ورش الحماية الاجتماعية وإصلاح المنظومة الصحية بالمغرب: تقدم التنزيل وتحديات الاستدامة

Social Protection and Health System Reforms in Morocco: Implementation Progress and Sustainability Challenges

محمد الشنتوف Mohamed Chentouf

طالب باحث في سلك الدكتوراه القانون العام

تحت إشراف الأستاذ الدكتور عبد الكبير يحيا

أستاذ التعليم العالي

كلية العلوم القانونية والاقتصادية والاجتماعية بطنجة

جامعة عبد المالك السعدي

ملخص:

يهدف هذا المقال إلى دراسة مدى تقدم تنزيل ورش الحماية الاجتماعية وإصلاح المنظومة الصحية بالمغرب، مع إبراز أهم التحديات القانونية والمالية والمؤسساتية المرتبطة به، وذلك في سياق التحولات التي عرفتها السياسات الاجتماعية بالمغرب بعد إطلاق ورش تعميم الحماية الاجتماعية سنة 2020. وقد اعتمدت الدراسة على مقاربة تحليلية تستند إلى النصوص القانونية والتنظيمية، والتقارير الرسمية الصادرة عن المؤسسات الدستورية والقطاعات الحكومية المعنية.

وتناولت الدراسة، في شقها الأول، مظاهر تطور تنزيل ورش الحماية الاجتماعية، سواء على المستوى القانوني من خلال إصدار القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية والنصوص التنظيمية المرتبطة به، أو على المستوى المؤسساتي عبر إحداث آليات الحكامة والسجل الاجتماعي الموحد وتوسيع التغطية الصحية الإجبارية والدعم الاجتماعي المباشر. كما عالجت الدراسة إصلاح المنظومة الصحية باعتباره ركيزة أساسية لإنجاح التغطية الاجتماعية الشاملة.

أما الشق الثاني، فقد ركز على آليات تمويل برامج الحماية الاجتماعية والتحديات التي تواجه استدامة الإصلاح، خاصة ما يتعلق بارتفاع الكلفة المالية، واتساع القطاع غير المهيكل، وصعوبات تعميم التغطية الفعلية، وضعف الموارد البشرية الصحية، إضافة إلى إشكالات الحكامة والتقائية الأنظمة الاجتماعية.

وخلصت الدراسة إلى أن المغرب حقق تقدمًا ملموسًا في تنزيل ورش الحماية الاجتماعية خلال السنوات الأخيرة، غير أن تحقيق الفعالية والاستدامة يظل رهينًا بتعزيز الحكامة، وتحسين جودة الخدمات الصحية، وضمان استدامة التمويل وتوسيع قاعدة المنخرطين.

الكلمات المفتاحية: الحماية الاجتماعية؛ الدولة الاجتماعية؛ التغطية الصحية؛ إصلاح المنظومة الصحية؛ الحكامة؛ الدعم الاجتماعي المباشر؛ التمويل الاجتماعي؛ المغرب.

Abstract

This article aims to examine the progress of the implementation of the social protection and the health system reform in Morocco, while highlighting the main legal, financial, and institutional challenges associated with this project. The study is conducted within the context of the transformations experienced by Moroccan social policies following the launch of the generalized social protection reform in 2020.

The study adopts an analytical approach based on legal and regulatory texts, as well as official reports issued by constitutional institutions and relevant governmental sectors.

In its first part, the study analyzes the progress achieved in implementing the social protection reform, both at the legal level through the adoption of Framework Law No. 09.21 relating to social protection and its related regulatory texts, and at the institutional level through the establishment of governance mechanisms, the Unified Social Register, the expansion of compulsory health insurance coverage, and direct social support programs. The study also addresses the reform of the health system as a fundamental pillar for the success of universal social coverage.

The second part focuses on the financing mechanisms of social protection programs and the challenges facing the sustainability of the reform, particularly the increasing financial costs, the expansion of the informal sector, the difficulties of ensuring effective universal coverage, the shortage of healthcare human resources, as well as governance issues and the lack of coordination among social protection schemes.

The study concludes that Morocco has made significant progress in implementing the social protection reform in recent years. However, achieving effectiveness and sustainability remains dependent on strengthening governance,

improving the quality of healthcare services, ensuring sustainable financing, and expanding the base of beneficiaries and contributors.

Keywords: Social Protection; Welfare State; Health System Reform; Governance; Direct Social Support; Social Financing; Universal Health Coverage; Morocco

مقدمة:

مما لا شك فيه، أن وجود الحماية الاجتماعية يمكن اعتباره أحد أهم الإنجازات التي تحققت في القرن العشرين،[1] ولعل أبرز اللبنات الأولى الرائدة في ذلك؛ نموذج **بيسمارك** بألمانيا و تقرير **بيفريدج** في بريطانيا.

ذلك أن أنظمة الحماية الاجتماعية تمكن المجتمعات من تعزيز رفاهة وأمن مواطنيها من خلال حمايتهم من الضعف والحرمان حتى يتمكنوا من السعي إلى حياة كريمة.[2] وهو ما عملت المواثيق والمؤسسات الدولية على تكريسه وخاصة منظمة العمل الدولية منذ إحداثها، بحيث أصبح توفير الحماية الاجتماعية حقا من حقوق الإنسان يجب إعماله من أجل القضاء على الفقر أو الحد منه في جميع بلدان العالم.

والمغرب بعد تراكم تجارب السياسة الاجتماعية وبرامجها والتي اتسمت بالتجزيئ و التشتت وعدم الإنسجام،[3] ووعيا منه بالتزاماته الدولية المتمثلة على وجه الخصوص في أهداف التنمية المستدامة 2030، أطلق رئيس الدولة الملك مُحَمَّد السادس ورش تعميم الحماية الاجتماعية سنة 2020،[4] وحدد معالمه ومرتكزاته وخطة وآجال تنزيله،[5] وبذلك يعتبر من بين الأوراش الكبرى التي تحدث ثورة اجتماعية على المدى المتوسط والبعيد، والتي ستوفر الحماية لجميع فئات المجتمع وتمكينها من العيش بكرامة وبرفاهية.

وقد بذلت السلطات العمومية مجهودات كبيرة لتنزيل هذا الورش لا سيما بإصدار قانون الإطار للحماية الاجتماعية الصادر في شهر أبريل 2021 الذي يطمح أن يجسد أرضية وطنية شاملة ومندمجة في موضوع الحماية الاجتماعية، علاوة على نصوص قانونية وتنظيمية مختلفة.

وهو ما عملت الحكومة على بلورته كإحدى أولوياتها الملحة، تبعا لبرنامجها الحكومي، وأدرجته في إطار ثلاث محاور عمل أساسية وهي تعميم الحماية الاجتماعية لفائدة الفئات التي لم تكن تستفيد منها، وإخراج السجل الاجتماعي الموحد لتحسين نظم استهداف مستفيدي المساعدات الاجتماعية، وإعادة تأهيل المنظومة الصحية الوطنية.

ويشهد تنزيل هذا الورش تقدما ملموسا، سواء على المستوى القانوني أو المؤسساتي، كما يواجه بعض التحديات التي تهم بالأساس التعميم والتمويل والاستدامة وإصلاح القطاع الصحي العمومي، حيث لازالت شرائح هامة من المواطنين لا تتوفر على تغطية فعلية سواء في مجال الرعاية الصحية أو التقاعد.[6]

---

[1] A. BONILLA GARCIA AND J.V. GRUAT. SOCIAL PROTECTION, A LIFE CYCLE CONTINUUM INVESTMENT FOR SOCIAL JUSTICE, POVERTY REDUCTION AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT. Version 1.0, GENEVA, NOVEMBER 2003. P1.

[2] A. BONILLA GARCIA AND J.V. GRUAT. Ibid, P1.

[3] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي.

[4] وذلك في خطاب جلالته السامي بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة في 9 أكتوبر 2020.

[5] الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر، بتاريخ 11 جمادى الآخرة 1446(13 ديسمبر2024)، ص 9382.

[6] الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر، بتاريخ 11 جمادى الآخرة 1446(13 ديسمبر2024)، ص 9383.

وهو ما عملنا على معالجته ضمن معرض الإجابة على اشكالية مقالتنا –التي تندرج ضمن إطار دراسة مطولة لنا في الموضوع– حول **المدى الذي تم تحقيقه في تنزيل ورش الحماية الاجتماعية بعد مرور خمس سنوات وأبرز التحديات التي تواجهه؟**

وفي ذلك اعتمدنا التقسيم التالي:

المطلب الأول: تطور تنزيل ورش الحماية الاجتماعية بالمغرب

المطلب الثاني: تمويل برامج الحماية الاجتماعية وتحديات الإصلاح

المطلب الأول: تطور تنزيل ورش الحماية الاجتماعية بالمغرب

دعا جلالة الملك، في خطابه للبرلمان يوم 13 أكتوبر 2023، الحكومة لتنزيل ورش إصلاح الحماية الاجتماعية على أساس نظام الاستهداف الخاص بالسجل الاجتماعي الموحد، وأن يستفيد من الفعالية التي توفرها التكنولوجيات الحديثة. وقد تم تعميم السجل الوطني للسكان في مختلف أقاليم المملكة، ثم السجل الاجتماعي الموحد وتفعيلهما خلال شهر دجنبر 2022.

ركزت السلطات العمومية في إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، بالأساس على إرساء آليات التنزيل بصفة عامة، وعلى توسيع التغطية الصحية الإجبارية والدعم الاجتماعي المباشر بصفة خاصة. وأما توسيع الانخراط في أنظمة التقاعد وتعميم التعويض عن فقدان الشغل، فيوجدان في مرحلة التأطير القانوني وقد تم إرساء بعض آليات الحكامة الخاصة بهما.[1]

الفرع الأول: تقدم على المستوى القانوني

بعد صدور القانون الإطار للحماية الاجتماعية، تم التوقيع أمام الملك في 14 أبريل 2021، على ثلاث اتفاقيات إطار من قبل مختلف القطاعات الوزارية المعنية، في إطار تعميم التأمين الإجباري عن المرض ليشمل الفئات؛ غير المستفيدة من المهنيين والعمال المستقلين و الأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا التجار والصناع التقليديون والمهنيون المستقلون الخاضعون لنظام المساهمة المهنية الموحدة ونظام المقاول الذاتي وكذا الفلاحون والصناع التقليديون)، والتي تم تقدير عددها بحوالي 3 ملايين منخرطا رئيسيا.

كما تم تعزيز الترسانة القانونية اللازمة لتأطير منظومة الحماية الاجتماعية بصفة مستمرة، رغم أن بعض النصوص أو التعديلات لازالت في طور الاعتماد.[2]

[1] تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2024، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9383.

[2] أكدت رئاسة الحكومة حرصها على تسريع وتيرة الإعداد والمصادقة على المنصوص القانونية ذات الصلة، وذكرت في هذا الإطار بمجموعة من القوانين والمراسيم التطبيقية التي تمت المصادقة عليها فيما يخص تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتحسين منظومة الاستهداف وإصلاح المنظومة الصحية. تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2024، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9383.

ويتميز نظام الحماية الاجتماعية في المغرب بتعدد المتدخلين والمؤسسات التدبيرية بالإضافة إلى تنوع النصوص القانونية والتنظيمية.

لقد تم تحديد إطار زمني لتنزيل ورش الحماية الاجتماعية، بحيث جاء في ديباجته "سيتم تنزيل هذا الإصلاح داخل أجل خمس سنوات".[1]

الفقرة الأولى: تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والتعويضات العائلية

يمكن إجمال التقدم المحرز في تنزيل ورش الحماية الاجتماعية على المستوى القانوني انطلاق من المرتكزات والمحاور التي قام عليها الإصلاح والتي جاء بها القانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية وهي :

أولا : تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض:

لقد تم تحديد أجل سنتين من سنة 2021 إلى سنة 2022، بموجب القانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية[2] بحيث أصبح التسجيل في نظام للتأمين عن المرض حقا وواجبا، في الآن ذاته لمجموع المواطنات والمواطنين المغاربة.[3] كما تم إصدار مختلف القوانين والمراسيم المتعلقة بتوسيع التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة مطردة.

وحسب تقرير صدر عن المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي خلال شهر يناير من سنة 2025 "فإن عدد المسجلين في نظام للتأمين عن المرض بالمغرب بلغ نهاية شتنبر 2024 أزيد من 31.8 مليون شخص، أي بنسبة 86.48 في المائة[4] من مجموع ساكنة المملكة البالغ 36.8 مليون نسمة."[5]

إلا أنه يتبين من خلال استعراض معايير تدبير مختلف أنظمة التأمين عن المرض، أن ما يناهز 11 في المائة من الأشخاص المسجلين يوجدون في ما يسمى بوضعية "الحقوق المغلقة".[6]

---

[1] جاء في الخطاب الملكي " لذا، نعتبر أن الوقت قد حان، لإطلاق عملية حازمة، لتعميم التغطية الاجتماعية لجميع المغاربة، خلال الخمس المقبلة.".

[2] المادة 17 وديباجة القانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[3] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية، تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها، الجريدة الرسمية عدد 7370، بتاريخ 15 رجب 1446(16 يناير 2025)، ص 314.

[4] كان المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي قد سجل في تقريره حول الحماية الاجتماعية لسنة 2018، أنه مع نهاية سنة 2016، كانت نسبة السكان المغاربة المشمولين بالتغطية الصحية، باحتساب كل أنظمة التأمين عن المرض، في حدود 54.6 في المائة من مجموع الساكنة. وحسب مذكرة امنت بها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي المجلس بتاريخ 8 أكتوبر 2024، فإن نسبة المؤمنين وصلت إلى 88 في المائة من مجموع السكان (رقم "مؤقت" في إطار المصادقة عليه من لدن المجلس الإداري للوكالة). رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية، تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها، نفس المرجع أعلاه، ص 320.

[5] RCPH 2024, le Maroc vers une transition demograhpique acceleree, haut commissariat au plan.

[6] **هم أشخاص مسجلون في النظام لكنهم لا يلجون بعد خدماته نتيجة عدم كفاية مدة التصريح بهم أو عدم أداء واجبات الاشتراك سواء بإرادتهم أو بسبب ظروف خارجة عن إرداتهم، وتبلغ نسبة الأشخاص الموجودين في وضعية "الحقوق المغلقة" أزيد من 11 في المائة من إجمالي المسجلين بالتأمين عن المرض، أي ما** يعادل أكثر من 3.56 مليون شخص. كما يشكلون **24.55 في المائة من مجموع الأشخاص وذوي حقوقهم المسجلين في أنظمة التأمين عن المرض بالقطاع**

ولمواجهة هذه الصعوبات اتخذت السلطات العمومية تدابير تحفيزية وأخرى ملزمة بحيث قررت من جهة إلغاء الديون المستحقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة العمال غير الأجراء، وذلك بموجب القانون رقم 41.23 الصادر بتاريخ 4 دجنبر 2023. ومن جهة أخرى، عملت على ربط الاستفادة من الدعم أو الإعانة العمومية بالتسجيل في نظام التأمين عن المرض بالنسبة للمستفيدين من أمو – الشامل) 2 وتسوية وضعية أداء واجبات الاشتراك المستحقة.[1]

ورغم أن هدف تعميم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في أفق 2022 لفائدة 22 مليون مستفيد إضافي لا يزال قيد التحقيق، إلا أن هذه المرحلة عرفت تطورا مهما تمثل في تسجيل حوالي 14.6 مليون شخص جديد في منظومة التأمين منهم حوالي 11 مليونا تم تحويلهم من نظام المساعدة الطبية "راميد" السابق نحو نظام أمو – تضامن).

في المقابل، يلاحظ أن عملية تسجيل فئات المهنيين والعمال المستقلين، والأشخاص غير الأجراء الذين يمارسون نشاطاً خاصا في نظام التأمين عن المرض الخاصة بهم، والمسمى اختصارا أمو – العمال غير الأجراء، تكتسي طابعا معقدا. وقد كان من المقرر أن يغطي هذا النظام حوالي 11 مليون من النشيطين ضمن هذه الفئة. هذا، وإذا كان عدد الأشخاص المسجلين في هذا النظام، كما تم إحصاؤهم[2] حتى بداية أكتوبر 2024 ، قد بلغ أزيد من 3.5 مليون شخص (المؤمنون وذوو الحقوق)، فإن ثلثي هذا العدد يوجد في وضعية الحقوق المغلقة" أي 2.3 مليون شخص). وقد نص القانون 09.21 بالنسبة لهذه الفئة المتسمة باختلافها على مستوى الوضعية والدخل وطبيعة النشاط والتنظيم والتمثيلية على أن يشمل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض كل الفئات المعنية، واعتماد الآليات اللازمة لهذا الغرض، لاسيما تبسيط مساطر أداء وتحصيل الاشتراكات المتعلقة بهذا التأمين.[3]

من شأن التأمين الإجباري عن المرض المساهمة في الأمن المالي للأفراد إزاء أعباء المصاريف الصحية، وكذا التحسين الملموس للوضعية الصحية الوطنية، نظرا لتحقيقه لثلاثة شروط متكاملة (1) التسجيل الكامل الجميع السكان في منظومة التأمين عن المرض (2) الولوج الشامل إلى جميع الخدمات الطبية الأساسية سواء الوقائية أو العلاجية (3) تقليص نسبة النفقات المباشرة التي تظل على عاتق المؤمنين وتحمل تكاليف الرعاية الصحية للأشخاص المعوزين في إطار التضامن الوطني.

الخاص والتي يشرف على تدبيرها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (الأجراء، العمال غير الأجراء، والأشخاص المسجلون في نظام التأمين "أمو – الشامل"). رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، نفس المرجع أعلاه، ص 317.

