



## تقرير تحليلي

# هل نجح المغرب في تعميم الحماية الاجتماعية؟

عبد الرفيع زعنون

المعهد المغربي لتحليل السياسات

2026





## تقرير تحليلي

# هل نجح المغرب في تعميم الحماية الاجتماعية؟

عبد الرفيع زعنون

المعهد المغربي لتحليل السياسات

2026

المعهد المغربي لتحليل السياسات هو مؤسسة غير ربحية متخصصة في السياسات العامة، تهدف إلى إجراء أبحاث معمقة حول مختلف القضايا المرتبطة بالسياسات العامة، من خلال اقتراح أفكار مبتكرة لحل التحديات التي تواجه المجتمع في مجالي الديمقراطية والتنمية. تتمثل الأنشطة الرئيسية للمعهد في إنتاج تحليلات منهجية ومعمقة حول القضايا المتعلقة بالسياسات. ويتم نشر نتائج هذه التحليلات من خلال المعهد في شكل موجزات سياسية، ومقالات بحثية، وتقارير.

© 2026 جميع الحقوق محفوظة للمعهد المغربي لتحليل السياسات

# الموجز التنفيذي

عبد الرفيع زعنون

يرصد هذا التقرير التحليلي حدود إسهام القانون الإطار رقم 09.21 وما تمخض عنه من إصلاحات سياساتية وتشريعية وتنظيمية- في تعميم الحماية الاجتماعية، وذلك انطلاقاً من مؤشرات كمية ونوعية لقياس درجة التقدم في تنفيذ برامج تعميم التأمين الإجباري عن المرض والتعويضات العائلية، وتوسيع القاعدة المستفيدة من المعاش ومن التعويض عن فقدان الشغل.

من أجل الإحاطة بمختلف جوانب الإصلاح فقد تمت الموازنة بين أربعة مستويات: توصيف الإطار التشريعي لورش تعميم الحماية الاجتماعية، وتحليل مؤشرات الإنجاز، ورصد الفجوات بين المرجعيات والممارسات، مع استشراف إمكانيات إعادة توجيه الإصلاح لتحقيق شمولية وفعالية الحماية الاجتماعية في ضوء الأطر المعيارية الوطنية والدولية.

يسجل التقرير تحقيق مكاسب مهمة في مسار إعادة هيكلة منظومة الحماية الاجتماعية بوصول نسبة التغطية الصحية إلى 88% من مجموع المواطنين، وبتمكين ما يقارب 4 ملايين أسرة من تحويلات مالية مباشرة يراهن عليها في تعزيز صمود الفئات الهشة أمام الأزمات، وبتضاعف ميزانية قطاع الصحة، مع إرساء منظومة استهداف مكنت من تجميع معطيات مهمة يمكن أن تسهم في أعمال أمثل لمنطق الاستهداف في حصر مستحي الدعم، وفي تدعيم التكامل بين مختلف المتدخلين في تصميم وتبدير البرامج الاجتماعية.

لكن في مقابل الفرص المهمة التي يتيحها ورش تعميم الحماية الاجتماعية، ثمة مخاطر جمة قد تعصف بمكاسبه أمام تراكم الإشكالات التي تحد من فعالية التمتع بخدمات التغطية الصحية والتعويضات العائلية. وهي الإكراهات التي لا تقتصر على الجوانب التدبيرية، بل تجد أصولها في قصور التشريعات وفي اختلال الهندسة المالية والتقنية. في ضوء ذلك يوصي التقرير ببلورة استراتيجية وطنية لتدارك التأخر الحاصل، ولتمكين كافة الفئات من حماية اجتماعية فعلية وفعالة، انطلاقاً من حزمة مقترحات تشمل مختلف المستويات القانونية والسياساتية والمؤسسية والمالية والتدبيرية.

**الكلمات المفتاحية:** الحماية الاجتماعية الشاملة - منظومة الاستهداف - الفعلية - الدعم الاجتماعي - الاستحقاق - العدالة الاجتماعية.

## الفهرس

5	الموجز التنفيذي
6	الفهرس
7	قائمة الأشكال
8	قائمة الاختصارات
9	المقدمة
11	<b>المحور الأول: رهانات وأجندة تنفيذ القانون الإطار رقم 09.21</b>
12	ا- مستجدات القانون الإطار ورهانات تعميم الحماية الاجتماعية
16	ا- مسارات تنزيل القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية
20	<b>المحور الثاني: الحصيلة المرحلية لتنفيذ ورش تعميم الحماية الاجتماعية</b>
21	ا- المؤشرات الكمية لنطاق التسجيل ببرامج الحماية الاجتماعية
23	ا- المكاسب الموازية لإصلاح منظومة الحماية الاجتماعية
26	<b>المحور الثالث: إخفاقات الأجندة ذات الأولوية للقانون الإطار رقم 09.21</b>
27	ا- التغطية الصحية بين "التعميم الاسمي" و"التعميم الفعلي"
30	ا- تعثر رهانات تعميم التعويضات العائلية: إخفاق عرضي أم قصور منهجي؟
33	<b>المحور الرابع: تحديات تعميم الحماية الاجتماعية ومحك الأثر الفعلي</b>
34	ا- الارتدادات العكسية لتنفيذ القانون الإطار: أعراض جانبية أم آثار مقصودة؟
37	ا- كوابح تعميم الحماية الاجتماعية بين العوامل المرجعية والتدبيرية
42	<b>المحور الخامس: الاستجابات المطلوبة لتعزيز فعالية الحماية الاجتماعية</b>
43	ا- الارتقاء بالإطار المعياري والسياسي والمالي للحماية الاجتماعية
45	ا- المتطلبات التنظيمية والتقنية لحوكمة منظومة الحماية الاجتماعية
48	<b>استنتاجات وتوصيات</b>
49	ا- استنتاجات
51	ا- توصيات

## قائمة الأشكال

- الشكل 1:** فجوات الحماية الاجتماعية قبيل انطلاق ورش التعميم. 12
- الشكل 2:** المراجعات الموجهة لتوجهات القانون الإطار. 13
- الشكل 3:** مصفوفة نظام الدعم الاجتماعي المباشر. 14
- الشكل 4:** الجدول الزمني لاستحقاقات تعميم الحماية الاجتماعية. 15
- الشكل 5:** الأجنحة الزمنية لتعميم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. 16
- الشكل 6:** توزيع الغلاف المالي لمكونات ورش تعميم الحماية الاجتماعية. 18
- الشكل 7:** تطور موارد ونفقات صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي. 19
- الشكل 8:** تطور أعداد المسجلين بمنظومة الاستهداف الاجتماعي. 21
- الشكل 9:** تطور الكتلة الديموغرافية لنظام أمو تضامن. 22
- الشكل 10:** إيقاع تسجيل المؤقتين الرئيسيين بنظام أمو الشامل. 22
- الشكل 11:** تطور أعداد المستفيدين من نظام الدعم الاجتماعي المباشر. 24
- الشكل 12:** تطور ميزانية قطاع الصحة 2021-2025. 28
- الشكل 13:** مستويات تصنيف المشمولين بنظام أمو الشامل. 29
- الشكل 14:** توزيع وضعية "الحقوق المغلقة" حسب نظام التغطية. 31
- الشكل 15:** تطور نسبة النفقات المباشرة للأسر من إجمالي الإنفاق العمومي على الصحة. 36
- الشكل 16:** نسبة تحصيل اشتراكات أمو الشامل وأمور غير الأجراء. 40

## قائمة الاختصارات

نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.	<b>AMO</b>
نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض للأشخاص الذين لا يزالون أي نشاط والقادرين على تحمل واجبات الاشتراك.	<b>AMO CHAMIL</b>
نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بأجراء القطاع الخاص.	<b>AMO-CNSS</b>
نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك.	<b>AMO TADAMON</b>
نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالمهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء.	<b>AMO-TNS</b>
الوكالة الوطنية للأدوية والمنتجات الصحية.	<b>ANPPS</b>
الوكالة الوطنية للسجلات.	<b>ANR</b>
الملف الطبي المشترك.	<b>DMP</b>
مجموع الإنفاق العمومي على الصحة.	<b>DTS</b>
المجموعات الترابية للصحة.	<b>GTS</b>
الهيئة العليا للصحة.	<b>HAS</b>
المنذوبية السامية للتخطيط.	<b>HCP</b>
المعرف الرقمي المدني والاجتماعي.	<b>IDCS</b>
التعويض عن فقدان الشغل.	<b>IPE</b>
منظمة الصحة العالمية.	<b>OMS</b>
الجزء الباقي على عاتق المؤمن.	<b>RAC</b>
أهداف التنمية المستدامة.	<b>SDGs</b>
التعريف الوطنية المرجعية للعلاجات والأدوية.	<b>TNR</b>

## المقدمة

كشفت تداعيات الأزمة الصحية كوفيد19 حقيقة شبكة الأمان الاجتماعي بالمغرب، حيث أبانت الجائحة عن استبعاد قطاعات اجتماعية عريضة من منظومة الحماية الاجتماعية الأمر الذي طرح على المحك مساءلة المقاربات والآليات المعتمدة قصد جعلها أكثر فعالية ونجاعة، وأقدر على استهداف الفئات المستفيدة من برامج الحماية والمساعدة.

لرفع هذه التحديات، عرفت منهجية وضع سياسات الحماية الاجتماعية بالمغرب تغيرا جوهريا، سواء تعلق الأمر ببرامج الدعم الاجتماعي عبر وضع قانون إطار عمل على تحديد الشروط التنظيمية الكفيلة بجعل البرامج الاجتماعية تستهدف الفئات المستحقة<sup>1</sup>، أو بمنظومة الضمان الاجتماعي من خلال القانون الإطار رقم 09.21<sup>2</sup>، الذي حدد خارطة الطريق نحو شمول الجميع بالحماية الاجتماعية خلال الفترة الفاصلة بين 2020-2025. عبر تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والتعويضات العائلية، وتوسيع قاعدة المنخرطين في أنظمة التقاعد وتعميم الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل، وهو ما سيقود نحو إصلاحات تشريعية ومؤسسية استهدفت شمول الجميع بخدمات الحماية الاجتماعية.

في مقابل الأرقام الرسمية حول اتساع الوعاء المالي والديموغرافي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ولنظام الدعم الاجتماعي المباشر، ثمة مؤشرات موازية توحى باتساع الهوة بين الرهانات والمنجزات، ليس فقط على مستوى احترام الأجددة الزمنية لتعميم وتوسيع البرامج الأربعة للحماية الاجتماعية، بل أيضا بخصوص فعالية التمتع بحقوق الضمان الاجتماعي والتعويضات العائلية، والمنظور الضيق في إعادة تهيئة شروط الاستفادة من نظام المعاشات الخاصة بغير المأجورين ومن نظام التعويض عن فقدان الشغل، وهو ما يطرح عدة تساؤلات حول أسباب إخفاق ورش خصصت له كافة الضمانات والإمكانات، وتم الرهان عليه في القضاء على فجوات الحماية الاجتماعية.

بالنظر لطابعه التحليلي، ينطلق التقرير من مقارنة تقاطعية تمزج بين جرد السياقات التاريخية والمراجع التشريعية للمسار الجديد لتعميم الحماية الاجتماعية، وبين رصد وتفكيك مؤشرات التطور، وكذا مساءلة فعالية التدابير المتخذة في تحقيق الرهانات المتوخاة، إضافة إلى الجانب الاقتراحي بتقديم حزمة من التوصيات. ولذلك، فقد تم الاعتماد على أداة المقارنة لقياس الفارق بين الواقع الحالي والوضع السابق لمنظومة الحماية الاجتماعية ولتحليل الفجوة بين الوعود والإنجازات، وكذا إمكانات الاستفادة من التجارب الدولية التي يسمح بها السياق الوطني.

1. القانون رقم 72.18 المتعلق بمنظومة استهداف المستفيدين من برامج الدعم الاجتماعي وإحداث الوكالة الوطنية للسجلات، جريدة رسمية عدد 6908 بتاريخ 13 غشت 2020.  
2. القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، الصادر بتنفيذه الظهير الشريف رقم 1.21.30 الصادر في 9 شعبان 1442 (23 شعبان 2021)، جريدة رسمية عدد 6975 بتاريخ 22 شعبان 1442 (5 أبريل 2021).

ولضمان التقدم في مسار الانتقال الطاقوي، من الضروري الوفاء بالمساهمات المحددة وطنياً وتحقيق أهداف الحياد الكربوني، عبر تضافر الجهود بين الباحثين والمجتمع المدني والمؤسسات متعددة الأطراف. كما يشكل انعقاد مؤتمر الأطراف (COP27) في مصر و(COP28) في دولة الإمارات العربية المتحدة فرصة فريدة للمنطقة لتقديم نموذج ريادي في الجهود العالمية نحو بناء مستقبل طاقوي مستدام وشامل.

يتناول هذا التقرير السياسات والاستراتيجيات الوطنية التي تُسرّع اعتماد الطاقة المتجددة، مع تسليط الضوء على المشروعات الكبرى والإصلاحات الهيكلية في دول مثل المملكة العربية السعودية ودولة الإمارات العربية المتحدة ومصر والمملكة المغربية وسلطنة عُمان. وتُبرز هذه النماذج الطابع الطموح للاستثمارات الإقليمية الهادفة إلى تعزيز ممارسات طاقة مستدامة.

إلى جانب الجهود الحكومية، يبرز الدور الحيوي لمنظمات المجتمع المدني في دعم وتنفيذ الانتقال الطاقوي. فهذه المنظمات تساهم في الدعوة إلى سياسات طاقة مستدامة، وتهيئة المواطنين، وإطلاق مشاريع محلية للطاقة المتجددة. ورغم ما تواجهه من تحديات مالية وتنظيمية وتشغيلية، فإنها تظل شريكاً محورياً في تحفيز الابتكار وتعزيز الوعي والمشاركة المجتمعية في عملية الانتقال الطاقوي العادل.

كما يستكشف التقرير أهمية الشراكات بين القطاعين العام والخاص والتعاون الاستراتيجي في تطوير مشاريع الطاقة المتجددة. فمن خلال تعبئة الموارد والخبرات المشتركة بين مختلف الفاعلين، يمكن تعزيز فعالية السياسات والمبادرات الطاقوية، بما يضمن توزيعاً منصفاً لمنافع الانتقال الطاقوي واستدامته على المدى البعيد.

يتكئ التقرير على أربعة أصناف من المصادر تتمثل في المعطيات الصادرة عن الحكومة وخاصة وزارتي الاقتصاد والمالية والصحة والحماية الاجتماعية، وتقارير المؤسسات الدستورية المستقلة كالمجلس الأعلى للحسابات والمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي ومؤسسة الوسيط والمجلس الوطني لحقوق الإنسان، وتقارير الهيئات الدولية الشريكة للمغرب كالبنك الدولي ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة العمل الدولية. إضافة إلى الدلائل والتقارير الصادرة عن بعض المنظمات غير الحكومية الوطنية والدولية.

يتألف هيكل التقرير من خمسة محاور: في المحور الأول تتبَّع لرهانات وأجندة تنفيذ القانون الإطار رقم 09.21. وفي المحور الثاني رصد للحصيلة المرحلية لورش تعميم الحماية الاجتماعية في ضوء المؤشرات الكمية والنوعية. أما المحور الثالث، فتم تخصيصه للوقوف على إخفاقات إنجاز الأجندة ذات الأولوية للقانون الإطار رقم 09.21، في حين اشتمل المحور الرابع على تحليل للارتدادات العكسية للإصلاح ولأبرز العوامل التي تحد من تأثيره الفعلي، لينتهي التقرير باستشراف الاستجابات المطلوبة لتعزيز فعالية الحماية الاجتماعية.

## المحور الأول:

رهانات وأجندة تنفيذ القانون  
الإطار رقم 09.21

## 1. مستجدات القانون الإطار رقم 09.21 ورهانات تعميم الحماية الاجتماعية

لم تُمكن مختلف التدابير المتخذة منذ الاستقلال إلى بداية سنة 2020 من بلوغ الحد الأدنى لمؤشرات الحماية الاجتماعية. فحوالي 80% من الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 60 عاما لا يحصلون على أي معاش تقاعدي، وما يقارب 60% من الأسر غير مشمولة بأي نظام للتعويضات العائلية، فيما ظلت نسبة التغطية الصحية -في أحسن التقديرات- في حدود 74.2%<sup>3</sup>. أما نظام التعويض عن فقدان الشغل (IPE) فإن نسبة المستفيدين منه بشكل سنوي لم تتجاوز 1% من العاملين بالقطاع الخاص المُهيكل المصرح بهم<sup>4</sup>.



الشكل 1: فجوات الحماية الاجتماعية قبيل انطلاق ورش التعميم

ترتّب عن الأزمة الوبائية تأثيرات مربكة على الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية، حيث احتاجت حوالي 5.5 مليون أسرة إلى الدعم الممنوح من خلال الصندوق الخاص بتدبير جائحة كورونا بعدد مستفيدين يقارب 23 مليون شخص وهو ما يمثل 64% من مجموع السكان<sup>5</sup>. بمعزل عن الانعكاسات الصحية والاقتصادية للجائحة، فقد شكلت فرصة لفتح نافذة سياسات (POLICY WINDOWS) تسمح بمراجعة جذرية لشبكات الأمان الاجتماعي.

ضمن هذا السياق، دعا الخطاب الملكي بمناسبة عيد العرش لسنة 2020 إلى إطلاق برنامج عمل متعدد السنوات لشمل الجميع بخدمات التغطية الصحية والتعويضات العائلية والتقاعد والتعويض عن فقدان العمل. وقد شكل هذا الخطاب النواة الصلبة لتهيئة أطر مرجعية تستجيب لرهانات تعميم الحماية الاجتماعية<sup>6</sup>. وهو المجهود الذي تُوّج بإصدار القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية في 23 مارس 2021.

3. Agence nationale de l'assurance maladie, Rapport Annuel Global de l'Assurance Maladie Obligatoire (Rabat, 2023), 9.

4. المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، التعويض عن فقدان الشغل: أية بدائل في ضوء مقتضيات القانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية؟، إحالة رقم 2021/32 (الرباط، 2021)، ص 11.

5. المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الانعكاسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية لفيروس كورونا 'كوفيد-19' والسبل الممكنة لتجاوزها، إحالة رقم 2020/28 (الرباط، 2020)، ص 58.

6. المندوبية السامية للتخطيط، الاستعراض الوطني الطوعي حول أهداف التنمية المستدامة (الرباط، 2020)، ص 25.

يُحدّد القانون الإطار المبادئ والتوجهات والآليات المؤسّرة للأجندة المرحلية للدولة الاجتماعية، ولبلوغ الرهانات المتوخاة من تعميم الحماية الاجتماعية، والتي تشمل مستويين متقاطعين: الأول يتعلق بتحفيز "التنمية الاجتماعية"، من خلال النهوض بالرأسمال البشري، والتصدي للمخاطر الاقتصادية والاجتماعية التي تُهدّد القدرة الشرائية للأسر الهشة، فيما ينشد المستوى الثاني تحقيق "العدالة الاجتماعية" على أساس مقاربات حقوقية للحد من الجذور المؤرّثة للفقر والهشاشة، ولتقليص الفجوات بين مختلف فئات المجتمع.

