



تحديات تنزيل ورش الحماية الاجتماعية بالمغرب

الباحث أوييس الغزاوي

طالب باحث حاصل على دبلوم الماستر في القانون العام
المغرب

ملخص البحث:

يعد ورش الحماية الاجتماعية من بين أهم الأوراش الاستراتيجية التي تشرف الحكومة على تنزيلها إلى أرض الواقع في إطار إرساء مقومات الدولة الاجتماعية وإنجاح تحقيق أهداف النموذج التنموي الجديد، فإذا كانت الحكومة قد نجحت بالفعل في إخراج هذا الورش الكبير إلى حيز الوجود، من خلال بدء تنفيذ كل من تعميم التغطية الإجبارية عن المرض وتعميم التعويضات العائلية في احترام للمواعيد المنصوص عليها في القانون الإطار للحماية الاجتماعية، وكل ما رافقها من جهد في تعبئة مالية مهمة تجاوزت 35 مليار درهم سنويا، فإن تدبير تنزيل هذا الورش، عرف تحديات وإكراهات عرقلت عملية تنزيل أو قد تسبب في عدم تعميم الحماية الاجتماعية على جميع المواطنين، أو تؤدي إلى تضرر فئات أخرى.

وذلك في ظل الهشاشة التي تعرفها أنظمة الحماية الاجتماعية (أنظمة التغطية الاجتماعية، وأنظمة المعاشات)، وما تعيشه من اختلالات ترتبط ارتباطا مباشرا بضعف حكامه هذه الأنظمة، وبسياسات الاستهداف التي تنتجها، وبوضعيتها المالية غير المستقرة، وأيضا وضعية منظومة الصحية بالبلاد التي تعاني منذ سنوات طويلة من عدة مشاكل بنيوية متمثلة في صعوبة الولوج إلى العلاجات وضعف الخدمات الصحية، إضافة إلى قلة الموارد البشرية، وضعف تجهيزات المؤسسات الطبية العمومية، ناهيك عن وجود التفاوت غير العادل بين الطبقات الاجتماعية وبين المناطق الجغرافية للبلد من حيث الوصول إلى الخدمات الصحية بشكلٍ منصفٍ وجودة عالية.

الكلمات المفتاحية:

ورش الحماية الاجتماعية، منظومة الصحية، أنظمة التغطية الصحية، أنظمة المعاشات، تحديات تعميم ورش الحماية الاجتماعية.



Research Summary:

Social protection workshops are among the most important strategic projects that the government is supervising to implement on the ground within the framework of establishing the components of the social state and successfully achieving the goals of the new development model. If the government has already succeeded in bringing these major workshops into existence, by starting to implement all From the generalization of compulsory coverage for illness and the generalization of family compensation in respect of the dates stipulated in the framework law for social protection, and all the efforts that accompanied it in an important financial mobilization that exceeded 35 billion dirhams annually, the arrangement of implementing these workshops has encountered challenges and constraints that have hindered the implementation process or may cause Social protection is not universalized to all citizens, or leads to harm to other groups.

This is in light of the fragility of the social protection systems (social coverage systems and pension systems), and the imbalances they are experiencing that are directly linked to the weakness of the governance of these systems, the targeting policies they produce, their unstable financial situation, and also the situation of the country's health system, which has been suffering for many years. There are several structural problems represented by the difficulty of accessing treatments and the weakness of health services, in addition to the lack of human resources and the weakness of the equipment of public medical institutions, not to mention the existence of unfair disparities between social classes and between geographical regions of the country in terms of access to health services in an equitable manner and with high quality.

key words:

Social protection workshops, health system, health coverage systems, pension systems, challenges of disseminating social protection workshops.



تحديات تنزيل ورش الحماية الاجتماعية بالمغرب.

إن نجاح ورش الحماية الاجتماعية رهين بمدى قدرة الحكومة على تلبية الحاجيات الأساسية للمواطنين والتي جسدتها الأهداف التي جاء بها هذا الورش، كما أنه مرتبط بوجود أنظمة للحماية الاجتماعية (أنظمة التغطية الصحية، وأنظمة المعاشات) تقوم بوظائف 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) لفائدة أجراء القطاع الخاص وموظفي وأعاون الدولة.

أيضا يقتضي نجاح ورش الحماية الاجتماعية وجود منظومة صحية قوية، تلي حاجيات وتطلعات المواطنين، ووجود بنية استشفائية تغطي كافة التراب الوطني، وقادرة على مواكبة التحولات الاجتماعية.

إلا أن واقع الحال يطرح تحديات عديدة أمام نجاح ورش الحماية الاجتماعية خصوصا على مستوى تسيير أنظمة الحماية الاجتماعية وغياب الحكامة في تدبيرها، إضافة إلى تشتت وتعدد واختلاف هذه الأنظمة ناهيك عن وجود إشكالات مالية تهدد استقرارها.

كما أن وضع المنظومة الصحية تتخلله إكراهات بنيوية متمثلة في صعوبة الولوج إلى العلاجات في ظل ضعف الخدمات الصحية، وقلة الموارد البشرية. إضافة إلى التحولات التي يشهدها هرم الأعمار بالمغرب وعلى رأسها ارتفاع نسبة الشيخوخة، زيادة على تسجيل ارتفاع في معدلات البطالة، ناهيك عن وجود التفاوت غير العادل بين الطبقات الاجتماعية وبين المناطق الجغرافية للبلد من حيث الوصول إلى الخدمات الصحية بشكلٍ منصفٍ وبجودة عالية.

سنسلط الضوء خلال هذا البحث إلى واقع أنظمة الحماية الاجتماعية (المطلب الأول)، وإلى واقع منظومة الصحية بالبلاد، والتحديات السكانية والتدبيرية التي تعاني منها عملية تعميم الحماية الاجتماعية (المطلب الثاني).

المطلب الأول: وضع أنظمة الحماية الاجتماعية.

لا شك أن تحقيق فعالية أنظمة الحماية الاجتماعية وضمان 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 حكامه هذه الأنظمة، وبسياسات الاستهداف التي تنتجها، وبوضعيتها المالية غير المستقرة.

واعتبارا لذلك، سنتطرق من خلال هذا المطلب إلى وضعية التدبير والتسيير لهذه الأنظمة، المتمثلة في وضع منظومة التغطية الصحية (الفرع الأول)، ووضع منظومة المعاشات (الفرع الثاني).

الفرع الأول: وضعية التغطية الصحية.

تواجه أنظمة التغطية الصحية بالمغرب عددا من الإشكالات تتجلى بالأساس في صعوبة احترام مبادئ الشمولية والتضامن والمساواة وجودة خدمات الرعاية الصحية، مما يعيق نجاعة هذه الأنظمة (الفقرة الأولى). وغياب توزيع منصف لعرض الرعاية الصحية في مجموع التراب الوطني، وتعاني أيضا هذه الأنظمة من غياب التوازن المالي، بسبب ضعف تحصيل الاشتراكات في ظل ارتفاع النفقات، وسوء تدبير احتياطاتها المالية (الفقرة الثانية).



الفقرة الأولى: تحدي النجاعة:

إن من أهم التحديات التي تعاني منها منظومة الصحية بالبلاد، تتمثل في تحمل الأسر المغربية بشكل عام أكثر من 50% من المصاريف الصحية بشكل مباشر، وأكثر من 63% إذا احتسبنا مساهمة الأسر في التغطية الصحية، وهو ما يشكل عائقا حقيقيا أمام المواطنين للولوج إلى العلاج، ويساهم في انزلاق نسبة مهمة من الساكنة سنويا نحو الفقر والهشاشة.

وبسبب مشكل صحي تضطر الأسر إلى استعمال مدخراتها أو بيع ممتلكاتها أو الافتراض لمواجهة تكاليف العلاج. كما أن ضعف نجاعة التغطية الصحية يدفع فئات عريضة من المستفيدين من التأمين الإجباري عن المرض إلى تلافي التطبيب والتنازل عن حقهم في العلاج .

ومن جهة أخرى فإن ارتفاع نسبة المصاريف التي تقع على كاهل المؤمنین والتي قد تصل إلى حوالي النصف بالنسبة للعلاجات الخارجية في القطاع الخاص، يشكل عقبة أمام استفادة ذوي الدخل البسيط المؤمنین من الرعاية الصحية¹، خصوصا بالنسبة لأصحاب بطاقة "الراميد" الذين تم تحويلهم إلى نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض "أمو-تضامن"، إذ أنه تم تحدد مؤشر محدد من أجل الاستفادة من "أمو-تضامن".