[1] وهناك 220.000 مؤمن لدى الأنظمة التي يديرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، أي ما يعادل 6.03 في المائة من مجموع المستفيدين من هذه الأنظمة، معنيون أيضا بوضعية الحقوق المغلقة. ويعود السبب في ذلك غالبا إلى تغيير في الوضعية المهنية للمعني بالأمر. ويعكس هذا الوضع عدم التقائية مختلف الأنظمة وغياب آلية تسمح بشطب أو نقل المعلومات الخاصة بالأشخاص الذين يتحولون من فئة سوسيو مهنية إلى أخرى. رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، نفس المرجع أعلاه، ص 334.

[2] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، المرجع أعلاه، ص 320.

[3] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية، تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها، مرجع سابق، ص 321.

في هذه المرحلة الأولى، يتشكل التأمين الإجباري عن المرض بالمغرب من مجموعة من أنظمة التغطية الصحية المتجاورة، تم تصميمها على أساس معايير سوسيو مهنية، وتقوم على خصائص ومعايير متباينة على مستوى شروط الانخراط، ومدة التدريب السابقة لفتح الحقوق، ونسبة الاشتراك، ومستويات التغطية وسلة العلاجات، ونطاق تطبيق صيغة الثالث المؤدي، والتكفل، واستمرارية الحقوق في حالة الأمراض طويلة الأمد والمكلفة، والتي يترتب عنها عجز، والمساطر والكيفيات الإدارية للتسجيل، إلخ .

في الوقت الراهن، ورغم طابعه الإلزامي، إلا أن التأمين عن المرض لم يعمم بعد بشكل كامل ولا زال تنزيله على نطاق واسع يواجه صعوبات ناجمة عن إكراهات تقنية وإدارية، واجتماعية وأخرى متعلقة بالحكامة.[1]

على خلاف المنظومة المزدوجة للتغطية الصحية التي أحدثها القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض والتي تضم من جهة نظاما للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض موجها للنشيطين والمتقاعدين القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، ومن جهة أخرى نظاما للمساعدة الطبية (راميد)، لفائدة [2] السكان المعوزين"، فإن المنظومة التي نص عليها القانون الإطار 09.21 المنشور في 5 أبريل 2021 تقوم حصريا على منطق التأمين. ويرتكز هذا النظام، حسب المادة 11 من هذا القانون على اليتين :

(1) آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على المساهمة في تمويل هذه الحماية الاجتماعية و (2) آلية قائمة على التضامن لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، يحمل اسم (أمو تضامن)،[3] وهو نظام تأمين تموله الدولة.[4] ويتم تحديد الأهلية للاستفادة منه بناء على مستوى التنقيط الممنوح للأشخاص المصنفين ضمن الفئة المعوزة بعد تسجيلهم في السجل الاجتماعي الموحد،[5] وذلك بناءً على آلية الجمع وتحيين ومراقبة المعلومات المتعلقة بمستوى معيشة واستهلاك الأشخاص المعنيين.

يتعين توفر ثلاث شروط مجتمعة لتصنيف شخص ما ضمن الفئة المؤهلة للاستفادة من نظام "أمو – تضامن" وهي :

1- **أن يكون الشخص غير نشيط؛**

2- **وبدون دخل؛**

---

[1] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، نفس المرجع أعلاه، ص 325.

[2] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، نفس المرجع أعلاه، ص 325.

[3] في إطار استكمال التأطير القانوني المتعلق بنظام التأمين الإجباري عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، تم إصدار القانون رقم 27.22 بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري عن المرض الذي تم بموجبه إحداث هذا النظام وإلغاء نظام المساعدة الطبية وإصدار المرسوم رقم 2.22.797 كما تم تتميمه بالمرسوم رقم 2.23.866 المحدد المعايير الاستفادة من النظام وكيفيات التسجيل وكيفيات تحمل مصاريف الخدمات لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، وكذا كيفيات تمويل النظام. وكذا المرسوم رقم 2.22.924 المتعلق بمجلس إدارة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ما يخص ذات النظام. تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9385.

[4] تم برسم هذا النظام، حسب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، حصر عدد المسجلين، إلى حدود شهر شتنبر 2024، في ما مجموعه 10,93 مليون شخص بمن فيهم 4.05 مليون منخرط رئيسي و 6,87 مليون من ذوي الحقوق. تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9385.

[5] تم تحديد عتبة الاستفادة من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في 9.3264284 نقطة بموجب مرسوم رقم 2.22.923.

3- وفي وضعية هشاشة تعادل أو تقل عن عتبة معينة.

وبالتالي، فإن أي شخص نشيط لكن له دخل محدود للغاية ويعيش في وضعية هشاشة، ويعاني من مرض مزمن أو يترتب عنه عجز، قد لا يكون مؤهلا للاستفادة من هذا النظام التأميني التضامني. إن هذا التصنيف القائم أساسا على الوضع السوسيو- مهني، لا يأخذ بعين الاعتبار مدى خطورة الوضع الصحي للأشخاص ومدى استعجالية حاجتهم للعلاج أو لإعادة التأهيل أو للأجهزة والمستلزمات الطبية.

بعد سنة من دخول قانون التأمين الصحي الإجباري حيز التنفيذ، تم إحداث نظام يحمل اسم (أمو – الشامل) خاص بالتأمين عن المرض لفائدة الأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور، ويهم هذا النظام الأشخاص الذين لا يدخلون ضمن خانة ذوي حقوق المؤمنين، ولا ينتمون إلى الفئات النشيطة، كما أن مستويات إنفاقهم أو ممتلكاتهم أو مداخيلهم، وفق ما جرى تحديده في إطار السجل الاجتماعي الموحد، تقع مباشرة فوق عتبة الأهلية لنظام أمو – تضامن). ولا يخلو هذا الحل من إكراهات تعتري عملية التحديد والتسجيل التلقائي للأشخاص المؤهلين لهذا النظام ، وتحديد وتحصيل اشتراكاتهم، مما يرهن تطبيق مبدأ إلزامية التأمين عن المرض.[1]

لا تزال العديد من الفئات غير مدمجة في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. ومنهم المساعدون العائليون الذين يشكلون حوالي مليوني شخص نشيط ولا يخضعون لأي نظام من الأنظمة التي جرى إحداثها بموجب النصوص القانونية الصادرة في خضم دينامية توسيع نطاق التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وبالتالي يظلون بدون تغطية صحية مؤسساتية.

من جهة أخرى، لا يزال الأجراء بالقطاع الخاص والمؤسسات العمومية المعنيون بالاستثناء الذي نصت عليه لمرحلة انتقالية المادة 114 من القانون رقم 65.00، يستفيدون من تغطية صحية إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، وإما لدى التعاضديات، وإما في إطار صناديق داخلية. ويقدر عددهم بـ 1.7 مليون شخص (المؤمنون وذوو الحقوق. ويبلغ حجم اشتراكاتهم 4.5 مليار درهم. يخضع أفراد القوات المسلحة الملكية وذوو حقوقهم لتشريع خاص، بالإضافة إلى ذلك، هناك مقتضيات تهم "فئات خاصة"، وهي : قدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير، و"الشيوخ" و "المقدمين"، وضحايا ماضي الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان خلال الفترة الممتدة من 1956 إلى 1999.

من جهة أخرى، أثار الشروع في تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض تحفظ بعض المنظمات المهنية، التي أشارت أساسا إلى خصوصيات أنظمتها الأساسية وطبيعة نشاطها المهني، إضافة إلى التراجع الذي قد يهدد بعض الحقوق المكتسبة لأعضائها فعلى سبيل المثال، أعربت جمعية هيئات المحامين بالمغرب عن تحفظها على إدراج أعضائها ضمن فئة العمال غير الأجراء، مشيرة إلى خصوصية وضعية المحامين والمحددة بشكل قانوني. كما أكدت الجمعية من جهة أخرى أن جميع أعضائها

[1] ورغم أن نظام (أمو – الشامل) كما تشير إلى ذلك تسميته موجه للأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور"، إلا أن المشرع ترك أمر التسجيل في هذا النظام لاختيار الشخص المعني بالأمر، وهو ما يعرض النظام لخطر الانتقاء العكسي، مما يرفع من مخاطر وقوعه في وضعية عجز بنيوي. رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية، تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها، مرجع سابق، ص 326.

يستفيدون من تأمين إجباري ضد مخاطر المرض في إطار تعاضديتهم المهنية وهي التعاضدية العامة لهيئات المحامين بالمغرب" التي تأسست سنة 2008. وتضم هذه التعاضدية حاليا حوالي 18.000 من المحامين وذوي حقوقهم. ويتم تمويلها من خلال جزء من الرسوم الإدارية المطبقة على كل ملف قضائي وتوفر التعاضدية هذه التغطية نظير اشتراك سنوي جزافي عن كل منخرط تتكفل الجمعية بأدائه كاملا بغض النظر عن حجم نشاط المحامين أو دخلهم.[1]

إضافة إلى هذه الفئة، فإن نسبة تغطية عدد 22 مليون مستفيد إضافي المنصوص عليها في القانون الإطار المشار إليه أعلاه لم تتعد 68% إلى حدود شتنبر 2024.

يظل تحسين جودة عرض العلاجات بالمستشفى العمومي، باعتباره رافعة رئيسية للتأمين الإجباري عن المرض، شرطا أساسيا لنجاح هذا النظام. إذ لا تزال المنظومة الاستشفائية تعرف عدة نقائص وتواجه تحديات تتطلب إجابات على مستوى التأطير القانوني ومقاربة تقوم على الابتكار.[2]

وقد تم إصدار القانون الإطار رقم 06.22 بتاريخ 09 دجنبر 2022 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية والذي يروم الإصلاح الشامل لهذه المنظومة، قصد تمكينها من القيام بالمهام المنوطة بها على الوجه الأكمل والاستجابة بشكل ملائم لانتظارات المواطنين. كما تم في يوليوز 2023، إصدار مجموعة من القوانين المنبثقة عن هذا القانون الإطار، ويتعلق الأمر خاصة بالقانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة والقانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية والقانون رقم 22.09 الخاص بالوظيفة الصحية، إضافة إلى القانونين رقم 10.22 و 11.22 المتعلقين على التوالي بالوكالة المغربية للأدوية[3] والمنتجات الصحية والوكالة المغربية للدم ومشتقاته. إلا أنه لم تتم المصادقة بعد على مجموع النصوص التطبيقية لهذه القوانين.[4]

ثانيا : – تعميم التعويضات العائلية:

---

[1] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية، تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها، مرجع سابق، ص 327/328.

[2] كما تم اعتماد اللامادية في معالجة ملفات مؤمني التأمين الإجباري التضامني" بالنسبة للعلاجات المقدمة من طرف المستشفيات العمومية والمراكز الاستشفائية الجامعية بالتنسيق مع وزارة الصحة والحماية الاجتماعية ووكالة التنمية الرقمية. تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9385.

[3] تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9386.

[4] أكدت رئاسة الحكومة على إعداد استراتيجية للارتقاء بالمنظومة الصحية الوطنية تنفيذا للتوجيهات الملكية السامية. ترتكز على أربع دعامات أساسية، تتمثل في اعتماد حكامة جيدة وتثمين الموارد البشرية وتأهيل العرض الصحي وراسة المنظومة الصحية، وأضافت أن الحكومة اتخذت مجموعة من التدابير تخص الحد من هجرة الكفاءات في المجال الصحي والرفع من الميزانية المخصصة لقطاع الصحة، وتأهيل المستشفيات والمراكز الصحية، وإحداث 3 مراكز استشفائية جامعية، وإحداث مخطط يمتد إلى سنة 2030 للرفع من تكوين عدد الأطر الصحية بمختلف مكوناتها لتصل 94 الف مهني صحة مقارنة مع 68 ألف حاليا ... وذكرت أيضا بإحداث لجنة توجيهية تحت رئاسة السيد رئيس الحكومة من أجل تتبع تنزيل هذه الاستراتيجية، وأشارت إلى إعداد مجموعة من مشاريع المراسيم التطبيقية والمصادقة عليها خلال أشغال المجلس الحكومي المنعقد في 11 و 24 يوليوز 2024، والتي تخص الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، والوكالة المغربية للدم ومشتقاته، و اللجان الجهوية المشتركة لتنسيق التكوين التطبيقي في المهن الصحية .... تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9387.

من خلال تمكين الأسر التي لا تستفيد من هذه التعويضات وفق النصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل من الاستفادة، حسب الحالة، من تعويضات للحماية من المخاطر المرتبطة بالطفولة، أو من تعويضات جزافية وذلك خلال سنتي 2023 و 2024.[1]

وفي هذا الإطار أصدر جلالة الملك، في خطابه الموجه للبرلمان يوم 13 أكتوبر 2023 ، تعليماته السامية بالشروع في نهاية هذه السنة، في تفعيل برنامج الدعم الاجتماعي المباشر" وأن يهم هذا الدعم الأطفال في سن التمدرس، والأطفال في وضعية إعاقة والأطفال حديثي الولادة؛ إضافة إلى الأسر الفقيرة والهشة بدون أطفال في سن التمدرس، خاصة منها التي تعيل أفرادا مسنين". وأكد جلالته على ضرورة احترام مبادئ التضامن والشفافية والإنصاف، ومنح الدعم لمن يستحقه". وطبقا للتعليمات الملكية السامية، سيتم تنزيل البرنامج، .... وفق تصور شامل وفي إطار مبادئ القانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية"، وسيتم تفعيله بطريقة تدريجية، تراعي تطور الاعتمادات المالية المرصودة، وتحدد المستوى الأمثل للتغطية، ومبالغ التحويلات المالية وكيفيات تدبيرها".

وتبعا لذلك، أوضح رئيس الحكومة معالم تفعيل هذا البرنامج المزمع تفعيله ابتداء من 30 دجنبر 2023، مشيرا أنه تم إعداد الإطار العملي والزمني والميزانياتي للبرنامج، وتحديد كيفيات وشروط تنزيله، مع استكمال منظومة استهداف المستفيدين منه وتأمين الاعتمادات المالية لاستدامته الجلسة العمومية المشتركة حول الدعم الاجتماعي المباشر).

ومن المنتظر أن يشمل الدعم الاجتماعي المباشر ما يقارب 60% من الأسر غير المشمولة بأنظمة الضمان الاجتماعي والمستوفية لشروط الاستهداف بعد تسجيلها في السجل الاجتماعي الموحد، حيث ستتمكن هذه الأسر من الاستفادة من دعم شهري مباشر يبلغ الحد الأدنى منه 500 درهم. ويمكن تلخيص أهم محتويات هذا الدعم في ما يلي:

- تستفيد الأسر المستهدفة التي لها أبناء من منحة شهرية عن كل طفل منذ ولادته حتى بلوغه 21 سنة (شرط التمدرس). وتبلغ قيمة المنحة 200 درهم بالنسبة للأطفال الثلاثة الأولين ابتداء من آخر دجنبر 2023 ويتم رفعها تدريجيا لتبلغ 300 درهم ابتداء من 2026 بالنسبة للأطفال في وضعية إعاقة، تبلغ المنحة الشهرية 300 درهم في 2024 وترتفع تدريجيا إلى 400 درهم في (2026)؛
- يستفيد أبناء النساء الأرامل من منحة شهرية بمبلغ 350 درهم لكل طفل سنة 2024 وسيتم رفع مبلغ المنحة تدريجيا ليبلغ 400 درهم سنة 2026؛
- تستفيد الأسر المستهدفة التي ليس لها أطفال أو يتجاوز من هؤلاء 21 سنة، وخاصة منها الأسر التي تعيل أشخاصاً مسنين من منحة جزافية تبلغ قيمتها 500 درهم شهريا ابتداء من آخر دجنبر 2023؛
- كما ستستفيد كل أسرة بمنحة الولادة تبلغ 2,000 درهم عند الولادة الأولى و 1,000 درهم عند الولادة الثانية.[1]

[1] ديباجة القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

ثالثا : توسيع الانخراط في أنظمة التقاعد:

بالنسبة لتوسيع قاعدة المنخرطين في أنظمة التقاعد، لا يزال مكون التقاعد الذي يهدف إلى اتقاء مخاطر الشيخوخة، في مرحلة التأطير القانوني.[2] وسيبدأ العمل عليه خلال سنة 2025.

رابعا : تعميم الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل:

حسب البرمجة الزمنية المحددة بموجب القانون الإطار رقم 09.21 فإنه سيبتدئ العمل عليه خلال سنة 2025.[3]

فقرة ثانية : الدعم الاجتماعي المباشر

تم حصر الفئة المستهدفة من الدعم الاجتماعي المباشر طبقا للقانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية. وفي هذا الصدد أصدر جلالة الملك، في خطابه الموجه للبرلمان يوم 13 أكتوبر 2023، تعليماته السامية بالشروع في نهاية هذه السنة، في تفعيل برنامج الدعم الاجتماعي المباشر" وأن يهم هذا الدعم الأطفال في سن التمدرس، والأطفال في وضعية إعاقة، والأطفال حديثي الولادة، إضافة إلى الأسر الفقيرة والهشة، بدون أطفال في سن التمدرس، خاصة منها التي تعيل أفرادا مسنين". وتبعا لذلك، تم تفعيل هذا البرنامج ابتداء من دجنبر 2023. وتم إصدار القانون رقم 58.23 المتعلق بنظام الدعم الاجتماعي المباشر والمرسوم رقم 2.23.1067 بتطبيقه والذي يحدد حسب الفئات مبالغ إعانات الحماية من المخاطر المرتبطة بالطفولة ومبالغ الإعانات الجزافية للأسر التي لا تتوفر على أطفال أو يتجاوز من هؤلاء 21 سنة وحددت عتبة الاستفادة من البرنامج في 9.743001 نقطة.[4] كما تم إصدار المرسوم رقم 2.24.706 المتمم للمرسوم 2.23.1067 بمقتضيات تهم الدعم التكميلي الخاص بإعانات الدخول المدرسي.[5]

ومن أجل تسجيل الفئات المستحقة، تم على مستوى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وضع منصة إلكترونية تعنى بتلقي طلبات التسجيل وطلبات تحيين المعطيات، حيث يتلقى الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين هذه الطلبات بشكل رقمي، ويقوم بالتحقق من أهلية طالبي الاستفادة عبر تبادل المعلومات مع مختلف المتدخلين.[6] وبعدها يتم احتساب مستحقات المستفيدين وإرسال المعلومات المتعلقة بصرفها للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي[7] الذي عهد إليه بمهمة صرف الإعانات وإدارة شكايات المستفيدين.