لتحقيق هذه المرامي، تم الارتكاز على أربعة مبادئ أساسية تتمثل في مبدأ التضامن في مختلف أبعاده الاجتماعية والمجالية والجيلية والقطاعية، ومبدأ عدم التمييز في الولوج إلى خدمات الحماية الاجتماعية، وكذا مبدأ الاستباق بتنصيب القانون الإطار على التقييم الدوري للتدخلات المنجزة بما يساعد على تقليص الفجوة بين الأهداف المرجوة والنتائج المحققة. إضافة إلى مبدأ المشاركة بالتأكيد على إشراك مختلف أصحاب المصلحة في وضع وتتبع السياسات والاستراتيجيات والبرامج المرتبطة بالحماية الاجتماعية<sup>7</sup>.

على المستوى المرجعي، نص القانون الإطار على تطوير واستكمال المنظومة التشريعية للحماية الاجتماعية، استنادا على التوجيهات الملكية والمقتضيات الدستورية، مع الاسترشاد بالمراجع الدولية، كالعهد الدولي لحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي (C102)، والتوصية رقم 202 الخاصة بالأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية (R202) الصادرتان عن منظمة العمل الدولية، وكذا برامج الأمم المتحدة التي انخرط فيها المغرب كأهداف التنمية المستدامة (SDGS) التي تُوصي بتوسيع نطاق الحماية الاجتماعية في أفق سنة 2030.



الشكل 2: المرجعيات المؤجّهة لتوجهات القانون الإطار

7. المادة 3 من القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية.

من حيث الأفق الموضوعي، تتسم رهانات القانون الإطار بالمرابحة بين المحافظة والتجديد: تتجلى مسحة المحافظة في التنصيص على استمرار السياسات الاجتماعية الجاري تفعيلها، وفي الإشارة إلى أن "سقف التعميم" لا يعني شمول الجميع، بل توفير الحماية الاجتماعية للفئات "الأكثر هشاشة". أما نفسه التجديدي فيتمثل في إدراج مشروع تعميم الحماية الاجتماعية ضمن مسار إصلاحي يشمل تأهيل المنظومة الصحية الوطنية، وتجميع برامج الدعم الاجتماعي، وكذا عقلنة نظام المقاصة لضمان التمويل المستدام لتعميم التعويضات العائلية. مع اعتماد السجل الاجتماعي الموحد كقاعدة معلوماتية لاستهداف أكثر فعالية للفئات المستحقة<sup>8</sup>.

تم ربط هذه الإصلاحات بجدولة زمنية تمتد على خمس سنوات (2021-2025)، مع وضع أجندة سنوية لتنزيل أولويات الورش بحسب حدة المخاطر ونوعية الفئات المستهدفة، حيث حتمت تداعيات وباء "كوفيد 19" القيام بإصلاحات هيكلية لشمول الجميع بخدمات نظام الضمان الاجتماعي. وهو ما يُفسّر منح الأسبقية لتعميم التغطية الصحية مع متم 2022، كحد أقصى لضم 22 مليون مستفيد إضافي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

لتغطية مخاطر الطفولة، تم الرهان على توسيع القاعدة المستفيدة من التعويضات العائلية على امتداد سنتي 2023-2024<sup>9</sup>، وذلك في إطار نظام للدعم الاجتماعي المباشر يتألف من صنفين من التحويلات النقدية المباشرة: الأول يستهدف سبعة ملايين طفل في سن التمدرس، أما الصنف الثاني فهو عبارة عن إعانات جزافية لفائدة ثلاثة ملايين أسرة فقيرة بدون أطفال أو تتوفر على أبناء فوق 21 سنة. مع التنصيص على إعادة هيكلة برامج المساعدة الموجهة للفئات الهشة، وتدقيق معايير الاستفادة منها.

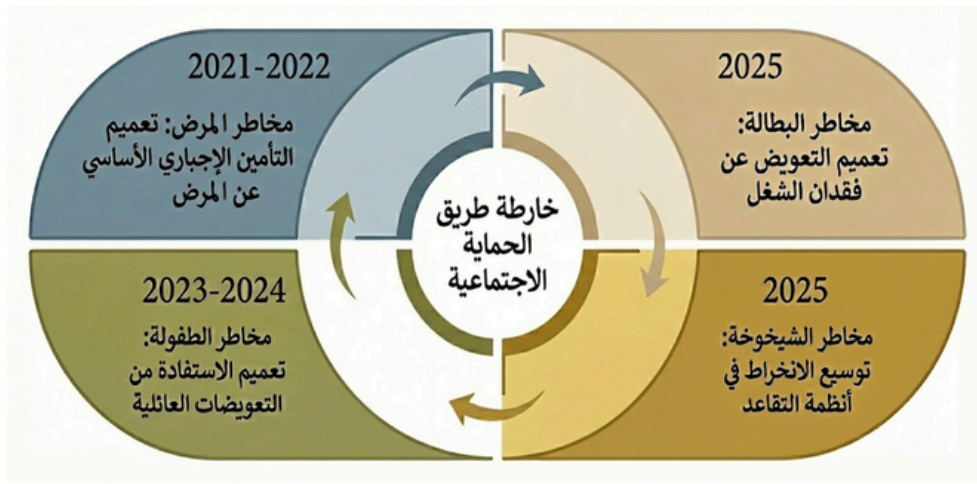
الصنف	الإعانة الخاصة	الإعانة الجزافية	إعانات حماية الطفولة
الفئات	الأطفال اليتامى والمهملين نزلاء مؤسسات الرعاية الاجتماعية.	الأسر بدون أولاد، أو لديها أولاد فوق 21 سنة.	الأسر التي لديها أولاد أقل من 21 سنة في حدود ستة أولاد.
المكونات	دعم مباشر للمستهدفين دعم مؤسساتي لهيئات تقديم الرعاية	إعانة مالية مباشرة لدعم القدرة الشرائية للفئات الهشة	• منحة شهرية • إعانة الدخول المدرسي • دعم تكميلي عن الإعاقة أو اليتيم من جهة الأب • منحة الولادة
الرهانات	دعم الأطفال فاقد السند العائلي	الحد من الهشاشة	حماية الطفولة الحد من الهدر المدرسي

الشكل 3: مصفوفة نظام الدعم الاجتماعي المباشر

8. المادة 8 من القانون الإطار رقم 09.21.

9. Ministère de l'Économie et des Finances, Projet de Protection Sociale d'Appui à la Réponse d'Urgence à la Covid-19 (Rabat, avril 2023), P.2 .9

للحماية من المخاطر المتعلقة بالشيخوخة، تم تحديد سنة 2025 كأفق زمني لتوسيع قاعدة المنخرطين في أنظمة التقاعد لتشمل الأشخاص الذين يمارسون عملا ولا يستفيدون من أي معاش، على أساس دفع اشتراكات تخول لهم الحصول على دخل ثابت عند بلوغ سن التقاعد. نفس الأفق يشمل المخاطر المرتبطة بالشغل، بالتنصيص على تعميم الاستفادة من نظام التعويض عن فقدان الشغل بالنسبة لكل شخص متوفر على شغل قار، عن طريق منح إعانات مالية غير مسترجعة لهذه الفئة ودعمها لمدة مؤقتة إلى حين الاندماج من جديد بسوق الشغل، دون أن يمتد ذلك إلى إقرار تعويض عن البطالة.



الشكل 4: الجدول الزمني لاستحقاقات تعميم الحماية الاجتماعية

توخت المقاربة الجديدة للحماية الاجتماعية -كما أصّل لها القانون الإطار رقم 09.21- المزج بين النموذجين البيسماركي والبيفرديجي<sup>10</sup>، من خلال الموازنة بين آلية المساهمة بالنسبة للفئات الاجتماعية التي تمتلك دخولا وموارد تؤهلها لتسديد واجبات الاشتراك، وبين آلية التضامن المخصصة للأشخاص في وضعية هشّة غير القادرين على أداء مستحقات الانخراط بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. هذه النمذجة الهجينة ستفرض بلورة اتخاذ عدة مساطر إجرائية للتمييز بين المسارين المساهماتي والتضامني للحماية الاجتماعية، ولضمان التوازن المالي بين الموارد والنفقات.

على المستوى التدييري، أكد القانون الإطار على الارتقاء بحوكمة منظومة الحماية الاجتماعية بما يكفل تكامل الجهود بين مختلف الفاعلين المؤسساتيين. من خلال التنصيص على توحيد الإطار المؤسسي وفق مسارين: المسار الإداري باعتماد هيئة موحدة لتدبير أنظمة الحماية الاجتماعية بغية توحيد سلة الخدمات وتفاذي الوضعيات التمييزية بين مختلف الفئات المستفيدة من نظام التأمين الأساسي عن المرض، والمسار السياسي بإحداث آلية للقيادة يناط بها تتبع التنفيذ وتنسيق تدخلات مختلف الأطراف المعنية بمجال الحماية الاجتماعية<sup>11</sup>.

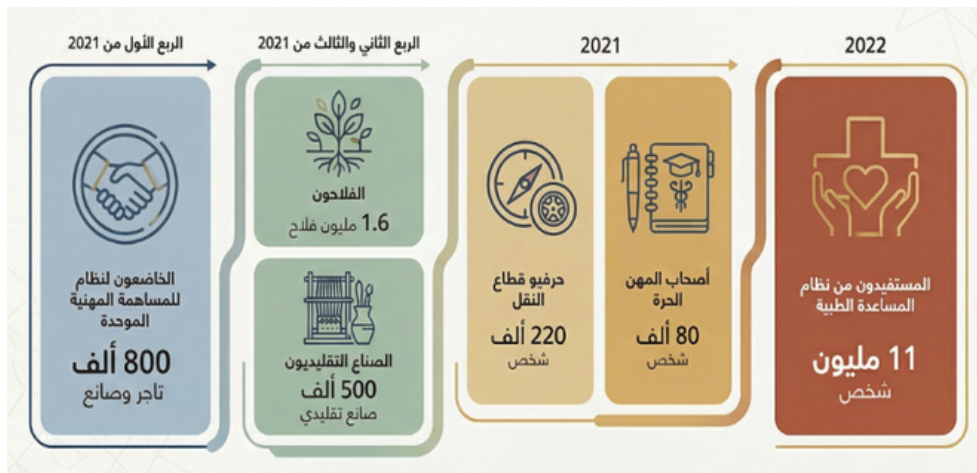
10. يقوم النموذج البيسماركي (modèle bismarckien) على المساهمة المشتركة للمشغلين والعمال في تمويل منظومة التأمين الاجتماعي. أما النموذج البيفرديجي (modèle beveridgien)، المستند على دولة الرفاه الاجتماعي، فيعطي الحق للجميع في الاستفادة المجانية من كافة خدمات الحماية الاجتماعية، التي يتم تمويلها من الميزانية العامة للدولة.

11. المادتين 15 و16 من القانون الإطار رقم 09.21.

## II. مسارات تنزيل القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية

أعطيت الأولوية لتهيئة المرجعيات القانونية لتعميم التغطية الصحية، بمراجعة بعض أحكام القانون رقم 98.15 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات العمال غير الأجراء، قصد ملاءمته مع توجهات القانون الإطار، كحصر مدة التدريب في ثلاثة أشهر، وتحديد سقف الاشتراك بالنسبة للأشخاص الخاضعين لنظام المساهمة المهنية الموحدة أو لنظام المقاول الذاتي<sup>12</sup>. من أجل تطبيق هذه المقترحات، تم إصدار عدة نصوص تنظيمية لتقدير الاشتراكات وكيفية أدائها بحسب خصوصيات كل مهنة، ولتدقيق شروط الاستفادة من الحق في التغطية الصحية بنفس الخدمات وسلة العلاجات المتاحة للأجراء والموظفين.

استنادا على قانون المالية لسنة 2021، تم في 14 أبريل 2021 توقيع ثلاث اتفاقيات إطار ضمت بموجبها الفئات المعنية بالتغطية الصحية الإجبارية، مع تحديد آجال الإدماج التدريجي لهذه الفئات على امتداد سنة 2021. أما بالنسبة للأشخاص عديمي الدخل، فقد تعهدت الحكومة بتأمين انتقال المستفيدين من نظام المساعدة الطبية (RAMEDISTS) إلى نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض<sup>13</sup>، حيث سيتم بموجب قانون المالية لسنة 2022 الشروع في أداء اشتراكات هذه الفئة لفائدة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.



الشكل 5: الأجنحة الزمنية لتعميم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

إضافة إلى النصوص التأسيسية لتعميم الضمان الاجتماعي، فقم تم إصدار عدة تشريعات للارتقاء بمتطلبات حوكمة القطاع الصحي، كالقانون رقم 33.21 القاضي بتغيير وتتميم الإطار القانوني لمزاولة مهنة الطب في المغرب، والذي أقر عدة تحفيزات لتشجيع الأطباء الأجانب وكذا المغاربة المقيمين بالخارج على اختيار المغرب

12. القانون رقم 30.21 القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 98.15 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا.  
13. لجنة المالية والتنمية الاقتصادية، تقرير حول مشروع قانون المالية رقم 50.22 للسنة المالية 2023 (الرباط: مجلس النواب، أكتوبر 2022)، ص 34.

كوجهة من أجل مزاولة مهنة الطب. نشير أيضا إلى القانون رقم 09.22 بهدف تحفيز مهنيي الصحة العاملين في القطاع العام وضمان التكامل مع القطاع الخاص في ممارسة مهنة الطب. إضافة إلى القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية الذي نص على وضع آليات لتنسيق الخدمات العلاجية، ولضمان توازن الخريطة الصحية، ولتتبع أداء المنظومة الصحية وتقييمه.

من أجل توسيع نطاق الانتساب إلى نظام التقاعد، تم إصدار القانون رقم 31.21 المتعلق بتغيير وتتميم القانون رقم 99.15 القاضي بإحداث نظام للمعاشات لفائدة فئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا، والذي نص على تحديد مقدار الاشتراك على أساس معاملة يُطبق على الاشتراكات المتعلقة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بالنسبة للأشخاص الخاضعين لنظام المساهمة المهنية الموحدة أو لنظام المقاول الذاتي<sup>14</sup>. مع إصدار ما يناهز ثلاثين نفا تنظيميا لحصر الأصناف العامة والفرعية المعنية، ولتدقيق مساطر وآليات الاشتراك بالنظام.

فيما يتعلق بمنظومة الاستهداف الاجتماعي، بادرت الحكومة منذ يوليو 2021 إلى استدراك التأخر الحاصل في إصدار النصوص التطبيقية الخاصة بتنزيل القانون رقم 72.18 المتعلق بمنظومة الاستهداف، كالمرسوم المتعلق بتحديد مسطرة التسجيل بالسجل الوطني للسكان، وخصائص المعرف المدني والاجتماعي الرقمي وكيفيات منحه، وطرق توفير خدمات التحقق من صدقية المعطيات، والمرسوم الخاص بتدقيق مساطر التقييد في السجل الاجتماعي الموحد، وبتحديد العناصر والمتغيرات المعتمدة في تنقيط الأسر وكيفيات تغيير المعطيات الاجتماعية والاقتصادية ومراجعة التنقيط الممنوح للأسر.

غير أن التكييف القانوني لبرامج المساعدة الاجتماعية مع توجهات القانون الإطار قد اعتراه بعض التراخي، مما أحر إطلاق البرنامج الثاني لورش الحماية الاجتماعية. حيث لم تصدر النصوص المرتبطة بتعميم التعويضات العائلية إلا في نهاية سنة 2023، بإصدار القانون رقم 58.23 المتعلق بالدعم الاجتماعي المباشر، الذي حدد أصناف الإعانات وشروط ومساطر الاستفادة<sup>15</sup>. إضافة إلى المراسيم الخاصة بكيفيات احتساب وتحويل الإعانات المستحقة، وبتحديد عتبة الاستفادة من نظام الدعم الاجتماعي المباشر (تساوي أو تقل عن 9,743001).

من زاوية الهندسة المالية، تُقدّر التكلفة السنوية لتعميم الاستفادة من أنظمة الحماية الاجتماعية بـ 51 مليار درهم، منها 28 مليار درهم تتأتى من آلية الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على المساهمة، و23 مليار درهم يجرى تحصيلها في إطار تضامني بالنسبة للأشخاص الذين لا تتوفر لديهم هذه القدرة<sup>16</sup>. ويلاحظ وجود تباين واضح في الهندسة المالية لورش تعميم الاستفادة من أنظمة الحماية الاجتماعية، حيث تم تقسيم الميزانية المرصودة بين البرامج الأربعة تبعا لعدد المستفيدين ولحجم الخصائص المتراكم، بإعطاء الأهمية لتعميم التعويضات العائلية والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ولتوسيع قاعدة المنخرطين في أنظمة التقاعد، فيما لم يخصص سوى مليار درهم لنظام التعويض عن فقدان الشغل.

14. القانون رقم 31.21 المتعلق بتغيير وتتميم القانون 99.15 القاضي بإحداث نظام للمعاشات لفائدة فئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا. الجريدة الرسمية عدد 7009 (2 غشت 2021).

15. القانون رقم 58.23 المتعلق بنظام الدعم الاجتماعي المباشر. الجريدة الرسمية عدد 7,7253 7 دجنبر 2023.

16. لجنة القطاعات الاجتماعية، تقرير حول مشروع القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، (الرباط: مجلس النواب، 2021)، ص 5.

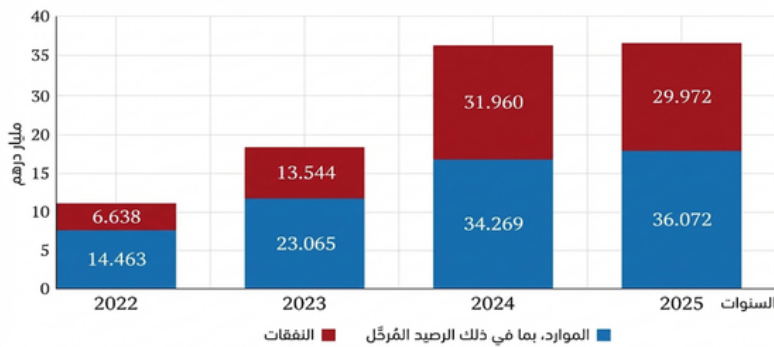
كوجهة من أجل مزاوله مهنة الطب. نشير أيضا إلى القانون رقم 09.22 بهدف تحفيز مهنيي الصحة العاملين في القطاع العام وضمان التكامل مع القطاع الخاص في ممارسة مهنة الطب. إضافة إلى القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية الذي نص على وضع آليات لتنسيق الخدمات العلاجية، ولضمان توازن الخريطة الصحية، ولتتبع أداء المنظومة الصحية وتقييمه.



الشكل 6: توزيع الغلاف المالي لمكونات ورش تعميم الحماية الاجتماعية

ضمن مساعي توحيد الوعاء المالي للبرامج الاجتماعية، تم إحداث صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي بموجب قانون المالية لسنة 2021<sup>17</sup>، الذي نص على حذف صندوق التماسك الاجتماعي كحساب خصوصي أحدث منذ سنة 2012 لتمويل بعض عمليات الدعم الاجتماعي. وهو ما شكل قيمة مضافة مقارنة بتعدد الحسابات الخصوصية في المراحل السابقة وما كان يكتنفها من إشكالات تحد من فعالية تخصيصها وتصفياتها.

لضمان الاستدامة المالية للصندوق، تم التنصيص على موارد قارة لتغذية الاعتمادات المرصودة له، تمثلت في المساهمة الاجتماعية للتضامن على الأرباح والدخول الخاصة بالمقاولات (CSS)، والضرائب والمكوس الداخلية على الاستهلاك المفروضة على بعض المواد، كالتبغ المصنع، والإطارات المطاطية، والمنتجات والآلات والأجهزة التي تشتغل بالكهرباء، والآلات الإلكترونية والبطاريات المخصصة للمركبات، إضافة إلى الواجب التكميلي المحصل برسم المساهمة المهنية الموحدة، والحصة المخصصة للصندوق من الرسوم القضائية والرسم المفروض على عقود التأمين.



