



رأي

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض: حصيلة مرحلية
تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها

إحالة ذاتية رقم 2024/80

رأي

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض: حصيلة مرحلية
تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها

اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

رئيس اللجنة: جواد شعيب

مقرر الموضوع: فؤاد ابن الصديق

الخبيران الداخليان: نادية السبتى ومحمد الخمليشي

إحالة ذاتية رقم 2024/80

طبقاً للمادة 6 من القانون التنظيمي رقم 128.12 المتعلق بالمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي، قرر المجلس، في إطار إحالة ذاتية، إعداد رأي حول الحصيلة المرحلية لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وتدرج هذه الإحالة الذاتية في إطار مهمة تتبع السياسات العمومية التي يضطلع بها المجلس بموجب قانونه التنظيمي المشار إليه (المادة 2، البند 2).

وقد عهدَ مكتب المجلس إلى اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن¹ بإعداد هذا الرأي.

وخلال دورتها 163 العادية، المنعقدة بتاريخ 31 أكتوبر 2024، صادقت الجمعية العامة للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي بالأغلبية على الرأي الذي يحمل عنوان «تعميم التغطية الصحية، حصيلة مرحلية : تقدم اجتماعي ينبغي تعزيزه وتحديات يتعين رفعها».

وقد جاء هذا الرأي، الذي جرى إعداده وفق مقاربة تشاركية، ثمرة نقاشات موسعة بين مختلف الفئات المكوّنة للمجلس، فضلا عن مخرجات جلسات الإنصات المنظمة مع الفاعلين الرئيسيين المعنيين²، بالإضافة إلى نتائج بحث ميداني لاستقاء تمثيلات المواطنين والمواطنات بشأن تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض³.

1 - الملحق رقم 1: لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

2 - الملحق رقم 2: لائحة المؤسسات والفاعلين الذين تم الإنصات إليهم

3 - الملحق رقم 3: ملخص نتائج البحث حول تمثيلات 1083 شخصا بشأن تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

تقديم

يتناول المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في هذا الرأي واقع حال وآفاق نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وذلك في أعقاب تعميمه بموجب القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية. ويأتي هذا العمل امتداداً للرأي الذي سبق أن أصدره المجلس سنة 2018، حول الحماية الاجتماعية بالمغرب⁴، كما يندرج في إطار مهمة تتبع السياسات العمومية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي يضطلع بها المجلس بموجب قانونه التنظيمي رقم 128.12 (المادة 2، البند 2).

ويعتبر تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ورشاً إصلاحياً بالغ الأهمية، إذ يهدف إلى المساهمة في تحقيق التغطية الصحية الشاملة، بغية الأعمال الفعلية للحق الأساسي الذي يجب أن تتمتع به الساكنة في مجموع التراب الوطني في الولوج إلى خدمات صحية ملائمة، سواء كانت وقائية أو علاجية، ووفق شروط مالية معقولة.

السياق والدواعي

يتمثل الهدف من توسيع التغطية الصحية الإجبارية، الذي تم الإعلان عنه في الخطاب الملكي السامي بمناسبة عيد العرش في 29 يوليوز 2020 ثم في الخطاب الملكي السامي خلال افتتاح الدورة التشريعية بتاريخ 9 أكتوبر 2020 حول تعميم الحماية الاجتماعية، في «تعميم التغطية الصحية الإجبارية، في أجل أقصاه نهاية 2022، لصالح 22 مليون مستفيد إضافي، من التأمين الأساسي على المرض، سواء ما يتعلق بمصاريف التطبيب والدواء، أو الاستشفاء والعلاج»⁵.

ويقف هذا الرأي عند الحصيلة المرحلية لتنزيل ورش التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ابتداء من صدور القانون رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية⁶. وقد عرف هذا الورش العديد من التطورات المهمة. فنظام المساعدة الطبية (راميد) الذي كان يسمح للفئات «المعوزة» بالولوج المجاني للعلاجات في القطاع العمومي، تحول إلى نظام للتأمين عن المرض يسمى (أمو - تضامن) أي نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك. وهو ما مكن هؤلاء الأشخاص من الاستفادة من استرجاع جزء من مصاريف العلاجات المتكثفة عند لجوئهم لخدمات العيادات الطبية الخاصة، وكذا من الاستفادة من التكفل بجزء من مصاريف الاستشفاء لدى المصحات والمراكز الطبية الخاصة وفق التعرفة المرجعية الوطنية، بالإضافة إلى الاستفادة من تكفل كامل ومجاني بالمستشفيات العمومية⁷. بالموازاة مع ذلك، جرى توسيع نطاق التأمين عن المرض ليشمل فئة المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطاً خاصاً، وذلك في إطار

4 <https://www.cese.ma/media/202408/%D8%A7%D984%D8%B1%D8%A3%D98A-%D8%A7%D984%D8%AD%D985%D8%A7%D98A%D8%A9-%D8%A7%D984%D8%A7%D8%AC%D8%AA%D985%D8%A7%D8%B9%D98A%D8%A9-%D981%D98A-%D8%A7%D984%D985%D8%BA%D8%B1%D8%A8.pdf>

5 - مقتطف من الخطاب السامي الذي وجهه جلالة الملك بمناسبة افتتاح الدورة الأولى من السنة التشريعية الخامسة من الولاية التشريعية العاشرة، 9 أكتوبر 2020.

6 - صدر بتاريخ 23 مارس 2021 ونُشر في الجريدة الرسمية في 5 أبريل 2022.

7 - انظر « دليل التأمين الإجباري عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك»، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

https://www.cnss.ma/sites/default/files/old/files/files/Guide%20Ramedistes_ar%2002_12.pdf

نظام خاص بهم يسمى اختصاراً (أمو - العمال غير الأجراء) (AMO-TNS). كما تم بداية سنة 2024 إحداث نظام إضافي يحمل اسم (أمو - الشامل) موجه للأشخاص غير المؤهلين للاستفادة من نظام أمو-تضامن ولا من أي نظام آخر.

الأهداف

إن الوقوف عند واقع حال تنزيل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في هذه المرحلة المبكرة من مسار تعميمها يكتسي أهمية بالغة. بحيث إن أي نظام للتأمين الإجباري عن المرض، بالقدر ما يحمل من آثار إيجابية مهيكلية ينبغي تعزيزها، بالقدر ما يواجه صعوبات بل وينطوي على مخاطر بنيوية محتملة يجب التحكم فيها. وذلك بهدف تعزيز النظام العام الصحي والاجتماعي والمالي مع النهوض بالتنمية الاقتصادية من خلال مساهمة نفقات التأمين الصحي واستهلاك الخدمات العلاجية.

هكذا، يقف هذا الرأي عند المكتسبات المحققة من تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، ويبرز المسالك الضرورية والممكنة من أجل تعزيز نجاعته واستدامته. ويرتكز الرأي في هذا الصدد على التوجيهات الملكية السامية المتعلقة بتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، كما يستند إلى الإطار المرجعي التالي:

• أحكام دستور المملكة، لاسيما الفصل 31؛

- المعايير الدولية ذات الصلة، من قبيل اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي (سنة 1952)، وتوصية منظمة العمل الدولية رقم 202 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية (سنة 2012)؛

- القانون رقم 65.00 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، والقانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية (2021).

وثمة ملاحظتان أساسيتان في تشخيص واقع الحال: أولاهما تهم التطور الذي شهده الإطار التشريعي والتنظيمي وكذا البنية التحتية التديرية والتقنية اللازمة لتنزيل تعميم التغطية الصحية، وهو ما أدى إلى تسجيل أزيد من 86 في المائة من مجموع السكان في نظام للتأمين الصحي، مقابل أقل من 60 في المائة سنة 2020. وعلاوة على ذلك، فإن قياس مستوى أداء أي نظام للتغطية الصحية ينبغي ألا يقتصر على النظر في حجم الساكنة المسجلة فحسب، بل يجب أن يسلط الضوء أيضا على مدى التفاعل الإيجابي والمستدام بين توسيع التأمين الصحي والنهوض بعرض العلاجات. وذلك سعيا لتحقيق هدف أسمى ألا وهو : ضمان الأمن المالي للأفراد إزاء تبعات المصاريف الصحية، مع المساهمة في التحسين المستمر للوضعية الصحية في بلادنا.