حيث أنه لا يكفي التسجيل في السجل الاجتماعي الموحد فقط، بل يجب الحصول على عتبة أقل أو تساوي (9,3264284) من أجل الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك. وهذا الأمر يهدد فئة عريضة من حاملي بطاقة "راميد" بحرامتهم من الاستفادة من "أمو تضامن"، كما أنهم سيجدون أنفسهم مطالبين بأداء واجبات الاشتراك بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وأيضا بتحمل تكاليف العلاج.

ونجد أن المرسوم رقم 2.23.690 المتعلق بتطبيق القانون رقم 260.22، الذي يفرض على "الأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزالون أي نشاط مأجور أو غير مأجور" الأداء الشهري للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. والملاحظ هنا أن المرسوم يعترف بأن هذه الفئة لا تزال أي نشاط مأجور أو غير مأجور، ومع ذلك فهي مطالبة بأداء الاشتراكات الشهرية للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

مبلغ الاشتراك الشهري المستحق بالدرهم	مستوى التنقيط
144	يفوق 9,3264284 ولا يتجاوز 9,5124369
176	يفوق 9,5124369 ولا يتجاوز 9,743001
224	يفوق 9,743001 ولا يتجاوز 9,9903727
287	يفوق 9,9903727 ولا يتجاوز 10,237316
355	يفوق 10,237316 ولا يتجاوز 10,431048
454	يفوق 10,431048 ولا يتجاوز 10,739952
611	يفوق 10,739952 ولا يتجاوز 11,013068
1164	يفوق 11,013068

³ المادة السادسة من المرسوم رقم 2.23.690



وتتجلى أيضا إشكالية ضعف الأجور في القطاع الخاص (59% من الأجراء المؤمنين يتقاضون أقل من 2800 درهم شهريا) إلى مفارقة تتجلى في أن شريحة واسعة من المؤمنين من ذوي الدخل المحدود بالقطاع الخاص أساسا، يساهمون في تمويل صناديق التأمين من أموالهم، دون التمكن من الاستفادة من العلاجات المخصصة لهم، ويتحولون إلى ممولين لعلاجات المنخرطين ذوي المداخل المرتفعة الذين يستطيعون الولوج إلى العلاج وتحمل النفقات. ويترب عن ذلك أيضا تفاوتات كبيرا بين القطاعين العام والخاص على مستوى الاستفادة من التعويضات، حيث أن متوسط التعويضات التي يستفيد منها المؤمنون في القطاع العام تبلغ في المعدل السنوي 1585 درهما (سنة 2018) وبذلك تمثل أكثر من ثلاثة أضعاف متوسط القطاع الخاص، أي 577 درهما⁴.

وهذا ما سينتج عنه ظاهرة تلافي العلاجات بسبب الفقر وضعف الأجور، وستؤدي هذه العقبة إلى تبيحتين سلبيتين على الأقل:

أولا، سينتج عن ذلك تخلي عدد من المؤمنين من ذوي الدخل الضعيف والمتوسط، وأيضا الذين لا يزالون أي نشاط مأجور أو غير مأجور، عن العلاجات إلا في حالات الضرورة.

ثانيا، تتجلى في الاقتصاد على العلاجات الاستشفائية التي تعمل بنظام "الثالث المؤدي"، مع إهمال الوقاية والتشخيص المبكر والرعاية الأولية، مما يساهم في تعقد الحالات المرضية وظهور المضاعفات التي تتطلب لاحقا الكثير من العلاجات والمصاريف⁵.

ونجد أيضا أن الإشكال المتعلق بتعدد الهيئات المدبرة لهذا النظام (الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أو الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، التعاضديات، وشركات التأمين الخاصة)، يؤثر سلبا على حكمة هذه الأنظمة، ويؤدي إلى عدم التنسيق فيما بينها، سواء تعلق الأمر بسلة العلاجات، أو نسبة الاشتراك، أو الاسترداد، والأدهى من ذلك، هو تعدد الأنظمة حتى داخل الهيئة نفسها أو في الصندوق المدبر نفسه⁶.

ونسجل غياب نظام "الثالث المؤدي" في العلاجات الخارجية، حيث يساعد نظام "الثالث المؤدي" المعمول به في العلاجات الاستشفائية على إقبال المؤمنين على هذا النوع من العلاجات، بفضل عدم اضطرابهم لتأدية مجموع المصاريف وانتظار اسرحتها بعد أسابيع أو أشهر كما هو الحال بالنسبة للعلاجات الخارجية.

وفي غياب هذا النظام فإن المؤمنين يضطرون إلى دفع 39.9% من المصاريف الصحية في القطاع الخاص و31.3% في القطاع العام من ميزانيتهم الخاصة رغم كونهم مؤمنين⁷.

الفقرة الثانية: تحدي التوازن المالي.

يعد غياب التوازن المالي من بين أهم التحديات التي تواجه أنظمة التغطية الصحية بالمغرب، حيث يتوفر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي على فائض مالي، ويعاني الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي من العجز منذ عدة سنوات. ويمكن إجمال أسباب اختلالات عناصر التوازنات المالية للتأمين الإجباري عن المرض فيما يلي:

حصة النفقات في القطاع الخاص من مجموع المساهمات والاشتراكات بلغت 54% في عام 2018. وفي القطاع العام، بلغت حصة النفقات من مجموع المساهمات في نفس السنة ما مجموعه 95.2%.

وارتفاع معدلات المساهمات في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام: نسبة المساهمة في القطاع الخاص، 6.37% وتبلغ 5% في القطاع العام.



وفي هذا السياق يبلغ المعدل الإجمالي لتحصيل الاشتراكات بصندوق الضمان الاجتماعي، 27 في المائة فقط، ولا تتجاوز نسبة المشتركين الذي يؤدون اشتراكاتهم 18 في المائة، مع تسجيل معدل تحصيل منخفض لدى فئة الفلاحين، وسائقي سيارات الأجرة والحرفيين. أما بالنسبة للفئات المهنية المنظمة، فهذا المعدل يفوق 66 في المائة، ومن شأن هذه الإشكاليات المتعلقة بالأداء والتحصيل أن تمس بالتوازن المالي للمؤسسة مثل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الذي شهد زيادة ملحوظة في عدد الملفات التي يتعين معالجتها، مما يعني أن النظام قد يهدده خطر العجز خلال الأسابيع أو الشهور المقبلة⁸.

ومن بين الأسباب الأخرى التي تمدد التوازن المالي لهذه الأنظمة، المتمثلة في غلاء الأدوية، حتى مقارنة مع بلدان الجوار أو حتى مع بعض البلدان الغنية كفرنسا وإسبانيا وإيطاليا، ونتيجة لهذا الغلاء، تحمل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وحده ما يفوق 292 مليون درهم خلال عام 2019، إذ تمثل بين 34% و40% من نفقات صناديق التأمين الصحي، بينما انتقلت ميزانيتها من 522 مليون درهم إلى 2,5 ملياري درهم للمستشفيات⁹.

وهذا راجع إلى ضعف ولوج الدواء الجنييس¹⁰ منخفض الثمن إلى السوق الوطنية، فلا تتجاوز نسبة تداوله الـ40%، مقابل ذلك، تتوسع لائحة الأدوية المبتكرة ومرتفعة الثمن، المعروض عنها على الرغم من وجود أدوية أقل ثمنًا وبفعالية مماثلة (في شكل الأدوية الجنييسية)، ما يهدد التوازنات المالية للصناديق المدبرة للتأمين الصحي، وتفاقم الوضع خصوصًا بالنسبة إلى أدوية الأمراض المزمنة المكلفة التي يعاني منها من 6% إلى 11% من المؤمنين، وتكلف نصف نفقات التأمين الصحي¹¹.

وقد انتقل عدد الأدوية المعروض عنها من 1001 دواء عام 2006 إلى 4583 سنة 2022¹²، وينعكس كل ذلك على النسبة المثوية التي يتحملها المؤمن، التي تبقى مرتفعة جدًا، فتتراوح بين 31.3% بالنسبة لخدمات القطاع العام، و39,9% بالنسبة إلى خدمات القطاع الخاص عام 2016، ما يجعل أثر هذا النظام على حماية المؤمنين ومساعدتهم على مواجهة الظروف المادية الصعبة خلال فترة علاجهم محدودًا للغاية¹³.