---

[1] الجريدة الرسمية عدد 7257 مكرر- 5 جمادى الآخرة 1445(19 ديسمبر2023)، ص 11063.

[2] الجريدة الرسمية عدد 7257 مكرر- 5 جمادى الآخرة 1445(19 ديسمبر2023)، ص 11063.

[3] ديباجة القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[4] المرسوم رقم 2.23.1068

[5] تقرير المجلس الاعلى للحسابات برسم سنة 2023-2024، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر، مرجع سابق، ص 9387.

[6] وزارة التربية الوطنية وصناديق التقاعد ووزارة الصحة .... تقرير المجلس الاعلى للحسابات برسم سنة 2023-2024، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر، نفس المرجع أعلاه، ص 9388.

[7] استنادا إلى معطيات الصندوق الوطني للتقاعد والتأمين، تم إلى حدود شتنبر 2024 تلقي 4.6 مليون طلب يستوفي الشروط الضرورية للنظر فيه. وتم تسجيل استفادة عدد إجمالي بلغ 4.18 مليون أسرة. كما تم، خلال شهر شتنبر، تسجيل استفادة 3.9 مليون أسرة تتوزع بين 2.36 مليون مستفيد في إطار إعانات

بالإضافة إلى ذلك، وفي إطار الدعم التكميلي الخاص بالدخول المدرسي، تم تسجيل استفادة 1,78 مليون رب أسرة، حيث استفاد 1,66 مليون طفل متمدرس بالسلك الابتدائي و 959 ألف طفل متمدرس بالثانوي الإعدادي و 438 ألف طفل متمدرس بالسلك الثانوي التأهيلي ويتم صرف الإعانات للأسر المستفيدة، في حدود 6 أبناء، في شهر شتنبر من كل سنة وتتوزع على النحو التالي: 200 درهم لكل طفل يتابع دراسته بالسلك الابتدائي أو السلك الثانوي الإعدادي، و 300 درهم لكل طفل يتابع دراسته بالسلك الثانوي التأهيلي. و لا يزال الدعم الخاص باليتامى والأطفال المهملين نزلاء مؤسسات الرعاية الاجتماعية المرخص لها، طبقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل والمنصوص عليه في المادة 16 من القانون رقم 58.23 المتعلق بنظام الدعم الاجتماعي المباشر، في طور التنزيل.[1]

الفرع الثاني: تقدم على المستوى المؤسساتي

تسهر السلطات العمومية على اتخاذ الإجراءات اللازمة لوضع إطار للحكامة يمكن من ضمان التقائية مختلف أنظمة الحماية الاجتماعية، لا سيما من خلال اعتماد هيئة موحدة لتدبير هذه الأنظمة."[2] وهو ما تم على وجه الخصوص، بإحداث لجنة بين وزارية تحت رئاسة رئيس الحكومة[3] لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، وأخرى تتولى قيادة تنزيل برنامج التعويضات العائلية.[4] وقد مكن إحداث اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية من ضمان تنسيق وتتبع مسلسل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة مطردة.[5]

ويمكننا تصنيف مؤسسات الحماية الاجتماعية إلى ما يلي:

الفقرة الأولى : لجنة القيادة والسلطات الحكومية

سنتعرف ضمن هذه الفقرة على لجنة القيادة واللجنة التقنية (أولا) ثم سنتطرق لأهم السلطات الحكومة المرتبطة بورش تعميم الحماية الاجتماعية للتعرف على أدوارها من خلال الاختصاصات والمهام المنوطة بها(ثانيا).

أولا : لجنة القيادة

تمثل لجنة القيادة الهيئة المكلفة بالإشراف على إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، ولهذا الغرض، يعهد إلى هذه اللجنة بمهام من قبيل تطوير سياسة مندمجة وموحدة للحماية الاجتماعية مع تتبعها وتقيمها بشكل منتظم على المستوى المالي وغير المالي، والحرص على ضمان تكامل وتناسق مختلف آليات الحماية الاجتماعية القائمة، و توسيع التغطية الصحية الأساسية وتطوير

الحماية من المخاطر المتعلقة بالطفولة، و 1,55 مليون مستفيد من الإعانات الجزافية. تقرير المجلس الاعلى للحسابات برسم سنة 2023-2024، نفس المرجع أعلاه، ص 9388.

[1] تقرير المجلس الاعلى للحسابات برسم سنة 2023-2024، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر، مرجع سابق، ص 9388.

[2] المادة 15 من القانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[3] منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06، حول إصلاح وحكامة منظومة الحماية الاجتماعية بالمغرب وإرساء قواعد لقيادتها وحكامتها، بتاريخ 30 مارس 2018.

[4] الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9383.

[5] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية،مرجع سابق، ص 321.

وإصلاح التغطية الصحية الأساسية مع العمل على تحقيق ديمومة المنظومة وسلامة الوضعية المالية للهيئات المكلفة بتدبيرها، وكذا تطوير مجال الهندسة الاجتماعية من أجل توحيد طرق الاستهداف وتحقيق الإنصاف في مجال المساعدات الاجتماعية، وفتح المجال لتوسيع التحويلات النقدية وغير النقدية، بالإضافة إلى تحسين عرض وجودة الخدمات الاجتماعية للقرب وفق معايير وطنية محددة مع العمل على تطويرها، وتدعيم الموارد البشرية المعنية بها و إرساء تواصل مؤسساتي متناسق وفعال حول الإصلاح من أجل التعريف بمراحل أجرأته، ومواكبة الآثار المترتبة عن تفعيله.

وتجدر الإشارة في هذا الصدد، إلى أنه يتعين إدراج الجوانب المرتبطة على وجه الخصوص بالطفولة والإعاقة والأشخاص المسنين، ضمن الأهداف المشار إليها آنفا، لكونها تكتسي طابعا أفقيا في جميع السياسات العمومية.[1]

بالإضافة إلى تأليف لجنة القيادة،[2] فإنه يمكنها حسب طبيعة القضايا المعروضة عليها، دعوة شخصيات مؤهلة في مجال الحماية الاجتماعية وفي القطاعين الاقتصادي والمالي، أو مؤسسات أو قطاعات معينة بالقضايا المدرجة في جدول أعمال اللجنة.

وفيما يتعلق باجتماعاتها فإنها تجتمع مرة واحدة في السنة وكلما دعت الضرورة إلى ذلك، بدعوة من رئيسها. ويتم توثيق قرارات اللجنة في محاضر اجتماع مصادق عليها من طرف أعضائها.[3]

و في إطار التكامل بين عمليات برامج دعم الحماية الاجتماعية والأهداف المتوخاة منها، تحدث لدى الجنة القيادة **أربع لجن موضوعاتية** دائمة مكلفة، كل فيما يخصها، بالمحاور التالية:

- ✓ **حكامة والتقائية برامج الحماية الاجتماعية**، تحت مسؤولية الوزارة المكلفة بالشؤون العامة والحكامة
- ✓ **التغطية الصحية الأساسية**، تحت مسؤولية وزارة الصحة؛
- ✓ **المساعدة الاجتماعية**، تحت مسؤولية وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية؛
- ✓ **مقاربة الاستهداف**، تحت مسؤولية وزارة الداخلية.

وتضطلع كل وزارة من الوزارات المشرفة على المحاور المذكورة، كل فيما يخصها، بتحديد طريقة اشتغالها، و بإعداد جداول اجتماعاتها بتنسيق مع القطاعات المعنية، وكذا بأعمال الكتابة ومحاضر الاجتماعات. ويمكن إحداث لجن موضوعاتية أخرى، كلما اقتضى الأمر ذلك.[4]

---

[1] منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06، مرجع سابق، ص 2 و 3.

[2] توضع لجنة القيادة تحت إشراف السيد رئيس الحكومة، وتتألف وزير الدولة المكلف بحقوق الإنسان، وزير الداخلية، وزير العدل، وزير الاقتصاد والمالية، وزير الفلاحة والصيد البحري والتنمية القروية والمياه والغابات، وزير التربية الوطنية والتكوين المهني والتعليم العالي والبحث العلمي، وزير الصناعة والاستثمار والتجارة والاقتصاد الرقمي، وزير التجهيز والنقل واللوجيستيك والماء، وزير الصحة، وزير السياحة والنقل الجوي والصناعة التقليدية والاقتصاد الاجتماعي، وزيرة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، وزير الشغل والإدماج المهني، الوزير المنتدب لدى رئيس الحكومة المكلف بالشؤون العامة والحكامة. منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06، نفس المرجع أعلاه، ص 3و 4.

[3] تضطلع مصالح رئيس الحكومة بأعمال كتابة لجنة القيادة ومحاضر اجتماعاتها؛ ويمكن الاستعانة بخبراء وممثلين عن القطاعات الوزارية المعنية. منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06، مرجع سابق، ص 4.

[4] منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06، نفس المرجع أعلاه، ص 6.

- **اللجنة التقنية البين – وزارية (اللجنة التقنية)**

اللجنة التقنية هي هيئة بين – وزارية تتولى تقديم المساعدة والدعم التقني للجنة القيادة. ولهذا الغرض، يعهد إليها القيام بمهام من قبيل؛ إعداد أشغال لجنة القيادة مع تحديد القضايا المرتقب عرضها عليها، وترتيبها حسب درجة أولويتها و الإشراف على التتبع العملي لقرارات وتوصيات لجنة القيادة من خلال تنزيلها في شكل مخططات عمل، كما تعمل على اقتراح الإجراءات العملية الضرورية لضمان حسن تنزيل برامج دعم الحماية الاجتماعية، والعمل على تقييم فعاليتها في إطار التناسق بين الوسائل والأهداف، وذلك وفق منظومة للتتبع التقني والمالي لهذه البرامج، مع إعداد تقارير حول مدى تقدم مختلف العمليات المرتبطة بها وكذا القيام، بطلب من لجنة القيادة، بإنجاز الدراسات وبجمع المعلومات حول موضوع معين، وكذا إعداد دفاتر تحملات اللجن التقنية الموضوعاتية أو مجموعات العمل التي يمكن أن تحدثها لجنة القيادة، مع الإشراف على أشغالها.

و توضع اللجنة التقنية تحت إشراف رئاسة الحكومة. وتتألف من: الكتاب العامين للوزارات الممثلة في اللجنة الوزارية للقيادة و رئيس هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي و المدير العام للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي و مدير الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي و مدير الوكالة الوطنية للتأمين الصحي. كما يمكن للجنة أن تستعين بكل شخصية أو مؤسسة أخرى يمكن أن تفيدها بخبرتها وأن تقدم الدعم لأشغالها.[1]

تجتمع اللجنة التقنية البين – وزارية مرة كل ستة أشهر على الأقل، وكلما دعت الضرورة إلى ذلك بدعوة من رئاسة الحكومة.[2]

ثانيا : السلطات الحكومية

- **وزارة الداخلية:**

تتولى وزارة الداخلية مسؤولية مقاربة الإستهداف في برامج الحماية الاجتماعية، مما يعني تحديد الفئات المستحقة للدعم والمساعدة خلال سنة 2022، تظافرت الجهود من أجل إنهاء المشاريع الاستراتيجية التي تعمل عليها الوزارة منذ عدة سنوات وذات صلة مباشرة بورش تعميم الحماية الاجتماعية، كما شكل التحول الرقمي لهذه الوزارة مجالا رئيسيا للتدخل بهدف تبسيط ورقمنة الإجراءات والخدمات الإدارية المخصصة للمستخدمين.

فيما يتعلق بالورش الخاص بإرساء منظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي، باعتباره أداة مركزية لتنفيذ تعميم الحماية الاجتماعية، فقد تضاعفت الجهود على المستويين المركزي والجهوي من أجل تسريع تعميم السجل الوطني للسكان (RNP)،[3] وكذا إطلاق وتعميم السجل الاجتماعي الموحد (RSU).[1]

---

[1] تضطلع مصالح رئيس الحكومة بأعمال كتابة اللجنة التقنية ومحاضر اجتماعاتها؛ ويمكن لها الاستعانة بخبراء وممثلين عن القطاعات الوزارية المعنية. منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06، مرجع سابق، ص 5.

[2] منشور رئيس الحكومة رقم 2018/06، المرجع أعلاه، ص 6.

[3] فيما يخص السجل الوطني للسكان، فقد تميزت هذه السنة بالانتهاء من مرحلة تعميم العمل بهذا السجل على مستوى التراب الوطني بعد مرحلة تجريبية تمت على مستوى عمالة الرباط وإقليم القنيطرة، وفي هذا الصدد، فقد قامت الوزارة باقتناء 1600 عدة ثابتة للتسجيل مخصصة لمراكز الخدمات إضافة إلى 100 عدة متنقلة

وتتكون هذه المنظومة[2] من:

- بوابة إلكترونية www.rsu.ma مخصصة لتسجيل المواطنين عبر الانترنيت وتسمح هذه البوابة بالولوج إلى مختلف الخدمات المقدمة، كتحيين المعطيات السوسيو – اقتصادية للأسر إبداع الشكايات طلبات التشطيب وكذا طلبات مراجعة مؤشر الأسرة.
- وحدة وظيفية خاصة بمديري منظومة السجل الاجتماعي الموحد على المستويين المركزي والجهوي وتمكن هذه الوحدة الوظيفية من معالجة طلبات التسجيل والتشطيب وكذا مراجعة مؤشر الأسرة بالإضافة إلى تدبير التحقيقات التي يتم إجراؤها بالنسبة لحالات الغش المشتبه بها.
- وحدة التبادل البيانات بطريقة آلية، تتفاعل بشكل وثيق مع منظومة السجل الوطني للسكان بغرض المصادقة على بيانات تحديد هوية أفراد الأسر وكذا تحميلها على مستوى منظومة السجل الاجتماعي الموحد. كما تقوم هذه الوحدة بتبادل المعطيات مع أكثر من 20 فاعل عمومي وخاص بغرض تأكيد للمعطيات المصرح بها من طرف الأسر.
- وحدة خاصة بتدبير حالات التصريح بالبيانات المغلوطة أو المغشوشة.

وبالموازاة مع تنزيل نظام السجل الاجتماعي للموحد، الذي سيصبح الوسيلة الوحيدة للولوج إلى برامج الدعم الاجتماعي فقد عمدت الوزارة إلى إطلاق ورش جديد يخص تبسيط وملاءمة مساطر التسجيل المعتمدة من قبل مختلف البرامج الاجتماعية. فيما يخص نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك أمو تضامن (AMO-TADAMON)، فقد بلغ عدد المستفيدين من هذا النظام ما يناهز 4.7 مليون شخص إلى متم شتنبر 2023،[3] في حين عرفت سنة 2024 تسجيل 12.5 مليون مستفيد إلى متم شتنبر 2024، تم تسجيلهم باعتماد منظومة الاستهداف المكونة من السجل الوطني للسكان والسجل الاجتماعي الموحد من بينهم 11.06 مليون يتوفرون على حقوق مفتوحة.[4]

مخصصة لتسجيل المواطنين المتواجدين في مناطق بعيدة عن مراكز استقبال المواطنين. وقد بلغ عدد التسجيلات التي تمت عن طريق نظام السجل الوطني للسكان ما يفوق 13.6 مليون فرد إلى متم شتنبر 2023. و بلغ عدد التسجيلات سنة 2024 ما يفوق 21.62 مليون فرد تم تقييدهم في السجل الوطني للسكان وكذا 18.96 مليون فرد تم تقييدهم في السجل الاجتماعي الموحد أي أزيد من 5.27 مليون أسرة. منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2023، ص 234.

[1] فقد عرفت هذه السنة الانتهاء من إنجاز منظومة السجل الاجتماعي الموحد وتعميم العمل بها على المستوى الوطني. هذا وقد عمدت الوزارة، في إطار مواكبة تعميم نظام السجل الاجتماعي الموحد على المستوى الوطني، على اقتناء ما يفوق 1500 عدة تم وضعها رهن إشارة مركز الخدمات الخاصة بالمواطنين. وقد بلغ عدد التسجيلات ما يناهز 2.7 مليون أسرة إلى متم شتنبر 2023. منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2023، ص 234.

[2] وتعتبر هذه المنظومة المنطلق الوحيد لولوج أهم البرامج الاجتماعية الراهنة باعتبارها المسطرة الجديدة للإستهداف، كما تساهم في تبسيط ورقمنة مختلف المساطر الإدارية المتعلقة بها. منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2024، ص 185.

[3] منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2023، ص 234.

[4] منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2024، ص 186.