أما الملاحظة الثانية، فإن التقدم الملحوظ الذي شهده نطاق تعميم التأمين عن المرض، في حاجة للمزيد من الجهود من أجل استكمال وضمان استدامته. هكذا نجد أن حوالي 8.54 مليون شخص لا يلجئون بعد إلى خدمات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وذلك إما بسبب عدم تسجيلهم في منظومة التأمين (4.97 مليون شخص)، أو، حتى في حالة تسجيلهم، بسبب تواجدهم في وضعية «الحقوق المغلقة» نتيجة عدم كفاية مدة التصريح بهم أو عدم أداء واجبات الاشتراك لدى أنظمة

التأمين التي ينتسبون إليها، سواء بإرادتهم أو بسبب ظروف خارجة عن إرادتهم. وتبلغ نسبة الأشخاص الموجودين في وضعية «الحقوق المغلقة» أزيد من 11 في المائة من إجمالي المسجلين بالتأمين عن المرض، أي ما يعادل أكثر من 3.56 مليون شخص. كما يشكلون 24.55 في المائة من مجموع الأشخاص وذوي حقوقهم المسجلين في أنظمة التأمين عن المرض بالقطاع الخاص والتي يشرف على تدبيرها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (الأجراء، العمال غير الأجراء، والأشخاص المسجلون في نظام التأمين «أمو - الشامل»).

بالنسبة للأشخاص في وضعية الحقوق المفتوحة، فإن التغطية تشمل إرجاع المصاريف والتكفل بالعلاجات الطبية المتقلة، والاستشفاء، والأدوية. غير أن أزيد من نصف المصاريف الفعلية يظل على عاتق المؤمنين.

من جهة أخرى، يشار إلى أن معظم نفقات التأمين الصحي الإجباري الأساسي عن المرض تتجه نحو مؤسسات العلاج والاستشفاء الخصوصية. إذ تستقطب هذه الأخيرة أكثر من 90 في المائة من نفقات الهيئات المكلفة بتدبير أنظمة التأمين عن المرض لفائدة الأجراء والموظفين في القطاعين الخاص والعام. هذا، ويفوق متوسط كلفة تحمل ملف صحي واحد في القطاع الخاص نظيره في القطاع العام بـ 5.6 مرات.

مؤطر 1 : بحث للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي حول تمثلات المشاركين للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض

كشف بحث⁸ عن تمثلات المستجوبين حول تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، أجري في إطار إنجاز هذه الإحالة الذاتية، بين شهري ماي ويونيو 2024، أنه رغم التقدم الملحوظ في عدد السكان المشمولين بالتغطية الصحية، إلا أن المنظومة الوطنية للتأمين عن المرض لا تزال في حاجة إلى تحسين جملة من الجوانب التي تهم على الخصوص : توفير المعلومات للعموم بشأن بنياتها وآليات الولوج إليها وتوضيح كفاءات اشتغالها، بالإضافة إلى جعلها أكثر إدماجاً وفعالية وإنصافاً. وأظهرت نتائج البحث رضا متوسطاً للمستجوبين المسجلين في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، في حين نجد أن المستجوبين غير المستفيدين من التغطية الصحية غير راضين عنه. هذا ويعتبر غالبية المستجوبين، بمن فيهم المؤمنون، أن نظام التأمين الإجباري عن المرض «معقد»، و«لا يوفر القدر الكافي من الحماية»، كما يرونه أنه يعوزه «الوضوح الكافي بشأن الخدمات المشمولة بالتأمين، وكلفتها،

وشروط الاستفادة منها، وكفاءات استرداد النفقات». كما سلط البحث الضوء على «استمرار الحاجز المالي»، بحيث صرح 60 في المائة من المستجوبين غير المستفيدين من التغطية الصحية و36 في المائة من المستجوبين المؤمنين بأنهم يعدلون أحياناً عن طلب العلاج لأسباب مالية.

لقد أبرزت الدراسة أيضاً الشعور بوجود تفاوتات في الولوج إلى الرعاية الطبية والعلاجات، حيث اعتبر المشاركون أن العلاجات المتخصصة «باهظة الثمن ولا يتم تعويضها عنها بسرعة»، مما يستدعي من المؤمنين الأداء المسبق لمبالغ كبيرة وانتظار استرداد جزء منها، مما يشكل عبئاً مالياً قد يكون ثقیلاً، خاصة بالنسبة للأسر ذات الدخل المحدود.

ويرى المستجوبون أن نسبة إرجاع المصاريف منخفضة للغاية، (إذ لا تغطي سوى أقل من ثلث المصاريف الفعلية)، وقد جاء في بعض الإجابات أن «التكاليف التي نؤديها من مالنا الخاص مرتفعة، لاسيما بالنسبة للعلاجات المتخصصة». كما سلط المستجوبون الضوء على التفاوتات بين الجهات وبين القطاعين العام والخاص على مستوى عرض العلاجات.

لقد سمح تحليل الرصيد الوثائقي حول الموضوع، ومخرجات جلسات الإنصات، واللقاءات التي جرى عقدها مع عدد من الفاعلين الرئيسيين، والاطلاع على آراء جميع الأطراف المعنية، بالإضافة إلى إنجاز بحث لاستقاء تمثلات عينة تمثيلية من السكان، بالوقوف في الآن ذاته على أهمية التقدم المحرز في مجال التأمين عن المرض ببلادنا، وعلى نقاط اليقظة التي يتعين أخذها بعين الاعتبار. وإذا كان مسلسل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض يشكل أحد أهم المنجزات غير المسبوقة في المجال الاجتماعي في تاريخ المغرب الحديث، فإن استكمالها يواجه جملة من التحديات التي تشترك فيها جميع أنظمة التأمين الصحية الحديثة عبر العالم. وهي تحديات تتطلب إجراء تدقيقات قانونية وتقنية وتنظيمية من أجل توحيد جميع الأنظمة الحالية - التي لا تزال تعمل بشكل منعزل - في إطار منظومة وطنية للتأمين الأساسي عن المرض، يكون شاملاً للجميع، وتضامنياً وموفراً للحماية ومستداماً. وتحقيقاً لهذه الغاية، يقدم هذا الرأي عدداً من التوصيات على المدى القصير والمتوسط والطويل.

8 - بحث جرى إنجازه في صفوف عينة مؤلفة من 1083 شخص. انظر ملخص نتائج البحث في الملحق رقم 3 من هذا الرأي.

1- تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض : المنجزات والإسهامات

1. أصبح التأمين عن المرض حقا وواجبا بمقتضى القانون

لقد تم إصدار مختلف القوانين والمراسيم المتعلقة بتوسيع التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة مطردة. وبموجب القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية، أصبحت التسجيل في نظام للتأمين عن المرض حقا وواجبا، في الآن ذاته، لمجموع المواطنين والمواطنات المغاربة.

توسيع نطاق التغطية الصحية : ارتفاع عدد الأشخاص المسجلين

استناداً إلى المعطيات التي تم الحصول عليها من لدن العديد من الفاعلين⁹، فإن عدد المسجلين في نظام للتأمين عن المرض بالمغرب بلغ نهاية شتبر 2024 أزيد من 31.8 مليون شخص، أي بنسبة 86.48 في المائة¹⁰ من مجموع ساكنة المملكة البالغ 36.8 مليون نسمة.

إلا أنه يتبين من خلال استعراض معايير تدبير مختلف أنظمة التأمين عن المرض¹¹، أن ما يناهز 11 في المائة من الأشخاص المسجلين يوجدون في ما يُسمى بوضعية «الحقوق المغلقة».

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

في المقابل، يُلاحظ أن عملية تسجيل فئات المهنيين، والعمال المستقلين، والأشخاص غير الأجراء الذين يمارسون نشاطاً خاصاً في نظام التأمين عن المرض الخاصة بهم، والمسمى اختصاراً (أمو- العمال غير الأجراء)، تكتسي طابعاً معقداً. وقد كان من المقرر أن يغطي هذا النظام حوالي 11 مليون من النشيطين ضمن هذه الفئة¹². هذا، وإذا كان عدد الأشخاص المسجلين في هذا النظام، كما تم إحصاؤهم حتى بداية أكتوبر 2024، قد بلغ أزيد من 3.5 مليون شخص (المؤمنون وذوو الحقوق)، فإن ثلثي هذه العدد يوجد في وضعية «الحقوق المغلقة» (أي 2.3 مليون شخص). وقد نص القانون 09.21 بالنسبة لهذه الفئة المتسمة باختلافها على مستوى الوضعية والدخل وطبيعة النشاط والتنظيم والتمثيلية على أن يشمل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض «كل الفئات المعنية، واعتماد الآليات اللازمة لهذا الغرض، لاسيما تبسيط مساطر أداء وتحصيل الاشتراكات المتعلقة بهذا التأمين»¹³.