ويعد ترويج الأدوية الجنييسية من أنجع وسائل تخفيض أثمان الأدوية، حيث أن الدول التي حققت أفضل نجاح في سياسة تحسين الحصول على الأدوية، هي التي اعتمدت على الترويج الناجح للأدوية الجنييسية. وليومنا هذا لم تلق السياسات الرامية إلى ترويج الأدوية الجنييسية بالمغرب النجاح المطلوب، حيث أن أعلى الأدوية هي أكثر مبيعًا، رغم ضعف القدر الشرائية للمواطنين، ويعود هذا الفشل إلى عدة عوامل منها¹⁴: اللوبيات المتحكمة بصناعة

وتسويق الأدوية بالسوق الوطنية، أيضا التشكيك في جودة ونجاعة هذه الأدوية من طرف عدد من الأطباء والصيدال..¹⁵.

الفرع الثانية: وضع منظومة المعاشات.

تشكل خدمات التقاعد مكونا رئيسيا في نظام الحماية الاجتماعية، فهي أيضا تجسد حقا إنسانيا أساسيا كرسه الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وترتكز هذه الخدمات على مبدأ الضرورة، الذي ذكره قرار المؤتمر الدولي للعمل (منظمة العمل الدولية) عام 2001.

ويعاني نظام التقاعد بالمغرب من ضعف نسبة تغطيته للسكان النشطين: فنحو 60% من الأشخاص النشطين العاملين، أي 6,2 مليون نسمة، غير مشمولين بأي نظام للتقاعد، سواء للمعاشات أو تعويضات عن نهاية الخدمة، إذ تقتصر أنظمة التقاعد الإجبارية على موظفي وأجراء القطاعين العام والخاص¹⁶، فلا يتعدى عدد المتقاعدين المصرح عنهم 1.805.224 شخصا في رسم عام 2018¹⁷، في ظل انتظار تطبيق القانون رقم 15.99 المتعلق بإحداث نظام للمعاشات لفائدة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص



غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا، بحلول عام 2025، كما هو مسطر في الجدول الزمني لتعميم الحماية الاجتماعية الذي أعدته الحكومة المغربية.

وستتطرق من خلال هذا الفرع إلى واقع منظومة الحماية الاجتماعية التي تعاني من العديد من الإكراهات المتمثلة أساسا في: ضعف حكوماتها والتشتت الذي تعرفه هذه الأنظمة وعدم الالتقائية فيما بينها (الفقرة الأولى)، وأيضا الإشكالات المتعلقة بالجانب المالي لهذه الأنظمة (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: ضعف حكامه أنظمة التقاعد وتشتتها.

إن منظومة التقاعد بالمغرب تتميز بتعدد الأنظمة وعدم الانسجام فيما بينها، نظرا لاختلاف ظروف نشأة كل نظام على حدة، وأيضا اختلاف الفئات الخاضعة لكل نظام، بالإضافة إلى الرؤية المتباينة للمشرع المغربي للفئات المستهدفة، وأمام هذا التعدد أصبحت أنظمة التقاعد بالمغرب تتسم بالاختلاف والتباين¹⁸. وبالنظر إلى كون مختلف أنظمة التقاعد قد أحدثت بشكل تدريجي وخلال فترة طويلة (من سنة 1930 إلى سنة 1977)، فقد تمت بلورتها وهيكلتها وأجرأتها على أساس الشرائح المستهدفة والمعطيات المتوفرة. ولم تكن هذه الأنظمة موضوع تفكير شامل من شأنه أن يفضي إلى بناء منسجم يمنح تغطية مستدامة على المدى الطويل ضد مخاطر الشيخوخة لجميع النشيطين¹⁹.

أيضا، تختلف هذه الأنظمة من حيث أجهزة الإشراف، ففي الوقت الذي يعتبر الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية تحت وصاية الوزارة المكلفة بالشغل، نجد في المقابل أن الصندوق المغربي للتقاعد خاضع لوصاية وزارة المالية لكونه أيضا مؤسسة عمومية، فيما يبقى النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد بعيدا عن وصاية الدولة، وتشرف على تدبيره لجنة تقنية يتم اختيارها عن طريق القرعة²⁰.

ويتصف الإطار القانوني المنظم لأنظمة التقاعد بطابعه المعقد، ويتألف من نصوص خاصة توطر مختلف الفئات السوسيو-مهنية، دون أن يكون بينها أي انسجام أو ترابط، ومن نتائج هذا الوضع أن الحقوق المتأتبة عن يوم واحد من الاشتراك تختلف من نظام تقاعد لآخر. هكذا، يبلغ الحد الأدنى للمبلغ الشهري للمعاش في القطاع العام 1500 درهم، في حين أن 26 في المائة من المعاشات في القطاع الخاص تقل عن 1000 درهم في الشهر، وهي في أغلبها عبارة عن معاشات متأتبة من تحويل معاش التقاعد، و57 في المائة منها تقل عن 1500 درهم، كما أن 3 في المائة فقط من المستفيدين من المعاشات بالقطاع الخاص يتقاضون المبلغ الأقصى للمعاش الذي يمنحه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي أي 4200 درهم²¹.

فهي إذا تساهم في تكريس الفوارق وغياب المساواة بين المغاربة بحسب نظام التقاعد الذي ينتسبون إليه، ما يساهم في تدني مستوى معيشة متقاعدي القطاع الخاص الذين يعتبرون من بين الفئات التي تتحمل العبء المالي الباهظ للعلاجات، والإنفاق على الصحة، كما تمت الإشارة إليه، ما يجعلهم من الفئات الأكثر هشاشة والأكثر فقراً في المغرب²².

ويبلغ متوسط مبلغ المعاش الذي يمنحه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي 1924 درهماً، مقابل 4861 درهماً بالنسبة للنظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد و6875 درهماً بالنسبة للصندوق المغربي للتقاعد- نظام المعاشات المدنية، أما متوسط مبلغ المعاش الذي يمنحه الصندوق المهني المغربي للتقاعد فيبلغ 2334 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 6000 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 والخدمات²³.

نجد أيضا أن هناك إشكال كبير في عملية تصفية معاش، إذ أن التقاعد المدني يتم تصفية المعاش فيه على أساس معدل الثمانية سنوات الأخيرة من العمل، ويبقى المعاش قارا وليس على أساس معدل الرواتب المؤداة خلال فترة العمل أو جزء منها، الأمر الذي ترتب عنه ارتفاع في المعاشات لا تتناسب مع مستوى المساهمات، تزيد هذه الوضعية من تفاقم اختلال النظام خصوصا مع المنحى التصاعدي الذي تعرفه الترقية في الدرجة في الإدارة العمومية مع قرب تاريخ الإحالة على التقاعد²⁴.

وهذا نابع عن غياب آلية للتحكم في كتلة الأجور المتعلقة بالمنخرطين، فكل زيادة في رواتب العاملين بالوظيفة العمومية تكون مقرونة أليا بالالتزام بحقوق مستقبلية تكملية تتناسب معها في مجال التقاعد، وبالتالي زيادة الديون الضمنية للنظام.

وتجدر الإشارة في هذا الإطار، إلى أن تحديد سقف نظام المعاشات، يشكل خطوة أولى من أجل سن نظام تكميلي إجباري بالنسبة لمنخرطي هذا النظام، كما يساعد تحديد السقف أيضا على جلب موارد جديدة تتيح البدء في التفكير في اتخاذ تدابير لصالح المتقاعدين كإعادة تقييم المعاشات، ذلك أن المعاشات التي يصرفها نظام التقاعد تظل شبه مستقرة، بحيث أنها لا تتغير إلا بتغيير الرقم الاستدلالي المطابق لإطار ودرجة الموظف، الذي تتحكم فيه القرارات الإدارية وليس الإكراهات الاقتصادية، كالتضخم وتطوير الأجور..، فضلا عن ذلك، فإن تحديد السقف يبقى ضرورة ملحة لإحداث تقارب بين أنظمة التقاعد وإنشاء قطب عمومي²⁵.

الفقرة الثانية: الإشكالات المالية:

شهدت السنوات الأخيرة ظهور إكراهات ومشاكل مالية تهدد ديمومة واستمرارية أنظمة التقاعد بالمغرب، حيث تعاني هذه الأنظمة من سوء ترشيد النفقات، وسخاء في منح المعاشات مقارنة مع الطاقة الاقتصادية للأنظمة (أولا)، وأيضا هناك سوء في تدبير الاحتياطات المالية (ثانيا).

أولا: إشكالية ملاءمة التعويضات مع الاقتطاعات.