كما تم خلال النصف الثاني من سنة 2023، إطلاق خدمة إلكترونية جديدة تمكن المواطنين الراغبين في الاستفادة من هذا النظام من تقديم طلباتهم عبر الانترنيت. وقد بلغ عدد الطلبات التي تم تسجيلها عن طريق هذه الخدمة ما يعادل 213.000 طلب إلى متم شتنبر 2023.[1]

في نفس الإطار، فقد تم إعادة تصميم النظام المعلوماتي الخاص ببرنامج الدعم المباشر للنساء الأرامل في وضعية هشة الخامات لأطفالهن اليتامى (DAAM) ليتوافق مع منظومة الاستهداف الجديدة.[2]

فقد عرفت سنة 2024 إغناء منظومة السجل الوطني للسكان بمجموعة من الوظائف والتحسينات، تتمثل في:

- تطوير تطبيق معلوماتي يهتم بتتبع الإشعارات المتعلقة بالمعرف الرقمي المدني والاجتماعي (IDCS)[3] الموجهة للأشخاص المسجلين بالسجل الوطني للسكان، والتي يتم التوصل بها عن طريق البريد العادي. ويهدف هذا التطبيق إلى ضبط عملية الإشعار وتمكين المصالح المختصة، على المستوى المحلي، من تدبير حالات عدم إيصال رسائل الإشعار إلى أصحابها؛
- تعزيز قدرات النظام الخاص بتدبير المعطيات البيومترية سواء فيما يتعلق بإلغاء البيانات المكررة (Deduplication faciale) أو التحقق من صدقية البيانات (d'authentification) للولوج للنظام وفقا لتقديرات المرحلة الثانية من المشروع؛
- التحسين الوظيفي للتطبيق المعلوماتي الخاص بتتبع مؤشرات الأداء الرئيسية كمجموع التسجيلات التي تم القيام بها، عدد الأشخاص الذين تم تقييدهم في السجل الوطني للسكان والذين حصلوا على المعرف الرقمي المدني والاجتماعي (IDCS)، عدد طلبات التسجيل في طور المعالجة... إلى غير ذلك مما يوفر لوحات للقيادة والتتبع ويمكن من المساعدة في اتخاذ القرارات؛
- التبادل التلقائي الأتوماتيكي للمعطيات الديموغرافية الخاصة بالأفراد بين النظام الخاص بالسجل الوطني للسكان والنظام الخاص بالسجل الاجتماعي الموحد؛
- التبادل التلقائي للمعطيات الخاصة بالتصريح بالوفيات بين النظام الخاص بالسجل الوطني للسكان والنظام الخاص بتدبير الحالة المدنية.

على مستوى آخر، قامت الوزارة باقتناء نوعية جديدة من معدات التسجيل (Kits d'enrolements) على شكل طقم محمول بهدف تغطية فئة الأشخاص ذوي القدرة المحدودة على الحركة مثل الأشخاص طريحي الفراش). وقد بلغ عدد الأطقم

[1] منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2023، ص 234.

[2] منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2023، ص 235.

[3] المادة 8 من القانون رقم 18-72 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، ج. ر عدد 6908 بتاريخ 13 غشت 2020.

التي تم اقتناؤها 150 طقما تم توزيعها على كافة العمالات والأقاليم. وقد بلغ عدد الأشخاص الذين تم تقييدهم في السجل الوطن للسكان باعتماد هذه الأجهزة 1269 شخصا على مستوى التراب الوطني في الفترة ما بين يونيو وشتنبر من السنة الجارية.[1]

أما فيما يخص السجل الاجتماعي الموحد، فبالإضافة إلى التبادل التلقائي للمعطيات بين هذا النظام ومختلف برامج الدعم الاجتماعي، خلال مرحلة معالجة طلبات الاستفادة، وكذا التنقيح المستمر للبيانات، تميزت سنة 2024 بـ:

- تعزيز النظام المعلوماتي الخاص بهذا السجل بوحدة وظيفية جديدة خاصة بتدبير حالات التصريح بالبيانات المغلوطة أو المغشوشة قصد الاستفادة بطريقة غير قانونية من برامج الدعم الاجتماعي؛
- التبادل التلقائي للمعطيات بين النظام الخاص بالسجل الاجتماعي الموحد ومختلف المنصات الخاصة ببرامج الدعم الاجتماعي التي تم إطلاقها بهدف إدراج التغييرات التي قد تطرأ على وضعية الأسر المستفيدة من هذه البرامج.

ومن أهم المنجزات التي تم تحصيلها كذلك خلال سنة 2024، إنجاز وحدة وظيفية جديدة تعمل على التبادل التلقائي للمعطيات بعد إنهاء مرحلة التسجيل مع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والسجل الاجتماعي الموحد بغرض مراقبة استيفاء شروط أهلية المسجلين لضمان استمرار استفادتهم من برنامج التغطية الصحية أمو – تضامن.[2]

وزارة الاقتصاد و المالية:

تضطلع وزارة الاقتصاد والمالية بعدة اختصاصات في المجال الاجتماعي، وتشمل إعداد وتنفيذ السياسات الاجتماعية، وإدارة الموارد المالية المخصصة للبرامج الاجتماعية، والإشراف على المؤسسات والبرامج الاجتماعية، بالإضافة إلى المساهمة في التنمية الاجتماعية والاقتصادية المستدامة.

إعداد وتنفيذ السياسات الاجتماعية:

- تساهم الوزارة في وضع وتنفيذ السياسات الاجتماعية، بالتعاون مع الوزارات الأخرى المعنية، بهدف تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة.
- تتولى الوزارة إدارة الموارد المالية المخصصة للبرامج الاجتماعية، بما في ذلك الميزانيات المخصصة للضمان الاجتماعي، والرعاية الصحية، والتعليم، والإسكان، وغيرها من البرامج.
- تسعى إلى ترشيد النفقات العامة في المجال الاجتماعي لضمان الاستغلال الأمثل للموارد.
- تساهم في تحصيل الموارد العمومية وأداء النفقات العمومية في المجال الاجتماعي.

الإشراف على المؤسسات والبرامج الاجتماعية:

- تشرف الوزارة على المؤسسات والبرامج الاجتماعية، بما في ذلك المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الاجتماعية، والصحية، والتعليمية.

[1] منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2024، ص 185.

[2] منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2024، ص 186.

- تساهم في تطوير خدمات المساعدة الاجتماعية والضمان الاجتماعي.

بالإضافة إلى ذلك، تساهم وزارة الاقتصاد والمالية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، من خلال تعزيز التوازن بين النمو الاقتصادي والحماية الاجتماعية، وتحسين جودة الحياة للمواطنين.[1]

الوزارة المكلفة بالشؤون العامة والحكامة:

تتولى مسؤولية حكامة والتقائية برامج الحماية الاجتماعية، مما يضمن التنسيق والتكامل بين مختلف البرامج و التدخلات.

وزارة الصحة والحماية الاجتماعية

تتولى مسؤولية التغطية الصحية الأساسية، مما يشمل توفير الرعاية الصحية الشاملة للمواطنين.

وزارة التضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة

باعتبار المهام المنوطة بوزارة التضامن والتنمية الاجتماعية والمساواة والأسرة والمتمثلة أساسا في إعداد وتفعيل السياسات العمومية في المجال الاجتماعي فإن دورها في تنزيل هذا الورش الاجتماعي الهام يعد من الأدوار الرئيسية من خلال مساهمتها في تطوير خدمات المساعدة الاجتماعية.

– وزارة الأسرة والتضامن والمساواة والتنمية الاجتماعية، وتشرف على إنجاز ما يلي: برنامج دعم الأرامل برامج صندوق دعم التماسك الاجتماعي الموجهة للأشخاص في وضعية إعاقة إصلاح منظومة مؤسسات الرعاية الاجتماعية برامج دعم المشاريع الاجتماعية للقرب بشراكة مع المجتمع. المدني وورش هيكلة وتنظيم مهن العمل الاجتماعي.

وزارة الإدماج الاقتصادي والمقاولة الصغرى والتشغيل والكفاءات

تضمن المخطط الاستراتيجي للوزارة في شقه المتعلق بالحماية الاجتماعية مجموعة من المحاور ذات الأولوية، والتي تهدف إلى تسريع وتيرة تنفيذ الإصلاحات الهيكلية الكبرى والمتعلقة أساسا ب :

- توسيع وتعميم التغطية الصحية؛
- عصرنة الإطار القانوني والتنظيمي؛
- تعزيز الحكامة وتحسين تدبير منظومة الحماية الاجتماعية.

الفقرة الثانية : الحكامة الجديدة لمنظومة الحماية الاجتماعية

إن اعتماد حكامة جديدة يعتبر الركيزة الأولى لإصلاح منظومة الحماية الاجتماعية ومنظومة الصحة الوطنية تهدف إلى تقوية آليات التقنين وضبط عمل الفاعلين وتعزيز الحكامة الاستشفائية والتخطيط الترابي للعرض الصحي، على كافة المستويات الاستراتيجية والمركزية (أولا) والترابية(ثانيا)[1] وذلك من خلال:

[1] الموقع الرسمي للوزارة.

أولا : الحكامة الجديدة على المستوى المركزي

الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي:[2] تم إحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي سنة 2023، بموجب توجيهات ملكية سامية، من أجل تطوير وتنفيذ سياسات الدعم الاجتماعي، لا سيما برنامج الدعم الاجتماعي المباشر، الذي تم إطلاقه متم سنة 2023.[3]

وينظمها القانون رقم 59.23 المتعلق بإحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي،[4] وهي مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية الاعتبارية وبالاستقلال المالي، مقرها بالرباط، ويمكن لها إحداث تمثيليات على الصعيد الترابي.[5]

تسهر الوكالة على تدبير نظام الدعم الاجتماعي المباشر طبقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل. ولهذا الغرض تتولى القيام بالمهام التالية : تلقي طلبات الاستفادة من الإعانات في إطار نظام الدعم الاجتماعي المباشر والبت فيها ومعالجة التظلمات المرتبطة بها؛ صرف الإعانات للمستفيدين؛ التحقق من صحة المعطيات المصرح بها من أجل الاستفادة من الإعانات؛ مسك وتدبير الحسابات المتعلقة بالميزانية السنوية المخصصة للنظام؛ إعداد المعطيات الإحصائية الخاصة بالفئات المستفيدة من النظام؛ إصدار تقارير دورية تهم حصيلة تدبير النظام؛ تطوير أدوات مراقبة ورصد وتتبع المؤشرات المتعلقة بمجال الدعم الاجتماعي المباشر؛ إنجاز دراسات تقييمية حول نجاعة نظام الدعم الاجتماعي المباشر واقتراح حلول مبتكرة للارتقاء به؛ تقديم كل توصية أو اقتراح إلى الحكومة، من أجل تحسين تدبير نظام الدعم الاجتماعي المباشر والرفع من فعاليته؛ إبرام اتفاقيات شراكة مع مختلف المؤسسات والهيئات الوطنية والدولية التي تروم تحقيق أهداف مماثلة.[6]

يدير الوكالة مجلس ويسيرها مدير عام،[7] يتألف مجلس إدارة الوكالة تحت رئاسة رئيس الحكومة أو السلطة الحكومية المفوضة من لدنه لهذا الغرض[8] من الأعضاء التالي بيانهم : ممثلو الإدارة.[1] والمدير العام للوكالة الوطنية للسجلات، بالإضافة إلى

---

[1] جواب السيد رئيس الحكومة عزيز أخنوش حول السؤال المحوري خلال الجلسة الشهرية المتعلقة بالسياسة العامة بمجلس المستشارين بتاريخ 10 يناير 2023، ص 11.

[2] ظهير شريف رقم 1.23.88 صادر في 16 من جمادى الأولى 1445 (30) نوفمبر (2023) بتنفيذ القانون رقم 59.23 المتعلق بإحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي، الجريدة الرسمية عدد 7253 – 20 جمادى الأولى 1445 (4 ديسمبر 2023)، ص 10225.

[3] نظام الدعم الاجتماعي المباشر، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية REMALD، سلسلة نصوص ووثائق، العدد 333، الطبعة الأولى 2025، ص 199.

[4] ظهير شريف رقم 1.23.88 صادر في 16 من جمادى الأولى 1445 (30) نوفمبر (2023) بتنفيذ القانون رقم 59.23 المتعلق بإحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي، مرجع سابق، ص 10225.

[5] المادة الأولى، من نفس القانون أعلاه.

[6] علاوة على ذلك، يمكن للدولة أن تعهد إلى الوكالة، بموجب تشريع خاص أو بموجب اتفاقيات، بتدبير أي برنامج أو نظام آخر للدعم الاجتماعي ، المادة 3، نفس المرجع أعلاه.

[7] المادة 4، نفس المرجع أعلاه.

[8] المادة الثانية، من المرسوم رقم 2.23.1069 صادر في 17 من جمادى الأولى 1445 فاتح ديسمبر (2023) بتطبيق القانون رقم 59.23 المتعلق بإحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي، الجريدة الرسمية عدد 7253 – 20 جمادى الأولى 1445 (4 ديسمبر 2023)، ص 10239.

ثلاثة (3) أعضاء مستقلون مشهود لهم بالكفاءة في المجالات المرتبطة بمهام الوكالة،[2] يتم تعيينهم على الرغم من جميع المقتضيات المخالفة، بقرار لرئيس الحكومة لمدة ست (6) سنوات قابلة للتجديد مرة واحدة.[3] ويمكن لرئيس مجلس الإدارة أن يدعو لحضور اجتماعات المجلس[4] بصفة استشارية، كل شخص ذاتي أو اعتباري يرى فائدة في حضوره.[5]

وتطمح الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي، وفقا لبرنامج عملها، إلى التأسيس لنموذج جديد للدعم الاجتماعي الذي يجمع بين مقومات الحماية الاقتصادية والارتقاء الاجتماعي، بهدف السهر على التوجيه الأمثل للدعم والاستهداف الدقيق للفئات المحتاجة.[6]

الوكالة الوطنية للسجلات: هي مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية الاعتبارية وبالاستقلال المالي،[7] وتخضع لوصاية الدولة،[8] وتمارس هذه الوصاية من لدن السلطة الحكومية المكلفة بالداخلية، مع مراعاة السلط والصلاحيات المسندة إلى السلطة الحكومية المكلفة بالمالية بموجب النصوص التشريعية و التنظيمية المتعلقة بالمؤسسات العمومية.[9] كما تخضع الوكالة للمراقبة المالية للدولة المطبقة على المؤسسات العمومية وفقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل.[10]

تناط بالوكالة مهام مسك وتدبير السجل الوطني للسكان والسجل الاجتماعي الموحد، والعمل على تحيينهما، والسهر على ضمان حماية المعطيات الرقمية المضمنة فيهما، لاسيما من خلال تدبير سلامة النظم المعلوماتية المتعلقة بهما طبقا للنصوص

---

[1] السلطة الحكومية المكلفة بالداخلية؛ السلطة الحكومية المكلفة بالتربية الوطنية؛ السلطة الحكومية المكلفة بالصحة والحماية الاجتماعية؛ السلطة الحكومية المكلفة بالتشغيل؛ السلطة الحكومية المكلفة بالتعليم العالي؛ السلطة الحكومية المكلفة بالتضامن والإدماج الاجتماعي والأسرة ؛ السلطة الحكومية المكلفة بالميزانية؛ المندوب السامي للتخطيط، إذا تعذر على أحد أعضاء مجلس الإدارة حضور اجتماعات المجلس، أمكنه أن يُنيب عنه من يمثله، يجب أن يشغل ممثل العضو المعني منصب مدير إدارة مركزية على الأقل أو ما يعادله، المادة الثانية، من المرسوم رقم 2.23.1069 صادر في 17 من جمادى الأولى 1445 فاتح ديسمبر (2023) بتطبيق القانون رقم 59.23 المتعلق بإحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي، نفس المرجع أعلاه، ص 10239.

[2] المادة 5 من رقم 59.23 المتعلق بإحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي.

[3] المادة الثالثة من المرسوم رقم 2.23.1069 ، نفس المرجع أعلاه، ص 10239.

[4] وعقدت الوكالة اجتماعها الأول برئاسة رئيس الحكومة السيد عزيز أخنوش يومه الأربعاء 20 نونبر 2024 بالرباط. منشور بموقع رئيس الحكومة المغربية، cg.gov.ma تاريخ التصفح 17. 06. 2025 الساعة 12:50.

[5] المادة 5.

[6] نظام الدعم الاجتماعي المباشر، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية REMALD، سلسلة نصوص ووثائق، العدد 333، الطبعة الأولى 2025، ص 200.

[7] يحدد مقر الوكالة بالرباط. المادة 23 من القانون رقم 18-72 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، ج. ر عدد 6908 بتاريخ 13 غشت 2020.

[8] المادة 24 من القانون رقم 18-72 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، المرجع أعلاه.

[9] يكون الغرض من هاته الوصاية العمل على احترام الأجهزة المختصة بالوكالة لأحكام هذا القانون، ولاسيما ما يتعلق منها بالمهام المسندة إليها وبصفة عامة السهر على تطبيق النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالمؤسسات العمومية. المادة الأولى من المرسوم رقم 792-20-2 صادر في 17 من رمضان 1442 (30) أبريل 2021) بتطبيق القانون رقم 18-72 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات فيما يخص الوكالة الوطنية للسجلات، ج, ر، عدد6985 بتاريخ 10 ماي 2021.