9 - وزارة المالية، الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وتجدر الإشارة إلى أنه ثمة تفاوتات في المعطيات بين الهيئات المكلفة بالتدبير والتقنين، لذلك يوصي المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في هذا الرأي، بأحداث آلية وطنية لتجميع وتوحيد وتتبع حسابات الحماية الاجتماعية.

10 - كان المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي قد سجل في تقريره حول الحماية الاجتماعية لسنة 2018، أنه مع نهاية سنة 2016، كانت نسبة السكان المغاربة المشمولين بالتغطية الصحية، باحساب كل أنظمة التأمين عن المرض، في حدود 54.6 في المائة من مجموع الساكنة. وحسب مذكرة أمدت بها الوكالة الوطنية للتأمين الصحي المجلس بتاريخ 8 أكتوبر 2024، فإن نسبة المؤمنين وصلت إلى 88 في المائة من مجموع السكان (رقم «مؤقت» في إطار المصادقة عليه من لدن المجلس الإداري للوكالة)

11 - انظر «تحدي الشمولية»

12 - ظهير شريف رقم 1.21.30 صادر في 9 شعبان 1442 (23 مارس 2021) بتنفيذ القانون - الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية (الديباجة والمواد 1 و 2 و 5)

13 - المصدر نفسه، المادة 5

إطلاق مسلسل إصلاح المنظومة الصحية الوطنية

بالموازاة مع تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، أطلق القطاع الحكومي المكلف بالصحة والحماية الاجتماعية مخططا يرمي إلى «إصلاح المنظومة الصحية الوطنية وتأهيلها»¹⁴. وقد تجسد هذا الإصلاح¹⁵ بشكل خاص في إصدار ترسانة من القوانين، منها القانون الإطار رقم 06.22 المتعلق بالمنظومة الصحية الوطنية، والقانون رقم 09.22 المتعلق بالوظيفة الصحية، و القانون رقم 08.22 بإحداث المجموعات الصحية الترابية¹⁶، والقوانين المتعلقة بإحداث الوكالة المغربية للأدوية والمنتجات الصحية¹⁷، والوكالة المغربية للدم ومشتقاته¹⁸، والهيئة العليا للصحة¹⁹، بالإضافة إلى توقيع اتفاقية إطار بتاريخ 22 يوليوز 2022 حول تنفيذ برنامج للرفع من عدد مهنيي قطاع الصحة في أفق سنة 2030²⁰.

تنزيل التعميم : التنسيق والقيادة على أعلى مستوى حكومي

اتخذت السلطات العمومية تدابير استباقية من أجل تنزيل ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، همت الإطار القانوني وتعبئة التمويل والحكمة.

وقد مكن إحداث اللجنة الوزارية لقيادة إصلاح منظومة الحماية الاجتماعية التي يرأسها رئيس الحكومة من ضمان تنسيق وتتبع مسلسل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة مطردة²¹.

هذا، وبلغت الاشتراكات التي تتحملها الدولة برسم نظام «أمو تضامن»، التي تم تحويلها إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، مع متم شتبر 2024 ما مجموعه 15.51 مليار درهم منها 665 مليون درهم برسم شهر دجنبر 2022، و 8.14 مليار درهم برسم السنة المالية 2023، و 6.7 مليار درهم برسم التسعة أشهر الأولى من سنة 2024. بالإضافة إلى ذلك، وبهدف تقليص حصة التكاليف الصحية للتأمين الإجباري عن المرض لفائدة المستفيدين من هذا النظام، تتكفل الدولة بتحمل الجزء الباقي على عاتق المؤمن بالنسبة للخدمات المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، وذلك بميزانية سنوية قدرها مليار درهم.

14 - المصدر نفسه

15 - جلستا الإنصات لممثلي وزارة الاقتصاد والمالية، ووزارة الصحة والحماية الاجتماعية اللتان نظمهما المجلس بتاريخ 31 يناير 2024 و 07 فبراير 2024 على التوالي

16 - ظهير شريف رقم 1.23.50 صادر في 9 ذي الحجة 1444 (28 يونيو 2023)

17 - ظهير شريف رقم 1.23.54 صادر في 23 ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023)

18 - ظهير شريف رقم 1.23.55 صادر في 23 ذي الحجة 1444 (12 يوليو 2023)

19 - ظهير شريف رقم 1.23.84 صادر في 16 جمادى الأولى 1445 (30 نوفمبر 2023)

20 - يروم هذا البرنامج الرفع من عدد مهنيي الصحة إلى 45 لكل 10.000 نسمة في أفق سنة 2030، وهو ما يستدعي الرفع من عدد خريجي كليات الطب والصيدلة وطب الأسنان مرتين، وعدد خريجي المعاهد العليا للمهن التمريضية وتقنيات الصحة ثلاث مرات في أفق 2025.

21 - تم سنة 2023 إصدار المرسوم السابع والعشرين المتعلق بتطبيق القانون رقم 98.15 المتعلق بالنظام الخاص بالمهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء، فيما يخص فئة «القيمين الدينيين المكلفين».

2.1. مؤهلات وآثار إيجابية : خبرة الهيئات المكلفة بالتدبير والتقنين، آثار سوسيو اقتصادية مهيكلية بفضل التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

فعالية إجرائية للهيئات المكلفة بالتدبير

يقوم الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، باعتباره مؤسسة عمومية مكلفة بتنزيل ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بتأمين تغطية 24 مليون مسجل لحد الآن، عوض 8 ملايين سنة 2021. ويعالج حاليا 100.000 ملف يوميا في المتوسط، مقابل 22.000 ملف سنة 2021.

وقد وضع الصندوق نظام معلومات مرتبط بعدة إدارات مركزية ومؤسسات صحية. ومكنت استراتيجية التحول الرقمي التي وضعها من تطوير خدمات إلكترونية ملائمة لكل فئة من فئات المؤمنين، والتعويض عن الخدمات بطريقة إلكترونية والأداء متعددة القنوات لواجبات الاشتراك. كما ارتكزت هذه الدينامية على تعزيز الموارد البشرية، وتوسيع تواجد الصندوق بالمجالات الترابية من خلال شبكة وكالاته²². ويبلغ حاليا متوسط مدة تعويض المؤمنين لدى الصندوق عن المصاريف الصحية 9 أيام، بدل 12.4 يوماً سنة 2021²³. كما عمل الصندوق على التعريف بشكل واسع النطاق بالحقوق الجديدة التي أصبحت متاحة مع تعميم التأمين الإجباري عن المرض وكيفية الاستفادة منها، وذلك من خلال تنظيم حملات تحسيسية متعددة القنوات (قوافل، وسائل الإعلام، الفضاء الرقمي، التواصل المباشر، إلخ).

لمواكبة ارتفاع حجم الملفات المعروضة عليه، وفي انتظار رقمنة جميع عمليات معالجة ملفات المرضى، يستعين الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي بخدمات أكثر من 3000 «نقطة قرب» موزعة على صعيد التراب الوطني، تتولى استلام الملفات. وتغطي هذه الآلية حاليا 93 في المائة من ملفات طلبات إرجاع المصاريف، كما تم تعزيزها بإنشاء مركز جديد لمعالجة ملفات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وإطلاق مركز لخدمة المرتفقين، عهد به أيضا لمقدم خدمات خارجي. غير أن إسناد هذه العمليات لفاعلين خارجيين قد يثير بعض المخاطر المتعلقة بحماية المعطيات ذات الطابع الشخصي، وبظروف وجودة استقبال المؤمنين وفق ما تقتضيه منظومة الضمان الاجتماعي. وقد أكد الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي خلال جلسات الإنصات أنه يسهر على تتبع هذه المخاطر والتحكم فيها.