تعتبر عدم ملاءمة التعويضات مع الاقتطاعات في أنظمة التقاعد أحد الأسباب الرئيسية في الصعوبات المالية التي تواجهها هذه الأنظمة، وذلك بسبب منحها معاشات سخية مقارنة مع طاقتها الاقتصادية، فسخاء* مخططات المعاشات التقاعدية المغربية هو أحد مصادر الصعوبة المرتبطة بأسلوب التمويل، ويظهر ذلك من خلال عدة مؤشرات تتراوح بين معدلات التقاعد المرتفعة، وشروط تصفية المعاشات التقاعدية التي تفوق المزايا، والسخاء هو من أسباب تدهور الوضع المالي لصنادق التقاعد، أي أن المتقاعدين يحصلون على معاشات عالية مقارنة بآخر أجر، مما يتسبب في فقدان التوازن المالي بين المداخيل والمصاريف، خاصة وأن مستوى التعويض في هذه الأنظمة تحدده أساسا النسبة السنوية والأجر المرجعي، وكذا الحد الأدنى للمعاش حيث تتميز أنظمة التقاعد بالمغرب بمنح نسبة تعويضات مرتفعة²⁶.

وتتجلى عدم ملاءمة التعويضات مع الاقتطاعات في الشروط المشجعة على التقاعد المبكر الأمر الذي يؤدي إلى توقف أداء اشتراكات المنخرطين ومساهمات مشغليهم من جهة، والبدء في صرف معاشهم من جهة أخرى، وبالتالي نقل التكلفة الإضافية إلى كاهل المنخرطين الحاليين والمستقبليين للنظام.



وتخف حدة هذه الإشكالية في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مقارنة مع الصندوق المغربي للتقاعد، باعتبار أن الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يأخذ بتقنية التوزيع التي تعتمد على مبدأ التضامن بين الأجيال وبين الجيل الواحد، بالمقابل فإن الصندوق المغربي للتقاعد ليس له سقف لتحديد أساس مساهمات المعاشات المدنية مما يساهم في الزيادة في الالتزامات المستقبلية للصندوق كلما عرفت أجور الوظيفة العمومية ارتفاعا مهما. ويعد النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد هو الأقل سخاء بالنسبة للأنظمة السالفة الذكر بحيث لا تتجاوز النسبة السنوية 2 في المائة من الأجرة المتوسطة الحياة العملية، وذلك لمدة انخراط لا تقل عن 30 سنة كحد أدنى²⁷.

ثانيا: سوء تدبير الاحتياطي المالي.

يعد الاحتياطي المالي من أهم المبادئ والأسس التي تقوم على المدى البعيد بمواجهة النفقات الطارئة، فهو تأمين ضد الزيادة الحادة والمستمرة في معدلات الاشتراكات اللازمة وتبعاً لذلك تحرص جميع الدول على ضمان تكوين احتياطات مالية لأنظمة حمايتها الاجتماعية، إذ تقوم جل أنظمة الاحتياط الاجتماعي بتوظيف واستثمار أموالها الاحتياطية من أجل تنميتها وخلق مصادر تمويل إضافية، نظراً لكون هذه الأموال موجهة للإدخار الطويل الأمد خصوصاً بالنسبة لنظام التقاعد، لذلك فإن مسألة توظيف هذه الأموال يجب أن تكون وفق ضمانات صارمة نظراً لكون هذه الأموال مخصصة للحماية الاجتماعية الخاصة بالطبقة العاملة.

لهذا عملت التشريعات الخاصة بالحماية الاجتماعية بصفة عامة على إلزامية تكوين احتياطات مالية من طرف الأنظمة القائمة على هذه الحماية، وأحاطت بتوظيف هذه الأموال بمجموعة من الضمانات الخاصة لتفادي المخاطرة، وقد اعتمد المشرع المغربي هذا المبدأ في أنظمة التقاعد، بحيث ألزم هذه الأنظمة بتكوين احتياطات مالية لا يمكن اللجوء إليها لتغطية النفقات العادية، وتبقى مخصصة لتغطية النفقات الطارئة، وقد وضع لها حداً أدنى لا ينبغي أن تنخفض عنه، وبذلك أصبحت أنظمة التقاعد مطلوبة بتكوين احتياطي للتقاعد، ويمول هذا الرصيد بفائض الموارد السنوية المخصصة لرواتب التقاعد. وبالنظر لكون جميع أنظمة الحماية الاجتماعية هي المسؤولة عن جميع التزاماتها تجاه مؤمن، وبالتالي، يجب أن يكون في المقابل مالكا لأصوله المالية، هذه القاعدة معمول بها من طرف جميع صناديق التقاعد بالمغرب، والتي تقوم بتدبير الأموال الاحتياطية بشكل مباشر أو عن طريق مؤسسات مالية مخصصة²⁸.

يقوم كل من الصندوق المغربي للتقاعد والصندوق المهني المغربي للتقاعد بتدبير احتياطياتهما بشكل مباشر، في حين يتولى صندوق الإيداع والتدبير تسيير احتياطيات النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد، بينما يلزم القانون الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بإيداع احتياطياته التقنية لدى صندوق الإيداع والتدبير²⁹.

وتواجه منظومة التقاعد بالمغرب اختلالات بنيوية أصابت احتياطات صناديقه بالعجز، حيث نجد أن الصندوق المغربي للتقاعد سيستنفد احتياطياته بحلول سنة 2028، وذلك راجع بالأساس إلى حجم الدين الحالي المرتبط بالحقوق المكتسبة في الماضي، حيث سيحتاج هذا الصندوق 14 مليار درهم (1.4 مليار دولار) على أساس سنوي لمواصلة الوفاء بالتزاماته. أما الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، فمن المتوقع أن يصل أمد استدامته إلى عام 2038. فيما يظل أمد استدامة النظام الجماعي لمنح رواتب التقاعد لمدة أطول حيث سيصل إلى عام 2052 على الرغم من العجز الذي يعاني منه وذلك راجع بالأساس إلى المستوى المهم من احتياطياته (135 مليار درهم) (13.5 مليار دولار)، والتي تمكنه عوائدها المالية المهمة من تجاوز العجز³⁰.

الصندوق المغربي للتقاعد	النظام الجماعي لمنح رواتب للتقاعد	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	قيمة العجز
7,8 مليار درهم	3,3 مليار درهم	375 مليون درهم	



2022	2004	2014	تاريخ ظهور أول عجز تقني
61 مليار درهم	135 مليار درهم	68 مليار درهم	مبالغ الاحتياطات
2038	2052	2028	أمد الاستدامة

تقرير مرصد العمل الحكومي، حول صنادق التقاعد في المغرب الواقع والتحديات

مما يجعل الصنادق الثلاثة للتقاعد تعاني من تراجع في احتياطياتها على المدى القريب، وتشكل مؤشرات العجز هذه؛ مخاطر كبرى على ضمان ديمومة المنظومة على المدى الطويل وعلى توازن المالية العامة مما يقتضى الإسراع بحزم في مواصلة ورش الإصلاح الهيكلي لأنظمة التقاعد.

✓ عدم التصريح بالأجراء بالقطاع الخاص.

ومن بين الإشكالات التي يعاني منها الأجراء بالقطاع الخاص، إذ توجد فئة كبيرة من أرباب العمل لا يصرحون بأجرائهم لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، أو يصرحون بعدد أيام أقل من أيام العمل الحقيقية، ما يحرم فئة واسعة من الأجراء من حقهم في المعاش ومن التغطية الصحية. وعلى الرغم من حملات المراقبة التي يقوم بها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لعمليات التصريح عن الأجراء، التي مكنت من رفع نسبة تغطية أجراء القطاع الخاص من 72% عام 2011 إلى 82% عام 2016، فإن عددا مهما من النشطين ما زالوا غير مصرح عنهم لدى الصندوق، أو مصرح عنهم بشكل ناقص³¹.

المطلب الثاني: تحديات تعميم الحماية الاجتماعية.

يعتبر مشروع تعميم الحماية الاجتماعية أحد أهم الأوراش الاجتماعية في عهد الملك محمد السادس، حيث سيتم إنصاف فئات واسعة من الفقراء والمهددين بالهشاشة، وذلك ضمنا لحقوقهم الاجتماعية، كما قد يساعدهم هذا الورش على مواجهة الهشاشة وتكاليف الحياة الباهظة. كما أنه قد ينصف شريحة أخرى من المواطنين الذين يزاولون مهناً منتظمة.

ومع ذلك، يواجه تنزيل هذا المشروع الاجتماعي تحديات وصعوبات منها: عجز المنظومة الصحية التي تعاني منذ مدة طويلة (الفرع الأول)، فضلا عن ارتفاع معدلات البطالة ونسبة الشيخوخة، وأيضا التفاوتات الجغرافية الموجودة بين المناطق المختلفة، والتفاوتات في تنزيل برامج الحماية الاجتماعية (الفرع الثاني).

الفرع الأول: عجز منظومة الصحية بالبلاد.