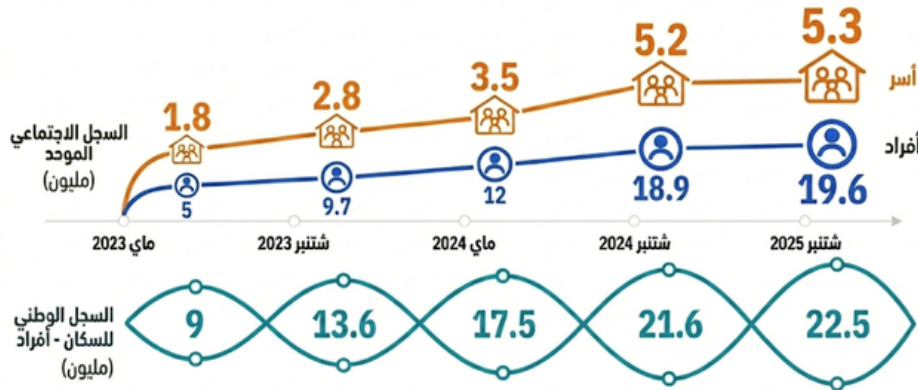
الشكل 7: تطور موارد ونفقات صندوق دعم الحماية الاجتماعية والتماسك الاجتماعي

المصدر: عمل تكميلي انطلاقا من تقارير الحسابات الخصوصية للخزينة (2022-2026)

17. المادة 15 من قانون المالية رقم 65.20 للسنة المالية 2021. الجريدة الرسمية عدد 6944 مكر. 18 دجنبر 2020.

من خلال الشكل، يظهر أن موارد الصندوق قد تضاقت بين سنتي 2022 و2024، وذلك بالموازاة مع تنامي المخصصات الجبائية. وبوتيرة أسرع، فقد تطورت نفقات الصندوق تماشياً مع تسارع عمليات تعميم التغطية الصحية والتعويضات العائلية ومع تزايد أعداد المستفيدين، حيث أصبحت نفقاته بين يناير وشتنبر 2025 تقارب 30 مليار درهم موزعة على 10.5 مليار درهم لتغطية تكلفة نظام "أمو تضامن"، و19.5 مليار درهم لتمويل نظام الدعم الاجتماعي المباشر و272 مليون درهم لمخصصات برنامج دعم ت مدرس الأطفال في وضعية إعاقة<sup>18</sup>.

فيما يخص الهندسة المعلوماتية لمنظومة الاستهداف، انطلقت المرحلة التجريبية للسجل الوطني للسكان في أواخر سنة 2022 قبل أن يتم تعميمه على باقي الجهات انطلاقاً من سنة 2023، عبر العديد من العمليات الرامية إلى توحيد قواعد المعطيات المدنية مع الاستثناس بالتراكمات السابقة كالمنظومة الإلكترونية للحالة المدنية والنظام المعلوماتي للمساعدة الطبية والآلية المعتمدة في تحويل الدعم العمومي إبان فترة الحجر الصحي. نفس الأمر بالنسبة للسجل الاجتماعي الموحد الذي شُرع في تنفيذه كمرحلة أولى انطلاقاً من عمالة الرباط وإقليم القنيطرة بتاريخ 17 نونبر 2022، ليتم تعميمه بباقي العمالات والأقاليم مع نهاية سنة 2023<sup>19</sup>.



الشكل 8: تطور أعداد المسجلين بمنظومة الاستهداف الاجتماعي

المصدر: عمل تكميلي انطلاقاً من بلاغات اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية

عرف وعاء السجلين تنامياً تدريجياً، حيث انتقل عدد المقيدون بالسجل الوطني للسكان من تسعة ملايين في شهر ماي من العام 2023 إلى 22.5 مليون في شتنبر سنة 2025. وخلال نفس الفترة انتقل عدد الأسر المسجلة بالسجل الاجتماعي الموحد من 1.8 مليون أسرة إلى 5.3 مليون أسرة تضم 19.6 مليون شخص، بما يمثل 51% من الساكنة<sup>20</sup>. وهو التطور الذي مكن من تجميع قاعدة مهمة من المعطيات الديموغرافية والاجتماعية يمكن الارتكاز عليها في تحسين استهداف المؤهلين للاستفادة من برامج الحماية الاجتماعية، وخاصة برنامجي تعميم التغطية الصحية والتعويضات العائلية.

18. وزارة الاقتصاد والمالية، تقرير حول الحسابات الخصوصية للخزينة، مشروع قانون المالية لسنة 2026، 2025، ص 39.

19. Royaume du Maroc, Ministère de l'Intérieur, Projet d'identification et de Ciblage pour la Protection Sociale II : Plan de Mobilisation des Parties, p.21.

Prenantes (Rabat, octobre 2024), p.21.

20. عرض السيدة وزيرة الاقتصاد والمالية بالجلسة العمومية المشتركة المخصصة لتقديم مشروع قانون المالية 2026، الجريدة الرسمية للبرلمان، عدد 200 (21 أكتوبر 2025)، ص 77.

## المحور الثاني:

### الحصيلة المرحلية لتنفيذ ورش تعميم الحماية الاجتماعية

## 1. المؤشرات الكمية لنطاق التسجيل ببرامج الحماية الاجتماعية

بدأت مساعي تحقيق التغطية الصحية الشاملة منذ فاتح دجنبر 2022، بنقل المستفيدين الفعليين من نظام المساعدة الطبية (RAMED) إلى نظام "أمو تضامن" (AMO TADAMON)<sup>21</sup>، حيث أفضت التدابير المتخذة إلى إدماج ما يزيد عن 11 مليون شخص يتوزعون على 4,05 مليون مؤمن رئيسي و7,01 مليون من ذوي الحقوق<sup>22</sup>. وقد خلقت عمليات الضم والتنشيط حالة من الحركية نجم عنها إخراج فئات وإدراج أخرى، مع ما اكتنف ذلك من استبعاد قطاعات واسعة من المسجلين بنظام "راميد"، بدعوى عدم توفرهم على بطائق مُفعّلة، أو لكونهم مسجلين بأنظمة أخرى للتأمين، أو لكون المعالجات الأولية أثبتت قدرتهم على دفع أقساط الاشتراك. وبالنظر لعدم التوفر على منظومة استهداف فقد طُرحت عدة تخوفات حول إقصاء فئات مستحقة من الحق في التغطية الصحية التضامنية.



الشكل 9: تطور الكتلة الديموغرافية لنظام أمو تضامن

المصدر: عمل تركيبي انطلاقاً من معطيات وزارة الاقتصاد والمالية

بالنسبة لنظام التأمين عن المرض الخاص بغير الأجراء (AMO-TNS)، فقد انتقل عدد المسجلين من 3,68 مليون شخص في بداية سنة 2023 إلى 3.85 مليون في أكتوبر 2024، قبل أن يصل في شتبر 2025 إلى 4,28 مليون مستفيد بمن فيهم المؤمنون الرئيسيون وذوو الحقوق<sup>23</sup>. لكن بالرغم من ذلك، فنطاق تأمين هذه الفئة لا يزال محدوداً ومتذبذباً حيث لم يتجاوز معدل تحصيل الاشتراكات 46%<sup>24</sup>.

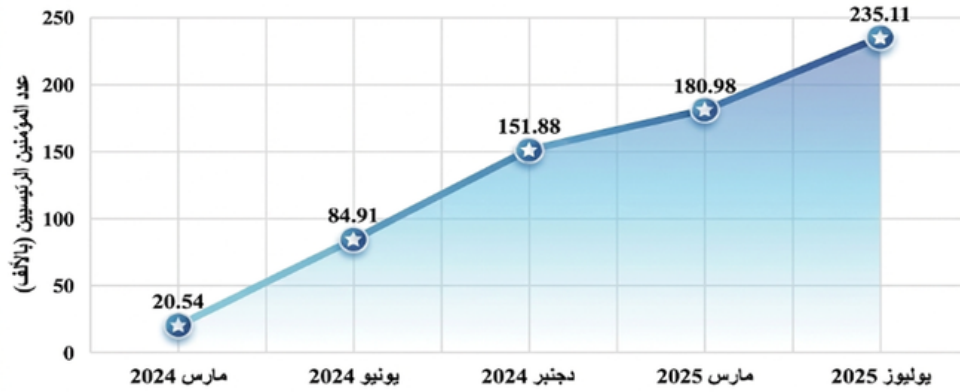
فيما يتعلق بنظام التأمين عن المرض للأشخاص القادرين الذين لا يزالون أي نشاط مأجور أو غير مأجور (AMO-CHAMIL)، فقد اتسم مساره بتباطؤ ملحوظ، حيث ظل عدد المسجلين به خلال الستة أشهر الأولى في حدود 20 ألفاً قبل أن يعرف إيقاع الانخراط بعض التسارع ليصل في شتبر 2025 إلى 344 ألف شخص منهم حوالي 235 ألف مؤمن رئيسي و109 ألفاً من ذوي الحقوق. لكن هذا التطور لا يعكس بحال فعالية التمتع بخدمات التغطية الصحية بسبب معضلة الحقوق المغلقة (DROITS FERMÉS).

21. وزارة الاقتصاد والمالية، مذكرة تقديم مشروع قانون المالية رقم 55.23 لسنة 2024، 2023، ص 52.

22. وزارة الاقتصاد والمالية، تقرير حول المؤسسات والمقاولات العمومية، مشروع قانون المالية 2026، 2025، ص 42.

23. اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، "بلاغ صحفي"، بوابة الحكومة المغربية، 16 شتبر 2025، <https://tinyurl.com/22kyxmk2>.

24. التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنتي (2024-2025) الرباط: المجلس الأعلى للحسابات، 2026، ص 83.

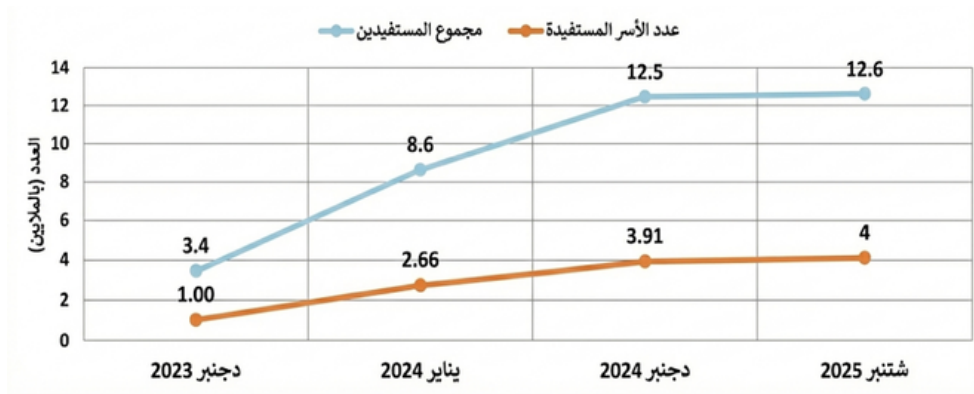


الشكل 10: إيقاع تسجيل المؤمنین الرئيسيين بنظام أمو الشامل

المصدر: عمل تركيبي انطلاقا من معطيات وزارة الاقتصاد والمالية

بحسب تقديرات الحكومة، ساعدت استحقاقات ورش تعميم الحماية الاجتماعية على الرفع من عدد المشمولين بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، فبعد أن كان لا يتجاوز 8,6 مليون شخص في سنة 2022 فقد انتقل إلى حوالي 32.4 مليون شخص مع نهاية سنة 2025، من ضمنهم حوالي 15.3 مليون شخص مسجل برسم أنظمة أمو تضامن وأمو الشامل وأمو غير الأجراء<sup>25</sup>. ونتاج ذلك، فقد أصبح معدل التغطية الصحية يناهز 88% بعدما كان يراوح 42% في سنة 2020، وهو ما يوجي بتضاعف نسبة شمول المغاربة بالتغطية الصحية بحسب معطيات وزارة الاقتصاد والمالية<sup>26</sup>.

موازاة مع توسيع قاعدة المستفيدين من التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، تسارعت الجهود التشريعية والتدبيرية لإطلاق برنامج شامل للدعم الاجتماعي المباشر، بهدف ظموج يراهن على استهداف كافة الأسر الهشة غير المستفيدة من التعويضات العائلية. حيث انتقل عدد الأسر المستفيدة من حوالي مليون أسرة في دجنبر 2023 إلى ما يقارب 4 مليون أسرة في نهاية 2025. ونتاج ذلك، فقد انتقلت أعداد الأشخاص المستفيدين من 3.5 مليونا في نهاية سنة 2023 إلى 12,6 مليون مستفيد مع متم 2025.



الشكل 11: تطور أعداد المستفيدين من نظام الدعم الاجتماعي المباشر

المصدر: عمل تركيبي انطلاقا من المعطيات الحكومية

25. وزارة الاقتصاد والمالية، مذكرة تقديم مشروع قانون المالية السنوي رقم 50.25 برسم السنة المالية 2026، أكتوبر 2025، ص 84.  
26. لجنة القطاعات الاجتماعية، تقرير حول مشاريع الميزانيات الفرعية لسنة 2026، مجلس النواب، أكتوبر 2025، ص 19.

باستثناء التغطية الصحية والتعويضات العائلية، لم تفعل بعد باقي مكونات الإصلاح خلافا للمادة 17 من القانون الإطار رقم 09.21 التي حددت سنة 2025 كسقف زمني لإنجاز البرامج الأربعة لورش تعميم الحماية الاجتماعية. وهكذا فنظام المعاشات الخاص بالأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا لا يزال في طور التدابير التحضيرية، بإصدار النصوص التنظيمية، وبإعداد دراسات إكتوارية لتحديد شروط التفعيل وضمانات الاستدامة المالية<sup>27</sup>.

كذلك الحال بالنسبة لنظام التعويض عن فقدان الشغل، حيث لم تكتمل بعد العمليات المرتبطة بتحديد سيناريوهات التنفيذ، وبالتهئية التشريعية والتنظيمية لتيسير شروط وكيفيات الاستفادة في ضوء الدروس المستفادة من التجربة السابقة، فبسبب ثقل التعقيدات المسطرية يظل عدد المستفيدين بشكل سنوي في حدود 36 ألف أجير على أبعد تقدير<sup>28</sup>.

## II. المكاسب الموازية لإصلاح منظومة الحماية الاجتماعية

شكلت عمليات تعميم التغطية الصحية فرصة لإعادة تأهيل المنظومة الصحية الوطنية، حيث تم بالموازاة إنجاز سلسلة من المشاريع لتوسيع العرض الصحي بالشروع في إحداث خمسة مراكز استشفائية جامعية جديدة بطاقة استيعابية تقارب 4 آلاف سرير، وتأهيل وتجهيز المستشفيات الجامعية القائمة ضمن برنامج وطني لتحديث البنيات وتجديد التجهيزات الطبية، فضلا عن إعادة تأهيل 83 مستشفى و1400 مركز صحي، إضافة إلى مشاريع موازية لتقوية القدرة الاستقطابية للمؤسسات الصحية، ولمدها بالموارد البشرية وأدوات التدخل المناسبة<sup>29</sup>.

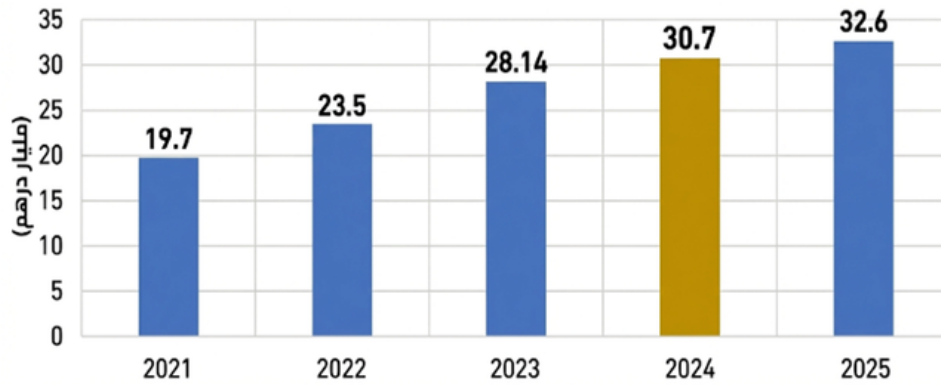
كما أعطت استحقاقات الدولة الاجتماعية دفعة قوية للميزانيات المخصصة لقطاع الصحة والحماية الاجتماعية، التي عرفت طفرة غير مسبوقة منذ الشروع في تفعيل القانون الإطار رقم 09.21، بانتقالها من 19,7 مليار درهم في سنة 2021 إلى حوالي 32.6 مليار درهم في سنة 2025، وبمراعاة ضخ 9,78 مليار درهم إضافية بموجب قانون المالية لسنة 2026 فإن ميزانية القطاع ستصل إلى 42.36 مليار درهم، وهو ما يمثل زيادة تفوق الضعف مقارنة بالسنة المالية لانطلاق ورش التعميم، و30% قياسا بميزانية 2025<sup>30</sup>.

<sup>27</sup> Asmaa El Anbari et autres, "Généralisation de la couverture retraite au Maroc : Évaluation des enjeux et contraintes et perspectives d'évolution", Cahiers du Plan (HCP), n° 58 (juillet 2025), p.41.

<sup>28</sup> Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Rapport Annuel 2023 (Casablanca, 2023), p.51.

<sup>29</sup> H.B. Réforme du système de santé. Le plan du ministère en chiffres, Medias24, 22 juillet 2025. <https://tinyurl.com/mu5rr64e>.

<sup>30</sup> Ministère de l'Économie et des Finances, Note de synthèse relative à l'impact budgétaire des principales politiques publiques au titre du Projet de Loi de Finances pour l'année 2026, 2025, p.7.



الشكل 12: تطور ميزانية قطاع الصحة 2025-2021

المصدر: عمل تكميلي انطلاقاً من فوائن المالية السنوية 2025-2021

تتجاوز تأثيرات تعميم الاستفادة من التغطية الصحية والتعويضات العائلية المجال الاجتماعي بالتقليص النسبي من حدة الفقر متعدد الأبعاد<sup>31</sup>، إلى تحقيق رهانات سياسية، بتحفيز قيم الرأس المال الاجتماعي وتنمية منسوب الثقة في الدولة بفضل التنوعيات الجديدة لسياسات إعادة التوزيع. كما لا تخفى المكاسب الاقتصادية لتعميم الحماية الاجتماعية على المدى المتوسط، بالنظر للأثر الإيجابي للإنفاق الاجتماعي على الطلب الداخلي وعلى تعزيز اندماج الفئات المستهدفة في النسق الاقتصادي. إذ من شأن ترصيد هذه المكاسب أن يُحسن من ترتيب المغرب في مؤشر التنمية البشرية (IDH).

من جهة أخرى، شكل تعميم التعويضات العائلية رهانا لتسوية الانتقال من الدعم السلبي الشامل (دعم الاستهلاك) إلى الدعم النقدي الموجه للأسر المحتاجة، وهو تحول قد يخدم استحقاقات العدالة الاجتماعية، باعتبار أن استفادة الفئات الفقيرة المعنية من الدعم لم تكن تتجاوز 7% من نفقات صندوق المقاصة فيما كانت تذهب أكثر من 42% منها إلى الشرائح الغنية<sup>32</sup>. ولذلك، فقد وفر إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية "مظلة" لتطوير نظام الدعم الذي طالما مثل أحد منابع "الريع الاجتماعي". نفس الأمر بالنسبة للتأمين التضامني، لأن الافتقار إلى قواعد معطيات ذات مصداقية كرس استفادة فئات غير مستحقة من نظام المساعدة الطبية (RAMED).