من جانبه، أحدث الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي²⁴ منذ سنة 2008، منظومة تواصلية متعددة القنوات، توفر 30 خدمة عبر الأنترنت، ثم مركز نداء انطلق سنة 2014، وتطبيقا على الهواتف الذكية سنة 2016 خاص بالصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (Smart CNOPS)، بالإضافة إلى توسيع شبكة فروع الصندوق على المستوى الترابي، إذ أصبحت تضم 32 مندوبية. يتم توفير خدمات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والخدمات التعاضدية التكميلية الموجهة لمختلف الفئات المشمولة بأنظمة التغطية الصحية التي يشرف على تدبيرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، عبر نظام معلومات يتم استغلاله بشكل مشترك مع 9 تعاضديات يتألف منها الصندوق.

22 - أزيد من 170 وكالة و65 وكالة متنقلة، و19 كشك، و12 فرع للربط

23 - معطيات تم التوصل بها من لدن ممثلي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي خلال جلسة الإنصات المنظمة بتاريخ 21 فبراير 2024

24 - مذكرة قدمها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في مارس 2024 تحت عنوان «التأمين الإجباري الأساسي عن المرض : مكتسبات، آفاق وتحديات التغطية الصحية الشاملة»

وتوفر هذه المنصة، التي تسمح بمعالجة أكثر من 6 ملايين ملف طبي سنوياً، شبكاً وحيداً يتيح للمؤمنين بشكل متزامن استرجاع المصاريف الصحية، سواء برسم التأمين الأساسي أو التكميلي. علاوة على ذلك، قام الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي برقمنة نظام التكفل في إطار صيغة «الثالث المؤدي» المعمول بها مع العديد من مقدمي الخدمات (مثل المصحات الخاصة، ومراكز تصفية الدم، ومراكز الأنكولوجيا)، مما مكنه من تعزيز جهود مكافحة الغش في هذا المجال. وفي هذا الإطار، طور الصندوق بكفاءات داخلية برنامجاً معلوماتياً يحمل اسم (CNOPS 360) والذي يمكن المؤسسة من استثمار التكنولوجيا الرقمية في تتبع استهلاك المؤمنين وذوي حقوقهم للخدمات الطبية، كما أنه يربط هذه المعلومات بكل المهنيين الذين وصفوا العلاجات. وقد عمل الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي على تكوين قاعدة معطيات وفرت المادة التوثيقية اللازمة لإنجاز العديد من الدراسات ذات النفع العام. وتعطي هذه الدراسات معلومات حول بنية استهلاك العلاجات وكلفتها، والأدوية، وبعض الأعمال الطبية الخاصة (مثل علاج الأسنان، والولادات القيصرية، إلخ).

تأثيرات إيجابية متوقعة على الإطار الماكرواقتصادي

لا توجد لحد الآن دراسات حول الآثار الاقتصادية والمالية لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في المغرب. لكن تشير المؤسسات الدولية العاملة في مجال التنمية، مثل البنك الدولي، إلى أنه بالإضافة إلى دورها في تقليص الفقر، فإن للتغطية الصحية تأثير إيجابي على الصحة والتعليم وإنتاجية الساكنة. كما يمكن أن يؤدي تخفيض النفقات الشخصية الموجهة للمجال الصحي إلى دعم القدرة الشرائية، وتحفيز الاستهلاك والنهوض بالنمو الاقتصادي.

النهوض بالقطاع الخاص

يسمح تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بتحفيز الطلب والعرض في مجال العلاجات الطبية، كما يشكل رافعة توفر فرصاً مواتية للنهوض بالاستثمار الخاص في قطاع الصحة، لا سيما في مجال المصحات، وصناعة وتوزيع الأدوية، والتجهيزات الطبية. وحسب البنك الدولي²⁵، فإن ارتفاع نسبة الساكنة المشمولة بنظام التأمين عن المرض بـ10 في المائة، يمكن من رفع معدل النمو الاقتصادي بـ0.3 في المائة.

وحسب الجمعية الوطنية للمصحات الخاصة، فإن وزارة الصحة والحماية الاجتماعية منحت في بحر سنة (ما بين 14 شتبر 2022 و 27 غشت 2023) الترخيص النهائي لفتح 76 مؤسسة صحية خاصة جديدة²⁶.

25 - World Bank. (2016). The State of Social Safety Nets 2016. Washington, DC: World Bank

26 - بلاغ للجمعية الوطنية للمصحات الخاصة، 7 دجنبر 2023

تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من شأنه تعزيز الشمول البنكي والمالي للأسر²⁷

تنص المساطر المتعلقة بإرجاع المصاريف الصحية على إلزامية التوفر على حساب بنكي أو حساب أداء من أجل الاستفادة من هذه الخدمة²⁸. بالإضافة إلى ذلك، وحسب المعطيات التي قدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، فقد تم إدراج حوالي مليوني رقم حساب بنكي جديد ضمن نظام التدبير الذي يعتمد الصندوق. ويتيح هذا الشمول المالي تحسين ولوج الأسر والأفراد إلى الخدمات المالية، مما يساهم في تقليص التداول النقدي تدريجياً.

3.1. هيكلة النظام الجديدة للتأمين الإجباري عن المرض : مكتسبات يتعين تعزيزها ومخاطر يجب التحكم فيها

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

في هذه المرحلة الأولى، يتشكل التأمين الإجباري عن المرض بالمغرب من مجموعة من أنظمة التغطية الصحية المتجاورة، تم تصميمها على أساس معايير سوسيو-مهنية، وتقوم على خصائص ومعايير متباينة على مستوى شروط الانخراط، ومدة التدريب السابقة لفتح الحقوق، ونسبة الاشتراك، ومستويات التغطية وسلة العلاجات، ونطاق تطبيق صيغة الثالث المؤدي، والتكفل، واستمرارية الحقوق في حالة الأمراض طويلة الأمد والمُكَلَّفة، والتي يترتب عنها عجز، والمساطر والكيفيات الإدارية للتسجيل، إلخ²⁹.

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

27 - جلسة إنصات لممثل بنك المغرب، بتاريخ 13 مارس 2024

28 - حسب المعطيات التي قدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للمجلس، فإن نسبة التوفر على حساب بنكي تبلغ 68.90 في المائة في صفوف المستفيدين من المعاش و 49.40 في المائة لدى العمال غير المأجورين، و 97.30 في المائة لنظام (أمو - الشامل) و 70 في المائة لنظام (أمو - تضامن)، أي بمتوسط 69.3 في المائة.

29 - تشكلت هذه الأنظمة بشكل منفصل وعلى مراحل، منذ بداية فترة الحماية الفرنسية. تعود المبادرة الأولى إلى سنة 1919، مع إحداث «الجمعية الأخوية للتعاون المشترك وميتم موظفي الأمن الوطني». وجرى تدريجياً إنشاء صناديق وتعاضديات للاحتياط الاجتماعي تغطي قطاعات الجمارك، والإدارة، التعليم، والبريد والمواصلات السلوكية واللاسلكية، والموانئ، والمناجم، إلخ. وفي سنة 1942، أسس أرباب العمل «صندوق المساعدة الاجتماعية» لفائدة موظفي القطاع الخاص، والذي يعتبر الصيغة الأولى لصندوق الضمان الاجتماعي (CNSS) حالياً. وفي سنة 1950، التأم خمس تعاضديات عمومية في إطار جامعة أصبحت فيما بعد الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (CNOPS). وكان يتم توفير التكفل الطبي بالفئات الفقيرة والتي تعاني من الهشاشة من خلال إصدار «شهادة الاحتياج» التي تتيح لهم الولوج المجاني إلى المستشفيات العمومية الكبرى. وعند حصوله على الاستقلال، وجد المغرب نفسه إزاء منظومة للتغطية الصحية مكونة من العديد من أنظمة الضمان الاجتماعي منفصلة عن بعضها البعض، وممولة أساساً من الأجور، وموجهة لفئة من أجراء القطاع الخاص وموظفي القطاع العام، في حين أن معظم السكان النشطين كانوا غير مشمولين بالحماية الاجتماعية.