لا يمكن الحديث عن تحقيق تعميم الحماية الاجتماعية بدون وجود منظومة صحية قوية، تلبي حاجيات وتطلعات المواطنين، ووجود بنية استشفائية قادرة على مواكبة التحولات الاجتماعية، حيث تعاني المنظومة الصحية من مشاكل بنيوية، متمثلة في صعوبة الولوج إلى العلاجات وضعف الخدمات الصحية، وقلة الموارد البشرية، وضعف التجهيزات المؤسسات الطبية العمومية، وعدم قدرة العديد من الجهات على التكفل بالمرضى، بسبب التوزيع غير العادل للموارد البشرية والمادية على مستوى التراب الوطني، إذ يظل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض رهينا بتطوير المنظومة الصحية بالبلاد وبالمستشفيات العمومية، باعتبارها رافعة رئيسية لهذا النظام ولي استكمال البرامج الاجتماعية.



الفقرة الأولى: نقص الموارد البشرية.

تعاني الموارد البشرية في قطاع الصحة منذ عقود، من إكراهات هيكلية تتعلق أساسا في نقص حاد من الأطر الصحية. ومن المتوقع أن تتفاقم هذه الوضعية لا سيما مع النمو المتزايد للسكان ومع تنوع احتياجاتها من الخدمات الصحية، خاصة في ظل انخراط بلادنا في الورش المجتمعي الكبير لتعميم التأمين الصحي.

إذ تتعمق مشاكل المستشفيات العامة في الخصاص الكبير الذي تعانیه في الموارد البشرية، إذ سبق لوزير الصحة أن صرح بهذا الخصاص وبأن المغرب يحتاج إلى أكثر من 97.566 من العاملين في القطاع الصحي 32.522 طبيبا(ة)، و65.044 ممرضاً(ة)³². ومن المتوقع أن تتزايد هذه الحاجيات من الأطر البشرية بشكل متسارع في المستقبل بسبب مجموعة من العوامل، من بينها: انطلاق عملية تعميم التغطية الصحية التي تهدف إلى تمكين كل المغاربة من الولوج إلى العلاج بشكل متكافئ ودون عقبات وهو ما سيرفع الضغط على الخدمات الصحية، بإضافة إلى النمو الديمغرافي للسكان وهو ما يستدعي مرافقته بمزيد من الأطر الصحية.

وكذلك مع استمرار نزيف هجرة الأطباء والأطر الصحية بسبب الأجور الهزيلة التي يتلقاها العاملون في قطاع الصحة العامة، ما يدفع العشرات من الأطباء، سواء المتمرسين أو الخريجين الجدد، إلى اختيار الهجرة إلى الخارج، حيث ظروف العمل أفضل، إذ تقدر الإحصائيات إلى أنه مقابل 23 ألف طبيب مغربي يمارسون بالمغرب، هناك ما بين 10 ألف و14 ألف طبيب مغربي يمارسون ببلاد المهجر وخصوصا بالبلدان الأوروبية. وهو ما يجعل واحدا من كل ثلاث أطباء مغاربة تقريبا يمارس بالخارج، رغم الحاجة الملحة للمغرب لكل أطبائه بل للمزيد منهم³³.

وأياها هناك إشكال المتمثل في التوزيع غير المتكافئ لهذه الأطر على التراب الوطني، ذلك أن أكثر من نصف الأطباء يعمل في محور الجديدة، الدار البيضاء، الرباط، القنيطرة، كما أن ثلثا المهنيين الصحيين يتمركزون بأربع جهات من المملكة، في حين يتوزع الثلث الباقي على الثمان جهات الأخرى، مع سوء توزيع هذه الأطر داخل الجهات نفسها، وما بين المناطق الحضرية والمناطق القروية.

كنتيجة لهذا التوزيع غير المتكافئ فإن الوصول إلى العلاج يتعذر على العديد من المواطنين والمواطنات، مما يساهم في ظاهرة التخلي عن خدمات الرعاية الصحية. وتشير المعطيات إلى أن أربعة مواطنين من كل عشرة يضطرون لقطع أكثر من عشر كيلومترات للوصول لأول نقطة صحية، مما يساهم في عدم الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية.

وهو ما يفسر تباين معدل الاستشارات العلاجية:

- 0,3 استشارة سنويا أو استشارة واحدة كل 40 شهرا لكل فرد كمتوسط في جهة درعة تافيلالت.

- 0,9 استشارة سنويا أو استشارة كل 13 شهرا لكل فرد كمتوسط في جهة فاس مكناس.

أما المعدل الوطني فهو لا يتجاوز 0,6 استشارة علاجية لكل فرد سنويا أو استشارة كل 20 شهرا³⁴.

ومن جهة أخرى فإن الأطر الطبية العاملة في القطاع الخاص بالمغرب بدأ يفوق عددها العاملين في القطاع العام (13.625 طبيبا/ة في القطاع الخاص مقابل 12.454 طبيبا/ة في القطاع العام)، ويبقى معدّل تغطية الأطباء لعدد السكان في المغرب من أضعف المعدلات في بلدان شمال إفريقيا، إذ يبلغ 7,1 طبيب/ة لكل 10.000 نسمة، مقابل 12 طبيبا/ة في كل من الجزائر وتونس، على سبيل المثال³⁵.



وأيضاً تعاني الأطر الطبية العاملة في القطاعين العام والخاص على حد سواء، من ضعف الأجور والمداخيل مقارنة حتى مع الفئات المهنية الأخرى، وغياب التحفيز وتدهور ظروف العمل والممارسة الطبية.

ونظراً لأهمية العنصر البشري في تعزيز العرض الصحي، فإن تقرير النموذج التنموي الجديد يقترح زيادة تغطية العاملين في قطاع الصحة بنسبة 5,4 لكل 1.000 نسمة بحلول 2035، مقابل 2 لكل 1.000 نسمة حالياً، الأمر الذي يستدعي تكوين 3.600 طبيب و7.100 ممرض سنوياً في المتوسط³⁶.

الفقرة الثانية: وضعية البنيات الاستشفائية.

يحتل المغرب مراتب متأخرة مقارنة مع دول شمال إفريقيا فيما يتعلق بعدد الأسرة المتوفرة في المستشفيات العامة، فلا تتجاوز نسبته 11 سريراً لكل 10.000 نسمة، مقابل 19 سريراً في الجزائر، و22 في تونس. ويعود ذلك في الدرجة الأولى إلى الظروف المزرية التي تعاني منها غالبية المستشفيات، إذ تفتقر إلى المعدات والأجهزة الطبية التي تضمن علاجات بجودة عالية، ويبلغ معدل إشغال أسرة المستشفيات العمومية 62%، ومتوسط معدل الإقامة 4 يوم. وأيضاً لا تتجاوز معدل العمليات الجراحية لكل طبيب جراح 166 عملية سنوياً، بمعدل أقل من عملية جراحية واحدة في يوم عمل لكل طبيب جراح بالقطاع العام. وأما معدل الاستشارات التخصصية لكل طبيب إخصائي فيبلغ 789 استشارة سنوياً، بمعدل ثلاث استشارات ونصف كل يوم عمل لكل طبيب اختصاصي بالمغرب³⁷.

وهناك أيضاً الاشكالات المرتبط إما بضعف، أو بسوء استخدام الموارد البشرية بسبب مشاكل التدبير، يجعل جزء من الموارد البشرية والبنيات والتجهيزات في حالة عطالة، بينما جزء آخر تحت الضغط.

ويضاف إلى ذلك التفاوت غير العادل - بين الطبقات الاجتماعية وبين المناطق الجغرافية للبلد- في الوصول إلى الخدمات الصحية بشكلٍ منصف وجودة عالية. إذ يصعب على سكان المدن والأرياف البعيدة عن المدن الكبرى الحصول على العلاجات الضرورية من دون الذهاب إلى هذه المدن حيث تتمركز المستشفيات الرئيسية، خصوصاً التابعة للقطاع الخاص، الذي نما وتطور بشكل سريع خلال العقد الأخير، فأصبح القطاع العام غير قادر على مواجهة الطلب المتزايد للسكان، خصوصاً ذوي المداخيل المحدودة وسكان الأرياف، الذين لا يحصلون على تغطية صحية كفيلاً بتوفير العلاجات الأساسية والضرورية³⁸.

ولابد أيضاً الإشارة إلى ضعف التمويل الحكومي لقطاع الصحة، حيث أن الميزانية العامة لوزارة الصحة لا زالت تتراوح بين 6% و7% من الميزانية العامة عوض 12% الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية³⁹، أو مقارنة مع دول أخرى (10.7% في الجزائر، أو 12.4% في الأردن أو 13.6% في تونس..)، كما أن الإنفاق الصحي يبقى أقل من 6% من الناتج المحلي الإجمالي، وهو أقل من المعدل العالمي الذي يبلغ 10% وبالإضافة إلى هذا المستوى المنخفض من الإيرادات، يتم تمويل النفقات الصحية أساساً من طرف الأسر بنسبة 63,3% منها 50,7% في المائة بشكل مباشر، و24,4% من الموارد الضريبية، و22,4% من اشتراكات الضمان الاجتماعي⁴⁰.

