل الأهلية القانونية لإنشاء وتطوير وتدبير وحدات للخدمات الطبية. تخصيص جزء من المنتجات المالية لاحتياطات فرع التعويضات العائلية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لإحلال 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

36. 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 إقامة توازن واضح ودينامي بين حاجيات البلاد في مجال الحماية الاجتماعية وبين ما تتوفر عليه من موارد؛

37. 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؛

38. إصلاح حكامة هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، وذلك بما يمكن من تعزيز استقلاليتها، والعمل بشكل خاص على تعديل 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؛

39. ضمان المشاركة الفعالة للشركاء الاجتماعيين (أرباب العمل والمستخدمين) في مجموع الهيئات المعنية بالحماية الاجتماعية، مع الحرص على تشجيع مشاركة ممثلي المؤمن لهم فيها؛
40. 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؛ شفافية استعمالها للموارد؛ تحديد وتدابير المخاطر، لا سيما المخاطر العملية (جودة التكنولوجيات، النظام المحاسبي، حالات الغش...) والمخاطر المرتبطة بالسيولة والمخاطر المتعلقة بتوظيف الأموال؛
41. النص على مسؤولية مجالس الإدارة في مراقبة أعمال الإشراف الاستراتيجي الذي تضطلع به الهيئات المكلفة بأنظمة الحماية الاجتماعية، مع الحرص كل الحرص على تفادي تدخل تلك المجالس وأعضائها في تدبير الهيئات المذكورة.
42. ترشيد حكامه 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؛
43. تفعيل وضمان احترام اختصاصات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، التي تتمثل مهمتها (المادة 59 من القانون رقم 65.00) في التأسيس التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ووضع وسائل ضبط المنظومة ككل؛
44. وضع نظام وطني مندمج 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؛
45. 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؛
46. وضع شبكة مؤشرات لتقييم أداء هيئات الاحتياط الاجتماعي تُهْمُ المخاطر والنتائج وجوده 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؛

47. 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؛
48. 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؛
49. 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.

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

تقاطع زنقة المشمش وزنقة الدلبوت، قطاع 10، مجموعة 5
حي الرياض، 10 100 - الرباط
الهاتف : +212 (0) 538 01 03 00 الفاكس : +212 (0) 538 01 03 50
البريد الإلكتروني : contact@ces.ma