منظومة تأمينية

على خلاف المنظومة المزدوجة للتغطية الصحية التي أحدثها القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض والتي تضم من جهة نظاما للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض موجها للنشيطين والمتقاعدين القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، ومن جهة أخرى نظاما للمساعدة الطبية (راميد)، لفائدة «السكان المعوزين»، فإن المنظومة التي نص عليها القانون الإطار 09.21 المنشور في 5 أبريل 2021 تقوم حصريا على منطق التأمين. ويرتكز هذا النظام، حسب المادة 11 من هذا القانون، على آليتين : (1) آلية قائمة على الاشتراك بالنسبة للأشخاص القادرين على المساهمة في تمويل هذه الحماية الاجتماعية؛ و(2) آلية قائمة على التضامن لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك، يحمل اسم (أمو - تضامن)، وهو نظام تأمين تمويله الدولة. ويتم تحديد الأهلية للاستفادة منه بناء على مستوى التقييط الممنوح للأشخاص المصنفين ضمن الفئة المعوزة بعد تسجيلهم في السجل الاجتماعي الموحد، وذلك بناءً على آلية لجمع وتحيين ومراقبة المعلومات المتعلقة بمستوى معيشة واستهلاك الأشخاص المعنيين.

يتعين توفر ثلاث شروط مجتمعة لتصنيف شخص ما ضمن الفئة المؤهلة للاستفادة من نظام «أمو-تضامن» وهي : أن يكون الشخص غير نشيط، وبدون دخل وفي وضعية هشاشة تعادل أو تقل عن عتبة معينة. وبالتالي، فإن أي شخص نشيط لكن له دخل محدود للغاية ويعيش في وضعية هشاشة، ويعاني من مرض مزمن أو يترتب عنه عجز، قد لا يكون مؤهلا للاستفادة من هذا النظام التأميني التضامني. إن هذا التصنيف، القائم أساسا على الوضع السوسيو-مهني، لا يأخذ بعين الاعتبار مدى خطورة الوضع الصحي للأشخاص ومدى استعجالية حاجتهم للعلاج أو لإعادة التأهيل أو للأجهزة والمستلزمات الطبية.

بعد سنة من دخول قانون التأمين الصحي الإجباري حيز التنفيذ، تم حداث نظام يحمل اسم (أمو-الشامل) خاص بالتأمين عن المرض لفائدة الأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور³⁰. ويهم هذا النظام الأشخاص الذين لا يدخلون ضمن خانة ذوي حقوق المؤمنّين، ولا ينتمون إلى الفئات النشيطة، كما أن مستويات إنفاقهم أو ممتلكاتهم أو مداخيلهم، وفق ما جرى تحديده في إطار السجل الاجتماعي الموحد، تقع مباشرة فوق عتبة الأهلية لنظام (أمو-تضامن). ولا يخلو هذا الحل من إكراهات تعتري عملية التحديد والتسجيل التلقائي للأشخاص المؤهلين لهذا النظام، وتحديد وتحصيل اشتراكاتهم، مما يرهن تطبيق مبدأ إلزامية التأمين عن المرض.

ورغم أن نظام (أمو-الشامل) كما تشير إلى ذلك تسميته موجه «لأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور»، إلا أن المشرع ترك أمر التسجيل في هذا النظام لاختيار الشخص المعني بالأمر، وهو ما يعرض النظام لخطر الانتقاء العكسي، مما يرفع من مخاطر وقوعه في وضعية عجز بنيوي.

وكما يتضح من الجدول أدناه، فإن 92 في المائة من المؤمنّين المسجلين في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور

30 - القانون رقم 60.22 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزاولون أي نشاط مأجور أو غير مأجور (15 يونيو 2023)

أو غير مأجور (أمو-الشامل) هم من الأشخاص الذين يتجاوز مؤشرهم بالسجل الاجتماعي الموحد عتبة الأهلية بقليل، أي ضمن أول شريحتين (يتراوح واجب الاشتراك بين 144 و176 درهم شهريا). يتعلق الأمر بساكنة تعيش وضعية هشاشة، مما يجعل قدرتها المالية على المساهمة في نظام التأمين عن المرض ضعيفة للغاية.

نسبة المؤمن	مبلغ الاشتراك الشهري المستحق	مستوى التنقيط
42 في المائة	144	9,5124369 يفوق و لا يتجاوز
50 في المائة	176	9,5124369 يفوق و لا يتجاوز
6 في المائة	224	9,9903727 يفوق و لا يتجاوز
2 في المائة	287	9,9903727 يفوق و لا يتجاوز
1 في المائة	355	10,237316 يفوق و لا يتجاوز
0 في المائة (91 شخص)	454	10,431048 يفوق و لا يتجاوز
0 في المائة (29 شخص)	611	10,739952 يفوق و لا يتجاوز
0 في المائة (24 شخص)	1164	11,013068 يفوق

المصدر : وزارة الاقتصاد والمالية، 12 مارس 2024

منظومة لم يتم استكمال تعميمها بعد

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

من جهة أخرى، لا يزال الأجراء بالقطاع الخاص والمؤسسات العمومية المعنيون بالاستثناء الذي نصت عليه لمرحلة انتقالية المادة 114 من القانون رقم 65.00، يستفيدون من تغطية صحية إما بواسطة عقود جماعية لدى شركات التأمين، وإما لدى التعاضديات، وإما في إطار صناديق داخلية. ويقدر عددهم بـ 1.7 مليون شخص (المؤمنون وذوو الحقوق). ويبلغ حجم اشتراكاتهم 4.5 مليار درهم³¹. يخضع أفراد القوات المسلحة الملكية وذوو حقوقهم لتشريع خاص، بالإضافة إلى ذلك، هناك مقتضيات تهم «فئات خاصة»، وهي : قدماء المقاومين وأعضاء جيش التحرير، و«الشيوخ» و«المقدمين»، وضحايا ماضي الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان خلال الفترة الممتدة من 1956 إلى 1999³².

من جهة أخرى، أثار الشروع في تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض تحفظ بعض المنظمات المهنية، التي أشارت أساسا إلى خصوصيات أنظمتها الأساسية وطبيعة نشاطها المهني، إضافة إلى

31 - معطيات قدمتها هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي خلال جلسة الإنصات التي نظمها المجلس بتاريخ 28 فبراير 2024

32 - يستفيد ضحايا ماضي الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان من التغطية الصحية بموجب اتفاقية مبرمة بين الصندوق الوطني لمنظومات الاحتياط الاجتماعي والمجلس الاستشاري لحقوق الإنسان (المجلس الوطني لحقوق الإنسان حاليا)

التراجع الذي قد يهدد بعض الحقوق المكتسبة لأعضائها. فعلى سبيل المثال، أعربت جمعية هيئات المحامين بالمغرب عن تحفظها على إدراج أعضائها ضمن فئة العمال غير الأجراء، مشيرة إلى خصوصية وضعية المحامين والمحددة بشكل قانوني. كما أكدت الجمعية من جهة أخرى أن جميع أعضائها يستفيدون من تأمين إجباري ضد مخاطر المرض في إطار تعاضديتهم المهنية وهي «التعاضدية العامة لهيئات المحامين بالمغرب» التي تأسست سنة 2008. وتضم هذه التعاضدية حالياً حوالي 18.000 من المحامين وذوي حقوقهم. ويتم تمويلها من خلال جزء من الرسوم الإدارية المطبقة على كل ملف قضائي. وتوفر التعاضدية هذه التغطية نظير اشتراك سنوي جزافي عن كل منخرط، تتكفل الجمعية بأدائه كاملاً بغض النظر عن حجم نشاط المحامين أو دخلهم³³.

القطاع التعاضدي : فاعل أساسي ينبغي إشراكه في دينامية التعميم

يتكون القطاع التعاضدي في المغرب من 28 تعاضدية واتحاد واحد³⁴. وقد نجحت هذه التعاضديات، بين سنتي 1919 و2005، في تقديم خدمات التغطية الصحية بفضل المساهمات المالية لأعضائها فقط. ومنذ دخول أول قانون لتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حيز التنفيذ سنة 2005 (القانون رقم 65.00)، اضطلعت التعاضديات بدور فعال في الحفاظ على التغطية الصحية التكميلية باعتبارها حقاً مكتسباً. ويتوفر هذا القطاع التعاضدي على 232 وحدة طبية اجتماعية³⁵. وعلى سبيل المقارنة، تشكل خدمات الرعاية والدعم التي تقدمها التعاضديات بفرنسا أكبر شبكة صحية واجتماعية غير ربحية بالبلاد، حيث تضم أكثر من 2600 مؤسسة صحية و15.000 مهني في مجال الصحة³⁶.