ولعل أبرز مظاهر هشاشة المنظومة الصحية في المغرب، كون الأسر المغربية تتحمل العبء الثقيل للنفقات العلاجات الصحية، إذ تساهم بما يزيد على نسبة 50.7% في تمويل المنظومة الصحية⁴¹، وهي نسبة كبيرة جداً إذا قورنت بنسبة 18% في بلدان منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، وتشكل مساهمات الأسر المرتفعة في تمويل النفقات الصحية عائقاً أمام الحق في الصحة والعلاج. ويبلغ إجمالي الإنفاق على الصحة للفرد 161 دولار، بينما يبلغ 471 دولاراً في المتوسط بالنسبة للبلدان ذات الدخل المتوسط الأعلى، أو بلدان مثل الأردن (250 دولار) أو تونس، (340 دولار)⁴².



ولذلك فإن منظمة التجارة والتعاون الاقتصادي OCDE، تقدر أنه يفترض من المغرب أن يرفع في أفق سنة 2030، مستوى الإنفاق الصحي بمقدار 2.5 نقطة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، ليلعب 8.2% من الناتج المحلي الإجمالي، أو 107 مليار درهم بما في ذلك 77 مليار درهم من الميزانية العامة، من خلال العمل على توسيع التغطية الصحية وتعزيز المساهمات، والمداخيل الجبائية. سيوفر تعميم التغطية الصحية مداخيل جديدة لتمويل المنظومة الصحية في القطاعين العام والخاص. لذلك فمن شأن تأهيل المستشفيات العمومية وتحسين خدماتها أن يساهم في استقطابها لمزيد من التمويل من طرف التأمين الإجباري عن المرض⁴³.

وتكشف المعطيات أن الأسر المغربية غير راضية على جودة الخدمات الصحية حيث سجل مؤشر الثقة الذي أعدته المندوبية السامية للتخطيط، أن 60.8 في المائة من الأسر تسجل تدهورا في جودة الخدمات الصحية سنة 2022 مقابل 12.6 في المائة فقط يسجلون تحسنا في جودتها. وما زال المواطنون يواجهون عدة أوجه قصور تعتري منظومة الصحة العمومية، تتمثل في وجود اختلال واضح بين الطلب المتزايد على حجم ونوعية الرعاية الصحية من جهة، وعدم كفاية عرض الخدمات الصحية الذي يتسم بجودة متوسطة أو حتى متواضعة في بعض الحالات من جهة أخرى⁴⁴.

لا بد من الإشارة إلى أن الحكومة بدأت العمل على تنزيل مجموعة من السياسات والبرامج، وإصدار مجموعة من القوانين الرامية إلى إصلاح منظومة الصحة بالبلاد، وأيضا العمل على تأهيل وتوسيع العرض الصحي الوطني، وتأمين الموارد البشرية، والعمل على رقمنة هذه المنظومة، وأيضا تطوير القدرة على إنتاج الأدوية واللقاحات والمستلزمات الطبية الأساسية.

كذلك تم الرفع من ميزانية قطاع الصحة والحماية الاجتماعية سنة 2023، لتبلغ 28.13 مليار درهم، وهو ارتفاع يقدر ب 19 في المائة مقارنة بسنة 2022.

ويتضح من خلال هذا المشروع على المستوى النظري، على أنه مشروع طموح يمكن من خلاله تجاوز عدد من الإكراهات والتحديات التي تواجه المنظومة الصحية، إلا أن هذا الإصلاح يجب تنزيله بشكل صحيح وكما هو مخطط له، وتعزيز آليات الرقابة والحكامة الجيدة، بتظافر الجهود والتنسيق وإشراك كافة المتدخلين، وأن يرتبط أشد الارتباط بتحقيق العدالة بين جميع المواطنين.

الفرع الأول: التحديات السكانية والتدبيرية.

تواجه عملية تعميم الحماية الاجتماعية تحديات على مستوى السكاني، تتجلى في التغيرات التي تعرفها البنية السكانية بالمغرب، إذ تشهد معدلات البطالة ارتفاعا من جهة، ومن جهة أخرى يشهد هرم الأعمار بالمغرب تحولا بتزايد نسبة الشيخوخة.

وعلى صعيد التدبير فإنه من الملحوظ غياب العدالة المحلية بين جهات وأقاليم المغرب، هذا ما يقوض مبدأ المساواة في الولوج إلى المؤسسات الاستشفائية وأنظمة الرعاية الاجتماعية وعدم استفادة عدد من المواطنين من خدماتها.

ستتطرق من خلال هذا المطلب إلى التحديات السكانية (الفقرة الأولى)، وإلى التحديات المرتبطة بالجانب التدبيري (الفقرة الثانية).

الفقرة الأولى: التحديات السكانية.

عرف المغرب في السنوات الأخيرة تغيرات على مستوى البنية السكانية التي تتسم بارتفاع في نسبة كبار السن، وذلك يطرح تحديا حقيقيا للدول، يتمثل في إمكانية تلبية الحاجيات المرتبطة بمرحلة الشيخوخة، وأيضا سجل المغرب ارتفاعا كبيرا في معدلات البطالة خصوصا بين الشباب، مما قد يعرقل عملية تعميم الحماية الاجتماعية.



لذلك، سنسلط الضوء من خلال هذا الفرع الى التحديات السكانية التي يعرفها المجتمع المغربي المتمثلة في ارتفاع نسبة البطالة (أولاً)، وتزايد في نسبة الشيخوخة (ثانياً).

أولاً: معدل البطالة المرتفع.

إن المدخل الرئيسي لتحقيق الدولة الاجتماعية الحقيقية يتطلب توفير صحّة جيدة وتعليماً جيداً وسكناً لائقاً، وفي الأساس عمل قار يضمن الكرامة والحد الأدنى من الأجر، لمواجهة عوائد الزمن. ولا شك أن واحداً من التحديات التي ستواجه منظومة الحماية الاجتماعية هو قلة فرص العمل، وما تولّده من عددٍ كبيرٍ من العاطلين أو شبه العاطلين عن العمل، والعاملين في اقتصاد الظل، والقطاع غير المهيكّل. فلم تتوفر لدى الحكومات المتعاقبة الجدارة الكافية لابتكار الحلول لتوفير العمل لملايين العاطلين الموجودين على الهامش عبر سنوات طويلة.

ويكفي أن نذكر أن الاقتصاد الوطني عرف ما بين الفصل الثالث من سنة 2022 ونفس الفصل من سنة 2023، فقدان 297.000 منصب شغل، وذلك بفقدان 29.000 منصب بالوسط الحضري، و 269.000 بالوسط القروي.

وهكذا، عرف معدل البطالة ارتفاعاً، حيث انتقل من 11,4% إلى 13,5% على المستوى الوطني، من 15% إلى 17% بالوسط الحضري، ومن 5,2% إلى 7% بالوسط القروي. ويظل هذا المعدل مرتفعاً بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 سنة، بنسبة 38,2%، والنساء 19,8% والأشخاص الحاصلين على شهادة 19,8%.

وهناك تراجع في معدل الشغل على المستوى الوطني حيث انتقل من 39% إلى 37,4% (1,6- نقطة). إذ عرف هذا المعدل انخفاضاً ب 2,9 نقطة بالوسط القروي (من 45,5% إلى 42,6%) وب 0,9 نقطة بالوسط الحضري (من 35,7% إلى 34,8%). كما كان الانخفاض في هذا المعدل أكثر حدة في صفوف الرجال (2,2 نقطة)، من 62,9% إلى 60,7%، مقارنة بانخفاضه في صفوف النساء (1,1 نقطة)، من 15,9% إلى 14,8%.⁴⁵

وتعد هذه الأرقام الأخيرة كبيرة جداً، ربما يشكّل تحدياً واختباراً لمنظومة الحماية الاجتماعية بالنظر إلى أن العاطلين لا يحصلون على دخلٍ قارٍ يمكنهم من الوصول إلى الخدمات الصحية بالجودة الكافية، التي ستضمن لهم حقهم في الحد الأدنى من العلاجات الطبية، والحصول على حدّ أدنى من المدخول والانخراط في نظام المعاشات لمواجهة مخاطر الشيخوخة لاحقاً.

ثانياً: تزايد نسبة الشيخوخة.