[10] المادة 24 من القانون رقم 18-72 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، نفس المرجع أعلاه,

التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل المتعلقة بأمن نظم المعلومات. منح المعرف المدني والاجتماعي الرقمي المنصوص عليه في المادة 8 من القانون رقم 18-72، وكذا التحقق من صحة المعطيات المصرح بها والمضمنة في السجل الوطني للسكان والسجل الاجتماعي الموحد؛ وضع قائمة الأسر المؤهلة للاستفادة من برامج الدعم الاجتماعي رهن إشارة الإدارات العمومية والجماعات الترابية والهيئات العمومية التي تشرف على تقديم هذه البرامج؛ وضع المعطيات اللازمة لتبسيط المساطر الإدارية وتبادل المعلومات بين الإدارات وتحقيق التعاضد في الوسائل بينها، وتيسير الولوج إلى الخدمات التي تقدمها الإدارات العمومية والجماعات الترابية والهيئات العمومية، والهيئات المهنية المنظمة رهن إشارة هذه الأخيرة. ولا يمكن أن تهم هذه المعطيات إلا تلك المضمنة بالسجل الوطني للسكان باستثناء تلك المتعلقة بالمعطيات البيومترية؛ تقديم خدمات التحقق من صدقية المعطيات المضمنة بالسجل الوطني للسكان والسجل الاجتماعي الموحد، ومنح الاعتماد للهيئات الوسيطة في هذا المجال، والعمل على مراقبتها؛. طلب إنجاز أي بحث من طرف السلطات العمومية المعنية، كلما دعت الضرورة لذلك، من أجل التأكد من صحة المعطيات المصرح بها والمضمنة في السجل الاجتماعي الموحدة؛ إبداء الرأي في كل مسألة تحال إليها من قبل الحكومة أو أحد مجلسي البرلمان، ذات الصلة ببرامج الدعم الاجتماعي؛ الإسهام في القيام لحساب الدولة، وبتنسيق مع السلطات والهيئات المعنية، بإنجاز كل دراسة تقييمية حول مختلف برامج الدعم الاجتماعي المقدم من قبل الإدارات العمومية والجماعات الترابية والهيئات العمومية؛ تقديم كل توصية أو اقتراح إلى الحكومة، من أجل ضمان التنسيق والالتقائية في برامج الدعم الاجتماعي، وتحقيق الأهداف المتوخاة منها قصد الرفع من فعاليتها ونجاعتها.

علاوة على ذلك، يمكن للدولة والجماعات الترابية وكل هيئة أخرى خاضعة للقانون العام أن تكلف الوكالة بموجب تشريع خاص أو بموجب اتفاقيات، بتدبير أي سجل إلكتروني آخر له علاقة بمجال تدخلها.[1]

- **الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية:**[2] هي مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي، يحدد مقر الوكالة بالرباط، ويمكن بقرار من مجلس الإدارة إحداث تمثيليات لها على الصعيد الترابي.[3]

تخضع الوكالة لوصاية الدولة التي يكون الغرض منها العمل على احترام أجهزتها المختصة لأحكام هذا القانون، ولا سيما تلك المتعلقة بالمهام المنوطة بها، وبصفة عامة الحرص على تطبيق النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالمؤسسات العمومية. وتخضع الوكالة أيضا للمراقبة المالية للدولة المطبقة على المؤسسات العمومية، طبقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل.[4]

---

[1] المادة 25 من القانون رقم 18-72 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، مرجع سابق.

[2] ظهير شريف رقم 1.23.54 صادر في 23 من ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023) بتنفيذ القانون رقم 10.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، ج. ر، عدد 7213، بتاريخ 28 ذو الحجة 1444(17 يوليوز 2023)، ص 5710.

[3] المادة الأولى، الباب الأول، التسمية والغرض، ظهير شريف رقم 1.23.54 صادر في 23 من ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023) بتنفيذ القانون رقم 10.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، ج. ر، عدد 7213، بتاريخ 28 ذو الحجة 1444(17 يوليوز 2023)، ص 5711.

[4] المادة 3، القانون رقم 10.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، نفس المرجع أعلاه، ص 5711.

مع مراعاة الاختصاصات المخولة، بموجب النصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل للقطاعات الوزارية والمؤسسات والهيئات الأخرى المعنية تكلف الوكالة بتنفيذ التوجهات الاستراتيجية لسياسة الدولة الرامية إلى ضمان السيادة الدوائية وتوافر الأدوية والمنتجات الصحية وسلامتها وجودتها.

ولهذه الغاية، تتولى الوكالة القيام بما يلي : التنسيق في إعداد السياسة الدوائية الوطنية والإسهام في تنفيذها وتتبعها وتقييمها : السهر على تنظيم ومراقبة قطاع الأدوية والمنتجات الصحية : السهر في حدود اختصاصاتها على ضمان توافر الأدوية والمنتجات الصحية والولوج إليها وعلى جودتها وسلامتها وفعاليتها : السهر على احترام المقتضيات التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل المتعلقة بالمواد السامة وعلى الخصوص المواد المخدرة والمؤثرات العقلية والسلائف الكيميائية : الإسهام في تطوير قطاع صناعة الأدوية والمنتجات الصحية. ولا سيما الصناعة المحلية للأدوية الجنيسة والمثيلات الحيوية : وضع قائمة الأدوية الأساسية وتحيينها : الاحتراز واليقظة وتحليل المخاطر الصحية في مجال الأدوية والمنتجات الصحية بالتنسيق مع القطاعات المعنية.[1] و يدير الوكالة مجلس إدارة ويسيرها مدير.[2]

- **الوكالة المغربية للدم ومشتقاته:**[3] مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي.[4] وتخضع الوكالة لوصاية الدولة التي يكون الغرض منها العمل على احترام أجهزتها المختصة لأحكام هذا القانون، ولا سيما تلك المتعلقة بالمهام المنوطة بها، وبصفة عامة الحرص على تطبيق النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالمؤسسات العمومية وكذا المتعلقة بالتبرع بالدم البشري وأخذه واستخدامه.

تخضع الوكالة أيضا للمراقبة المالية للدولة المطبقة على المؤسسات العمومية، طبقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل.[5]

مع مراعاة الاختصاصات المخولة، بموجب النصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل للقطاعات والمؤسسات والهيئات الأخرى المعنية تكلف الوكالة بتنفيذ التوجهات الاستراتيجية السياسة الدولة الرامية إلى ضمان تنمية مخزون من الدم البشري يلبي الحاجيات الوطنية وتوافر جميع مشتقات الدم في كل الظروف وضمان سلامتها وجودتها.[6]

---

[1] المادة 4، القانون رقم 10.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، نفس الرجع أعلاه، ص 5711.

[2] المادة 8، القانون رقم 10.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، منفس المرجع أعلاه، ص 5713.

[3] ظهير شريف رقم 1.23.55 صادر في 23 من ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023) بتنفيذ القانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، ج. ر، عدد 7213، بتاريخ 28 ذو الحجة 1444(17 يوليوز 2023)، ص 5706.

[4] ويحدد مقر الوكالة بالرباط، وتحدث بقرار من مجلس الإدارة تمثيليات لها على الصعيد الترابي ، المادة الأولى، القانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، نفس المرجع أعلاه، ص 5706 و 5707.

[5] المادة 2، القانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، نفس المرجع أعلاه، ص 5707.

[6] وتتولى الوكالة لهذه الغاية : الإسهام في إعداد السياسة الوطنية المتعلقة بالدم وتنفيذها وتتبعها وتقييمها، العمل حصريا على جمع الدم التام من المتبرعين والقيام بتأهيله البيولوجي وبجميع الأعمال المرتبطة بحفظه وتحويله وتوضيبه وذلك مع التقيد بالنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل ، الإشراف على تنمية المخزون الوطني من الدم ومشتقاته وتنظيم جميع الأعمال المتعلقة بتوزيعه واستخدامه ، تزويد جميع المؤسسات الصحية التابعة للقطاعين العام أو الخاص، حسب الحاجة بالدم

يدير الوكالة مجلس إدارة[1] ويسيرها مدير.[2] يتألف مجلس إدارة الوكالة من ممثلين عن الإدارة وشخصيات مشهود لها بكفاءتها وخبرتها العلمية والتقنية أو معرفتها القانونية في ميدان تحاقن الدم.[3]

الهيئة العليا للصحة:[4] هي شخص اعتباري من أشخاص القانون العام يتمتع بالاستقلال المالي،[5] وتساهم في مجال اختصاصها، في ضمان استمرارية عمل الدولة في المجال الصحي، وتتولى على الخصوص، مهمة التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتقييم جودة خدمات المؤسسات الصحية بالقطاعين العام والخاص وكذا إبداء الرأي في التوجهات العامة والسياسات العمومية في الميدان الصحي على المدى القريب والمتوسط والبعيد وكذا تقديم المقترحات والتوصيات.[6]

مع مراعاة الاختصاصات المسندة إلى القطاعات الوزارية والهيئات المعنية، تمارس الهيئة الاختصاصات التالية :

1 – التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته في إطار التقيد بالأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة به. وعلاوة على ذلك تمارس الهيئة باقي المهام المخولة للوكالة الوطنية للتأمين الصحي بموجب التشريع الجاري به العمل في مجال التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

2 – تقييم جودة الخدمات المقدمة بالمؤسسات الصحية بالقطاعين العام والخاص وظروف التكفل الطبي بالمريض؛

3 – اعتماد المؤسسات الصحية بالقطاعين العام والخاص، وذلك على أساس مؤشرات ومعايير ومرجعيات وطنية تحددها الهيئة ؛

4 – التقييم الدوري للأدوية والمنتجات الصحية و الأعمال المهنية الصحية على أساس فعاليتها وجدواها وكذا شروط وصف هذه المواد ومزاولة هذه الأعمال من قبل المهنيين؛

5 – تتبع المعطيات الوبائية وتحليلها وتقييمها؛

والبلازما و خثارات الكريات الحمراء وخيارات الصفيحات وذلك وفق التشريع الجاري به العمل، اقتراح تحديد أو مراجعة تعريفة الحصول على أكياس الدم و الترخيص بإحداث مخازن الدم ومشتقاته ذات العمر القصير داخل المؤسسات الصحية التابعة للقطاعين العام والخاص ومراقبتها والقيام بالأعمال التشخيصية والعلاجية ذات الصلة بمجال تحاقن الدم وتطويرها و تطوير أعمال استخلاص الخلايا الجذعية المستخلصة من دم المتبرعين و مراقبة جودة البلازما المستعملة لتحضير الأدوية المشتقة من الدم و السهر على ضمان جودة الدم ومشتقاته و تسليم رخص استيراد أو تصدير الدم ومشتقاته عدا مشتقات الدم الثابتة و الإسهام في نظام المراقبة الوبائية الخاص بتحاقن الدم ، الإسهام في التكوين المستمر لمهنيي الصحة في مجال تحاقن الدم وسلامته. المادة 3، بتنفيذ القانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، نفس المرجع أعلاه، ص 5707.

[1] يمكن لرئيس مجلس إدارة الوكالة أن يدعو لحضور اجتماعات المجلس، بصفة استشارية ، كل شخص يرى فائدة في مشاركته اعتبارا المعارفه وخبراته في مجالات اختصاص الوكالة، المادة 8، القانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، نفس المرجع أعلاه، ص 5708.

[2] المادة 7، القانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، نفس المرجع اعلاه، ص 5708.

[3] المادة 8، القانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، نفس المرجع أعلاه، ص 5708.

[4] ظهير شريف رقم 1.23.84 صادر في 16 من جمادى الأولى 1445 (30) نوفمبر (2023) بتنفيذ القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة، ج.ر، عدد 7253، 20 جمادى الأولى 1445 (4 ديسمبر2023)، ص 10229.

[5] ويكون مقرها في الرباط، المادة الأولى، القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة، نفس المرجع أعلاه، ص 10229.

[6] المادة 2، القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة، نفس المرجع أعلاه، ص 10229.

6 – تقييم البرامج المتعلقة بمحاربة الأمراض، وبالوقاية القبلية منها؛

7 – إجراء الدراسات والأبحاث في مجال اختصاصها، بمبادرة منها أو بطلب من الحكومة أو البرلمان؛

8 – وضع الدلائل والمراجع المتعلقة بالتكوين المستمر للأطر الصحية؛

9 – القيام في مجال اختصاصها، بمهمة الوساطة في النزاعات المعروضة عليها من قبل مهنيي الصحة مع مراعاة الاختصاصات الموكلة إلى الهيئات المهنية بموجب النصوص التشريعية الجاري بها العمل.[1]

يمكن للهيئة، بمبادرة منها أو بطلب من الحكومة، أن تقترح على هذه الأخيرة مشاريع نصوص تشريعية أو تنظيمية لها علاقة بمجال اختصاصها.

وتبدي كذلك رأيا استشاريا بشأن أي مشروع نص تشريعي أو تنظيمي، يتعلق بمجال اختصاصها، تعرضه عليها الحكومة.[2]

ثانيا : الحكامة الجديدة على المستوى الترابي

المجموعات الصحية الترابية: تحدث بكل جهة من جهات المملكة، تحت تسمية «المجموعة الصحية الترابية، مؤسسة عمومية تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي، يشار إليها في ما بعد باسم «المجموعة».[3]

تخضع المجموعة لوصاية الدولة التي يكون الغرض منها العمل على احترام أجهزتها المختصة لأحكام القانون رقم 22—08 خاصة منها تلك المتعلقة بالمهام المسندة إليها، وبصفة عامة، السهر على تطبيق النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالمؤسسات العمومية.

تخضع المجموعة للمراقبة المالية للدولة المطبقة على المؤسسات العمومية وفقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل.[4]

تتولى المجموعة، في حدود مجالها الترابي، تنفيذ سياسة الدولة في مجال الصحة، ولهذه الغاية، يعهد إلى المجموعة، دون الإخلال بالمهام المخولة للسلطات أو الهيئات الأخرى المختصة، بمهام متعدد تهم مجالات الصحة العامة والعلاجات...[5]

يدير المجموعة مجلس إدارة ويسيرها مدير عام.[1] ويتألف مجلس الإدارة، علاوة على رئيسه من الأعضاء الآتي بيانهم :- ممثلو الإدارات المعنية المحددة بنص تنظيمي ؛ رئيس مجلس الجهة أو من ينوب عنه ؛ والي الجهة أو من يمثله ؛ عمداء كليات الطب

---

[1] المادة 3، القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة، مرجع سابق، ص 10229و 10230.

[2] المادة 4، القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة، نفس المرجع أعلاه، ص 10230.

[3] المادة الأولى، ظهير شريف رقم 1.23.50 صادر في 9 ذي الحجة 1444 (28 يونيو 2023) بتنفيذ القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، ج. ر، عدد 7213، بتاريخ 28 ذو الحجة 1444(17 يوليوز 2023) ص 5701.

[4] المادة 2، القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، نفس المرجع أعلاه، ص 5701.

[5] **– في مجال عرض العلاجات؛ – في مجال الصحة العامة؛ – في مجال العلاجات؛ – في مجال التكوين؛ – في مجال البحث والخبرة والابتكار؛ – في المجال الإداري**؛ المادة 4، ظهير شريف رقم 1.23.50 صادر في 9 ذي الحجة 1444 (28 يونيو 2023) بتنفيذ القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، ج. ر، عدد 7213، بتاريخ 28 ذو الحجة 1444(17 يوليوز 2023) ص 5701 و 5702.

والصيدلة وطب الأسنان التابعة للتعليم العالي العمومي المتواجدة داخل الجهة أو من يمثلهم؛ ممثلو الأساتذة الباحثين في الطب والصيدلة وطب الأسنان العاملين داخل المؤسسات الصحية المكونة للمجموعة ؛ مدير المعهد العالي للمهن التمريضية وتقنيات الصحة بالجهة أو من يمثله؛ ممثل واحد (1) عن كل هيئة من الهيئات المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري عن المرض؛ ممثل المجلس الجهوي للهيئة الوطنية للطبيبات والأطباء؛ ممثلو باقي مهني الصحة العاملين داخل المؤسسات الصحية المكونة للمجموعة؛ ثلاثة أعضاء مستقلين من ذوي الخبرة في مجالات الصحة؛ يمكن لرئيس مجلس الإدارة أن يدعو لاجتماعات المجلس، بصفة استشارية، كل شخص يرى فائدة في مشاركته.[2]

يتمتع مجلس الإدارة بجميع السلط والاختصاصات اللازمة الإدارة المجموعة، ولهذا الغرض، يمارس على الخصوص، الاختصاصات التالية ؛ المصادقة على برنامج العمل السنوي للمجموعة؛ اعتماد الخريطة الصحية الجهوية طبقا للتوجهات العامة المحددة في الخريطة الصحية الوطنية ؛ اعتماد البرنامج الطبي الجهوي ؛ المداولة في شأن تسيير المؤسسات الصحية المكونة للمجموعة. واتخاذ كل التدابير التي من شأنها تحسين خدمات هذه المؤسسات؛ حصر ميزانية المجموعة وقوائمها التوقعية متعددة السنوات وكذا كيفيات تمويل برامج أنشطتها؛ حصر الحسابات السنوية للمجموعة والمصادقة عليها والبت في تخصيص النتائج ؛ اعتماد الهيكل التنظيمي الذي يحدد بنيات المجموعة واختصاصاتها، بما فيها بنية صحية وبنية إدارية ومالية مستقلتين؛ اعتماد النظام الأساسي لمهنيي الصحة بالمجموعة، طبقا للنظام الأساسي النموذجي لمهنيي الصحة بالمجموعات الصحية الترابية الذي يحدد بنص تنظيمي ؛ اعتماد النظام الذي تحدد وفقه شروط وأشكال إبرام الصفقات؛ اعتماد النظام الداخلي للمجموعة؛ اتخاذ القرارات المتعلقة باقتناء العقارات أو تفويتها أو كرائها؛ اتخاذ القرارات المتعلقة باقتناء براءات الاختراعات المرتبطة بأنشطة المجموعة أو باستغلالها أو تفويتها؛ اتخاذ القرارات المتعلقة بالمساهمة في رأسمال المقاولات الخاصة طبقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، شريطة أن يكون للغرض الرئيسي للمقاولات المذكورة علاقة بمهام المجموعة؛ اتخاذ جميع التدابير للقيام بعمليات افتحاص وتقييم دورية لأنشطة المجموعة؛ المصادقة على التقرير السنوي لأنشطة المجموعة؛ المداولة بخصوص كل مسألة تدخل ضمن مهام المجموعة؛ يمكن لمجلس الإدارة أن يمنح للمدير العام تفويضا من أجل تسوية قضايا معينة، ويتولى المدير العام مهام كتابة مجلس الإدارة ويحضر اجتماعاته بصفة استشارية.[3] و يجتمع مجلس الإدارة بدعوة من رئيسه كلما دعت الحاجة إلى ذلك، وعلى الأقل مرتين في السنة.[4]

ثالثا : الصناديق الوطنية[5]

---

[1] المادة 5، القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، نفس المرجع أعلاه، ص 5702.