هذا، وقد أشارت تعاضديات القطاعين العام والخاص التي جرى الإنصات إليها أنه يتعين التشاور معها بشأن النصوص التطبيقية للقانون الإطار المتعلق بالحماية الاجتماعية (رقم 09.21)، بما في ذلك مشروع القانون رقم 54.23 بتغيير وتتميم القانون رقم 65.00 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الذي جاء إعمالاً للمادة 15 من القانون الإطار المشار إليها والتي تنص على اعتماد هيئة موحدة لتدبير مختلف أنظمة الحماية الاجتماعية، يتعين أن يشكل موضوع دراسة تأثير مسبقة.

33 - جلسة الإنصات مع رئيس جمعية هيئات المحامين بالمغرب والتعاضدية العامة لهيئات المحامين بالمغرب بتاريخ 02 أكتوبر 2024

34 - 11 تعاضدية تم إحداثها من طرف العاملين بالقطاع العام؛ 7 تعاضديات تم إحداثها من طرف العاملين في بعض المؤسسات العمومية؛ 10 تعاضديات محدثة من طرف أجراء مقاولات القطاع الخاص والعمال المستقلين؛ اتحاد واحد هو الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، المكون من 9 تعاضديات

35 - تم تقديم هذه المعطيات خلال جلسة الإنصات التي نظمها المجلس مع ممثلين عن بعض التعاضديات المكونة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، بتاريخ 15 ماي 2024

36 - المصدر نفسه

II- تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض: رهانات وتحديات وجب رفعها

1.2. تحدي الشمولية

إلى حدود بداية أكتوبر 2024، بلغ عدد المسجلين لدى مختلف أنظمة التأمين عن المرض 31.8 مليون شخص. واستحضارا لمجموع ساكنة المملكة، البالغ 36.8 مليون نسمة، فإن ذلك يعني أن 13.55 في المائة من السكان لا يزالون غير مسجلين في أي نظام للتأمين على المرض. وبالإضافة إلى هذه الفئة غير المسجلة، هناك أكثر من 3.5 مليون شخص مسجلون فعليا في منظومة التأمين عن المرض لكنهم في وضعية «الحقوق المغلقة»، وبالتالي لا يستفيدون من تغطية مصاريف العلاجات. وفي المحصلة، هناك أزيد من 8.5 ملايين من السكان لا يستطيعون الوصول إلى العلاجات.

السكان المسجلون والسكان المؤمنون بشكل فعلي				
الفئة السوسيو مهنية	المؤمنون الرئيسيون	ذوو الحقوق	مجموع المؤمنين	المؤمنون في وضعية «الحقوق المغلقة»
الموظفون والمتقاعدون بالقطاع العام	1 442 879	1 684 621	3 127 500	82 348
الطلبة (القطاع العام)	631 874	-	631 874	144 976
الطلبة (القطاع الخاص)	89	-	89	126
ضحايا ماضي الانتهاكات الجسيمة لحقوق الإنسان	8 700	9 065	17 765	533
مجموع المشمولين بأنظمة التأمين عن المرض بالقطاع العام المشرف على تدبيرها صندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي (معطيات محينة بتاريخ 30 شتنبر 2024)	2 083 542	1 693 686	3 777 728	227 983 6.03 في المائة من المؤمنين
الأجراء والمتقاعدون بالقطاع الخاص	4 452 349	5 425 636	9 877 985	930 753 9.42 في المائة من المؤمنين
العمال المستقلون وغير الأجراء (TNS)	1 649 100	1 906 607	3 555 707	2 337 088 65.72 في المائة من المؤمنين
نظام (أمو - الشامل) : هناك فترة تدريب من ثلاثة أشهر تسبق فتح الحقوق في هذا النظام	139 892	24 292	164 184	70 780 43.11 في المائة من المؤمنين

3 338 621 24.55 في المائة من المؤمنين	13 597 876	7 356 535	6 241 341	مجموع المشمولين بأنظمة التأمين عن المرض القائمة على الاشتراك التابعة للقطاع الخاص والمشرف على تدبيرها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (معطيات محينة بتاريخ 08 أكتوبر 2024)
	10 973 716	6 921 495	4 052 221	نظام (أمو - تضامن) : ممول من طرف الدولة
	24 571 592	14 278 030	10 293 562	مجموع المؤمنين التابعين للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (معطيات محينة بتاريخ 08 أكتوبر 2024. المصدر : الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي)
	-	-	81.000 625 900	الأنظمة المشمولة بالاستثناء بموجب المادة 114 من القانون 65.00 القطاع العام القطاع الخاص
-	1 651 200	944 300	706 900	مجموع المؤمنين لدى الأنظمة المشمولة بالاستثناء (حسب تقديرات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي برسم سنة 2022)
	1 300 000 550 000	- -	- -	القوات المسلحة الملكية (تقديرات الوكالة الوطنية للتأمين الصحي) الأنظمة الخاصة (قدماء المقاومين، الشيوخ والمقدمين)
86.48 في المائة من مجموع ساكنة المملكة (البالغ 36.8 مليون نسمة)			31 850 020	مجموع الساكنة المسجلة في نظام للتأمين عن المرض (كما قدر إلى حدود 08 أكتوبر 2024)
11.19 في المائة من مجموع المسجلين			3 566 604	الأشخاص المسجلون ذوو الحقوق المغلقة (كما قدر إلى حدود 08 أكتوبر 2024)
23.20 في المائة من إجمالي ساكنة المملكة البالغ 36.8 مليون نسمة			8 544 914	الساكنة غير المشمولة بالتغطية (الأشخاص غير المسجلين والأشخاص المسجلون لكنهم في وضعية «الحقوق المغلقة»). كما قدر إلى حدود 08 أكتوبر 2024

يوجد في وضعية «الحقوق المغلقة» حوالي 25 في المائة من الأشخاص المسجلين في أنظمة التأمين عن المرض بالقطاع الخاص والتي يتكلف بالإشراف عليها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وتهم هذه الوضعية:

- أكثر من 930.000 مؤمن من الأجراء في نظام التأمين عن المرض التابع للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، أي ما يعادل 9.42 في المائة من مجموع المؤمنين لدى هذا النظام. وقد يعزى هذا الوضع بالنسبة لحوالي 30 في المائة منهم إلى عدم أداء واجبات الاشتراك، سواء نتيجة تعثر أو صعوبات مالية يواجهها مشغلهم. ويوجد ضمن هذه الفئة أيضا الأشخاص الذين لم يستوفوا شرط أن يكون المؤمن له مصرحا به 54 يوم خلال مدة لا تتجاوز 6 أشهر مع أداء الاشتراكات³⁷. وتجدر الإشارة إلى أن القانون رقم 65.00 نص على أن تخويل الحق في استفادة المؤمن من خدمات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض يتوقف على الأداء المسبق لمبالغ الاشتراك من طرف المشغل، غير أن المادة 32 من القانون نفسه استتثت من تطبيق هذا المقتضى المؤمن المعني أو أحد من ذوي حقوقه المصاب بمرض طويل الأمد أو مرض يترتب عنه عجز أو مرض يستلزم علاجا خاصا ومكلفا، بحيث نصت على الاستمرار في تقديم الخدمات لهؤلاء الأشخاص، حتى في حالة عدم أداء واجب الاشتراك. كما نصت المادة نفسها على أنه يتعين على الهيئة المكلفة بالتدبير «إلزام المشغل المعني بالأمر بتسوية وضعيته إزاء مصالح التحصيل التابع لها». هذا، ويشار إلى أن المعطيات المتعلقة بأعداد المؤمنين المستفيدين من هذا الاستثناء غير منشورة.
 - 2.3 مليون شخص، أي ما يعادل 65.72 في المائة³⁸ من مجموع المؤمنين في نظام التأمين عن المرض لفائدة العمال غير الأجراء. ونتيجة لذلك، وجد هؤلاء الأفراد أنفسهم محرومين من الاستفادة من التغطية الصحية ومطالبين في الوقت ذاته بسداد مبالغ الاشتراكات المتراكمة غير المدفوعة، بالإضافة إلى غرامات التأخير ومصاريف المتابعات، وذلك طبقا للمادتين 27 و28 من القانون رقم 98.15.
 - 70.780 شخصا من المستفيدين من نظام (أمو - الشامل)، أي ما يعادل 43.11 في المائة من إجمالي المؤمنين في هذا النظام. ولعل اشتراط إتمام فترة تدريب من ثلاثة أشهر قبل تخويل الحق في الاستفادة من خدمات التأمين يعد من العوامل التي تفاقم من حدة هذه النسبة المرتفعة من ذوي الحقوق المغلقة، خصوصا أن الأمر يتعلق بنظام يعتمد على الاشتراك الطوعي.
- وهناك 220.000 مؤمن لدى الأنظمة التي يديرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، أي ما يعادل 6.03 في المائة من مجموع المستفيدين من هذه الأنظمة، معنيون أيضا بوضعية الحقوق المغلقة. ويعود السبب في ذلك غالبا إلى تغيير في الوضعية المهنية³⁹ للمعني بالأمر. ويعكس هذا الوضع عدم التثاقف الأنظمة وغياب آلية تسمح بشطب أو نقل المعلومات الخاصة بالأشخاص الذين يتحولون من فئة سوسيو-مهنية إلى أخرى⁴⁰.