مع نهاية العقد الثاني من الألفية الجديدة، يوشك المغرب، على غرار عدة دول، على إنهاء انتقاله الديمغرافي بفضل تحسن أمد حياة سكانه بالإضافة إلى انخفاض معدل الخصوبة. وينعكس هذا التطور في زيادة عدد الأشخاص المسنين، فقد وصل عدد البالغين 60 سنة فأكثر، سنة 2021، إلى ما يقرب من 4,3 مليون نسمة، وهو ما يمثل 11,7% من مجموع السكان، مقابل 2,4 مليون نسمة سنة 2004 أي ما يمثل 8% من مجموع ساكنة المغرب.

وحسب الإسقاطات الديمغرافية، المنجزة من طرف المندوبية السامية للتخطيط سيصل عدد الأشخاص المسنين ما يزيد بقليل عن 6 ملايين نسمة في أفق سنة 2030، وهو ما يشكل زيادة بنسبة 42% مقارنة بسنة 2021، وسوف تمثل هذه الفئة 15,4% من مجموع السكان. إذا كان حالياً أكثر من نصف الأشخاص المسنين (51%) من النساء، فإن حصتهم ستصل إلى 52,2% في 2030، بسبب الزيادة المتسارعة في متوسط العمر المتوقع عند الولادة بين النساء⁴⁶.



إذ من بين التحديات الكبيرة التي يجب معالجتها بجدية وبروح تضامنية، ويجب أن توظف جميع السياسات العمومية للدولة الاجتماعية، التحدي المرتبط بتزايد نسبة الشيخوخة في الهرم السكاني المغربي. ومن المعلوم أن فترة الشيخوخة ترتبط بالأمراض المزمنة، ما يزيد من الطلب على الرعاية الصحية والمزيد من نفقات التأمين الإجباري عن المرض، مع ما يصاحب ذلك من تأثير سلبي على استدامة أنظمة الحماية الاجتماعية، خصوصاً صناديق التقاعد والتغطية الصحية، ما سيؤدي بالضرورة إلى تحمّل الأجيال المقبلة ارتفاع العبء المالي لأنظمة التقاعد.

ومن أهم العقبات التي سيواجهها المسنون الفقراء، وذوو الدخل المحدود، أن المعاشات أو المساعدات الاجتماعية التي سيتسلمونها بعد وضع آليات الاستهداف، لن تكفيهم لمواجهة تكاليف الحياة، لا سيما كلفة علاجات الأمراض المزمنة باهظة الثمن، إذ سيتحملون ما يزيد عن 50% أو أكثر من النفقات من ميزانياتهم الخاصة، على الرغم من الاشتراكات الشهرية التي يدفعونها، لأن الاشتراكات والمعاشات لا تُعدّل وفقاً لمعدّل التضخم المالي في البلاد⁴⁷.

الفقرة الثاني: التفاوتات الجغرافية.

ومن بين التحديات الأبرز التي تواجه تعميم الحماية الاجتماعية، هي غياب العدالة الجغرافية بين جهات ومناطق المغرب، بسبب التوزيع غير المتكافئ للمنشآت الطبية، ومعها الأطر العاملة على التراب الوطني، والغياب شبه التام للمستشفيات ومؤسسات الرعاية الاجتماعية في عدد كبير من المناطق النائية والبعيدة عن المركز.

أفضى التوزيع اللامتكافئ للموارد والبرامج والاستثمارات العمومية إلى اتساع الهوة التنموية بين المجالات الترابية، وهو ما كرس "تمييزاً سلبياً" بين الجهات والمناطق، وتسجل بعض الجهات مؤشرات اقتصادية واجتماعية تفوق المعدل الوطني، فيما تظلّ الأخرى ضمن دائرة "المغرب غير النافع". وبالرغم من تعدد البرامج المخصصة لعبور "الفجوات الجغرافية" فإنها ما فتئت تتسع أمام تفاقم التفاوتات الصارخة بين العواصم الجهوية والمدن الصغرى، فضلاً عن اتساع الشرخ بين العالم الحضري الذي يستحوذ على القسط الأوفر من مشاريع الاستثمار والتأهيل، والعالم القروي الذي لا تزال العديد من نطاقاته تعاني أو مجها متعددة من الخصائص الاقتصادية والاجتماعية⁴⁸.

ومن شأن ذلك أن يترك الآلاف من سكان هذه المناطق خارج التغطية الصحية، وقد لا يفيدهم في شيء تعميم التغطية الصحية، ما داموا غير قادرين على التنقل بعيداً للبحث عن هذه العلاجات. ومعظم المستشفيات الكبرى والمصحات الخاصة، ونصف عدد الأطباء في المغرب متركزون في المدن الكبرى، لا سيما في محور "الجديدة - الدار البيضاء - الرباط - القنيطرة"، كما أن ثلثي المهنيين الصحيين يتمركزون في أربع جهات من المملكة، في حين يتوزع الثلث الباقي على ثماني جهات أخرى (يضم المغرب 12 جهة، وكل جهة تضم محافظات وأقاليم)⁴⁹.

وتشكل مسألة الفوارق الجغرافية في المغرب في الوقت الحالي تحدياً كبيراً، اعتباراً للتحويلات الكبرى التي عرفها المجتمع في السنوات الأخيرة، وذلك بالنظر إلى تنامي رفض الفوارق ووعي المواطنين المتزايد بحقوقهم وتعبيرهم أكثر فأكثر عن عدم رضاهم مقارنة مع حاجياتهم وانتظاراتهم.

في السياق نفسه، يتلقى المواطنون بالجهات الغنية خدمات أفضل، وفرص شغل أوفر، بالإضافة إلى أنها تحظى باهتمام أكبر من قبل مؤسسات الدولة، في حين تبقى الجهات الأقل حظاً، تعاني من الإهمال من حيث خدمات الدولة، وتبقى محصورة في دائرة التهميش، ويزداد هذا التفاوت اتساعاً على مستوى التنمية بين المدن والقرى، ليصل الأمر في القرى إلى درجة الحرمان من بعض الخدمات الأساسية كالصحة والماء الصالح للشرب وخدمات التعليم والكهرباء وتعبيد الطرق لفك العزلة عن المناطق النائية خصوصاً في الجبال.



وهذا ما كشفه زلزال الحوز، الذي ضرب عدة أقاليم بالمملكة يوم الثامن شتنبر وخلف آلاف الضحية (بين قتلى وجرحى)، من شساعة الفوارق المجالية والاجتماعية بين سكان المداشر والجبال وسكان الحواضر الكبرى، وأعاد إلى الواجهة قضية “المغرب النافع والمغرب غير النافع”، كما وضع برنامج تقليص الفوارق الاجتماعية والمجالية بالوسط القروي وتنزيله على المحك.

الزلزال الذي ضرب عدة مدن بالمملكة وكانت بؤرته بالحوز، شرد آلاف الأسر كاشفا عن هشاشة البنية التحتية بالعديد من المناطق القروية، حيث وجدت السلطات والجمعيات الخيرية صعوبة في الوصول إلى عدد من المداشر بسبب وعورة الطرق والمسالك وتدهورها، كما اضطرت إلى الاستعانة بمولدات كهربائية وألواح الطاقة الشمسية في ظل عدم ربط عدد من الدواوير بشبكة الكهرباء، كما كشفت الفاجعة عن الخصاص الكبير في المؤسسات الصحية وغياب شبكة الماء الصالح للشرب.

وتعتبر مكافحة الفقر وتقليص الفوارق الاجتماعية والمجالية أمر ضروري وأساسي للحفاظ على التماسك الاجتماعي والاستقرار السياسي اللازمين لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وإنجاح تعميم الحماية الاجتماعية على جميع المواطنين.



خاتمة

إن تنزيل القانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية، يشكل منعطفًا حاسمًا في مسار تحقيق التنمية المتوازنة والعدالة الاجتماعية والمجالية، مما سينعكس على الوضع المعاش للسكان المغربية وسيساهم في تحسين أوضاع الفئات الهشة، وضع كهذا يحتم توظيف مداخل متعددة للتقليل من حجم الخصاص الاجتماعي وتأمين شبكة حماية للفئات الأكثر تهميشًا، ضمن رؤية تنشُد تحقيق التوازن بين النمو الاقتصادي والتنمية الاجتماعية مع إعادة الاعتبار لدور الدولة واستعادتها لوظيفتها الاجتماعية وقدرتها على التدخل لتقويم إخفاقات السابق وتحقيق العدالة في توزيع الموارد والأعباء.