[2] المادة 6، القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، نفس المرجع أعلاه، ص 5702 و 5703.

[3] المادة 7، القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، مرجع سابق، ص 5703.

[4] المادة 9، القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، نفس المرجع أعلاه، ص 5704.

[5] تشكلت هذه الأنظمة بشكل منفصل وعلى مراحل منذ بداية فترة الحماية الفرنسية تعود المبادرة الأولى إلى سنة 1919، مع إحداث الجمعية الأخوية للتعاون المشترك وميتم موظفي الأمن الوطني. وجرى تدريجيا إنشاء صناديق وتعاضديات للاحتياط الاجتماعي تغطي قطاعات الجمارك والإدارة التعليم، والبريد والمواصلات

الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي: أحدث الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي سنة 1950 وهو بمثابة اتحاد لثماني تعاضديات في القطاع العام تجمع المقتضيات الظهير الشريف لنونبر 1963 المسن للتعاضد بالمغرب وقد عمل الصندوق على تهيئة التربة الخصبة تبلور مشروع التأمين الإجباري عن المرض من خلال التجربة التي راكمها، إلى جانب التعاضديات، في مجالات المراقبة الطبية والاتفاقيات مع منتجي العلاجات وتصفية الخدمات وغيرها من المجالات.

ومنذ إسناد تدبير نظام التأمين الإجباري على المرض بالقطاع العام له بموجب القانون 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية تبنى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي أربع مخططات استراتيجية مندمجة (2006 2009 2010-2014 / 2015-2019 / 2021-2025) ارتكزت كلها بالأساس حول تحسين جودة الخدمات المقدمة للمؤمنين والحفاظ على ديمومة النظام. وقد مكنت هذه المخططات من الوصول الى مستوى من النضج في تدبير المؤشرات المتعلقة بجودة تدبير أنظمة التأمين الإجباري عن المرض والتي تقع مسؤولية إنجازها وإنجاحها على الصندوق بالارتكاز على القيم التي تشكل قوته وخصوصيته.[1]

قبل دخول نظام التأمين الإجباري عن المرض حيز التنفيذ، كانت التعاضديات تتكلف بتحصيل اشتراكات أجراء القطاع العام بالإدارات والجماعات الترابية والمؤسسات العمومية وتخصصها لتغطية نفقات العلاجات العادية (ملفات المرض)، وكان الصندوق يتكلف بتحصيل مساهمات المشغلين ويخصصها لتغطية مصاريف الثالث المؤدي (ملفات التحمل).

بعد العديد من محاولات الإصلاح التي أجريت في التسعينيات، كان الخيار الذي تم التوجه اليه من خلال القانون 6500 هو تنظيم تدبير التامين الاجباري عن المرض بالاعتماد على مؤسستين (CNSS CNOPS) وعلى هيئة تنظيمية تم إنشاء الوكالة الوطنية للتأمين الصحي سنة 2006). لذلك يدير الصندوق التأمين الإجباري عن المرض في القطاع العام القانون 00-65) والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالطلبة القانون (12-116)، ولفائدة السككيين بموجب القانون 13 120 ولفائدة ضحايا ماضي انتهاكات حقوق الإنسان الجسيمة بالمغرب خلال الفترة 1956-1999.

السلكية واللاسلكية، والموانئ والمناجم، إلخ. وفي سنة 1942 أسس أرباب العمل صندوق المساعدة الاجتماعية لفائدة موظفي القطاع الخاص، والذي يعتبر الصيغة الأولى لصندوق الضمان الاجتماعي (CNSS) حاليا وفي سنة 1950، **الثامت** خمس تعاضديات عمومية في إطار جامعة أصبحت فيما بعد الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS). وكان يتم توفير التكفل الطبي بالفئات الفقيرة والتي تعاني من الهشاشة من خلال إصدار شهادة الاحتياج" التي تتيح لهم الولوج المجاني إلى المستشفيات العمومية الكبرى وعند حصوله على الاستقلال، وجد المغرب نفسه إزاء منظومة للتغطية الصحية مكونة من العديد من أنظمة الضمان الاجتماعي منفصلة عن بعضها البعض وممولة أساسا من الأجور، وموجهة لفئة من أجراء القطاع الخاص وموظفي القطاع العام، في حين أن معظم السكان النشطين كانوا غير مشمولين بالحماية الاجتماعية.

[1] 74 سنة في خدمة التغطية الصحية، الموقع الإلكتروني للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، cnops، تاريخ التصفح 07 يوليوز 2025، الساعة 20:30.

على صعيد القطاع العام، يحصل الصندوق الاشتراكات من الأجراء والمشغلين ويدير الثالث المؤدي ويتكلف بتغطية الأمراض المكلفة والمزمنة بشكل مباشر، ويفوض الصندوق تدبير ملفات العلاجات العادية حسب المادة 83 من القانون 65-00 إلى 8 تعاضديات إضافة إلى تعاضدية الاحتياط الاجتماعي للسككيين منذ سنة 2016.[1]

ويدير الصندوق بشكل مباشر الثالث المؤدي في إطار كافة أنظمة التأمين الإجباري عن المرض التي عهد إليه بتدبيرها ويفوض تدبير ملفات العلاجات العادية لتسع تعاضديات كما يفوض تدبير ملفات ضحايا ماضي انتهاكات حقوق الإنسان الجسيمة لتعاضدية اومقام ويفوض استقبال ملفات تسجيل الطلبة إلى شريكيه المكتب الوطني للأعمال الجامعية الاجتماعية والثقافية ومكتب التكوين المهني وإنعاش الشغل.

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي:

تم إنشاء نظام الضمان الاجتماعي الذي يديره الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذ أكثر من 60 سنة، بهدف حماية الأجراء من المخاطر المرتبطة بالمرض والأمومة والعجز والشيخوخة. كما يقدم الصندوق تعويضات عائلية ويمنح المستحقين حقوقا مالية في حالة الوفاة.

منذ دخوله حيز التنفيذ سنة 1961 شهد الصندوق تطورا ملحوظا تمثل في زيادة كبيرة في عدد الأجراء المصرح بهم والمقاولات المنخرطة والخدمات المقدمة، مما عزز دوره المحوري في تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية وتعميم التغطية الاجتماعية في المغرب.[2]

يتجلى دور الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في توفير الحماية الاجتماعية للأجراء القطاع الخاص في مختلف المجالات، ملتزما بتقديم خدمات عالية الجودة، وضمان الولوج إلى الرعاية الصحية وتأمين الاستقرار المالي للمؤمنين وأسرهم.[3]

في سنة 2023، واصل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي تنفيذ خطته الثلاثية 2021-2023 التي تتمحور حول سبعة محاور استراتيجية تهدف إلى تحسين وتطوير أدائها. يركز المحور الأول على تعميم الحماية الاجتماعية لضمان تغطية شاملة لجميع المواطنين.[4] كما قام الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بسن مجموعة من الإجراءات العملية الضرورية من أجل تسجيل

---

[1] M.PS.C تعاضدية الإحتياط الاجتماعي للسككيين، M.O.D.E.Pتعاضدية مكتب استغلال الموانئ، M.F.A تعاضدية القوات المساعدة، O.M.FAM الهيئات التعاضدية لموظفي الإدارات والمصالح العمومية بالمغرب، MGPAPالتعاضدية العامة لموظفي الإدارات العمومية، M.POLICEتعاضدية الشرطة، M.G.E.N التعاضدية العامة التربية الوطنية، M.G.P.T.T التعاضدية العامة البرية و المواصلات، العاضدية الجماري و الطرائف غير المباشرةM.D.LI . 74 سنة في خدمة التغطية الصحية، الموقع الإلكتروني للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، cnops، تاريخ التصفح 07 يوليوز 2025، الساعة 20:30.

[2] التقرير السنوي 2023، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي: أزيد من 60 سنة في خدمة الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، سنة 2023، ص 10.

[3] **الصحة**: التأمين الإجباري عن المرض؛ التعويضات اليومية عن الولادة؛ التعويضات اليومية عن المرض. **الشغل**: التعويض عن فقدان الشغل؛ **الأسرة**: التعويضات العائلية ؛ التعويض عن عطلة الولادة. **المعاشات**: معاش الشيخوخة؛ التقاعد النسبي؛ معاش العجز؛ معاش المتوفى عنهم؛ التعويض عن الوفاة؛ استرجاع الاشتراكات الأجرية. التقرير السنوي 2023، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، نفس المرجع أعلاه، ص 15.

[4] التقرير السنوي 2023، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، نفس المرجع أعلاه، ص 27.

المنخرطين وتحصيل اشتراكاتهم المستحقة وتمكينهم من تحمل أو استرجاع مصاريف الاستشفاء، حيث أقدم على تدعيم شبكة الوكالات الترابية والوكالات المتنقلة بخلق 63 وكالة ترابية جديدة ليصل عدد الوكالات إلى 173 بالإضافة إلى 55 وكالة متنقلة، ليصل العدد الإجمالي إلى 65 وكالة، مع إحداث مجموعة من نقط القرب (8.000 نقطة لأداء الاشتراكات و 3.125 نقطة لإيداع ملفات المرض بالاعتماد على شبكة المقدمي خدمات القرب وفتح بوابة إلكترونية من أجل تمكين المؤمنين من التسجيل، أداء الاشتراكات وتتبع وضعيتهم تجاه الصندوق، وكذلك التصريح بأفراد أسرهم والتصريح بالتعريفات البنكية وتتبع ملفاتهم.[1]

- **الصندوق المغربي للتأمين الصحي**: مؤسسة عمومية تسهر على تدبير التأمين الاجباري عن المرض لفائدة القطاع العام والطلبة، تم إحداثه في 18 أكتوبر 2018 بع اعتماد القانون 94-18 القاضي بالمصادقة على المرسوم 2-18-781 الصادر في 30 محرم 1440 (10) أكتوبر (2018) بإحداث الصندوق المغربي للتأمين الصحي لتعويض الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في أداء مهامه المتعلقة بالتأمين الاجباري عن المرض، ويسير الصندوق المغربي للتأمين الصحي التأمين الاجباري عن المرض للقطاع العام (قانون (00-65) و التأمين الاجباري عن المرض الخاص بالطلبة.

تمارس الوزارة الوصاية الإدارية وتتبع أجهزة الحكامة من خلال:

المصادقة على الميزانية بالعطف مع وزارة الاقتصاد والمالية

المصادقة على الهيكلة الإدارية بالعطف مع وزارة القتصاد والمالية

المشاركة في أشغال اللجان المكلفة بتتبع منجزات الافتحاص المالي والمحاسباتي للتأمين الإجباري عن المرض

اقتراح مشاريع مراسيم بالتنسيق مع القطاعات الوزارية المعنية فيما يتعلق بحكامة الصندوق وتحديد نسب المساهمة ونسب تغطية الخدمات الصحية والانخراط والتسجيل في النظام.

وتجدر الإشارة إلى أنه ثمة تفاوتات في المعطيات بين الهيئات المكلفة بالتدبير والتمنين، لذلك يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في هذا الرأي، بأحداث آلية وطنية لتجميع وتوحيد وتتبع حسابات الحماية الاجتماعية.

المطلب الثاني: تمويل برامج الحماية الاجتماعية وتحديات الإصلاح

[1] بالإضافة الى ذلك، تم إحداث مركز جديد لتعزيز قدرات الصندوق في ما يتعلق بمعالجة ملفات التعويضات عن المرض، وإحداث مركز خاص بالعلاقات مع الزبناء لمواكبتهم للولوج لمختلف الخدمات اللامادية التي تم وضعها رهن إشارتهم، وتم أيضا اتخاذ مجموعة من التدابير من أجل تشجيع الفئات المعنية بهذا النظام على الانخراط وتحسين استخلاص الاشتراكات المستحقة، خاصة إلغاء الديون المستحقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري عن المرض المتعلقة بالاشتراكات والزيادات ومصاريف المتابعات والغرامات الواجبة على فئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا. كما تم اشتراط منح المساعدات أو الإعانات العمومية خاصة منها المتعلقة بالدعم الاجتماعي المباشر مقابل الحرص على دفع الاشتراكات بانتظام. تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9384.

كما ذكرنا سابقا ضمن فقرة تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بأن تعميم الحماية الاجتماعية يرتكز في تمويله على آليتين؛ آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على المساهمة،[1] وترتكز هذه الآلية أيضا على الأداء المسبق لمبالغ الاشتراك من طرف الأشخاص المؤمنين أو عن طريق الغير لحسابهم الخاص.

ويتم تمويل الحماية الاجتماعية في إطار هذه الآلية عن طريق الاشتراكات المستحقة تطبيقا للنصوص التشريعية والتنظيمية الجاري بها العمل، وعلى الواجبات التكميلية التي تفرضها الدولة على بعض الفئات المهنية، في إطار نظام المساهمة المهنية الموحدة قصد أداء الاشتراكات الاجتماعية.[2]

وبالنسبة للآلية الثانية القائمة على التضامن لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.[3]

وبالتالي تخول حق الاستفادة من خدمات الحماية الاجتماعية المتعلقة بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض ومن التعويضات المخصصة للحماية من المخاطر المرتبطة بالطفولة أو من التعويضات الجزافية. وترتكز هذه الآلية أيضا على الأداء المسبق للاشتراكات من طرف الدولة[4] لفائدة الأشخاص المعنيين، وذلك من خلال الموارد التالية:[5]المخصصات المالية من ميزانية الدولة؛ العائدات الضريبية المخصصة لتمويل الحماية الاجتماعية؛ الموارد المتأتية من إصلاح نظام المقاصة؛ الهبات والوصايا؛ جميع الموارد الأخرى التي يمكن أن ترصد بموجب نصوص تشريعية أو تنظيمية خاصة.[6]

وعلى هذا الأساس سنتعرف انطلاقا من فروع هذا المطلب على الحصيلة المرحلية في تمويل الحماية الاجتماعية (الفرع الأول) ثم سنتعرف على أهم التحديات التي تواجه هذا الورش الاجتماعي حسب التقارير الصادرة في ذلك(الفرع الثاني).

الفرع الأول : حصيلة تمويل الحماية الاجتماعية

إن الوقوف عند حصيلة تمويل الحماية الاجتماعية يكتسي أهمية بالغة. فكما رأينا بالنسبة للتقدم المحرز على المستوى القانوني والتنظيمي الحكاماتي، فإن التنظيم المالي عرف بدوره تطورا وارتفاعا سنويا مهما وإن كان يعد طفيفا،[7] ينبغي تعزيز نجاعته

[1] المادة 11 من القانون الإطار رقم 21- 09 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[2] المادة 12 من القانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[3] المادة 11 من القانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[4] تجدر الإشارة إلى أنه قد أبرم المغرب اتفاق قرض مع البنك الإفريقي للتنمية مبلغه مائة وسبعة عشر مليون وثمانمائة وعشرون ألف أورو(117.820.000 أورو)، لتمويل برنامج دعم تحسين الحماية الاجتماعية – التمويل الإضافي كوفيد 19.(مرسوم رقم 2.21.189 صادر في 22 من شعبان 1442 (5 أبريل 2021)،) كما أبرم اتفاق قرض رقم 9256 بمبلغ ثلاثة مائة وثلاثة وثمانين مليونا وستمائة ألف أورو (383,600,000,00 أورو) المبرم بتاريخ 5 يوليو 2021 مع البنك الدولي للإنشاء والتعمير، بخصوص برنامج تنمية الطفولة المبكرة في المناطق القروية بالمغرب.(مرسوم رقم 2.21.745 صادر في 30 من محرم 1443 (8 سبتمبر 2021).

[5] تضبط هذه العمليات المحاسباتية المتعلقة بدعم الدولة للحماية الاجتماعية في الحساب المرصد الأمور خصوصية المحدث لهذا الغرض. المادة 14 من القانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[6] المادة 13 من القانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

[7] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية، مرجع سابق.

واستدامته، وهو ما سنتعرف عليه من خلال المكتسبات المالية المحققة لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض،(الفرع الأول) وكذا الدعم الاجتماعي المباشر(الفرع الثاني).