37 - حسب المعطيات التي توصل بها المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي من الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

38 الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي

39 - حسب الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي فإن الأشخاص ذوي الحقوق المغلقة لم يعودوا مؤهلين للاستفادة من الأنظمة التي يشرف على تدبيرها الصندوق وذلك للأسباب التالية: الوفاة، بلوغ حد السن، تغيير النظام (الاستقالة، العمل في القطاع الخاص، الأطفال أو الأزواج الذين يصبحون مؤمنين رئيسيين عندما يبدأون بمزاولة نشاط ربحي، إلخ).

40 - وفي هذا السياق، نصت المادة 74 من القانون 65.00 على إصدار نص تنظيمي يحدد «قواعد التنسيق بين مختلف الهيئات المعهود إليها بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في حالة تتقلل المجاورين بين القطاعين العام والخاص».

ولمواجهة هذه الصعوبات، اتخذت السلطات العمومية تدابير تحفيزية وأخرى ملزمة. بحيث قررت من جهة إلغاء الديون المستحقة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي برسم نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لفائدة العمال غير الأجراء، وذلك بموجب القانون رقم 41.23 الصادر بتاريخ 4 دجنبر 2023⁴¹. ومن جهة أخرى، عملت على ربط الاستفادة من الدعم أو الإعانة العمومية بالتسجيل في نظام التأمين عن المرض (بالنسبة للمستفيدين من «أمو - الشامل»)⁴² وتسوية وضعية أداء واجبات الاشتراك المستحقة⁴³.

بالإضافة إلى ذلك، ينص مشروع القانون رقم 02.24 بتغيير وتتميم الظهير الشريف بمثابة القانون المتعلق بنظام الضمان الاجتماعي، على تخويل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الاختصاصات المنصوص عليها في القانون رقم 15.97 بمثابة مدونة تحصيل الديون العمومية. وستتيح هذه الصلاحيات للصندوق اللجوء إلى مساطر التحصيل الإجباري، لا سيما مسطرة الإشعار للغير الحائز. غير أن استخدام هذا النوع من المساطر، الذي يفترض أن يكون الدين المستحق ثابتاً، قد يكون له تأثير سلبي على ثقة المؤمنين وعلى الأهداف المتعلقة بتشجيع التعامل البنكي.

2.2. تحدي الولوج إلى عرض العلاجات

التأمين الصحي وسيلة تتمثل غايتها المثلى في تحقيق التغطية الصحية الشاملة لجميع المواطنين والمواطنات. لقد اختارت بلدان مثل بريطانيا وإسبانيا اعتماد تغطية صحية شاملة دون اللجوء إلى نظام تأميني إجباري قائم على الاشتراك، بل من خلال تطوير بنيات تحتية عمومية للوقاية والعلاجات الطبية، مجانية الولوج وممولة عن طريق الضرائب. أما المغرب فقد تبنى نموذجاً يقوم أساساً على مبدأ التأمين عن المرض. وهو اختيار يتطلب رفع تحدي مزدوج يتمثل من جهة في ضمان الولوج المالي⁴⁴ من خلال اشتراكات المؤمنين، ومن جهة أخرى في ضمان الولوج الجغرافي لعرض صحي ذي جودة.

وتطرح هذه الوضعية عدة انشغالات بالنظر إلى التفاوتات بين مختلف المجالات الترابية على مستوى العرض الصحي. ذلك أن المؤسسات الصحية، من القطاعين العام والخاص، تتركز بشكل كبير في خمس جهات من جهات المملكة (الدار البيضاء-سطات، الرباط-سلا-القنيطرة، طنجة-تطوان-الحسيمة، فاس-مكناس ومراكش-آسفي) والتي تضم مجتمعة 64 في المائة من المؤسسات الاستشفائية وبنيات دعم الشبكة الاستشفائية، و 79 في المائة من المصحات الخاصة و 82 في المائة من الأسرة الطبية بالقطاع الخاص⁴⁵، مما يبرز الفوارق القائمة في الولوج إلى العلاجات على المستوى الوطني.

41 - للاستفادة من الإعفاء يتعين على الشخص المعني الشروع في أداء الاشتراكات خلال فترة التأهيل للاستفادة من الإعفاء التي تمتد من يناير إلى أبريل 2024؛ الانتظام في تسديد الاشتراكات طيلة فترة اثني عشر شهراً متتالية تبتدئ من الشهر الموالي للشهر الذي شرع فيه في أداء الاشتراكات. كما يخضع المؤمن المؤهل للاستفادة من الإعفاء لمدة تدريب تحدد في ثلاثة أشهر تبتدئ من الشهر الموالي للشهر الذي شرع فيه في أداء الاشتراكات.

42 - القانون رقم 21.24 بسن أحكام خاصة تتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص القادرين على تحمل واجبات الاشتراك الذين لا يزالون أي نشاط مأجور أو غير مأجور

43 - القانون رقم 46.23 القاضي بتغيير وتتميم القانون رقم 98.15 المتعلق بنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزالون نشاطاً خاصاً.

44 - انظر «تحدي الشمولية»

45 - رأي مجلس المنافسة عدد ر/4/22 حول «وضعية المنافسة داخل السوق الوطنية للرعاية الطبية المقدمة من لدن المصحات الخاصة والمؤسسات المماثلة لها»، أكتوبر 2022

كما أن النقص الحاد في مهنيي الصحة يعد عاملاً مقلقاً: فقد سجلت المملكة سنة 2022 عجزاً في عدد مهنيي الصحة يقدر بـ 32.000 من الأطباء و65.000 من الممرضات والممرضين مقارنة مع معايير منظمة الصحة العالمية⁴⁶. ويزداد هذا الوضع تفاقمًا بسبب محدودية قدرات بلادنا في مجال تكوين الكفاءات والاحتفاظ بها.

يتم تنزيل ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وفق جدول زمني دقيق ودينامي. لكن، قد يؤدي ضعف التنسيق بين الاستحقاقات والآجال والمنجزات المتعلقة بهذا الورش وتلك الخاصة بمشروع إصلاح المنظومة الوطنية الصحية، إلى الحد من تأثير وفعالية دينامية تعميم التأمين الإجباري عن المرض.

بالموازاة مع ذلك، يشهد الاستثمار الخاص وتطوير المجموعات الطبية الخاصة نمواً ملحوظاً، دون أن يكون ذلك في إطار منسق مع عرض العلاجات العمومي. وإن هذه التطورات، التي تتسم بتوجيه متزايد لنفقات نظام التأمين الإجباري عن المرض ونفقات الأسر نحو القطاع الخاص، قد تؤدي إلى الرفع من تكاليف الرعاية الصحية التي يتحملها نظام التأمين الإجباري عن المرض.

بالمقابل، يبدو أن إمكانات تطور المراكز الطبية التي أحدثتها التعااضديات وآفاق إسهامها في عرض العلاجات توجد حالياً في وضعية جمود. وحسب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي⁴⁷ تخضع المصحات التابعة له لإعادة هيكلة بدأت تعطي نتائج جيدة، علماً أن هذه المؤسسات، التي تم تمويلها في الأصل دون مساهمة من الدولة وإنما بجزء من العائدات المالية لاحتياطات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لدى صندوق الإيداع والتدبير، لعبت دوراً رائداً وتوفر خدماتها الوقائية والعلاجية في احترام للتعريف الوطنية المرجعية.