بالموازاة مع توسيع المشمولين بآلية الاشتراك، أذنت الهندسة المالية لورش الحماية الاجتماعية بالارتقاء بالتمويل التضامني لخدمات التغطية الصحية والدعم الاجتماعي، حيث تبلغ قيمة الموارد الجبائية 23 مليار درهم ما يعني أن حوالي 42% من المخصصات المالية للورش ذات مصدر تضامني. وخاصة العائدات الجبائية المتعلقة بالمساهمة الاجتماعية التضامنية على الأرباح والدخول الخاصة بالمقاولات التي تُدر حوالي 10 مليار درهم كمتوسط سنوي.

Abdelkhalek Touhami et Dorothee Boccanfuso, Indice de pauvreté multidimensionnelle et programmes de protection sociale, (Beyrouth : ESCWA .31 (2022), p.27.

32. سلمى صدقي، "نظام المقاصة: الإصلاح الذي لم يكتمل"، المعهد المغربي لتحليل السياسات، 1 يوليو، 2021، <https://mipa.institute/?p=8637&lang=ar>.

على الصعيد التقني، شكل ورش تعميم الحماية الاجتماعية تحدياً لتوحيد القاعدة المعلوماتية للمحافظة الاجتماعية، فخارج منطقة الخليج، يُعد المغرب ثالث دولة عربية تمتلك سجلاً اجتماعياً إلى جانب مصر والأردن. وهو مكسب تاريخي في حد ذاته، لكونه يشكل قاعدة لضبط "المحافظة الاجتماعية" للدولة، اعتماداً على مُعرّف رقمي مدني واجتماعي (IDCS) يشكل مفتاحاً لتعزيز الربط بين البرامج الاجتماعية، التي تقدمها الدولة والمؤسسات العمومية والجماعات الترابية لفائدة الأسر المقيمة بالسجل والمستوفية لشروط الاستفادة، من خلال آلية كشف التكرار (DÉDUPLICATION) التي تعتمد على مقارنة البيانات البيومترية، وهو ما سيسمح بتعزيز الالتقائية بين مختلف الفاعلين المؤسساتيين وبتلافي تكرار البرامج وتعدد أوجه الاستفادة.

كما تُعد المقاربة الجديدة بجعل تدبير البرامج الاجتماعية أكثر انكشافاً، من خلال تحديد عتبات محددة للاستفادة من كل برنامج، بدل الإدلاء بوثائق مشكوك في صدقيتها كشواهد "الاحتياج"، وبالاعتماد على مؤشرات عديدة في الفرز بين المستحقين وغير المستحقين، وبالنشر الدوري للمعطيات الكمية ذات الصلة بالسجل الاجتماعي الموحد وبنظامي الدعم الاجتماعي المباشر والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وهو المجهود الذي يتعين ترصيده بتواصل مؤسساتي شفاف حول الآثار الفعلية للتدابير المتخذة وجودة الخدمات المتاحة، بما يرفع من منسوب الثقة في الإصلاح ويحفز مختلف الفئات على الانخراط الطوعي.

ارتباطاً بذلك، تبشر الضمانات المؤطرة لتجميع قواعد المعلومات السكانية والسوسيواقتصادية بتعزيز الثقة في البيانات الاجتماعية وضمان وظيفيتها، فالاعتماد على قزحية العين في ضبط المعطيات البيومترية يشكل ضماناً مهماً للتصدي لمحاولات الاحتيال والتدليس، كما أن تفعيل الإجراءات الزجرية في حق المدلين ببيانات منقوصة أو مغلوطة من شأنه أن يساعد على تدعيم صدقية ومصداقية منظومة الاستهداف مقارنة بالوضع السابق، حيث ظلت البيانات الخاصة بمنظومة الحماية الاجتماعية مشوبة بأوجه قصور متعددة كالتقادم وعدم الاكتمال وضعف التحيين<sup>33</sup>.

خدمة لرهانات التحول الرقمي بالإدارة العمومية، فقد أعطت المنصات المخصصة للسجل الوطني للسكان وللشغل الاجتماعي الموحد ولنظامي التأمين الصحي والدعم المباشر دفعة قوية لتسريع عمليات نزع الصفة المادية عن الوثائق الإدارية، بما يمكن من استهداف أفضل للأشخاص المستحقين للمساعدات الاجتماعية، كما يمكن للمعطيات البيومترية والديموغرافية والسوسيواقتصادية المُضمّنة بالمنصات المذكورة أن تُشكّل قاعدة مهمة يمكن الارتكاز عليها في إنجاز مشروع التبادل البيئي للبيانات بين الإدارات والمؤسسات العمومية، وفي وضع سياسات وبرامج عمومية فعالة ومتماسكة.

Boris Samuel, «Les enquêtes sociales et l'identification des bénéficiaires dans la mise en place d'une protection sociale au Maroc», Statistique et Société 10, n° 1 (2022), p.96

## المحور الثالث:

إخفاقات الأجندة ذات الأولوية  
للقانون الإطار رقم 09.21:  
التجليات والمؤشرات

## 1. التغطية الصحية بين "التعميم الإسمي" و"التعميم الفعلي"

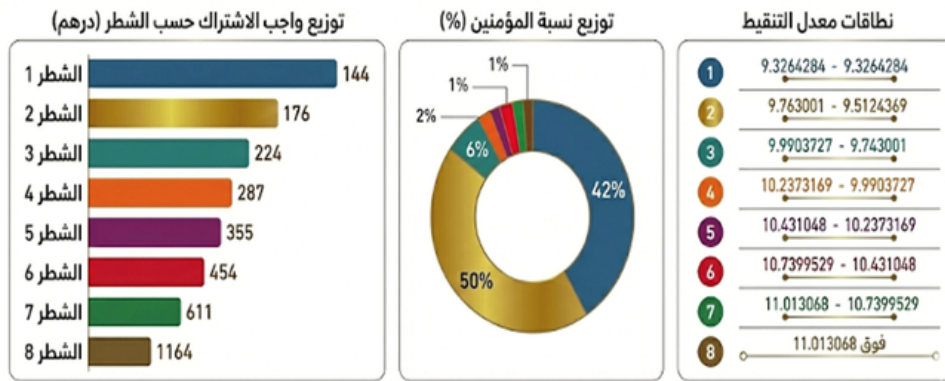
لم تمكّن النتائج المحققة من بلوغ رهانات تعميم الحماية الاجتماعية، إذ بالرغم من اتساع وعاء منظومة التأمين الأساسي عن المرض مقارنة بالمرحلة السابقة، فإن الحصيلة تظل بعيدة عن تنفيذ أجندة القانون الإطار رقم 09.21، الذي حدد نهاية 2025 كمدي زمني نهائي لشمول الجميع بالتغطية الصحية. ففي أعلى تقدير تظل النسبة أقل من 90 في المائة.

نشير بهذا الصدد إلى متغير حسابي مهم مرتبط بنسبة التغطية الصحية التي اعتمدها الحكومة كأساس مرجعي للمقارنة (42%)، حيث تستثني النسبة الأشخاص المسجلين برسم نظام المساعدة الطبية، بمبرر أن النظام كان يقوم على المساعدة (ASSISTANCE) وليس على التأمين (ASSURANCE). لكن، بإدراج هذه الفئة (32%) فإن معدل التغطية الصحية بالنسبة لمجموع المواطنين كان يراوح في تلك الفترة 74% بحسب معطيات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي<sup>34</sup>.

هذا المعطى الكمي يجب أن يُؤخذ بالحسبان عند رصد مستوى التقدم الحاصل في تعميم الاستفادة من منظومة التغطية الصحية، خاصة وأن نقل ما يقارب 11 مليون مستفيد سابق من نظام المساعدة الطبية إلى "نظام أمو تضامن" ساهم بحوالي النصف في توسيع الكتلة الديموغرافية المشمولة بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

ضمن هذا السياق، تبدي بعض الفئات "مقاومة سلبية" تجاه مساعي الإدماج، فالإشكالات التي اكتنفت التصنيف المهني وتحديد قيمة الأقساط جعلت معدل أداء الاشتراك في صفوف فئات غير الأجراء يتأرجح بين الثلث و40%. كما أن العديد من المشمولين بنظام أمو الشامل يتلكؤون في تسديد الاشتراكات، خاصة أن 92% من الأشخاص غير الأجراء الملزمين بأداء واجبات الاشتراك بالكاد يتجاوز معدل تنقيطهم عتبة التغطية الصحية التضامنية، حيث يتراوح المعدل بين 9,32 و9,51<sup>35</sup>، مما يعني أنهم ينتمون من الناحية الفعلية إلى فئات هشّة لا تسعفها قدراتها المالية على المساهمة في نظام التأمين الصحي، ولكن المعالجة الرقمية الموجهة بمعطيات السجل الاجتماعي الموحد أزاحتهم من آلية التضامن إلى آلية الاشتراك.

34. تتوزع هذه النسبة بحسب أنظمة التغطية على نظام المساعدة الطبية (32.1%)، ونظام التأمين الخاص بالأجراء (23.5%)، والموظفين (8.6%)، بالإضافة إلى التغطية في إطار المادة 114 (4.2%)، والقوات المسلحة الملكية (3.5%)، والأنظمة الخاصة (1.2%)، وأخيراً الطلبة (1.0%)؛ Rapport Annuel Global de l'Assurance Maladie Obligatoire, op. cit., p.9-35. Conseil Économique, Social et Environnemental, Généralisation de l'AMO, bilan d'étape : Une avancée sociale à consolider, des défis à relever, Auto-saisine n° 80/2024 (Rabat : CESE, 2024), p.17



**الشكل 13:** مستويات تصنيف المشمولين بنظام أمو الشامل

المصدر: عمل تركيبي انطلاقاً من معطيات المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

تشكل متغيرات احتساب العتبة ومبالغ الاشتراك كإبدا لديناميات انخراط الفئات الجديدة بالنطاق المساهماتي للتأمين الصحي، حيث لا تزال قطاعات واسعة من المعنيين بنظامي أمو-الأجراء وأمو-الشامل غير مدرجة بعد بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، وما يشكل ذلك من معاكسة لخيار التعميم، ومن حرمان من الحق في الصحة نتاج فرض أقساط اشتراك لا تراعي دخولها الضعيفة أو غير المستقرة.

نشير بهذا الخصوص إلى الفجوة الجندرية، حيث تحرم فئات من النساء من الحق في التغطية الصحية نتاج ظروف اقتصادية، مثل العاملات في وظائف غير رسمية لا توفر أي تغطية اجتماعية، كالمجال الزراعي<sup>36</sup>، أو جراء تغييرات أسرية. كالمطلقات ربوات الأسر اللواتي يجدن أنفسهن في "وضعية حقوق مغلقة" بعد مرور سنة من طلاقهن، كذلك الحال بالنسبة للأرامل غير المستفيدات من معاش الزوج المتوفى بعد سنتين على الوفاة، حيث غالباً ما يتم إدراجهن ضمن التأمين المساهماتي مع عجزهن عن تسديد واجبات الاشتراك. وفي بعض الأحيان يأخذ الأمر بعداً "دراماتيكياً" كإقصاء نساء فقيرات يقطنن لوحدهن من نظام "أمو تضامن" لتجاوزهن "المؤشر" الموجّه بعامل العدد، الأمر الذي يسائل عدالة المتغيرات المعتمدة، وي طرح على المحك تحدي "أنسنة" منهجية الاستهداف وإعادة تصميمها وفق نهج قائم على الحقوق.

إلى جانب ذلك، تعاني فئات اجتماعية أخرى من الإقصاء المنهجي من نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، من ضمنها حوالي مليوني مساعد عائلي، إضافة إلى أكثر من مليون شخص يرتبطون بعقود تأمين مع شركات خاصة وتعاضديات وصناديق داخلية، والمنصوص عليهم في المادة 114 من القانون 65.00<sup>37</sup>. وفي المحصلة لا يزال حوالي 8,5 مليون شخص غير مشمولين بنظام التغطية الصحية الإجبارية بالرغم من انتمائهم إلى أسر هشة لا تملك القدرة على أداء واجبات الاشتراك بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي<sup>38</sup>.

36. OECD, Economic Surveys: Morocco 2024: Economic Assessment (Paris: OECD, 2024), p.116.

37. التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنتي 2023-2024، مرجع سابق، ص 67.

38. التقرير السنوي للمجلس الوطني لحقوق الإنسان برسم سنة 2024، مارس 2026، ص 9.

إضافة إلى تباطؤ مسار "التعميم الإسمي"، ثمة حواجز عدة تعيق "التعميم الفعلي" للتغطية الصحية، على اعتبار أن أعدادا كبيرة من المسجلين غير قادرين من الناحية العملية على الاستفادة من سلة الخدمات المتاحة، فحوالي 3.5 مليون شخص مسجل بمختلف أنظمة التأمين الإجباري يوجدون في وضعية الحقوق المغلقة بسبب عدم كفاية مدة التصريح أو عدم أداء الاشتراكات نتاج عوامل مختلفة<sup>39</sup>. وتنسحب هذه الوضعية على حوالي 43% من منتسبي نظام "أمو الشامل"، و5% من المسجلين برسم نظام "أمو غير الأجراء"، وهي نسبة تتجاوز بكثير أجراء القطاع الخاص (9%) وموظفي القطاع العام (6%)<sup>40</sup>.



الشكل 14: توزيع وضعية "الحقوق المغلقة" حسب نظام التغطية

المصدر: عمل تركيبي انطلاقا من معطيات وزارة الاقتصاد والمالية

إن اتساع نطاق الحقوق المغلقة بهذين النظامين ليس مجرد مسألة تقنية، بل تعبير عن هندسة سياسية لم تراعى الشروط السوسيوولوجية لتعميم الحماية الاجتماعية، وكأن الأمر يتعلق بمجرد توفير "تغطية صحية إسمية" عبر إجراءات ميكانيكية لبلوغ السقف المحدد بدل الحرص على إقامة "تغطية صحية فعلية"، ولذلك، فالأعداد المصرح بضمها للأنظمة المساهماتية للتأمين الصحي لا تعطي صورة صادقة عن حقيقة تعميم الحماية الصحية، ما لم تقرن بالضمانات اللازمة لتحقيق التناوب بين توسيع قاعدة التأمين الصحي وبين إقرار فعالية الاستفادة من الرعاية الصحية.

ارتباطا بذلك، نشير إلى تبعات غياب سياسة صحية متماسكة على جودة خدمات التغطية الصحية أمام تفاقم المؤشرات ذات الصلة، فمؤشر الكثافة الطبية (DENSITÉ MÉDICALE) يظل -في أحسن التقديرات- في حدود 8 أطباء لكل 10 ألف مواطن عوض 17 طبيب كمتوسط عالمي، أما مؤشر السعة السريرية للمؤسسات الاستشفائية (CAPACITÉ LITIÈRE) فلا يتجاوز 10,8 سرير لكل 10 آلاف نسمة مقابل 20 سريرا كحد أدنى موصى به من طرف منظمة الصحة العالمية، ناهيك عن الإشكالات التي تعترى تعبئة وإتاحة وصيانة التجهيزات والمعدات الطبية وتدابير المواعيد وما يتبع ذلك من تباعد آجال الاستفادة من فرص التشخيص والاستشفاء.

39. Conseil Économique, Social et Environnemental, Rapport Annuel 2024 (Rabat: Conseil Économique, Social et Environnemental, 2025), p.165.  
40. Généralisation de l'AMO, bilan d'étape, op. cit., p.19-20.

ضمن هذا السياق، تطرح تأثيرات الفجوة بين العدالة المجالية والعدالة الصحية على الاستفادة الفعلية من خدمات التأمين الإجباري عن المرض، أمام السرعات المتفاوتة في التوطين الترابي للعرض الصحي والجسم الطبي، حيث تبرز معدلات الكثافة الطبية تفاوتاً كبيراً بين جهات تسجل مستويات قياسية كالدار البيضاء-سطات والرباط-سلا-القنيطرة (على التوالي 11.6 و 9.8 طبيب لكل 10 ألف شخص) وجهات تعاني من خصائص كبيرة في الأطر الطبية كجهة بني ملال-اخنيفرة (4,2) وجهة درعة-تافيلالت (3,1). نفس الأمر بالنسبة للسعة السريرية التي تشهد فجوة تفوق عشر نقاط حيث تتوفر جهة العيون-الساقية الحمراء على طاقة استيعابية تناهز 14.4 سرير لكل 10 ألف شخص فيما بالكاد تصل إلى 4.3 بجهة الداخلة-وادي الذهب<sup>41</sup>.

بالموازاة، ثمة فجوات مهولة بين مراكز الجهات و"هوامشها"، ونأخذ على سبيل المثال الكثافة السريرية بجهة سوس-ماسة ففي مقابل 14 سريراً لكل 10 ألف شخص كمعدل جهوي يسجل إقليم تارودانت واشتوكة آيت باها معدلات جد متدنية (4 و 1 على التوالي). ويأخذ اختلال الخريطة الصحية أبعاداً مقلقة بالعالم القروي، إذ تقطع 55% من الساكنة القروية أكثر من 5 كيلومترات للوصول إلى أقرب خدمة صحية أساسية، فيما تظل الديموغرافية الطبية بالوسط القروي في حدود طبيب واحد لكل 10 ألف شخص وما يعني ذلك من تقييد هيكلية لفعالية الحق في الصحة<sup>42</sup>، كما أن عدم كفاية التجهيزات والموارد الطبية يحد من جودة واستمرارية الخدمة الصحية العمومية، وغيرها من الفجوات التي تُهدّد بجعل سلة خدمات التغطية الصحية لا تتعدى العلاجات البسيطة في الكثير من الأحيان.

## II. تعثر رهانات تعميم التعويضات العائلية: إخفاق عرضي أم قصور منهجي؟

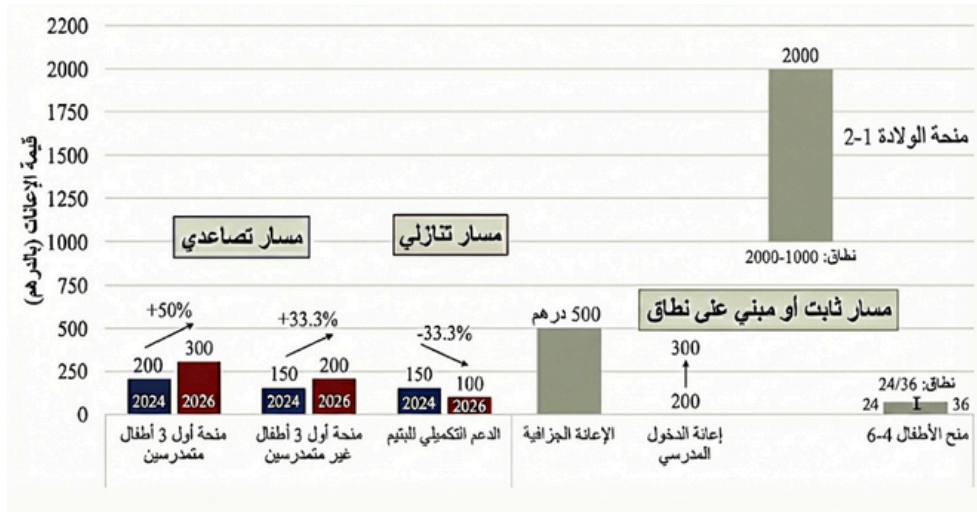
عرف مسار تعميم التعويضات العائلية بعض التعثر، حيث لم يتم إطلاق نظام الدعم الاجتماعي المباشر إلا مع نهاية سنة 2023 بإيقاع تأخر يقارب السنة، وبالرغم من تطور أعداد المشمولين به فإن الأمر يتعلق في أحسن الأحوال بالتوسيع وليس بالتعميم، حيث لا تزال فئات عريضة غير مشمولة بالتحويلات الاجتماعية المستهدفة. فإذا كانت ديباجة القانون الإطار رقم 09.21 قد حددت هدف شمول سبعة ملايين طفل بالتعويضات الخاصة بتغطية مخاطر الطفولة، فإن ما تحقق لحد الآن هو 5.5 مليون طفل، فيما ترى الحكومة أن مليون ونصف طفل المتبقين ينتمون إلى أسر غير مستحقة للدعم<sup>43</sup>.