فقرة الأول: الحصيلة المالية لتعميم التأمين الاجباري عن المرض

يعتبر تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ورشا إصلاحيا بالغ الأهمية، إذ يهدف إلى المساهمة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بغية الإعمال الفعلي للحق الأساسي الذي يجب أن تتمتع به الساكنة في مجموع التراب الوطني في الولوج إلى خدمات صحية ملائمة، سواء كانت وقائية أو علاجية، ووفق شروط مالية معقولة.[1]

جاء في تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2024 أنه بخصوص تمويل ورش الحماية الاجتماعية، الذي قدرت تكلفته سنة 2021 بما يفوق 51 مليار درهم سنويا منها 23 مليار درهم من الميزانية العامة للدولة، فقد أقدمت وزارة الاقتصاد والمالية على تحيين تكلفته التي من المنتظر أن تبلغ 53,5 مليار درهم سنويا، ابتداء من سنة 2026، منها 17 مليار درهم بالنسبة لتعميم التأمين الإجباري عن المرض و 29 مليار درهم بالنسبة لبرنامج الدعم الاجتماعي المباشر، موزعة بين 38.5 مليار در هم سيتم تمويلها من ميزانية الدولة في إطار الآلية القائمة على التضامن، و 15 مليار درهم في إطار الآلية القائمة على الاشتراك.[2]

و لاتزال نسبة استخلاص الاشتراكات محدودة رغم أنها عرفت، ارتفاعا طفيفا في سنة 2024 مقارنة مع سنة 2023. وحسب المعطيات المدلى بها من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، إلى حدود 10 شتنبر 2024، لم يتعد استخلاص الاشتراكات المستحقة والمقدرة ب 7,53 مليار درهم) ما مجموعه 2,64 مليار درهم، أي بنسبة تحصيل متوسط لا تتجاوز 37%، في حين بلغت النفقات التي تم أداؤها إلى غاية 10 شتنبر 2024 ما يناهز 2.76 مليار درهم.

سجل النظام في متم سنة 2023 معدل (نفقات / مداخيل بلغ 154% وهو ما يعادل عجزا في التحصيل قدره 450 مليون درهم.

وحسب ذات التقرير فإنه وانسجاما مع التزام الدولة بأداء اشتراكات الأشخاص المستفيدين من نظام التأمين الإجباري التضامني عن المرض، أكدت الوزارة المنتدبة المكلفة بالميزانية أنه تم، برسم الأشهر التسعة الأولى من سنة 2024 تحويل ما مجموعه 6.7 مليار درهم لفائدة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وبذلك بلغ مجموع تحويلات الدولة بهذا الصدد، منذ دجنبر 2022 15.51 مليار درهم.[3]

[1] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية، مرجع سابق، ص 315.

[2] تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9383.

[3] نفس الجريدة الرسمية، ص 9385.

هذا، وبلغت الاشتراكات التي تتحملها الدولة برسم نظام "أمو" تضامن"، التي تم تحويلها إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مع متم شتنبر 2024 ما مجموعه 15.51 مليار درهم منها 665 مليون درهم برسم شهر دجنبر 2022، و 8.14 مليار درهم برسم السنة المالية 2023،

وبهدف تقليص حصة التكاليف الصحية للتأمين الإجباري عن المرض لفائدة المستفيدين من هذا النظام، تتكفل الدولة بتحمل الجزء الباقي على عاتق المؤمن بالنسبة للخدمات المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، وذلك بميزانية سنوية قدرها مليار درهم.[1]

هذا واستنادا للمعطيات المدلى بها من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وإلى غاية شتنبر 2024، تم استخلاص ما مجموعه 76,59 مليون درهم من الاشتراكات المستحقة والمقدرة ب 97,56 مليون درهم أي بنسبة استخلاص بلغت 79%. وقد بلغت النفقات ما مجموعه 122,31 مليون درهم برسم شهر ماي ويونيو ويوليوز من سنة 2024.[2]

كما أن نسبة 92 في المائة من المؤمنين المسجلين في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط ماجور أو غير مأجور (أمو – الشامل) هم من الأشخاص الذين يتجاوز مؤشرهم بالسجل الاجتماعي الموحد عتبة الأهلية بقليل، أي ضمن أول شريحتين يتراوح واجب الاشتراك بين 144 و 176 درهم شهريا). يتعلق الأمر بساكنة تعيش وضعية هشاشة، مما يجعل قدرتها المالية على المساهمة في نظام التأمين عن المرض ضعيفة للغاية.[3]

وحسب الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، ففي سنة 2021 بلغت المصاريف التي تحملها المؤمنون مباشرة 52 31.5 في المائة بالنسبة لمنخرطي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، و 37.8 في المائة بالنسبة لمنخرطي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يذكر على سبيل المثال، أنه خلال سنة 2021 بلغت نسبة المصاريف المتبقية على عاتق المؤمنين بفرنسا 6.3 في المائة من إجمالي المصاريف الصحية فيما بلغت هذه النسبة على مستوى الاتحاد الأوروبي 14.5 في المائة في المتوسط (53). ورغم أن المعطيات المحينة حول إجمالي النفقات الصحية غير متوفرة بعد ، إلا أنه من المحتمل أن تظل المصاريف الملقاة مباشرة على عاتق الأسر مرتفعة. ويعزى هذا الوضع إلى الفجوة بين التكلفة الفعلية للعلاجات التي يدفعها المرضى وبين الأسعار المحددة في التعريفة الوطنية المرجعية، والتي تشكل الأساس المعتمد في إرجاع مصاريف العلاجات من لدن هيئات التأمين والثالث المؤدي هذا، ولم تشهد هذه التعريفة تعديلات مهمة منذ سنة 2006، باستثناء تعديل سنة 2008 الذي هم بعض الأعمال الطبية والجراحية الشائعة كالاستشارة في تخصص أمراض القلب مع تخطيط القلب، والولادة القيصرية، واستئصال اللوزتين، وجراحة ساد العين وبعض الأعمال الطبية في تخصص الأنكولوجيا.

[1] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، تعميم التأمين الاجباري عن المرض: حصيلة مرحلية، مرجع سابق، ص 323.

[2] تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9386.

[3] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، نفس المرجع أعلاه، ص 327.

وتظل الوضعية المالية للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض في وضعية هشة. ففي الفترة بين 2015 و 2021 وفق أحدث المعطيات المتوفرة، ارتفعت نفقات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة أسرع من موارده، حيث سجلت زيادة بنسبة 13 في المائة مقابل 8.9 في المائة المسجلة في المتوسط سنوياً.

كما كشفت دراسة أجراها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بالتنسيق مع الإدارة العامة للجمارك والضرائب غير المباشرة سنة 2022، وهمت عينة مكونة من 321 دواء قابلا للتعويض، أن الأسعار المعمول بها في المغرب أعلى بـ 3 إلى 4 مرات من نظيرتها في فرنسا أو بلجيكا، والحال أن هذين البلدين يعتمدان كنقاط مرجعية في تحديد السعر الأدنى للدواء الموجه للعموم بالمغرب، وبالتالي، فإن أسعار الأدوية في المغرب ينبغي أن تكون أقل من الأسعار في الدول التي يتخذها كمرجع. وحسب بعض الفاعلين الذي جرى الإنصات إليهم ، فإن هذا الوضع يعزى إلى الأدوية المسماة "أدوية مبتكرة" التي يتم استيرادها بأسعار باهظة جدا. وينضاف إلى ذلك هامش ربح المستورد (10) في المائة من ثمن المصنع دون احتساب الرسوم، مما يساهم بشكل مباشر في رفع السعر النهائي.[1]

الفقرة الثانية: حصيلة تمويل الدعم الاجتماعي المباشر

ويستفيد من برنامج الدعم الاجتماعي المباشر، ما يقرب من 4 ملايين أسرة، بما في ذلك 5,4 مليون طفل، و 1,2 مليون شخص تفوق أعمارهم 60 عاما. وتماشيا مع التوقعات المتعلقة بالميزانية، من المرتقب أن يقوم البرنامج بتعبئة غلاف مالي يقدر بـ 25 مليار درهم برسم سنة 2024.[2]

وقد بلغت تكلفة الدعم الاجتماعي المباشر منذ الشروع في تنزيله إلى غاية 10 أكتوبر 2024، حسب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، 18,54 مليار درهم.

وتجدر الإشارة إلى أن مبلغ الدعم التكميلي الخاص بالدخول المدرسي، الذي تم صرفه، بلغ حسب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، برسم الموسم الدراسي 2025-2024 ما مجموعه 669,65 مليون درهم.[3]

الفرع الثاني: التحديات العامة لورش الحماية الاجتماعية وتحدي استدامة التمويل

"ويشهد تنزيل هذا الورش تقدما ملموسا. كما يواجه بعض التحديات التي تهم بالأساس التعميم و التمويل والاستدامة وإصلاح القطاع الصحي العمومي، حيث لازالت شرائح هامة من المواطنين لا تتوفر على تغطية فعلية سواء في مجال الرعاية الصحية أو التقاعد. كما أن تمويل بعض مكونات الحماية الاجتماعية بواسطة ميزانية الدولة عرف ارتفاعا بالمقارنة مع التقديرات الأولية."[4]

الفقرة الأولى: التحديات العامة لورش الحماية الاجتماعية

[1] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 340.

[2] نظام الدعم الاجتماعي المباشر، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية REMALD، سلسلة نصوص ووثائق، العدد 333، الطبعة الأولى 2025، ص 200.

[3] تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9388.

[4] تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر. ص 9383.

أولا : تحديات الحماية الاجتماعية بصفة عامة:

تحديات تخص تعميم التأمين الإجباري عن المرض:

1: تحدي الشمولية؛

بالإضافة إلى الفئة غير المسجلة التي بلغت نسبتها 13.55 في المائة خلال بداية أكتوبر 2024، هناك أكثر من 3.5 مليون شخص مسجلون فعليا في منظومة التأمين عن المرض لكنهم في وضعية "الحقوق المغلقة،[1] وبالتالي لا يستفيدون من تغطية مصاريف العلاجات. وفي المحصلة، هناك أزيد من 8.5 ملايين من السكان لا يستطيعون الولوج إلى العلاجات.[2]

2: تحدي الولوج إلى عرض العلاجات؛

تبنى المغرب نموذجا يقوم أساسا على مبدأ التأمين عن المرض.[3] وهو اختيار يتطلب رفع تحدي مزدوج يتمثل من جهة في ضمان الولوج المالي من خلال اشتراكات المؤمنين ومن جهة أخرى في ضمان الولوج الجغرافي لعرض صحي ذي جودة.

وتطرح هذه الوضعية عدة انشغالات بالنظر إلى التفاوتات بين مختلف المجالات الترابية على مستوى العرض الصحي ذلك أن المؤسسات الصحية، من القطاعين العام والخاص، تتركز بشكل كبير في (5) خمس جهات من جهات المملكة الدار البيضاء سطات، الرباط سلا القنيطرة، طنجة تطوان الحسيمة، فاس مكناس ومراكش اسفي والتي تضم مجتمعة 64 في المائة من المؤسسات الاستشفائية وبنيات دعم الشبكة الاستشفائية، و 79 في المائة من المصحات الخاصة و 82 في المائة من الأسرة الطبية بالقطاع الخاص . مما يبرز الفوارق القائمة في الولوج إلى العلاجات على المستوى الوطني.[4]

3: تحدي الإنصاف و التضامن؛

لكي يتسم أي نظام للتأمين الإجباري عن المرض بالشمولية والولوج المتاح للجميع، يتعين أن يرتكز على مبدأين أساسيين، وهما أن يكون تمويله قائما على التضامن وأن تكون الاستفادة من خدماته قائمة على مبدأ الإنصاف. غير أنه يصعب تحقيق هاذين المبدئين في سياق لا يتسم بتجانس أنظمة التغطية الصحية.

وينجم عن غياب التجانس بين الأنظمة جملة من أشكال التفاوت: **تفاوت في نسب الاشتراك بين مختلف الأنظمة:** هناك اختلاف في نسب الاشتراك المعمول بها بين أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، مما يعكس تباينات ملموسة في

---

[1] انظر رأي الملجس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض: حصيلة مرحلية، المنشور بالجريدة الرسمية عدد 7370بتاريخ 16 يناير 2025، ص 333.

[2] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 329.

[3] التأمين الصحي وسيلة تتمثل غايتها المثلى في تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنات والمواطنين. لقد اختارت بلدان مثل بريطانيا وإسبانيا اعتماد تغطية صحية شاملة دون اللجوء إلى نظام تأميني إجباري قائم على الاشتراك، بل من خلال تطوير بنيات تحتية عمومية للوقاية والعلاجات الطبية، مجانية الولوج وممولة عن طريق الضرائب. رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 335.

[4] كما أن النقص الحاد في مهنيي الصحة يعد عاملا مطلقا فقد سجلت المملكة سنة 2022 عجزا في عدد مهنيي الصحة يقدر بـ 32.000 من الأطباء و 65.000 من الممرضات والممرضين مقارنة مع معايير منظمة الصحة العالمية. ويزداد هذا الوضع تفاقماً بسبب محدودية قدرات بلادنا في مجال تكوين الكفاءات والاحتفاظ بها. رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 335.

جهود المساهمة المطلوبة من مختلفة فئات المؤمنين.[1] و **تفاوت في مستوى التغطية:** يستفيد المؤمنون لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي من مستوى تغطية أعلى بشكل ملحوظ مقارنة بالمؤمنين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.[2] بالإضافة إلى **التفاوت في كيفيات التكفل بمصاريف الولوج إلى العلاجات:** تختلف الممارسات المعمول بها بالنسبة لصيغة "الثالث المؤدي" حسب الهيئة المكلفة بتدبير نظام التأمين عن المرض. فباستثناء نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك (أمو – تضامن) الذي يتم فيه بموجب المادة 120 المكررة من القانون رقم 00-65 التحمل المباشر لتغطية مصاريف الخدمات الصحية داخل المؤسسات العمومية، دون الزامية الحصول على الموافقة المسبقة، فلا توجد أي أحكام تنظم آليات وضع وتدبير اتفاقيات "الثالث المؤدي" مع المؤسسات الصحية من القطاعين العام والخاص، بما يتيح للمؤمنين الولوج إلى العلاجات دون الأداء المسبق للمصاريف. وهكذا، تتحمل بعض الهيئات التكاليف دون اشتراط لموافقة مسبقة بالنسبة لبعض الأمراض الخطيرة والمكلفة، في حين تشترط هيئات أخرى موافقة مسبقة من أجل الاستفادة من صيغة الثالث المؤدي. كما تتحمل بعض الهيئات مباشرة تكاليف العلاجات المتنقلة التي يجريها المؤمنون التابعون لها، لا سيما في المؤسسات الصحية العمومية أو المؤسسات الصحية غير الربحية، وذلك عندما تتجاوز تلك التكاليف مبلغاً معيناً، بينما تقتصر هيئات أخرى على تحمل تكاليف الاستشفاء فقط. ثم **غياب تدابير حماية فعالة لفائدة النساء كفيلة بتقليص هشاشتهن فيما يتعلق بالولوج إلى العلاجات:** لا يتضمن مسلسل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض تدابير خاصة تهدف إلى

[1] إذ تحدد نسبة الاشتراك لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في 5 في المائة من مجموع الأجر، موزعة بين المؤمن ومشغله، على ألا يتجاوز سقف 800 درهما شهريا كحد أقصى، في حين تبلغ هذه النسبة 6.37 في المائة بالنسبة لمؤمني الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، دون تحديد سقف لقيمة الاقتطاع أما فيما يخص نسبة الاشتراك لذوي المعاشات فتبلغ 2.5 في المائة من المبلغ الإجمالي للمعاشات بالنسبة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مع 400 درهما كحد أقصى لقيمة الاقتطاع الشهري، فيما تصل إلى 4.52 في المائة بالنسبة لذوي المعاشات المؤمنين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، دون تحديد سقف لقيمة الاقتطاع. وفي الوقت الذي تؤدي فيه بعض الفئات من المنخرطين مبلغ الاشتراك على أساس دخلهم الحقيقي (موظفو القطاع العام وأجراء القطاع الخاص)، تؤدي فئات أخرى واجب اشتراك جزافي (أمو – العمال غير الأجراء) أو حسب المؤشر المحصل عليه برسم السجل الاجتماعي الموحد (أمو – الشامل). وعلى سبيل المثال، يؤدي موظف يتقاضى أجرا في حدود 5760 درهم أو 7040 درهم على التوالي واجب اشتراك يبلغ 144 درهم أو 176 درهم، أي أقل بثلاث مرات المبلغ الأقصى للاشتراك في نظام (أمو – الشامل) والبالغ 1164 درهم. رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 336.

[2] إذ يغطي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مصاريف الاستشفاء في القطاعين العام والخاص بنسبة 100 في المائة و 90 في المائة من التعريفة الوطنية المرجعية على التوالي، مقابل 90 في المائة و 70 في المائة على التوالي بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ويسري المنطق نفسه على العلاجات المتنقلة التي يتم تعويضها بنسبة 80 في المائة من التعريفة الوطنية المرجعية من لدن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، مقابل 70 في المائة بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وبخصوص أدوية الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة والمكلفة، وكذا المستلزمات الطبية، فإن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يعوض عنها بنسبة 100 في المائة، حتى في إطار العلاجات المتنقلة. كما يغطي الصندوق نفسه الأدوية المقتناة في إطار اتفاقية الثالث المؤدي مع الصيدليات بنسبة 100 في المائة إلى جانب تغطية مصاريف تصفية الدم في القطاعين العام والخاص. هذا، ويتعزز مستوى تغطية المؤمنين العاملين بالقطاع العام من خلال تغطية تعاضدية تكميلية وتأمين إضافي يتم الاشتراك فيه عبر مؤسسات وجمعيات الأعمال الاجتماعية لدى شركات تأمين خاصة. رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 337.