وتراهن الحماية الاجتماعية، إلى تحقيق التماسك الاجتماعي؛ حيث يحافظ المجتمع على لحمته ووحدة أنساقه وبناءه، وتنتفي فيه كل مظاهر الاضطراب الاجتماعي واختلال التوازن الاقتصادي. وإلى محاربة كل أشكال التفاوت الاقتصادي وكل مظاهر الطبقية، لذلك يعتبر العدل الاجتماعي مطلبها السامي، بما يعني ذلك تكافؤ الفرص والتوزيع العادل للثروات والتدبير الأمثل للخيرات، والحد من كل ما يؤدي المجتمع ومحيطه على حد سواء.

وتحقيق التنمية المستدامة، باعتبارها كاختيار مجتمعي يحمي توازن المجتمع من الاختلالات الاجتماعية والاقتصادية التي تهدد منظومته، فالحماية الاجتماعية ليست حكرًا على أجيال الحاضر، بل هي أرضية ومشروع كوني يتطلع إلى خدمة الإنسانية حاضرا ومستقبلا.

ولذلك، يجب تجاوز التحديات التي تعرقل عملية تعميم الحماية الاجتماعية، المتمثلة بالأساس في إصلاح أنظمة الحماية الاجتماعية وإصلاح المنظومة الصحية، والعمل على توفير الموارد المالية الكافية التي تضمن ديمومة واستمرارية هذا الورش. ومن شأن ذلك أن يؤسس لسياق سياسي متحرر ينشغل باهتمامات المواطنين وحقوقهم الاجتماعية، حيث تسخر الدولة مواردها لصالح خدمة قضاياها الاجتماعية.

إجمالًا يمكن القول إن الحماية الاجتماعية أكبر من مجرد حق أو سياسة عابرة أو برنامج تنموي، بل هي تحدي مجتمعي كبير يستوجب تضافر جهود جميع مكونات المجتمع، ويستدعي مقاربة تصورية شاملة توظف الحماية الاجتماعية في أبعادها المختلفة وتضعها في سياقاتها المتعددة.

الهوامش:

- 1 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، فبراير 2022، ص: 62.
- 2 - مرسوم رقم 2.23.690، صادر بتاريخ فاتح جمادى الآخرة 1445، (15 ديسمبر 2023)، بتطبيق القانون رقم 60.22 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزالون أي نشاط مأجور أو غير مأجور، صادر ب ج ر عدد 7258، بتاريخ 7 جمادى الآخرة 1445، (21 ديسمبر 2023)، ص: 11290.
- 3 - مرسوم رقم 2.23.690، صادر بتاريخ فاتح جمادى الآخرة 1445، (15 ديسمبر 2023)، بتطبيق القانون رقم 60.22 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزالون أي نشاط مأجور أو غير مأجور، مرجع سابق.
- 4 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 61.
- 5 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 63.
- 6 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مبادرة الإصلاح العربي، سبتمبر 2023، ص: 5.
- 7 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 62.
- 8 - التقرير السنوي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، لسنة 2022، ص 43.
- 9 - تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مجلس النواب، دورة أبريل 2021، ص: 104.



- * - الدواء الجنيس او البديل هو دواء معادل للدواء الاصلي (المستحضر المرجعي)، الذي يتمتع بالحماية التي تمنحها براءة الاختراع.
- 11 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تتغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مرجع سابق، ص: 5.
- 12 - تقرير صادر عن أشغال الدورة 25 لمجلس إداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي، مرجع سابق.
- 13 - تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مجلس النواب، مرجع سابق، ص: 105.
- 14 - فوزية الكوزماري، الدواء الجنيس في ذل التأمين الإجباري عن المرض، مجلة الأبحاث والدراسات القانونية، عدد خاص عن: القضاء الاجتماعي بين مستجدات الواقع وامكانات التطبيق، العدد السادس، نونبر - دجنبر 2015، ص: 25.
- 15 - فوزية الكوزماري، الدواء الجنيس في ذل التأمين الإجباري عن المرض، مرجع سابق، ص: 25.
- 16 - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تحت عنوان "الحماية الاجتماعية بالمغرب واقع الحال والحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، مرجع سابق، ص: 72.
- 17 - جواب رئيس الحكومة عن السؤال المحوري "وضعية المتقاعد ومكانته في السياسات العمومية" مجلس المستشارين بتاريخ 9 يوليوز 2019، ص: 2.
- 18 - أحمد نقوب، منعطف تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب، مركز ابن بطوطة للدراسات وأبحاث التنمية المحلية، طنجة، يناير 2024، ص: 69.
- 19 - تقرير المجلس الأعلى للحسابات حول موضوع منظومة التقاعد: التشخيص ومقترحات الاصلاح، يوليوز 2013، ص: 11.
- 20 - تقرير صادر عن مجلس المستشارين، منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب، منشورات مركز الدراسات والبحوث في الشؤون البرلمانية بدعم من مؤسسة كونراد ايدنار، سنة 2020، ص: 14.
- 21 - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تحت عنوان "الحماية الاجتماعية بالمغرب واقع الحال والحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، مرجع سابق، ص: 72.
- 22 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تتغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مرجع سابق، ص: 7.
- 23 - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تحت عنوان "الحماية الاجتماعية بالمغرب واقع الحال والحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية"، مرجع سابق، ص: 73.
- 24 - أحمد نقوب، منعطف تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب، مرجع سابق، ص: 73.
- 25 - لطيفة جبران، أنظمة التقاعد بالمغرب-الواقع وافاق الإصلاح - دراسة معمقة على ضوء اخر المستجدات، دار أبي رقرق للطباعة والنشر، الرباط، الطبعة الأولى، 2020، ص: 154-155.
- * - فليس المقصود بالسواء انظمة التقاعد كونها تمنح تعويضات كبيرة للمتقاعدين، لكن المقصود ان مستوى التعويضات لا يتلاءم مع الاقتطاعات، ويتجلى في ارتفاع نسبة التعويضات بالمقارنة مع نسبة الاقتطاعات.
- 26 - تقرير المجلس الأعلى للحسابات حول موضوع منظومة التقاعد: التشخيص ومقترحات الاصلاح، مرجع سابق، ص: 27.
- 27 - أحمد نقوب، منعطف تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب، مرجع سابق، ص: 78-79.
- 28 - أحمد نقوب، منعطف تعميم الحماية الاجتماعية بالمغرب، مرجع سابق، ص: 81-82.
- 29 - تقرير المجلس الأعلى للحسابات، حول منظومة التقاعد بالمغرب، التشخيص ومقترحات الإصلاح، صادر بتاريخ، يوليو 2013، ص: 16.
- 30 - تقرير مرصد العمل الحكومي، حول صناديق التقاعد في المغرب الواقع والتحديات، بتاريخ ماي 2023، ص: 5.
- 31 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تتغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مرجع سابق، ص: 7.
- 32 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تتغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مرجع سابق، ص: 8.
- 33 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 39.
- 34 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 39-40.
- 35 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تتغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مرجع سابق، ص: 5.
- 36 - تقرير موضوعات حول "الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية"، صادر عن مجلس المستشارين، يوليوز 2022، ص: 56.
- 37 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 36.
- 38 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تتغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مرجع سابق، ص: 5.



- 39 - تقرير موضوعات حول "الأمن الصحي كمدخل لتعزيز مقومات السيادة الوطنية"، مجلس المستشارين، مرجع سابق، ص: 55.
- 40 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 37.
- 41 - تقرير مجموعة العمل الموضوعاتية المكلفة بالمنظومة الصحية، مجلس النواب، مرجع سابق، ص: 171.
- 42 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 37.
- 43 - تقرير حول فعالية الحق في الصحة، مجلس الوطني لحقوق الانسان، مرجع سابق، ص: 38.
- 44 - تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، لسنة 2022، مرجع سابق، ص 44.
- 45 - مذكرة إخبارية للمندوبية السامية للتخطيط حول وضعية سوق الشغل خلال الفصل الثالث من سنة 2023، ص: 1.
- 46 - مذكرة إخبارية للمندوبية السامية للتخطيط بمناسبة اليوم العالمي للأشخاص المسنين، 2022، ص: 1.
- 47 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تتغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مرجع سابق، ص: 8.
- 48 - عبد الرفيع زعنون، تحقيق العدالة المجالية في حاجة إلى نفس جديد، المعهد المغربي لتحليل السياسات، تاريخ الزيارة 2024/06/03، الساعة، 14:30،
<https://mipa.institute/10972?fbclid=IwZXh0bgNhZW0CMTEAAR3e>
- 49 - عثمان مخون، ورش الحماية الاجتماعية: هل تتغلب المغرب على تحديات المطروحة؟، مرجع سابق، ص: 8.