بالنسبة للأثر الفعلي، فالصيغة التي يُقدّم بها الدعم الاجتماعي المباشر تجعله غير كاف لتحقيق رهاناته كما حددتها المادة 4 من القانون الإطار، سواء تعلق الأمر بإعانات الطفولة للحد من الهدر المدرسي، أو الإعانات الجزافية التي تستهدف الحد من الهشاشة ودعم القدرة الشرائية للأسر المستفيدة. صحيح أن التحويلات النقدية تُمكن الأسر المعوزة من الحصول على إعانات منتظمة لتلبية بعض احتياجاتها لكنها أبعد ما تكون عن تأمين الحد الأدنى للدخل اللازم للعيش الكريم (REVENU DE DIGNITÉ) بسبب ضعف قيمة الإعانات، وما يكتنفها من إشكالات حسابية:

41. Organisation mondiale de la Santé, Stratégie de coopération entre le Maroc et l'OMS pour la période 2023-2027 (Le Caire : OMS), p.9-10.

42. عبد الرفيع زعنون، كيف نتجاوز مغرب السرعتين، المعهد المغربي لتحليل السياسات، 9 فبراير 2026، <https://mipa.institute/?p=12971>.

43. جواب السيد رئيس الحكومة بالجلسة العمومية لمجلس النواب المخصصة للأسئلة الشفهية حول السياسة العامة، 7 يوليوز 2025، الجريدة الرسمية للبرلمان: نشرة مداولات مجلس النواب، عدد 198 (15 يوليوز 2025)، ص 67-68.



الشكل 15: تطور قيمة إعانات الدعم الاجتماعي المباشر

- ارتفاع طفيف في مبالغ المنح الشهرية الخاصة بالأطفال الثلاثة الأوائل. صحيح أن النسب المئوية تبرز تطورا يتراوح بين 33% و50%، لكن القيمة النقدية للزيادة لا تتجاوز 34 درهم سنويا لكل طفل في أفضل الأحوال.
- جمود قيمة بعض الإعانات، كالتعويضات الجزافية التي تم تسقيفها في 500 درهم دون ترتيب أي زيادات تراعي تطور الأسعار، وتمثل لرهانها المرجعي، كمدخول لحفظ كرامة كبار السن وتغطية مخاطر الشيخوخة. إضافة إلى إعانات الولادة والدخول المدرسي، والمنح الشهرية الخاصة بالأولاد من 4 إلى 6.
- تراجع قيمة بعض التعويضات، كالدم التكميلي الخاص بكل يتيم من جهة الأب من 150 درهم في دجنبر 2023 إلى 100 درهم في 2026.

وبمراعاة جميع هذه الوضعيات، فإن قيمة الإعانات المالية لا تُلي الحد الأدنى للاحتياجات المعيشية للأسر الفقيرة، فضلا عن ذلك، فهي لم تصاحب أية تدابير مُواكبة لتوجيهها نحو إدماج الفقراء بسوق الشغل ولتعزيز قدرتهم على الصمود في وجه التهديدات التي تمس بقدرتهم الشرائية. يضاف إلى ذلك حالة عدم اليقين التي تعترى استمرارية الاستفادة منها في ظل التوجس الدائم من نزعا جراء ارتفاع المؤشر الاقتصادي والاجتماعي. كما أن السحب المفاجئ للإعانات المالية بسبب ارتفاع طفيف في "المؤشر" يخلق اضطرابا في نمط عيش الأسر المستفيدة، ويؤثر سلبا على سلوكها الاقتصادي.

من الناحية المرجعية، ثمة فرز بين المساطر الإجرائية لأنظمة الحماية والمساعدة، لكن عمليا يوجد ترابط واضح على أكثر من صعيد، فالآلاف من مستحي التعويضات العائلية يُطأَبون بأداء واجبات الانخراط والديون المتراكمة عليهم برسم نظام التأمين عن المرض لفائدة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي كشرط لنيل مستحقات الدعم الاجتماعي المباشر، في الوقت الذي كان فيه من المفروض أن تشكل الاستفادة من الدعم مبررا معياريا للاستفادة من التغطية الصحية<sup>44</sup>

44. مؤسسة الوسيط، التقرير السنوي لسنة 2023 (الرباط: مؤسسة الوسيط، دجنبر 2024)، ص 92.

بالرغم من الأهمية التدبيرية لهذا الإجراء فإنه يخرق الحد الأدنى لمبالغ الإعانات، فباقتطاع أقل قيمة للاشتراك فإن مبلغ الدعم يصبح في حدود 350 درهم، وهو ما يناقض المادة 2 من المرسوم رقم 58.23 المتعلق بنظام الدعم الاجتماعي، التي تنص على أنه لا يمكن في جميع الأحوال أن يقل المبلغ الممنوح لرب الأسرة عن 500 درهم في الشهر<sup>45</sup>. وبالرغم من تنصيب النظام الجديد للدعم الاجتماعي على الزيادة السنوية في قيمة التحويلات فإن معدلها قد لا يكفي لمواكبة الارتفاع المتسارع لأسعار المواد الأساسية، الأمر الذي يقلل من دور التحويلات النقدية في التخفيف من الفوارق الاجتماعية وفي تعزيز القدرة الشرائية للأسر الفقيرة.

لا يرتبط قصور نظام الدعم فقط بتواضع قيمة التحويلات، بل لكونه لا يدمج في حساباته معامل التضخم الذي قد يجعلها عديمة أو ضئيلة القيمة في حفظ كرامة المستفيدين. فقيمة الحد الأدنى للدعم (500 درهم) كما حددت قبل سنة 2021 لم تعد تواكب الارتفاعات المتتالية لمعدل التضخم<sup>46</sup>. خاصة وأن تعميم التعويضات العائلية تم تقديمه كإجراء تعويضي للتحرير التدريجي لأسعار الغاز وكُفِّسَ للتمهيد للتخلي النهائي عن الدعم السلعي، غير أن التخلي عن دعم المواد الأساسية بدون توفير بدائل اقتصادية ناجعة قد يؤدي إلى تآكل القدرة الشرائية للأسر المستفيدة ويجعلها عاجزة عن الوصول إلى المواد والخدمات التي كانت تستفيد منها بفضل الدعم العيني خاصة مع ارتفاع الأسعار وثبات التحويلات.

يضاف إلى ذلك تضائل دور التحويلات النقدية المباشرة في حماية الأسر المستفيدة من الصدمات الاقتصادية أمام الطفرة غير المسبوقة في أسعار المواد المعيشية، والتي لا تنتج بالضرورة عن التحولات المناخية والجيوسياسية، بل إنها تعكس في سياقات عديدة إخفاق الاختيارات السياسية في مجالات أساسية، كتدبير المخزون الطاقوي وصيانة الأمن الغذائي والنماذج الزراعية المعتمدة والحسابات المتحكمة في التصدير والدعم الفلاحي. وهو ما يثني بوجود حالة من التنافر بين سياسة المساعدة الاجتماعية وبين السياسات الاقتصادية.

نشير أيضا إلى عدة قيود منهجية تحول دون تعظيم الأثر الفعلي لنظام الدعم الاجتماعي في تقليص فجوات الدخل، حيث يبدو أن الهندسة العامة للنظام موجهة بالأساس نحو التخفيف من حدة الفقر المدقع بدل جعله صمام شبكة أمان اجتماعي لفائدة عديمي ومحدودي الدخل، من خلال ربط التحويلات المستهدفة بآليات للتعافي التدريجي من الفقر وإخراج الفقراء من التبعية المالية للدولة، كما أن طابعها غير المشروط يجعلها ضعيفة التأثير في حماية الحقوق الاجتماعية للأطفال كالتدريس والرعاية الصحية.

45. المرسوم رقم 2.23.1067 القاضي بتطبيق القانون رقم 58.23 المتعلق بنظام الدعم الاجتماعي المباشر.  
46. التقرير السنوي للمجلس الوطني لحقوق الإنسان برسم سنة 2024، مرجع سابق، ص 9.

## المحور الرابع:

تحديات تعميم الحماية  
الاجتماعية ومحك الأثر الفعلي:  
الارتدادات والمُسبِّبات

## 1. الارتدادات العكسية لتنفيذ القانون الإطار: أعراض جانبية أم آثار مقصودة؟

تبرز الحصيلة المرئية لتنفيذ ورش تعميم الحماية الاجتماعية تداعيات تعاكس الرهانات المعلنة بموجب المرجعيات المؤطرة للورش، وهي تأثيرات أصبحت تسائل الخلفية الاجتماعية لسياسات إعادة هيكلة منظومة الحماية الاجتماعية:

### 1. دولة اجتماعية بخلفية نيوليبرالية

يُؤسّر السياق العام لورش التعميم على منح طاقة جديدة للنزعة النيوليبرالية في "تأطير" الدور الاجتماعي للدولة، تحت تأثير المؤسسات المالية الدولية التي تضغط باستمرار لترجيح التوازنات الماكرواقتصادية على التوازنات الاجتماعية<sup>47</sup>، بحصر شبكات الأمان الاجتماعي في تدخلات محدودة ومنخفضة التكلفة، مع تقليص عدد المستهدفين إلى الحد الأدنى مقابل ترك غالبية المواطنين تحت رحمة السوق. من تجليات ذلك، توسيع نطاق نظام الاشتراك ليشمل حتى الفئات ذات الوضع الاقتصادي غير المستقر، وتحجيم القاعدة المستفيدة من التحويلات المباشرة، وغياب أي ضمانات لتوجيه الموارد الجبائية والهوامش المتأتية عن إصلاح صندوق المقاصة لتمويل السياسات الاجتماعية بدل تغذية متطلبات الموازنة.

### 2. منظومة استهداف "تستهدف" الطبقة الوسطى

توحي الهندسة المالية للورش باستهداف "منهجي" للطبقة الوسطى، فالتفكيك التدريجي لصندوق المقاصة يجعلها مرغمة على شراء السلع الأساسية بثمن السوق الآخذ في الجموح، دون أن تخول لها الاستفادة من أي دعم، الأمر الذي قد يدحرج فئاتها الدنيا نحو عتبة الفقر في ضوء تأثيرات تحرير أسعار المحروقات منذ 2015. ومن جهة أخرى، فهي مُلزمة بالمساهمة في تمويل البرامج الاجتماعية الجديدة بموجب تحميلات جبائية إضافية تهدد بإضعاف قدرتها الشرائية وهو ما بدأت بوادره في الظهور منذ مشروع قانون المالية لسنة 2021 الذي كان يذهب في اتجاه فرض المساهمة الاجتماعية للتضامن على الأرباح والدخل على كل موظف أو أجير يساوي أو يفوق أجره الشهري 10 آلاف درهم قبل أن يتم رفع العتبة المحددة إلى 20 ألف درهم<sup>48</sup>.

### 3. خوارزميات في خدمة سياسات التقشف

أثر هاجس التحكم في قاعدة المستهدفين على التزام الحكومة بتعميم الحماية الاجتماعية، حيث أصبح الفرز بين المستحقين وغير المستحقين تحت رحمة معالجة خوارزمية تنطلق من مؤشر اقتصادي واجتماعي لا يراعي الحد الأدنى لمتطلبات العيش الكريم. وهكذا فاقتناء تجهيزات بسيطة، أو شحن الهاتف برصيد لا يتجاوز خمسين درهماً أو تجاوز الفاتورة الشهرية للماء والكهرباء لمائة درهم قد يجعل الأسرة مقصية بشكل أوتوماتيكي من نظامي "أمو تضامن" والدعم الاجتماعي المباشر. وقد أصبح التخوف من الوقوع في "فخ الإقصاء التقني" يؤثر على السلوك الاقتصادي للأسر، بتبني نمط عيش تقشفي يمس بمتطلبات العيش الكريم، ويؤثر على حقوق أفراد الأسرة وخاصة الأطفال، كالانتقال للإقامة في مساكن غير لائقة، والتقليص من نفقات الماء والكهرباء والهاتف.

Mohamed Said Saadi, "Impact of IMF Austerity Policies on Social Protection," in Neoliberal Illusions in the Arab Region (Beirut: Arab NGO Network .47 for Development, 2022), p.132-33

.48 المادة 272 من قانون المالية رقم 65.20 للسنة المالية 2021.

#### 4. إنعاش اقتصاديات الظل

تطرح الأنشطة غير الرسمية تحديا مزدوجا لمنظومة الحماية الاجتماعية، فمن جهة، هي تضم خزانا كبيرا لمساهمين يمكن أن يدعموا التوازن المالي للمنظومة، ومن جهة أخرى، فإن صعوبات تحديد هذه الفئات وإقناعها بأداء الاشتراكات يشكل عقبة حقيقية أمام تعميم الحماية الاجتماعية<sup>49</sup>، فالتوجس من ارتفاع "المؤشر" يجعل قطاعات عريضة من العاملين بالقطاعات غير الرسمية يرفضون الإدلاء بالمعلومات الحقيقية عن وضعهم المعيشي لضمان الاستفادة من النطاق التضامني للتغطية الصحية ومن التعويضات العائلية ومن باقي المساعدات الاجتماعية. إضافة إلى تزايد الحرص على تخزين النقود وتداولها خارج النظام البنكي، وبيع الأصول المحفوظة، وانتقال البعض من القطاعات المقننة إلى الأنشطة غير المهيكلة.

#### 5. تغذية روح الاعتمادية (dépendance)

من الصعب الرهان على الصيغة الحالية لتعميم التعويضات العائلية في تدعيم الاستقلال المالي للمستهدفين، بالنظر إلى ضعف قيمة الإعانات، ولعدم ربطها بمشاريع إدماج الفئات الهشة النشيطة بسوق الشغل. وجراء ذلك، فالمقاربة الحكومية للدعم المباشر قد تركز اعتمادية أكثر على الدولة، على نحو يناقض فلسفة التحويلات النقدية، كآلية انتقالية للتعافي التدريجي من الفقر وإخراج الفقراء من التبعية المالية للدولة.

#### 6. تعميم التغطية الصحية: "ترسيم" لخصوصية مقننة لقطاع الصحة؟

إن توسيع القاعدة المستفيدة من منظومة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض سيبقى مجرد إنجاز شكلي إذا لم يُصاحَب بتوسيع الشبكة الصحية الوطنية. فبالرغم من الجهود المبذولة فإنها تظل غير كافية لاستيعاب الطلب المتزايد على الخدمات الصحية بالموازاة مع ارتفاع المسجلين بأنظمة التغطية الصحية. وهكذا فإن عدد المؤسسات الاستشفائية لا يزال في حدود 170 بما يمثل مؤسسة واحدة لحوالي 216 ألف نسمة، مع تفاوت كبير في توزيعها الجغرافي، إذ تستحوذ جهة الدار البيضاء-سطات على ما يقارب 16% من إجمالي العرض الاستشفائي الوطني في حين لا تتجاوز هذه النسبة 6.5% بجهة درعة-تافيلالت<sup>50</sup>. يضاف إلى ذلك الإكراهات المتعلقة بجودة واستدامة الاستفادة من الخدمة الصحية العمومية، فوفقا لمنصة نومبيو (NUMBEO) لا يزال المغرب يحتل موقعا متأخرا بالتصنيف العالمي للرعاية الصحية (المرتبة 94) بسبب ضعف المؤشرات الفرعية التي تدخل في احتساب التصنيف، كسرعة الإجراءات والفحوصات (45.37%) وكفاية المعدات والتجهيزات الطبية (50.62%) والرضا عن تكلفة العلاج (46.32%) وأجال الانتظار والاستجابة بالمؤسسات الطبية (24.50%)<sup>51</sup>.

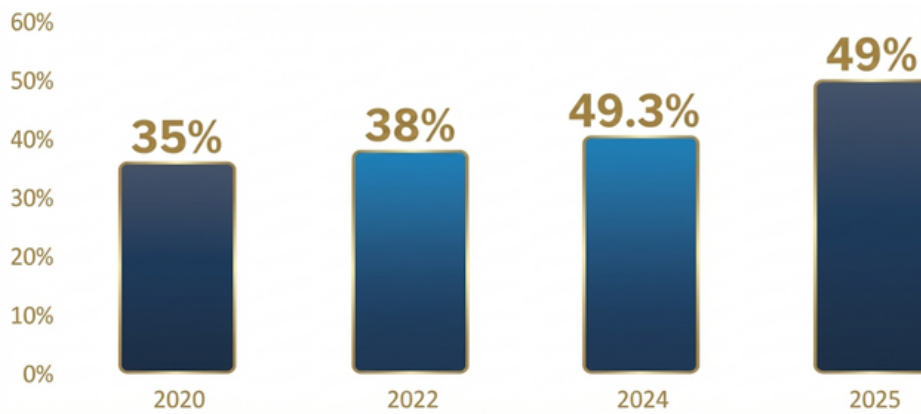
في المقابل، تسارعت وتيرة إحداث المصحات الخاصة مستفيدة من التسهيلات المسطرية ومن حوافز تعظيم الأرباح، حيث شكل المستفيدون الجدد من التأمين الأساسي عن المرض "زبناء مريحين"، وخاصة المشمولين بنظام "أمو تضامن" الذين يتوفرون بشكل دائم على حقوق مفتوحة، إذ يستأثر القطاع الخاص بـ 74% من النفقات المُفوترة، فيما تظل تكاليف العلاج المقدمة من طرف المستشفيات العمومية في حدود الربع<sup>52</sup>. وهو ما يعني أن المؤسسات الصحية الخاصة تعتبر المستفيد الأول من الميزانية العمومية المخصصة للتغطية الصحية، دون أن يُقَابَل ذلك بتوفير خدمات أكثر جودة وشفافية وإنصافا.

Farah Al Shami, "The Mediterranean Region: A Hotspot of Inequalities in the Aftermath of COVID-19," Arab Reform Initiative, November 18, 2021, 1-49  
Mohamed Said Saadi, "Impact of IMF Austerity Policies on Social Protection," in *Neoliberal Illusions in the Arab Region* (Beirut: Arab NGO Network for Development, 2022), p.132-33

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, Santé en chiffres 2023 (Rabat: Royaume du Maroc, 2025), p.10. <https://tinyurl.com/a299ys7s>. 50  
Health Care in Morocco, NUMBEO, 2026. [https://www.numbeo.com/health-care/country\\_result.jsp?country=Morocco](https://www.numbeo.com/health-care/country_result.jsp?country=Morocco). 51

52. المجلس الأعلى للحسابات، التقرير السنوي برسم 2023-2024 (الرباط: المجلس الأعلى للحسابات، 2024)، ص 67.