الوقاية من التفاوتات بين الجنسين والقضاء عليها. فالأمهات المطلقات ربات الأسر، غالباً ما يتحملن أداء المصاريف الطبية لأبنائهن، والحال أن هؤلاء الأطفال يعتبرون من ذوي حقوق الأب، الذي يستفيد في المقابل من استرجاع المصاريف. كما أن النساء المطلقات تصبحن في وضعية "الحقوق المغلقة" بعد مرور سنة من طلاقهن. وتصنف الأرامل اللاتي لا يستفدن من تحويل معاش الزوج المتوفى في الخانة نفسها بعد مرور سنتين، ويقع على عاتقين إن كن غير نشيطات القيام بالإجراءات الإدارية اللازمة للتسجيل في نظام التأمين عن المرض المناسب لوضعهن السوسيو مهني، تحت طائلة الحرمان من التغطية الصحية. **وكذا تفاوت في تغطية خدمات التأمين عن المرض والتعويضات اليومية عن المرض / الولادة** : طبقا المقتضيات اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي، فإن التكفل الجزئي أو الكلي بمصاريف العلاجات ترافقه في معظم أنظمة الضمان الاجتماعي، آلية قائمة على الاشتراك تمنح بموجبها تعويضات يومية عن جزء من دخل أيام التوقف عن العمل بسبب المرض أو الأمومة ويوجد هذا النظام التأميني لمنح التعويضات عن المرض والأمومة ضمن خدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذ إحداثه سنة 1959، وهو موجه لفائدة أجراء القطاع الخاص. أما بالنسبة للموظفين العموميين، فإن هذه الخدمة تمول مباشرة من ميزانية الدولة. غير أن نظام التأمين عن المرض الذي خصص للعمال غير الأجراء، في سياق تعميم التأمين الإجباري عن المرض، لا يغطي هذه الخدمة.

وأخير، وجود **تفاوت في معالجة ملفات ضحايا حوادث الشغل والأمراض المهنية** : لم يتم بعد إدراج مخاطر حوادث الشغل والأمراض المهنية ضمن نطاق التأمين الصحي، ومن ثم فليس كل الأشخاص النشطين مؤمنين ضد تداعيات حوادث الشغل والأمراض المهنية. يتم في الغالب احتساب مصاريف العلاج المرتبطة بهذه الحوادث والأمراض ضمن منظومة التأمين الصحي. هذا وقد يؤدي أحيانا التعويض غير الكافي عن حوادث الشغل المعتمد في التعريفة (60) درهم في اليوم، إلى رفض بعض المؤسسات الصحية التكفل بالمرضى المعنيين، وإلى تشجيع ممارسات وضع فاتورات علاجية لا تتناسب والأعمال الطبية المنجزة.

4: تحدي الجودة والالتزام بالأخلاقيات[1] وتحدي النجاعة؛

تشكل حماية الأمن المالي للأفراد عند لجوئهم إلى الخدمات الصحية إحدى الأبعاد الأساسية الثلاثة لأي منظومة للتغطية الصحية الشاملة. ويتطلب تحقيق هذه الحماية اعتماد استراتيجيات تمويل تمكن من تقليص مصاريف العلاج التي تتحملها الأسر ،

[1] لكي تكتسي الخدمات الصحية التي يغطيها التأمين الصحي الفعالية والمصداقية والجاذبية المطلوبة، يجب أن تكون منصبة على المريض، وأن تحترم كرامته وسلامته الجسدية والمعنوية، وأن تراعي مكامن هشاشته، وأن يتم تقديمها بطريقة إنسانية ويتطلب تحقيق هذه الغاية توفير العلاجات من لدن مهنيين لا يمتلكون المؤهلات والكفاءة اللازمة فحسب، وإنما يشتغلون في ظل شروط لائقة سواء على مستوى ظروف العمل أو الأجور، ويؤطر علمهم قانون أساسي ومدونة أخلاقيات ملزمان يحددان حقوقهم وواجباتهم تجاه الهيئات المكلفة بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وتجاه مرضاهم، والمؤسسات الصحية التي يمارسون فيها. غير أن عدم إضفاء الطابع الرسمي على هذه المبادئ الأساسية قد يفتح المجال أمام التجاوزات، وأحيانا قد يؤدي إلى حالات فساد، سواء في القطاع العام أو الخاص. ولتجاوز هذا الوضع، يتعين وضع إطار تعاقدي صارم بين مقدمي العلاجات الأطباء والمؤسسات) وهيئات التأمين المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وينبغي أن يضمن هذا الإطار حماية فعلية للمؤمنين والحرص على التقيد التام بأحكام القانون رقم 131.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب. رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 339.

بحيث يتسنى، بفضل التضامن التعاضدي في تمويل المنظومة وقواعد ضبط البروتوكولات العلاجية حماية الأفراد من مخاطر المصاريف الصحية التي قد تقوض وضعيتهم المالية، وتلقي بهم في وضعية الفقر، إن هي بلغت مستويات مرتفعة للغاية.

إن من شأن الاستراتيجية الوطنية للتحكم الطبي في النفقات الصحية المزمع وضعها مستقبلا أن تفتح الباب أمام ضبط أفضل لوصف العلاجات. كما أن هذه الاستراتيجية ستمكن من تطوير بروتوكولات علاجية يقدر عددها حاليا بـ 14 بروتوكولاً، ويوجد 29 بروتوكولاً قيد الإعداد، فضلا عن الأطر المرجعية الصحية، وحزمة جزافية للتكفل، ووثائق مرجعية أو دلائل في مجال وصف الأدوية الباهظة والمبتكرة .[1]

5: تحدي الحكامة؛

وسجل المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، في رأيه السالف الذكر حول تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بأن الفاعلون الذين أنصت إليهم المجلس في إطار إنجاز هذا الرأي قد أشارو إلى ضعف الحوار مع الأطراف المتدخلة ونقص المعطيات وضعف في آليات التشاور بشأن تعميم دينامية التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.[2]

تحديات تخص نظام الدعم المباشر:

- تعزيز التشغيل عبر إدماج الفئات المهمشة في سوق الشغل من أجل محاربة الهشاشة واستبدال الاعانة بالدخل.
- تطوير نظام استهداف الفئات المستفيدة من مكونات الحماية الاجتماعية، التي تتحمل الدولة تكاليفها، وضبطها قصد احتواء نفقاتها التي تسجل تزايدا مضطردا؛
- تنويع مصادر تمويل تكاليف الحماية الاجتماعية للتخفيف من عبئها على ميزانية الدولة.[3]

الفقرة الثانية: تحدي الاستدامة المالية

بلغ إجمالي الاشتراكات والمساهمات في الأنظمة الرئيسية للتأمين عن المرض حتى نهاية سنة 2023 أزيد من 33 مليار درهم، أي 2 في المائة من الناتج الداخلي الإجمالي. لقد أضحى الوزن الاقتصادي للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض يكتسي أهمية متزايدة وطابعا مهيكلا. ويتوقع أن يواصل منحاه التصاعدي بفعل الشيخوخة الطبيعية للسكان، وتحسن نطاق التغطية وتوسع عرض الخدمات الصحية، وزيادة استهلاك العلاجات. وأمام هذا التوجه الذي يطبع جميع الأنظمة الحديثة للتأمين عن المرض، يتعين التحلي بقدر عال من اليقظة لضمان الاستدامة المالية لمختلف أنظمة التأمين عن المرض.

---

[1] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 342.

[2] نص القانون – الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية على مبدأ المشاركة كأحد المبادئ الأساسية التي يستند عليها تعميم الحماية الاجتماعية، وذلك من خلال انخراط كل المتدخلين في السياسات والاستراتيجيات والبرامج المتعلقة بالحماية الاجتماعية". وقد أحال هذا القانون في ديباجته صراحة على الاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي الصادرة عن منظمة العمل الدولية، والتوصية رقم 202 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية الصادرة عن المنظمة نفسها. وهما مرجعيتان تشددان على أهمية الحوار والتشاور والبناء المشترك كقواعد أساسية لبلورة أنظمة الضمان الاجتماعي. رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، (بتصرف) ص 346.

[3] نفس المرجع أعلاه، ص 9388 و 9389.

من بين المخاطر المالية الأربعة الهامة التي أشار إليها تقرير البنك الدولي حول تتبع الوضعية الاقتصادية" للمغرب 58 الصادر سنة 2024، نجد العجز المالي الذي يتهدد نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء. حيث أشار التقرير إلى أن بعض عناصر الإصلاح الجاري للنظام الوطني للتأمين عن المرض تنطوي على مخاطر مالية يجب إيلاؤها أهمية خاصة (...) لقد صمم نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء، ليكون متوازنا ماليا بناء على فرضية انخراط الغالبية العظمى لهؤلاء العمال في هذا النظام، وأن تكون خدماته مشابهة لتلك المقدمة للعمال النظاميين. غير أن نسبة قليلة فقط من العمال غير الأجراء انخرطوا حتى الآن في النظام، كما أن المسجلين لديهم معدلات طلبات استرجاع المصاريف ؟ مرتفعة بشكل غير طبيعي. وإذا كان لا يزال من الممكن لحد الآن التحكم في العجز الناجم عن هذا الوضع إلا أنه قد يتفاقم بمرور الوقت".

يكشف تحليل أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، برسم 2023 أن نظام التأمين عن المرض الخاص بأجراء القطاع الخاص ونظام أمو) – تضامن يعرفان وضعية مالية متوازنة. أما النظام الخاص بالعمال غير الأجراء فهو يعاني من عجز مالي تقني يعزى أساساً إلى الصعوبات المتعلقة بتسجيل المؤمنين الجدد وتحصيل واجبات الاشتراك. كما أن نظام التأمين عن المرض أمو) – الشامل الذي يعد الانخراط فيه اختياريا والذي يعاني بدوره من إشكالات في التسجيل، فهو مهدد بالعجز بسبب ظاهرة "الانتقاء العكسي". حيث لا ينخرط ويدفع الاشتراكات إلا الأشخاص الذين يحتاجون للعلاجات بشكل فوري.

من جانبه، يواجه نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص باجراء القطاع العام منذ سنة 2021 عجزا ماليا تقنياً أثر سلبا على أجال إرجاع المصاريف للمؤمنين وأداء المستحقات المقدمي الخدمات الصحية. وإزاء هذا الوضع، قام الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بتعبئة 1.6 مليار درهم من احتياطاته خلال سنة 2023 للتمكن من الوفاء بالتزاماته وإذا استمر العجز في التفاقم، فمن المتوقع أن تستنفد احتياطيات الصندوق بحلول سنة 2026.

معظم نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض أصبحت تتجه نحو المؤسسات الصحية بالقطاع الخاص. ذلك أن أكثر من 95 في المائة من نفقات أنظمة التأمين عن المرض بالقطاع الخاص الخاصة بالأجراء وغير الأجراء، وأكثر من 80 في المائة من نفقات المؤمنين لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، تتم لدى مؤسسات رعاية صحية خاصة. وهو توجه قد يؤدي على المدى الطويل إلى تهديد الاستدامة المالية لمنظومة التأمين الصحي الإجباري الأساسي هذا، وحسب الصندوق الوطني المنظمات الاحتياط الاجتماعي، فإن متوسط تكلفة ملف صحي واحد في القطاع الخاص يفوق نظيره في القطاع العام بـ 5.6 مرات.[1]

خاتمة:

مما سبق ذكره، يتضح أن المغرب يحرز تقدما ملموسا بخطوات ثابتة تجاه استكمال إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، وأنه أبان عن إرادة سياسية قوية لا رجعة فيها لتنزيل وتنفيذ الأهداف المحددة بشكل مطرد وجعله إصلاحا مستداما يمتد إلى الأجيال اللاحقة.

[1] رأي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، مرجع سابق، ص 346.

كما أن إصلاح المنظومة الصحية وتعزيز الحكامة الاجتماعية والرقمنة سيساهم في تحسين فعالية السياسات الاجتماعية العمومية.

فرغم التحديات المطروحة التي يجب العمل على تجاوزها والتحكم فيها وإيجاد الحلول المناسبة والخصوصية والهوية الوطنية للمغرب، التي ستمكنه وبلا شك من بناء وترسيخ نموذج دولة الرعاية.

لائحة المراجع:

❖ المقالات:

✓ نظام الدعم الاجتماعي المباشر، المجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية REMALD، سلسلة نصوص ووثائق، العدد 333، الطبعة الأولى 2025؛

❖ القوانين والمراسيم والظهائر:

✓ الدستور المغربي 2011؛

✓ القانون الإطار رقم 21-09 المتعلق بالحماية الاجتماعية؛

✓ القانون رقم 18-72 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وبإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، ج. ر عدد 6908 بتاريخ 13 غشت 2020؛

✓ ظهير شريف رقم 1.23.50 صادر في 9 ذي الحجة 1444 (28 يونيو 2023) بتنفيذ القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية، ج. ر، عدد 7213، بتاريخ 28 ذو الحجة 1444(17 يوليوز 2023) ص 5701 و 5702؛

✓ ظهير شريف رقم 1.23.54 صادر في 23 من ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023) بتنفيذ القانون رقم 10.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية، ج. ر، عدد 7213، بتاريخ 28 ذو الحجة 1444(17 يوليوز 2023)، ص 5710؛

✓ ظهير شريف رقم 1.23.55 صادر في 23 من ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023) بتنفيذ القانون رقم 11.22 المتعلق بإحداث الوكالة المغربية للدم ومشتقاته، ج. ر، عدد 7213، بتاريخ 28 ذو الحجة 1444(17 يوليوز 2023)، ص 5706.

✓ ظهير شريف رقم 1.23.84 صادر في 16 من جمادى الأولى 1445 (30) نوفمبر (2023) بتنفيذ القانون رقم 07.22 المتعلق بإحداث الهيئة العليا للصحة، ج.ر، عدد 7253، 20 جمادى الأولى 1445 (4 ديسمبر2023)، ص 10229؛

✓ ظهير شريف رقم 1.23.88 صادر في 16 من جمادى الأولى 1445 (30) نوفمبر (2023) بتنفيذ القانون رقم 59.23 المتعلق بإحداث الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي، الجريدة الرسمية عدد 7253 – 20 جمادى الأولى 1445 (4 ديسمبر 2023)، ص 10225؛

❖ **الاستراتيجيات والبرامج الحكومية والاتفاقيات:**

✓ تدبير ورش تعميم الحماية الاجتماعية، مقتطفات من البرنامج الحكومي 2021-2026، مرجع سابق، ص34؛

- ✓ منجزات وزارة الداخلية برسم السنة المالية 2023، ص 234؛
- ✓ اتفاق قرض مع البنك الإفريقي للتنمية مبلغه مائة وسبعة عشر مليون وثمانمائة وعشرون ألف أورو(117.820.000 أورو)، لتمويل برنامج دعم تحسين الحماية الاجتماعية – التمويل الإضافي كوفيد 19.(مرسوم رقم 2.21.189 صادر في 22 من شعبان 1442 (5 أبريل 2021)،) كما أبرم اتفاق قرض رقم 9256 بمبلغ ثلاثة مائة وثلاثة وثمانين مليونا وستمائة ألف أورو (383,600,000,00 أورو) المبرم بتاريخ 5 يوليو 2021 مع البنك الدولي للإنشاء والتعمير، بخصوص برنامج تنمية الطفولة المبكرة في المناطق القروية بالمغرب.(مرسوم رقم 2.21.745 صادر في 30 من محرم 1443 (8 سبتمبر 2021).

❖ التقارير:

- ✓ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية بالمغرب واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة ذاتية رقم 34/ 2018؛
- ✓ التقرير السادس لمؤتمر العمل الدولي، الضمان الاجتماعي من أجل العدالة الاجتماعية وعولمة عادلة، الدورة المائة، سنة 2011، مكتب العمل الدولي، جنيف، الطبعة الأولى 2011؛
- ✓ تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا "كوفيد 19" والسبل الممكنة لتجاوزها، إحالة رقم 2020/28؛
- ✓ التقرير العام للنموذج التنموي الجديد، اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي، أبريل 2021؛
- ✓ تقرير المجلس الأعلى للحسابات برسم سنة 2024، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر؛
- ✓ تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر؛
- ✓ تقرير..... الجريدة الرسمية عدد 7257 مكرر– 5 جمادى الآخرة 1445(19 ديسمبر2023)؛
- ✓ التقريرالسنوي 2023، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي: أزيد من 60 سنة في خدمة الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، سنة 2023؛
- ✓ تقرير المجلس الأعلى للحسابات، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر؛
- ✓ تقرير المجلس الاعلى للحسابات برسم سنة 2023–2024، الجريدة الرسمية عدد 7360 مكرر؛
- ✓ تقرير اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، ماذا تبقى من الربيع ؟ مسار طويل نحو تحقيق العدالة الاجتماعية، في المنطقة العربية، دراسة حالة: مصر وتونس والمغرب، الأمم المتحدة، بيروت، 2015؛
- ✓ [1] الفصل 31 من دستور 2011؛

❖ الخطب الملكية:

✓ الخطاب الملكي السامي الذي وجهه جلالة الملك مُحَمَّد السادس إلى الأمة بمناسبة عيد العرش المجيد لسنة 2020 الأربعاء 29 يوليو 2020؛

✓ الخطاب الملكي السامي الذي وجهه صاحب الجلالة الملك مُحَمَّد السادس بمناسبة الذكرى ال 19 لتربع جلالته على عرش أسلافه المنعمين. يوم الأحد 29 يوليوز 2018. منشور بالمجلة المغربية للإدارة المحلية والتنمية، سلسلة دلائل التسيير، تدبير ورش تعميم الحماية الاجتماعية، العدد 47، الطبعة الأولى 2022. ص 24. 26؛

❖ المواقع الإلكترونية:

✓ www.cnops.com;

المراجع باللغة الإنجليزية:

❖ الكتب:

➢ BONILLA GARCIA AND J.V. GRUAT. SOCIAL PROTECTION, A LIFE CYCLE CONTINUUM INVESTMENT FOR SOCIAL JUSTICE, POVERTY REDUCTION AND SUSTAINABLE DEVELOPMENT. Version 1.0, GENEVA, NOVEMBER 2003,

المراجع باللغة الفرنسية:

▪ RCPH 2024, le Maroc vers une transition démographique accélérée, haut-commissariat au plan.