ارتباطا بهذه المفارقة، لا تزال جيوب الأسر" تشكل مركز الثقل في تمويل منظومة الحماية الصحية، وما يتبع ذلك من أعباء مالية إضافية تعيق الوصول العادل إلى الرعاية الصحية. فبعدها كانت النفقات المباشرة وغير المباشرة للأسر تمثل في سنة 2018 45,6% من مجموع الإنفاق العمومي على الصحة (DTS)<sup>53</sup>. فقد أصبحت تشكل حوالي 50% في سنتي 2024 و2025، وبمراعاة الاشتراكات المدفوعة فإن النسبة تناهز 59.7%<sup>54</sup>، وهو سقف يفوق بكثير الحد الأقصى الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية (25%)، ويتجاوز حتى النسب المسجلة ببعض الدول العربية كتونس (36,4%) والأردن (22.5%)<sup>55</sup>.



الشكل 17: تطور نسبة النفقات المباشرة للأسر من إجمالي الإنفاق العمومي على الصحة

ضمن هذا السياق، ثمة تخوف مشروع من إعادة إنتاج بعض التجارب العربية التي عرفت تضخما في الإنفاق الصحي للأسر في خضم إصلاحات توسيع الحماية الاجتماعية، كمصر التي انتقلت فيها نسبة إنفاق المواطنين على الصحة من مجموع الإنفاق العمومي من 56% إلى 62% بالموازاة مع ارتفاع معدل التغطية الصحية من 10% إلى 58% خلال الفترة الفاصلة بين 1990 و2015<sup>56</sup>.

في ضوء ذلك، يتعين اتخاذ التدابير اللازمة للتقليص التدريجي لنسبة إنفاق الأسر للوصول إلى المتوسط الدولي، وذلك عبر التصدي للجذور المغذية لهذه المفارقة، كعدم التعويض عن كافة الأدوية والمواد الموصوفة من قبل الأطباء، كما أن عدم مراجعة التعريف الوطنية المرجعية (TNR) يفارق بين التكاليف الفعلية للعلاجات والمبالغ المسترجعة ويثقل بالتالي كاهل المؤمنين بنفقات إضافية. خاصة أمام الارتفاع المتتالي لمصاريف الأدوية والمواد الطبية. ولذلك، فالباقي على عاتق المؤمن (RAC) يناهز 34% من المصاريف الفعلية للعلاجات ويتجاوز 4% بالنسبة لتكلفة بعض الأمراض المزمنة<sup>57</sup>.

53. Ministère de la Santé, Comptes Nationaux de la Santé 2018 (Rabat : Direction de la Planification et des Ressources Financières, 2019), p.14.

54. Haut-Commissariat au Plan, Les indicateurs sociaux du Maroc. (Rabat : HCP, 2025), p.159.

55. مجلس المستشارين، تقرير المجموعة الموضوعاتية المؤقتة الخاصة بالحماية الاجتماعية، 1202، ص 61.

56. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. إصلاح نظم الحماية الاجتماعية في الدول العربية، بيروت، 2019، ص 36.

57. المجلس الأعلى للحسابات، تقرير المجلس برسم سنتي 2024-2025 (الرباط: المجلس الأعلى للحسابات، نونبر 2025)، ص 106.

## II. كوابح تعميم الحماية الاجتماعية بين العوامل المرجعية والتدبيرية

### 1. القصور التشريعي

على خلاف المقتضيات الدستورية والأطر المعيارية الدولية، ارتكز القانون الإطار على تعريف ضيق للحماية الاجتماعية، بحصرها في تغطية أربعة مخاطر بدل المخاطر التسعة التي تستغرق دورة حياة الإنسان، كما حددتها الاتفاقية 102 لمنظمة العمل الدولية والتعليق التاسع عشر للجنة الأمم المتحدة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، والتي تشمل الحماية من مخاطر الطفولة، كاستحقاقات الأمومة والرعاية الطبية، ومن مخاطر العمل، عبر تعويضات البطالة والأمراض المهنية وحوادث الشغل، وكذا الحماية من مخاطر الشيخوخة بمنح المعاشات وإعانات العجز، إضافة إلى الاستحقاقات الخاصة بالمرض.

يضاف إلى ذلك، إيراد عدة تقييدات على المخاطر المشمولة، فتعميم التغطية الصحية والتعويضات العائلية لا يشمل كل ضعاف وعديمي الدخل، بل تم تأطيره بسقف عددي محدود قد لا يعكس حركية مؤشرات هشاشة واللاحماية، والصيغة التي طرح بها التعويض عن فقدان الشغل تجعله محصورا ضمن نطاق محدود، فضلا عن كونه لم يفتح أي إمكانية للحماية من مخاطر البطالة. كما أن اشتراط التوفر على عمل قار يجعل الاستفادة من الحق في المعاش أبعد ما يكون عن منح مدخول للكرامة لفائدة المسنين في وضعية هشاشة، وهو ما يعني استمرار الرهان على التضامانات المجتمعية في التكفل بالفئات المسنة المفتقرة لحماية اجتماعية مؤسساتية، خاصة في ظل الإسقاطات الديموغرافية التي تتوقع وصول نسبة الأشخاص فوق 60 سنة إلى 19.5% بحلول 2040، وما يفرضه هذا التحدي من استجابات لحماية هذه الفئة<sup>58</sup>.

نفس القصور يعتري الإطار القانوني لمنظومة الاستهداف، فاستناد القانون رقم 72.18 على تعريف المندوبية السامية للأسرة<sup>59</sup>، يحتمل نزعة إقصائية في حق عدة فئات هشة، كالأشخاص بدون مأوى، والأطفال في وضعية الشارع، الأمر الذي يجعلهم محرومين من الاستفادة من دعم مؤسساتي منظم. كما أن اشتراط الإقامة بسكن قار للتسجيل بمنظومة الاستهداف لا يراعي وضعية الأسر التي لا تتوفر على مسكن خاص، أو لا تستطيع الإدلاء بما يثبت محل سكنها، كما هو الحال مع الأشخاص القاطنين بالأحياء الصفيحية.

نشير أيضا إلى أن الاعتماد على التصريح الذاتي بدل التلقائي قد يكرس استبعادا غير مباشر في حق الأشخاص الذين يعانون من الأمية ومن ضعف تملك واستعمال الآليات الحديثة للاتصال. فبسبب ضعف الكفايات الرقمية يلجأ عدد كبير من المستهدفين إلى الاستعانة بخدمات وسطاء غير مؤهلين وما يتبع ذلك من عبء مالي ومن مخاطر استغلال البيانات الخاصة وإدخال معطيات خاطئة تؤدي في الكثير من الأحيان إلى حرمانهم من الاستفادة<sup>60</sup>.

58. Haut-Commissariat au Plan, Dynamique démographique et implications sur les politiques publiques (Rabat : HCP, septembre 2025), p.3.  
59. حسب المندوبية السامية للتخطيط فالأسرة عبارة عن مجموعة من الأشخاص يقطنون بنفس المسكن ويتقاسمون المصاريف الضرورية للاستجابة لحاجياتهم المشتركة ويدخل في حكم الأسرة الشخص الذي يقطن لوحده.  
60. مؤسسة الوسيط، التقرير السنوي برسم سنة 2024 (الرباط: مؤسسة الوسيط، يوليو 2025)، ص 46.

من الإشكالات الأخرى، تباطؤ إنتاج بعض التشريعات ذات الارتباط المباشر بالرهانات المركزية للإصلاح، حيث لم يصدر القانون رقم 02.24 المعدل لظهير نظام الضمان الاجتماعي إلا في فبراير 2025، بالرغم من الحاجة الملحة للارتقاء بالأداء التدييري للصندوق أمام تزايد المهام الملقاة على عاتقه. كما أن تأخر إصدار القانون رقم 54.23 الخاص بتوحيد تدبير أنظمة التأمين الإجباري عن المرض ساهم في إبطاء وتيرة دمج الأطر المؤسساتية للضمان الاجتماعي وما خلفه تعددها من تمييز بين المستفيدين أمام التفاوت الحاصل في جودة وقيمة الخدمات الخاصة بالتغطية الصحية والتقاعد.

إضافة إلى ذلك، انطوت تشريعات الحماية الاجتماعية على حالة من الغلو في الإحالة على النصوص التنظيمية بخصوص شروط و ضمانات الاستفادة بدل تنظيمها داخل المتن التشريعي، فعلى سبيل المثال، يُحيل القانون رقم 72.18 على ثمانية نصوص تنظيمية من ضمنها مقتضيات حقوقية تحتمل تعسف الإدارة في تأطيرها، مثل كيفية توفير خدمات التحقق من المعطيات المصرح بها، وحصر لأئحة المعطيات الاقتصادية والاجتماعية وتحديد الصيغة الحسابية لتنقيط الأسر لاحتساب أهلية الاستفادة من برامج الدعم الاجتماعي.

## 2. تراخي المواكبة السياسية

تعاملت الحكومة مع إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية كمدخل للتمكين للدولة الاجتماعية، غير أن الإنجازات لا تُؤشر على تحقيق هذا الرهان الاستراتيجي، بالنظر لمحدودية التقائية برامج الحماية الاجتماعية مع السياسات العمومية، وخاصة في مجالات التشغيل والصحة والانتقال الرقمي والعدالة المجالية. بحيث كان من المفروض أن يشكل القانون الإطار النواة الصلبة لوضع استراتيجية اجتماعية تغطي الجدول الزمني لورش التعميم (2021-2025)، انطلاقاً من منظور تقاطعي للحماية الاجتماعية يستحضر مختلف أبعادها الاقتصادية والاجتماعية، وعلى أساس أطر تنظيمية تكفل التنسيق بين مختلف الفاعلين الرسميين وغير الرسميين.

بالرغم من توحيد الإشراف السياسي على الورش بإحداث اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، فإن سيرها اتسم بعدم الانتظام، فإذا كانت المادة الرابعة من المرسوم المُحدَث للجنة قد حددت وتيرة انعقادها في مرة واحدة كل ثلاثة أشهر كحد أدنى، فإنها لم تجتمع بهذه التسمية إلا مرتين (26 نونبر 2024 و 16 شتنبر 2025)، حيث انعقدت اللجنة بتركيبة غير مكتملة وبتوصيفات متباينة: اللجنة الاستراتيجية، اللجنة التوجيهية، اجتماع وزاري...<sup>61</sup>.

وحتى بمراعاة ذلك، فاللجنة لم تلتئم سوى ثمان مرات منذ بداية سنة 2022 إلى غاية نهاية 2025، الأمر الذي لم يسعف في التحكم في الأجنحة التشريعية، وفي تدارك اختلالات التنزيل، وكذا تعزيز التواصل المؤسساتي الفعال أمام تضارب المعلومات حول الحصيلة المرحلية، وخاصة تلك المتعلقة بجوهر الورش، كحيثيات "فلتره" المسجلين بنظام المساعدة الطبية ودمجهم بنظام "أمو تضامن"، والدواعي الحقيقية لرفض طلبات الاستفادة من الدعم الاجتماعي المباشر.

61 المرصد المغربي للحماية الاجتماعية، تقرير حول سياسات الحماية الاجتماعية بالمغرب 2021-2024: حماية اجتماعية أم تقويم هيكل مُفْتَع (المرصد المغربي للحماية الاجتماعية، دجنبر 2024)، ص 51.

### 3. الهشاشة المؤسسية

على الصعيد المؤسسي، يكتنف الإطار التنظيمي لمنظومة الاستهداف عدة إشكالات، فالوكالة الوطنية للسجلات لا يزال دورها ملتبسا جراء تداخل أدوارها مع مؤسسات أخرى، وغموض مسطرة تعيين رئيسها وطرق مراقبتها، وكيفية تحقق الهيئات الوسيطة من صدقية المعطيات المصرح بها. والتراخي في تفعيل دور الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي يجعلها غير قادرة على ممارسة المهام المحددة لفعالية نظام الدعم الاجتماعي المباشر. كإعداد المعطيات الإحصائية، والتقييم الدوري لحصيلة هذا النظام، وتطوير أدوات مراقبة ورصد وتتبع المؤشرات المتعلقة بمجال الدعم الاجتماعي المباشر. فضلا عن استمرار تفويض الصلاحيات التنفيذية التي تثقل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بضغط تديرية إضافية قد تؤثر على فعالية أدائه.

ذات الفجوة تطال هيئات التقنين، فضعف الآليات القانونية والتقنية للوكالة الوطنية للتأمين الصحي يضعف من موقعها كهيئة ضابطة (RÉGULATEUR)، ويهدد بتكرار تجربتها السابقة التي تميزت بمحدودية إسهامها في ضبط أنظمة التغطية الصحية<sup>62</sup>. فيما لم تشرع بعد الهيئة العليا للصحة في القيام بمهام الضبط والتأطير التقني، حيث لم يتم تحديد مستوى إشراكها في مراجعة التعريفات الوطنية المرجعية: هل سيقصر على تحديد المعايير والتوجهات أم سيتجاوز ذلك إلى الإعداد والمصادقة؟ كما أن ضعف الموارد والآليات قد يضعف من إسهامها في التصدي للاختلالات الماسة بجودة وسلامة خدمات المؤسسات الصحية، والتي تؤثر بشكل مباشر على فعالية الاستفادة من التأمين الإجباري عن المرض.

أما فيما يخص الوكالة الوطنية للأدوية والمنتجات الصحية، فيبدو أن دورها في تنظيم ومراقبة قطاع الأدوية سيكون محدودا أمام هيمنة الصلاحيات الاستشارية، كما أن عسر التحول من نموذجها التنظيمي كمديرية مركزية بوزارة الصحة والحماية الاجتماعية إلى مؤسسة عمومية، رافقته عدة إشكالات حول إلحاق الأطر المتخصصة وتخصيص أدوات التدخل المناسبة، ناهيك عن اللبس الذي يعتري استقلالها الإداري، حيث اندفعت الوكالة في أول خطوة نحو تبرير الخطاب الحكومي حول وفرة أدوية الأمراض المزمنة، بينما يقر مجلس المنافسة بعكس ذلك في ظل اختلال سوق الأدوية على نحو يناقض تزايد العرض المدفوع بتوسع التغطية الصحية<sup>63</sup>.

### 4. الإقصاء التقني

صُممت البيئة المعلوماتية لمنظومة الاستهداف الاجتماعي وفق هندسة خوارزمية متحفزة للإقصاء بدل شمول جميع الفئات المعوزة، وهو ما يسائل موضوعية المعايير والمؤشرات المعتمدة في تحديد الفئات المستهدفة، وفي مدى ملاءمتها للأوضاع المعيشية للأسر. بهذا الخصوص تُطرح على المحك عدالة منهجية الاستهداف الاجتماعي أمام تراكم "ضحايا" المعالجات الإلكترونية، فعدم تحيين الصيغة الحسابية لتلقيق الأسر، وانتفاء أحد المعايير المؤثرة في تحديد المؤشر المعتمد، يفضي إلى السحب الآلي للإعانات المالية عن أسر في وضعية هشّة<sup>64</sup>.

61. المرصد المغربي للحماية الاجتماعية، تقرير حول سياسات الحماية الاجتماعية بالمغرب 2021-2024: حماية اجتماعية أم تقويم هيكل مُقنَع (المرصد المغربي للحماية الاجتماعية، دجنبر 2024)، ص 51.

62. المجلس الأعلى للحسابات، التقرير السنوي برسم سنة 2018 (الرباط: المجلس الأعلى للحسابات، 2019)، ص 306.

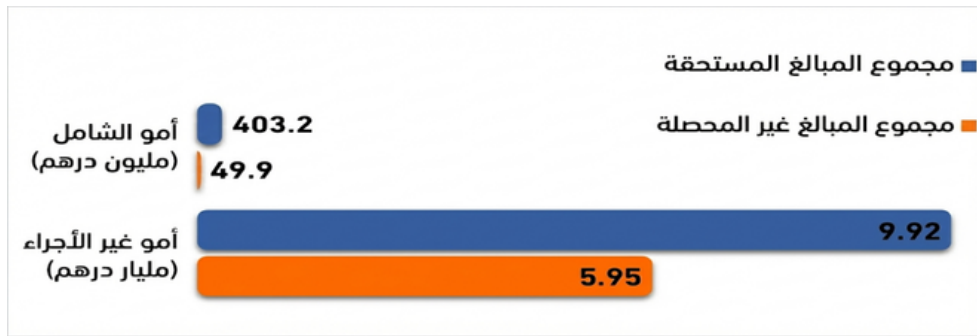
63. Conseil de la concurrence, Rapport annuel 2024 (Rabat : Conseil de la concurrence, 2025), p.69.

64. تقرير مؤسسة الوسيط لسنة 2023، مرجع سابق، ص 92.

من جهة أخرى، بمراعاة مكاسب إعادة هيكلة برامج المساعدة، فقد ترتبت عنها عدة تداعيات حقوقية، على اعتبار أن الطابع التقاطعي للمؤشر الاقتصادي والاجتماعي يفضي إلى تحقيق استفادة كاملة للأسر المستوفية لعتبة 9.32 من مختلف برامج الحماية والدعم، أما الأسر التي أزلتها المعالجة الخوارزمية فوق عتبة 9,74 فإنها تحرم فضلا عن الانخراط بالتغطية الصحية المجانية، من مختلف برامج الدعم الاجتماعي بما فيها تلك المتعلقة بحقوق الأطفال، كالإعانات الخاصة بالدخول المدرسي، والمنح الجامعية، والمساعدات الغذائية التي تقدمها مؤسسة محمد الخامس للتضامن.

## 5. اختلال التوازن المالي

في مقابل التطور النسبي للموارد التضامنية فإن ضعف استخلاص واجبات المساهمة في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي يؤثر سلبا على التوازن المالي لمنظومة التغطية الصحية. فإذا كانت الجهود المبذولة قد رفعت من نسبة تحصيل الاشتراكات برسم نظام أمو الشامل إلى 80%، فإن نسبة المبالغ التي لم يتم تحصيلها من بين مجموع المبالغ المستحقة برسم نظام أمو غير الأجراء لا تزال جد مرتفعة (60%). الأمر الذي يجعل هذا النظام مهددا بعجز مالي مزمع نتيجة رفض غالبية المسجلين أداء واجبات الاشتراك، لأسباب عديدة منها الاعتراض على احتساب قيمة المساهمات<sup>65</sup>.



الشكل 17: نسبة تحصيل اشتراكات أمو الشامل وأمو غير الأجراء

المصدر: عمل تركيبي انطلاقا من معطيات وزارة الاقتصاد والمالية

يُظهر الشكل أن مجموع المبالغ غير المحصلة برسم الأنظمة المساهماتية للتغطية الصحية تقارب 6 مليار درهم من مجموع المبالغ المستحقة البالغة 10.3 مليار درهم، بما يمثل حوالي 58%. الأمر الذي من شأنه أن يخل بالتوازن الهيكلي بين الموارد والاشتراكات من جهة والنفقات والخدمات المقدمة من جهة أخرى، والذي يعد ضمانا أساسية لتحقيق التوازن المالي لمنظومة الحماية الاجتماعية كما نصت على ذلك ديباجة القانون الإطار.

لتغطية هذا الخصاص يتم اللجوء أحيانا إلى آلية الاقتراض، حيث اقترضت الحكومة من البنك الدولي ما يقارب 2.2 مليار دولار لتمويل بعض عمليات ورش تعميم الحماية الاجتماعية، وذلك منذ انطلاق الورش في سنة 2022 إلى غاية يونيو 2025 تاريخ الحصول على قرض بقيمة 250 مليون دولار لتعزيز شبكات الأمان الاجتماعي<sup>66</sup>. ومن شأن تراكم أقساط وفوائد "قروض تمويل الحماية الاجتماعية" أن يسهم في تغذية معضلة الاستدانة، وما قد ينجم عنها من غلٍ ليد الدولة في تمويل السياسات الاجتماعية، ومن تكريس النهج النيوليبرالي في تصميم وتدبير البرامج الاجتماعية.

<sup>65</sup>. Banque mondiale, Rapport de suivi de la situation économique au Maroc (Washington, DC : Banque mondiale, été 2024), p.16.

<sup>66</sup>. World Bank, World Bank supports Morocco's commitment to advancing social safety nets for human development. June 19, 2025. <https://tinyurl.com/3kv2w3uc>

فيما يتعلق بنظام الدعم الاجتماعي المباشر، تطرح الخلفيات الموازناتية لمصادر التمويل تأثيرات جديّة على فعالية نموذجه المالي، في غياب ضمانات عملية لتوجيه المتوفّرات الناتجة عن إعادة هيكلة برامج المساعدة الاجتماعية نحو تعزيز الاستدامة المالية لتعميم التعويضات العائلية، فلحد الآن، ليست هناك أي ترتيبات لتوظيفها في توسيع أعداد المستهدفين أو في إقرار زيادات مهمة في قيمة التحويلات النقدية المباشرة الممنوحة لمختلف الفئات المستفيدة.

كذلك الحال، بالنسبة لتخصيص هوامش الإصلاح التدريجي للمقاصة، وخاصة تحرير أسعار الغاز التي يُعوّل عليها في التمويل المستدام لنظام الدعم الاجتماعي المباشر، في ضوء متوفّرات تحرير أسعار المحروقات التي ساعدت على تقليص الإنفاق العام بنسبة 3% من الناتج المحلي الإجمالي. لكن في المقابل، لم يُخصّص سوى 0.4% من الناتج المحلي الإجمالي للمنح المخصصة للفقراء، فيما تذهب معظم الموارد الموفرة بفضل إصلاح صندوق المقاصة لخدمة الدين الخارجي<sup>67</sup>.

بشكل عام، تطرح مصادر التمويل عدة إشكالات بخصوص كفايتها واستدامتها، فالغلاف المالي المخصص لتمويل نفقات برامج الحماية الاجتماعية يظل غير كاف لتحقيق التعميم، ولتهيئة شروط الاستفادة الفعلية للمنخرطين. وفضلا عن ذلك، لم تفلح الحكومة لحد الآن في تعبئة 51 مليار درهم اللازمة لتمويل كافة استحقاقات تعميم الحماية الاجتماعية. الأمر الذي قد يطرح صعوبات جمة لتوفير الوعاء المالي اللازم لباقي مكونات الورش التي لم يتم الشروع بعد في تفعيلها، كتعميم التعويض عن فقدان الشغل، وتخويل معاش التقاعد لـ 22 مليون نشيط.

تؤشر تحولات المخاطر الاجتماعية على عدم كفاية التمويلات الحالية للاستجابة للمخاطر التي تغطيها البرامج الأربعة، أمام ارتفاع "معدل المراضة" (MORBIDITÉ)، وتفاقم المخاطر المرتبطة بالطفولة، وكذا تزايد الحاجة إلى التعويض عن مخاطر الشغل جراء تقلبات سوق العمل إضافة إلى تأثير الانقلاب التدريجي للهرم الديموغرافي على حماية الأشخاص المسنين والمصابين بالأمراض المزمنة، حيث تشكل حصة هذه الأخيرة أكثر من نصف نفقات أنظمة التغطية الصحية<sup>68</sup>، وغيرها من الإشكالات التي تستدعي إعادة النظر في الهندسة المالية لاستحقاقات تعميم الحماية الاجتماعية.

Jihen Chandoul et al., Uncovered: The Role of the IMF in Shrinking the Social Protection: Case Studies from Tunisia, Jordan and Morocco (Tunis: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2022), p.141.

68. تمثل حصة الأمراض المزمنة والمكلفة 55% من نفقات أمو تضامن، و65% من نفقات أمو غير الأجراء فيما تراوح 77% من مصاريف أمو الشامل؛ وزارة الاقتصاد والمالية، تقرير حول ورش تعميم الحماية الاجتماعية، أكتوبر 2025، ص 29.

## المحور الخامس:

الاستجابات المطلوبة لتعزيز  
فعالية الحماية الاجتماعية

## 1. الارتقاء بالإطار المعياري والسياسي والمالي للحماية الاجتماعية

لإزالة المعوقات التشريعية والتنظيمية التي تعيق تعميم الحماية الاجتماعية، يتعين القيام بمراجعة جذرية للقانون الإطار رقم 09.21 انطلاقاً من تقييمات معمّقة لقياس آثاره على الاندماج الاجتماعي وعلى الحد من أوجه عدم المساواة. حيث يتعين تقوية الضمانات الحقوقية لشمول جميع الفئات المستحقة بالمستويات الأربعة لمنظومة الحماية الاجتماعية.

فبالنسبة لنظام التأمين الأساسي عن المرض، يرتبط بتوسيع قاعدة التغطية الصحية التضامنية باعتماد مؤشر أكثر مرونة لضمان استفادة جميع الأشخاص عديمي ومحدودي الدخل من نظام "أمو تضامن"، مع خلق مستوى وسيط بين آليتي التضامن والاشتراك بالنسبة للفئات المعنية بأمو الشامل التي تجاوزت عتبة 9.32 بهامش ضئيل، على أساس تقاسم واجبات الاشتراك بين الدولة والمستفيدين<sup>69</sup>. بالموازاة تُطرح أهمية مراجعة المعايير المحددة لأهلية الاستفادة، وكذا فتح جسور بين النظامين بما يضمن استمرارية خدمات التغطية الصحية بالنسبة للمشمولين بأمو الشامل.

أما أحقية الاستفادة من الدعم الاجتماعي المباشر فتتوقف عدالتها على تحديد أساس موضوعي لفرز الفئات المستهدفة، كأن يقل دخل الأسرة عن 50 في المائة من الحد الأدنى للأجور. مع اعتماد مقياس تصاعدي للرفع من قيمة الدعم لضمان وظيفته في حماية القدرة الشرائية للمستفيدين. كما قد يكون من المفيد ربط التحويلات بآليات للكسر التدريجي لحلقة الفقر في ضوء بعض التجارب، ففي الشيلي تُخصص نسبة من المنح لتمويل مشاريع عائلية صغرى للمساعدة على التحسين المستدام للأوضاع المعيشية للفئات المهمشة وتحسين استقرارها المالي. وبالبرازيل، يتم ربط التحويلات المشروطة بمشاريع مدرة للدخل لتعزيز الاندماج الاقتصادي والمهني للأسر عديمة الدخل.

فيما يخص البرامج التي لم تنطلق بعد، من المفيد استحضار الوضعيات الإقصائية التي اعترت نظامي التغطية الصحية والدعم الاجتماعي المباشر، لجعلها أكثر إنصافاً وفعالية. فمن الواضح أن الصيغة التي سينفذ بموجبها برنامج توسيع الحق في المعاش، تنطوي على نزعة تمييزية تناقض فلسفة تعميم الحماية الاجتماعية، لكونها تستهدف بالأساس فئات محدودة. ولذلك، يتعين شمل حتى الأشخاص الذين لا يتوفرون على عمل قار أو على دخل يمكنهم من أداء اشتراكات منتظمة، على أساس أن تتولى الدولة دفع أقساط تأمين التقاعد لفائدة الفئات غير القادرة على غرار التغطية الصحية التضامنية.

نفس الأمر بالنسبة للإطار المرجعي للتعويض عن فقدان الشغل، بتوسيع نطاقه ليشمل حتى العمال غير الأجراء، مع تحسين شروط الاستفادة منه، كتقليص عدد أيام التصريح والرفع من قيمة التعويض. مع التفكير في إمكانية تجريب صيغ أولية للتعويض عن البطالة، كمنح تعويضات لمعيلي الأسر في وضعية صعبة الذين توقفت حياتهم المهنية لأسباب خارجة عن إرادتهم ووجدوا أنفسهم غير قادرين على الاندماج مجدداً في سوق الشغل<sup>70</sup>.

69. Généralisation de l'AMO, bilan d'étape, op. cit., p.31.

70. المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، الحماية الاجتماعية في المغرب: واقع الحال، الحصيلة وسبل تعزيز أنظمة الضمان والمساعدة الاجتماعية، إحالة رقم 2018/34 (الرباط: المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، 2018)، ص 62.

إلى جانب ترصيد مكاسب القانون الإطار، تبرز راهنية تعزيز شمولية الحماية الاجتماعية بما يتوافق مع الإطار المعياري الدولي، من خلال تقوية الضمانات الحمائية لتغطية المخاطر المحدقة بالفئات الأكثر احتياجاً، كالمهاجرين، والمسنين عديمي الدخل، والأطفال في وضعية إعاقة. مع بلورة حلول ملائمة لإدماج العاملين بالقطاعات غير المنظمة الذين يشكلون حوالي 60% من القوى العاملة، بتحديد اشتراكات مُحَقَّضة أو مُدَعَّمة بحسب طبيعة كل فئة. مع اعتماد الأداء الدوري مراعاة للطابع الموسمي لبعض الأنشطة الإنتاجية غير المهيكلة.

على الصعيد السياسي، تبرز ارتدادات النهج النيوليبرالي في تصميم وتنفيذ السياسات الاجتماعية الحاجة الماسة إلى تقوية موقع الدولة في تصحيح التفاوتات. وذلك من خلال اعتماد مقاربة حقوقية للحماية الاجتماعية تزاوج بين تدابير علاجية للتخفيف من مظاهر الفقر والإقصاء واللاحماية وبين استراتيجيات استباقية لتوفير حياة كريمة للجميع وتعزيز صمودهم في وجه مخاطر دورة الحياة<sup>71</sup>. بهذا الصدد، تبرز أهمية إبرام ميثاق اجتماعي بين الدولة والفرقاء الاقتصاديين والاجتماعيين ومختلف ممثلي أصحاب المصلحة، يتم فيه تحديد مرتكزات الدولة الاجتماعية وأولوياتها المرحلية وضمانات وآليات تنفيذها.

ضمن هذا الأفق الإصلاحية، تطرح استحقاقات العدالة الاجتماعية وتكافؤ الفرص من خلال الموازنة بين تحفيز النمو والتوزيع العادل لثمار التنمية بما يكفل حماية جميع الفئات من الوقوع داخل دائرة الهشاشة الاجتماعية، إضافة إلى تعزيز تقاطع برامج الحماية الاجتماعية مع مجمل السياسات العمومية، بالتعامل مع أوجه الإنفاق الاجتماعي كاستثمار في العامل البشري الضامن للتنمية والاستقرار، ويربط سياسات التشغيل بمشاريع لإدماج الفئات الهشة في سوق الشغل بما يساعد على الانتقال من الإعانات المؤقتة إلى الدخل كضامن وحيد للعيش الكريم<sup>72</sup>. وباستحضار العدالة المجالية في تنزيل مشاريع الحماية الاجتماعية، وخاصة التغطية الصحية، بالتخفيف من حدة التفاوتات في توزيع المؤسسات والتجهيزات والموارد البشرية.

من زاوية الموازنة المالية يشكل التمويل تحدياً جدياً لتحقيق الرهانات المتوخاة من ورش تعميم الحماية الاجتماعية. لذلك يتعين الرفع التدريجي من التمويلات المرصودة لجعل ميزانيات الحماية الاجتماعية تمثل 10% من الميزانية العامة في أفق 2030. وذلك من خلال مراجعة التمويل الجبائي، بتضريب كافة المنتجات المضرة بالصحة وكذا القطاعات الملوّثة، وباستثمار جزء من حصة النفقات الجبائية التي تلتهم -بفعل توالي الإعفاءات والتخفيضات- أكثر من 2.5% من الناتج المحلي الإجمالي<sup>73</sup>. إضافة إلى عوائد إعادة الهيكلة، فمن شأن تجميع ما يزيد عن 90 خدمة وبرنامجاً اجتماعياً يمكن أن يساعد على توفير 58 مليار درهم<sup>74</sup>.

بالموازاة مع تنمية الوعاء المالي لعمليات الحماية الاجتماعية، يتعين تحسين مؤشرات الحكامة المالية، بإسناد التخطيط المالي السنوي ببرمجة متعددة السنوات لتكاليف البرامج الاجتماعية تُحدد فيها منابع والآليات وضمانات التوازن المالي ومجالات الإنفاق على شبكات الأمان الاجتماعي في ضوء الحاجيات المرصودة. مع تعزيز آليات الرقابة والتدقيق للتصدي لمختلف حالات الهدر المالي ولتنمية مردودية برامج الحماية الاجتماعية.

71. منظمة العمل الدولية، تقرير الحماية الاجتماعية في العالم 2024-2026، جنيف، 2024، ص 5.

72. التقرير السنوي لبنك المغرب برسم السنة المالية 2024، ص 4.

73. Colin Powers, Policy Failure and Old Bargains Come Home to Roost in Egypt, Morocco, and Tunisia (Tunis: Friedrich Ebert Stiftung, 2024), p.69-70.

74. تقرير حول ورش تعميم الحماية الاجتماعية، مرجع سابق، ص 66.

نشير أيضا إلى البعد السياسي للمراقبة المالية، بتعديل القانون التنظيمي رقم 130.13 لقانون المالية لتعزيز الدور الرقابي للبرلمان على تدابير ومساطر تمويل أنظمة الحماية الاجتماعية، بدل تركها مرتبهة للحسابات الماكرواقتصادية للحكومة. بهذا الخصوص، يمكن الانفتاح على التجربة الفرنسية بإقرار قانون تمويل الضمان الاجتماعي (PLFSS) مع إخضاعه لنفس مسطرة مشروع قانون المالية السنوي، حيث تحظى الجمعية الوطنية بموقع حاسم في تحديد شروط التوازن المالي لمنظومة الحماية الاجتماعية<sup>75</sup>.

## II. المتطلبات التنظيمية والتقنية لحوكمة منظومة الحماية الاجتماعية

يتوقف ترصيد المكاسب التنظيمية لتدبير منظومة الحماية الاجتماعية على الارتقاء بأداء اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية، وباحترام الوتيرة القانونية لانعقادها، وكذا باتخاذ التدابير الفورية لمعالجة الفجوات والاختلالات المرئية. وبغية تعزيز التناسق بين مكونات الفعل الاجتماعي الرسمي، تبرز وجهة توصية لجنة النموذج التنموي بإحداث آلية "مغرب الإدماج" لتدبير المحفظة العمومية للبرامج الاجتماعية ومؤسسات الحماية الاجتماعية<sup>76</sup>، على أن تضم في هيكلها مختلف ممثلي القطاعات الوزارية والوكالات المتخصصة، وهو ما من شأنه أن يرتقي بمستوى التنسيق بين المستويات السياسية والإدارية.

فيما يخص الهياكل المسيرة لمنظومة التأمين الاجتماعي فقد آن الأوان لإعادة هيكلتها بحكم تداعياتها المباشرة على التغطية المتكافئة للمخاطر، أمام التمايز الحاصل في أدائها التديري واستمرار التمييز في الخدمات المقدمة، وهو ما يناقض رهانات المادة 15 من القانون الإطار، الأمر الذي يفرض تحديد جدول زمني مضبوط لتوحيد مختلف أنظمة الحماية الاجتماعية، مع اتخاذ ما يلزم من الضمانات لحماية الحقوق المكتسبة للمستفيدين جراء انعكاسات عمليات الإدماج والعقلنة.

من جهة أخرى، تطرح الفجوات المؤسسية استحضار البعد التخصصي في حكمة الحماية الاجتماعية، بإنهاء المرحلة الانتقالية التي اقتضت إسناد تدبير السجلين الوطني والاجتماعي الموحد إلى وزارة الداخلية، من خلال تقوية الأدوات التديرية والمالية لتدخل الوكالة الوطنية للسجلات (ANR) لجعلها قادرة على التحقق من المعطيات المضمنة بالسجل الوطني الاجتماعي الموحد مع تيسير المساطر المتعلقة بإعادة النظر في التنقيط بما يضمن مصداقية وكفاءة منظومة الاستهداف.

نفس المسار بالنسبة لباقي الهيئات، بتسريع جاهزية الوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي لتسليم تدبير نظام الدعم المباشر من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مع مدها بآليات كافية لتتبع وتقييم آثار الدعم. وتدعيم الاستقلال الإداري للوكالة الوطنية للتأمين الصحي وتكييف أدوارها مع رهانات تعميم التغطية الصحية. أما الهيئة العليا للصحة، فيتعين تقوية موقعها في مجال التأطير التقني لمنظومة التغطية الصحية، وخاصة فيما يتعلق بمراقبة الحكامة الاستشفائية في أفق تحويلها إلى سلطة عليا للتقنين المندمج لقطاع الصحة والحماية الاجتماعية.

75. Jean-François Calmette, «Les "cavaliers sociaux" dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel : une autonomie à petit trot», Revue française de droit constitutionnel, n° 61 (2005), p.172.

76. اللجنة الخاصة بالنموذج التنموي، التقرير العام للنموذج التنموي الجديد، أبريل 2021، ص 114.

ضمن هذا الإطار، يمكن استثمار تجربة السلطة العليا للصحة بفرنسا (HAS) كهيئة مستقلة عن الحكومة يناط بها تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية<sup>77</sup>، عبر مراقبة نُظم العلاجات وتقييم أداء المؤسسات الصحية، وإصدار عقوبات إدارية ومالية لجزر كل الممارسات المخلة بالحق في الصحة، كالإهمال والتمييز. في ضوء ذلك، تتوقف فعالية دور الهيئة العليا للصحة على خصها بصلاحيات ضبطينة حقيقية، وإقرار آليات مؤثرة، كإصدار تقارير سنوية لتتقبط المؤسسات العمومية والخاصة وفق مؤشرات محددة، وتخصيص بوابة إلكترونية لإيداع ومعالجة شكايات المرتفقين المرتبطة بمعوقات الاستفادة الفعلية من خدمات التغطية الصحية.

مجالياً، يتعين استحضار رهانات اللاتمرکز الإداري في تأطير العلاقة بين الهيئات المتدخلة في مجال الحماية الاجتماعية وامتداداتها المجالية، من خلال إحداث مديريات جهوية وإقليمية تتمتع بالصلاحيات والموارد اللازمة التي تُؤهلها للتدخل بالسرعة والكفاءة اللازمتين. ضمن هذا المسار، يتعين التسريع بإحداث وحدات جهوية للهيئة العليا للصحة (DRS) لاستثمار عامل القرب في التصدي لكل إخلال بحقوق المرتفقين، وتعميم التمثيل الإقليمي للوكالة الوطنية للدعم الاجتماعي في ضوء الدروس المستفادة من نتائج التجريب بإقليم الجديدة. ارتباطاً بذلك، من المُفترض استثمار التجربة النموذجية التي انطلقت بجهة طنجة-تطوان-الحسيمة منذ أكتوبر 2025 في تطوير المجموعات الترابية للصحة (GTS) كإطار تنظيمي للتدبير الجهوي للصحة.

ارتباطاً بالاستحقاقات التدييرية، تفرض الحكامة التشاركية عدم جعل هذا الإصلاح الهيكلي حبيس الأجندة الحكومية، بل بإشراك كافة ممثلي أصحاب المصلحة في تشخيص الحاجيات الفعلية واجتراح البدائل الممكنة، وهو ما يحتم مراجعة الأطر الهيكلية للحماية الاجتماعية لتضم ممثلين عن الفاعلين غير الرسميين من نقابات وشبكات مدنية ومراصد ومراكز البحث المتخصصة. مع بلورة صيغة مناسبة لتمثيل مختلف فئات المنخرطين بالمجلس الإداري للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، بما في ذلك المسجلين بنظام أمو الشامل وأمور غير الأجراء.

عملاً بمبدأ الاستباق، تبرز الأهمية الحاسمة لإرساء منظومة فعالة لتتبع خدمات الحماية الاجتماعية، بما يمكن من قياس التقدم الحاصل ليس فقط من الناحية العددية، بل كذلك من حيث ملاءمة التدابير المتخذة وجودة الخدمات المقدمة، وتطور مؤشرات التوازن المالي لمنظومة الحماية الاجتماعية. كما يتعين القيام بتقييمات مستمرة لتأثيرات الدعم الاجتماعي المباشر على الفئات المستهدفة، من خلال تقارير دورية لترصيد المكتسبات واستشراف السبل الممكنة لتجاوز المعوقات التي تحد من تحقيق الأهداف ومن تعظيم آثار برامج المساعدة الاجتماعية.

ترتبط مقروئية مخرجات التقييم بجعلها أكثر انتصاراً للحقوق، بدل الارتكاز على مؤشرات كمية لا تقدم صورة حقيقية عن فعالية التمتع بالحق في الحماية الاجتماعية، وهكذا فارتفاع نسبة ارتياد المستشفيات العمومية لا يعكس كفاية أو جودة خدمات الرعاية الصحية، وتزايد أعداد المشمولين بالتغطية الصحية لا يعني بالضرورة

77. Jean-Joachim Baba et Al., "The French Way of HTA: Between Scientific Rigor, Independence and Transparency," *Presse Médicale* 54 (2025), p.2, François Calmette, «Les "cavaliers sociaux" dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel : une autonomie à petit trot», *Revue française de droit constitutionnel*, n° 61 (2005), p.172

فعالية الاستفادة منها. كما أن فعالية التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لا ترتبط بأعداد الملفات الطبية المودعة، بل أساسا بإبراز قيمة المبالغ المسترجعة، ويسر وسرعة المساطر الإجرائية. ونشير بهذا الخصوص إلى استمرار تباطؤ الأجال الزمنية المتعلقة بالموافقة على طلبات التكفل بالعلاج وبصرف التعويض عن ملفات العلاجات المتنفلة<sup>78</sup>.

باستحضار البعد الرقمي للحكامة، فإن الفائدة المرجوة من السجل الاجتماعي الموحد لن تتحقق إلا بتجميع كافة برامج المساعدة والحماية ضمن قاعدة رقمية مشتركة يمكن الركون إليها في تعزيز التدبير المندمج للبرامج الاجتماعية بين مختلف المتدخلين. إضافة إلى توظيف التكنولوجيا الرقمية في ابتكار آليات فعالة لتجويد خدمات الحماية الاجتماعية، بجعل الملف الطبي المشترك للعلاجات (DMP) آلية فعالية للتنسيق بين مهنيي الرعاية الصحية، وتبسيط مسطرة التكفل المُسبق بمصاريف العمليات الجراحية، وكذا منح بطاقات صحية ذكية تُمنح بموجبها خصومات كلية أو جزئية من مصاريف العلاج للمسجلين بنظام التأمين الإجباري عن المرض، كما سبق أن تعهدت الحكومة بتحقيق ذلك قبل نهاية العام 2024<sup>79</sup>.

لكن في المقابل، يتعين التحكم في ارتدادات "الحكومة الرقمية" على الحق في الحماية الاجتماعية. وذلك بجعل "الرياضيات الاجتماعية" أكثر إنصافا وإدماجا، من خلال "تحييد" التحيزات الإقصائية للمعالجة الإلكترونية لبيانات الأشخاص الراغبين في الاستفادة من البرامج الاجتماعية، وكذا تعديل المتغيرات التي تدخل في إصدار قرارات الشمول أو الاستبعاد من خدمات الحماية الاجتماعية، إضافة إلى تعزيز صدقية وفورية المعطيات المضمنة بمنظومة الاستهداف عبر عمليات التحيين والتحقق، والتجاوب مع شكايات وطعون المستبعدة من أنظمة الحماية الاجتماعية.

78. التقرير السنوي للمجلس الأعلى للحسابات برسم سنتي 2024-2025، مرجع سابق، ص 106-107.  
79. البرنامج الحكومي 2021-2026، أكتوبر 2021، ص 36.

## استنتاجات وتوصيات

## 1. استنتاجات

مقارنة بالوضع السابق، شكلت سنة 2021 نقطة تحول مفصلية في مسار الحماية الاجتماعية بالمغرب، حيث رسم القانون الإطار رقم 09.21 العام للانتقال من تدابير محدودة وانتقالية إلى تدخلات مهيكلية، انطلاقاً من أجنحة تمويلية محدّدة المصادر وأوجه الإنفاق، وارتكازاً على آليات استهداف وتبديد وتتبع تشرف عليها هيئات متخصصة تم الرهان عليها في توحيد حكامه الإشراف على برامج الحماية والمساعدة. مع وضع آجال زمنية لتعميم التغطية الصحية والتعويضات العائلية، وتوسيع قاعدة المستفيدين من الحق في التقاعد والتعويض عن فقدان الشغل.

مكنت التدابير التأسيسية من مراجعة شاملة للمنظومة التشريعية للحماية الاجتماعية، حيث مهدت جهود التنزيل التشريعي لمقتضيات القانون الإطار الطريق نحو صياغة "مدونة للحماية الاجتماعية"، بإصدار عدد كبير من القوانين والمراسيم ومن القرارات والاتفاقيات والنصوص التوجيهية. كما وفرت استحقاقات الدولة الاجتماعية غطاء سياسياً لإعادة هيكلة المنظومة الصحية الوطنية، حيث ارتفعت تدريجياً الميزانية السنوية لقطاع الصحة والحماية الاجتماعية لتصل إلى 32.6 مليار درهم سنوياً في 2025 مع توقع تجاوزها لـ 42 مليار درهم برسم السنة المالية 2026.

بشكل عام، أعطى برنامجاً تعميم التغطية الصحية والتعويضات العائلية زخماً كبيراً لورش تعميم الحماية الاجتماعية. إذ انتقل الغلاف المالي المخصص لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من 0,6 مليار درهم في بداية 2022 إلى 11 مليار درهم في نهاية 2025، فيما انتقلت الميزانية المرصودة لنظام الدعم الاجتماعي المباشر من نصف مليار درهم في دجنبر 2023 إلى حوالي 26 مليار درهم مع متم 2025.

من حيث الأهداف المرحلية، أفضى هذا التحول إلى تحسن نوعي في مؤشرات التغطية الصحية، بانتقال نسبة المشمولين بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض من 42% في سنة 2020 إلى 88% عند نهاية سنة 2025، فيما مكّن نظام الدعم الاجتماعي المباشر من منح تحويلات نقدية مباشرة لما يقارب 4 ملايين أسرة تضم أكثر من 12 مليون شخص، من بينهم 5.5 مليون طفل و1.5 مليون شخص فوق 60 سنة.

بالرغم من أهمية التطور الحاصل مقارنة بالمراحل السابقة فإنه يظل محدوداً قياساً بمراجع القانون الإطار كما وردت في ديباجته، سواء تعلق الأمر بالأرضيات الدولية للحماية الاجتماعية بالاكْتفاء بتغطية أربعة مخاطر من المخاطر التسع، أو بالإطار الدستوري الذي ينص على شمول جميع المواطنين بخدمات الضمان الاجتماعي والرعاية الصحية والحماية الاجتماعية.

بالاقتصار على المجالات الأربعة الواردة بالقانون الإطار، فقد تم تأطيرها ضمن نطاق ضيق جعلها أبعد ما تكون عن رهان التعميم. وهكذا فنظام التأمين الإجباري عن المرض لا يزال بعيداً عن الشمول بوجود 12% من المغاربة خارج شبكات التغطية الصحية. بالنسبة لنظام الدعم الاجتماعي، فالصيغة التي صُمم بها تجعله لا يستهدف كل الفقراء. أما تعميم الحق في المعاش فهو مقيد بعدة اشتراطات قد تقصي العديد من المستهدفين، فيما يقتصر نطاق الاستفادة من التعويض عن فقدان الشغل على المتوفرين على عمل قار، مع إيراد تقييدات تهدد بإعادة إنتاج المرحلة السابقة.

يرتبط جزء من هذا التأخر بالتباطؤ الحاصل في تنفيذ الأجنحة الزمنية للإصلاح، فمسار تعميم التغطية الصحية لم يبدأ إلا في 2022 بدل سنة 2021، ونظام الدعم الاجتماعي المباشر لم ينطلق عمليا إلا في الرمز الأخير من سنة 2023 بدل 2022. فيما لم يتم الشروع بعد في توسيع الاستفادة من الحق في المعاش والتعويض عن فقدان الشغل، في الوقت الذي كان من المفروض أن يتم تنفيذ كافة استحقاقات القانون الإطار مع نهاية سنة 2025.

بمعزل عن الإشكالات التي تكتنف التسجيل الاسمي، ثمة حالة من اللايقين تكتنف فعالية التمتع بخدمات الحماية الاجتماعية التي لا تزال موضع شك أمام تراكم إكراهات متعددة. بالنسبة للتغطية الصحية، فباستثناء المسجلين برسم أمو تضامن، فإن المنتمين لأمو شامل وأمو غير الأجراء يواجهون صعوبات في الولوج إلى العلاجات على اعتبار أن نسبة مفتوح الحقوق ضمن هذه الفئات لا تتجاوز 40% كمتوسط. ناهيك عن تعاضم الحواجز المالية التي تعيق الوصول إلى الخدمات الصحية، فبالموازاة مع ارتفاع ميزانية قطاع الصحة والحماية الاجتماعية، فقد ارتفعت نسبة مساهمة الأسر من إجمالي الإنفاق على الصحة لتراوح 60%، بسبب ضعف نسبة الاسترجاعات أمام تقادم التعريفة المرجعية الوطنية، وتفاقم الاختلالات بسوق الأدوية والعلاجات.

أما بالنسبة لنظام الدعم الاجتماعي المباشر، فإن دوره يظل جد محدود في تحقيق الرهانات المتوخاة من تعميم التعويضات العائلية، بالنظر إلى ضعف قيمة الإعانات، وللسياق الاقتصادي المتسم بارتفاع أسعار المواد المعيشية. ولذلك، فضمن الأمد المنظور، من غير المتوقع إسهام المنح المتعلقة بمخاطر الطفولة في الحد من الهدر المدرسي، كما أن الإعانات الجزافية تظل غير كافية لحماية القدرة الشرائية للأسر المستهدفة. يضاف إلى ذلك، حالة عدم اليقين التي تعترى استمرارية الاستفادة، فالتخوف من سحب الدعم يضاعف من هواجس التحكم في "المؤشر"، بما في ذلك تبني سلوك اقتصادي تقشفي قد يخل بمتطلبات العيش الكريم.

## II. توصيات

يرجع تعثر مسار تعميم الحماية الاجتماعية إلى عوامل تشريعية مرتبطة بالصلاحيات والمساطر، ومؤسسية في ظل الفجوات بين المستوى السياسي والإداري، وأخرى مادية ترجع لصعوبات في تخصيص وتدبير الموارد، إضافة إلى الأعطاب التقنية ذات الصلة بتحديد أهلية الاستفادة من البرامج الاجتماعية. الأمر الذي يحتم بلورة حلول تقاطعية لتحقيق فعالية الحماية الاجتماعية. في ضوء ذلك ندلي بالمقترحات التالية:

### 1. الإطار التشريعي

- 1.1 استكمال مسلسل الملاءمة مع المراجع الدولية للحماية الاجتماعية، بالمصادقة على الاتفاقية رقم 168 بشأن النهوض بالعمالة والحماية من البطالة، والاتفاقية 128 الخاصة بإعانات العجز والشيخوخة والورثة، والاتفاقية رقم 130 حول الرعاية الصحية والإعانات المرضية.
- 1.2 اعتماد مستوى وسيط بين نظامي "أمو تضامن" و"أمو الشامل" يجرى تمويله بشكل مشترك بين المؤمنين والدولة.
- 1.3 توسيع نطاق الحق في المعاش ليشمل حتى غير الأجراء كالعمال المستقلين والمهنيين والمياومين والعرضيين، على أساس مقياسي يراعي طبيعة كل نشاط وظروف العاملين.
- 1.4 تكييف مساطر نظام التعويض عن فقدان الشغل مع واقع سوق العمل بالمغرب، بتقليص فترة الاشتراك، وبالرفع من مدة التعويض من ستة أشهر إلى سنة بالنسبة للقطاعات الأكثر تعرضا للبطالة الهيكلية.
- 1.5 تحديد أساس موضوعي لفرز المؤهلين للاستفادة من الدعم الاجتماعي المباشر، كأن يقل دخل الأسرة عن 50 في المائة من الحد الأدنى للأجور.
- 1.6 تعديل المادة 48 من القانون التنظيمي رقم 130.13 لقانون المالية، بإضافة تقرير الحماية الاجتماعية للوثائق المرفقة بمشروع قانون المالية لتعزيز الرقابة البرلمانية على ميزانية الحماية الاجتماعية.

## 2. الإطار السياساتي

- 2.1 وضع استراتيجية وطنية لتحقيق التعميم الفعلي لخدمات الحماية الاجتماعية وفق أجندة زمنية تمتد على خمس سنوات (2026-2030).
- 2.2 تعزيز الالتقائية بين سياسة الحماية الاجتماعية وسياسة التشغيل، وفق آليات تكفل تشييد منظومة حماية قائمة على الدخل، وتساعد على إدماج المستفيدين من الدعم الاجتماعي المباشر في سوق العمل.
- 2.3 الارتكاز على رهانات العدالة المجالية لضمان شمول الجميع بخدمات الحماية، وخاصة التغطية الصحية، عبر التوزيع الترابي المتوازن للعرض الصحي وللموارد والتجهيزات الطبية.
- 2.4 تحفيز انخراط العمالة غير الرسمية بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بإقرار اشتراكات مخفضة أو مدعومة بحسب وضعية كل فئة.

## 3. الإطار المؤسسي

- 3.1 إحداث مجلس أعلى للسياسات الاجتماعية يضم في تركيبته كافة القطاعات والمؤسسات المتدخلة وممثلي أصحاب المصلحة، يشرف على وضع وتتبع برامج الحماية والمساعدة مع ضمان تقاطعها مع باقي السياسات العمومية.
- 3.2 مراجعة تركيبة اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية لتضم كافة الفاعلين المؤسسيين وممثلي النقابات والشبكات المدنية.
- 3.3 إعادة النظر في الإطار الهيكلي للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي من أجل السماح بتمثيلية المنخرطين بمختلف أنظمة التأمين الإجباري عن المرض بما في ذلك ممثلي المسجلين برسم أمو الشامل وأمور غير الأجراء.
- 3.4 توفير شروط إسهام الهيئة العليا للصحة في التأطير التقني لمنظومة التغطية الصحية، مع مدها بالصلاحيات وأدوات التدخل المناسبة لتحويلها إلى سلطة عليا مستقلة لمراقبة وزجر كل إخلال بالحق في الصحة.

## 4. الإطار المالي

4.1. الرفع التدريجي بنقطة واحدة سنويا لميزانية قطاع الصحة في أفق الوصول إلى المتوسط العالمي مع بداية سنة 2030 (10% من الميزانية العامة).

4.2. الرفع من الغلاف السنوي للحماية الاجتماعية إلى 70 مليار درهم، يتم تعبئته من متوفرات تجميع البرامج الاجتماعية، والتخصيص الفعلي لهوامش تحرير الغاز، وبفرض ضرائب على القطاعات الملوثة والمنتجات المضرة بالصحة.

4.3. إحداث مصادر تمويل قارة لتوسيع وعاء نظام التعويض عن فقدان الشغل، كتخصيص 1% من رسم التكوين المهني لتعزيز التمويل المستدام للنظام.

4.4. التقليل التدريجي من نسبة مساهمة الأسر في الإنفاق الصحي في أفق بلوغ المتوسط العالمي (25%) مع نهاية سنة 2030، بمراجعة شاملة للتعريف الوطنية المرجعية، وبتقنين أسعار الأدوية والتصدي لاختلالات سوق العلاجات.

## 5. الإطار التدبيري

5.1. مراجعة جذرية للمتغيرات المحددة لصيغة تنقيط الأسر، بجعلها أكثر مراعاة لمتطلبات العيش الكريم للمستهدفين، وأكثر إنصافا في حصر قوائم المستفيدين من البرامج الاجتماعية.

5.2. تسريع تدابير التبادل البيئي للبيانات بين الإدارات العمومية، وتوظيفها في تحسين منظومة الاستهداف الاجتماعي.

5.3. تطوير الحلول المعلوماتية للحماية الصحية كتعميم الملف الطبي المشترك، والبطاقة الذكية للعلاجات، وإحداث منصة موحدة لاستقبال ومعالجة الشكايات المتعلقة بالممارسات المخلة بالحق في الصحة.

5.4. نشر تقارير دورية و سنوية لقياس أداء منظومة الحماية الاجتماعية في ضوء مؤشرات محددة لتقييم فعالية خدمات التغطية الصحية والدعم الاجتماعي.

في المجمل، فإن فعالية الحماية الاجتماعية تتوقف على تحقيق التماثل بين أربعة مستويات أساسية:

- **الشمول:** التوسيع التدريجي لمشمولات الحماية الاجتماعية لتستوعب تغطية كافة المخاطر التي تستغرق دورة الحياة، وبتوسيع المشمولين بها بضم كل المواطنين بغض النظر عن وضعهم المهني أو الاجتماعي.
- **التقاطع:** توشي التماثل بين تدابير الحماية الاجتماعية والسياسات الاقتصادية والاجتماعية، على أساس تعميم الحماية الاجتماعية القائمة على الدخل.
- **الاستدامة:** توفير شروط الاستدامة المالية لبرامج الحماية الاجتماعية، بالرهان على المصادر ذات العوائد الثابتة نسبياً، كالموارد الجبائية، ومتوفرات إعادة هيكلة البرامج الاجتماعية، وهوامش تحرير الغاز.
- **الأثر:** إرساء ضمانات صارمة تكفل التمتع الفعلي بخدمات الحماية الاجتماعية وليس مجرد التسجيل الاسمي.

## حول الكاتب

### د. عبد الرفيع زعنون

عبد الرفيع زعنون باحث في القانون الإداري والسياسات العمومية، وأستاذ زائر بالكلية متعددة التخصصات بالعرائش، باحث مشارك بالمعهد المغربي لتحليل السياسات. منسق فريق البحث في القانون العام بمركز اسبارطيل لخدمة القانون وحسن الاداء القضائي بتطوان. مهتم بقضايا الإصلاح المؤسسي والاداري وتقييم برامج الحماية الاجتماعية والسياسات العمومية والترايبية. حاصل على عدة جوائز حول أعمال بحثية بالمغرب والمنطقة العربية.



المعهد المغربي لتحليل السياسات هو مؤسسة غير ربحية متخصصة في السياسات العامة، تهدف إلى إجراء أبحاث معمقة حول مختلف القضايا المرتبطة بالسياسات العامة، من خلال اقتراح أفكار مبتكرة لحل التحديات التي تواجه المجتمع في مجالي الديمقراطية والتنمية. تتمثل الأنشطة الرئيسية للمعهد في إنتاج تحليلات منهجية ومعمقة حول القضايا المتعلقة بالسياسات. ويتم نشر نتائج هذه التحليلات من خلال المعهد في شكل موجزات سياساتية، ومقالات بحثية، وتقارير.

## المعهد المغربي لتحليل السياسات

الشقة: 5,7 زنقة فجيح، حسان - الرباط

Contact@mipa.institute

www.mipa.institute

05.37.26.26.02