3.2. تحدي الإنصاف والتضامن

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

46 - Interview exclusive du ministre de la Santé et de la Protection Sociale au site d'information électronique Hespress, le 16 janvier 2023, <https://fr.hespress.com/298031-couverture-sociale-le-maroc-a-besoin-de-32000-medecins-et-65000-infirmiers.html>. Séances de questions orales au Parlement, novembre 2023.

47 - في مذكرة قدمها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للمجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي في 10 أكتوبر 2024 أشار الصندوق إلى أن المصحات التابعة له «تشهد مرحلة إعادة هيكلة وأن هذه العملية تعطي نتائج جيدة. إذ تم تقليص العجز بأزيد من 60 في المائة، كما جرى تطوير عرض العلاجات التي توفره هذه المصحات وتعزيز بنياتها التحتية. وهو ما يبرز أن أمامها مستقبل واعد».

وينجم عن غياب التجانس بين الأنظمة جملة من أشكال التفاوتات التي تتجلى في أكثر من صعيد :

- **تفاوت في نسب الاشتراك بين مختلف الأنظمة :** هناك اختلاف في نسب الاشتراك المعمول بها بين أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، مما يعكس تباينات ملموسة في جهود المساهمة المطلوبة من مختلفة فئات المؤمنين. إذ تُحدّد نسبة الاشتراك لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في 5 في المائة من مجموع الأجر، موزعة بين المؤمن ومشغله، على ألا تتجاوز سقف 800 درهما شهريا كحد أقصى، في حين تبلغ هذه النسبة 6.37 في المائة بالنسبة لمؤمني الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، دون تحديد سقف لقيمة الاقتطاع. أما فيما يخص نسبة الاشتراك لذوي المعاشات فتبلغ 2.5 في المائة من المبلغ الإجمالي للمعاشات بالنسبة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مع 400 درهما كحد أقصى لقيمة الاقتطاع الشهري، فيما تصل إلى 4.52 في المائة بالنسبة لذوي المعاشات المؤمنين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، دون تحديد سقف لقيمة الاقتطاع. وفي الوقت الذي تؤدي فيه بعض الفئات من المنخرطين مبلغ الاشتراك على أساس دخلهم الحقيقي (موظفو القطاع العام وأجراء القطاع الخاص)، تؤدي فئات أخرى واجب اشتراك جزافي (أمو - العمال غير الأجراء) أو حسب المؤشر المحصل عليه برسم السجل الاجتماعي الموحد (أمو - الشامل). فعلى سبيل المثال، يؤدي موظف يتقاضى أجرا في حدود 5760 درهم أو 7040 درهم على التوالي واجب اشتراك يبلغ 144 درهم أو 176 درهم على التوالي، أي أقل بثلاث مرات المبلغ الأقصى للاشتراك في نظام (أمو - الشامل) والبالغ 1164 درهم.

- **تفاوت في مستوى التغطية :** يستفيد المؤمنون لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي من مستوى تغطية أعلى بشكل ملحوظ مقارنة بالمؤمنين لدى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. إذ يغطي الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مصاريف الاستشفاء في القطاعين العام والخاص بنسبة 100 في المائة و90 في المائة من التعريفة الوطنية المرجعية على التوالي، مقابل 90 في المائة و70 في المائة على التوالي بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. ويسري المنطق نفسه على العلاجات المتنقلة التي يتم تعويضها بنسبة 80 في المائة من التعريفة الوطنية المرجعية من لدن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، مقابل 70 في المائة بالنسبة للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي. وبخصوص أدوية الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة والمكلفة، وكذا المستلزمات الطبية، فإن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي يعوض عنها بنسبة 100 في المائة، حتى في إطار العلاجات المتنقلة. كما يغطي الصندوق نفسه الأدوية المقتناة في إطار اتفاقية الثالث المؤدي مع الصيدليات بنسبة 100 في المائة، إلى جانب تغطية مصاريف تصفية الدم في القطاعين العام والخاص. هذا، ويتميز مستوى تغطية المؤمنين العاملين بالقطاع العام من خلال تغطية تعاضدية تكميلية وتأمين إضافي يتم الاشتراك فيه عبر مؤسسات وجمعيات الأعمال الاجتماعية لدى شركات تأمين خاصة.

- **تفاوت في كفاءات التكفل بمصاريف الولوج إلى العلاجات :** تختلف الممارسات المعمول بها بالنسبة لصيغة «الثالث المؤدي» بحسب الهيئة المكلفة بتدبير نظام التأمين عن المرض. فباستثناء نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالأشخاص غير القادرين على تحمل واجبات الاشتراك (أمو - تضامن) الذي يتم فيه بموجب المادة 120 المكررة من القانون رقم 65-00 التحمل المباشر لتغطية مصاريف الخدمات الصحية داخل المؤسسات العمومية، دون إلزامية الحصول على الموافقة المسبقة، فلا توجد أي أحكام تنظم آليات وضع وتدبير اتفاقيات «الثالث المؤدي» مع المؤسسات الصحية من القطاعين العام والخاص، بما يتيح للمؤمنين الولوج إلى العلاجات دون الأداء المسبق للمصاريف. وهكذا، تتحمل بعض الهيئات التكاليف دون اشتراط الموافقة مسبقاً بالنسبة لبعض الأمراض الخطيرة والمكلفة⁴⁸، في حين تشترط هيئات أخرى موافقة مسبقاً من أجل الاستفادة من صيغة الثالث المؤدي. كما تتحمل بعض الهيئات مباشرة تكاليف العلاجات المتنقلة التي يجريها المؤمنون التابعون لها، لا سيما في المؤسسات الصحية العمومية أو المؤسسات الصحية غير الربحية، وذلك عندما تتجاوز تلك التكاليف مبلغاً معيناً، بينما تقتصر هيئات أخرى على تحمل تكاليف الاستشفاء فقط.

- **غياب تدابير حماية فعالة لفائدة النساء كضمان بتقليص هشاشتهن فيما يتعلق بالولوج إلى العلاجات :** لا يتضمن مسلسل تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض تدابير خاصة تهدف إلى الوقاية من التفاوتات بين الجنسين والقضاء عليها. فالأمهات المطلقات ربات الأسر، غالباً ما يتحملن أداء المصاريف الطبية لأبنائهن، والحال أن هؤلاء الأطفال يُعتبرون من ذوي حقوق الأب، الذي يستفيد في المقابل من استرجاع المصاريف. كما أن النساء المطلقات تصبحن في وضعية «الحقوق المغلقة» بعد مرور سنة من طلاقهن. وتصنف الأرامل اللاتي لا يستفدن من تحويل معاش الزوج المتوفى في الخانة نفسها بعد مرور سنتين، ويقع على عاتقهن، إن كن غير نشيطات، القيام بالإجراءات الإدارية اللازمة للتسجيل في نظام التأمين عن المرض المناسب لوضعهن السوسيو مهني، تحت طائلة الحرمان من التغطية الصحية.

- **تفاوت في تغطية خدمات التأمين عن المرض والتعويضات اليومية عن المرض/الولادة :** طبقاً لمقتضيات اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي، فإن التكفل الجزئي أو الكلي بمصاريف العلاجات ترافقه في معظم أنظمة الضمان الاجتماعي، آلية قائمة على الاشتراك تمنح بموجبها تعويضات يومية عن جزء من دخل أيام التوقف عن العمل بسبب المرض أو الأمومة. ويوجد هذا النظام التأميني لمنح التعويضات عن المرض والأمومة ضمن خدمات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي منذ إحداثه سنة 1959، وهو موجه لفائدة أجراء القطاع الخاص. أما بالنسبة للموظفين العموميين، فإن هذه الخدمة تمول مباشرة من ميزانية الدولة. غير أن نظام التأمين عن المرض الذي خصص للعمال غير الأجراء، في سياق تعميم التأمين الإجباري عن المرض، لا يغطي هذه الخدمة.

48 - تيسيراً للولوج إلى خدمات تصفية الدم والعلاج الكيميائي، يقوم الصندوق الوطني لمنظومات الاحتياط الاجتماعي بالنسبة للعلاجات المتعلقة بتصفية الدم بمنح تكفل سنوي يغطي جميع جلسات العلاج التي يتم إجراؤها خلال السنة، ويقوم بدفع تكاليفها شهرياً إلى مراكز تصفية الدم، كما يقوم بالتكفل ببروتوكولات العلاج الكيميائي لدى مراكز الأنكولوجيا الخاصة، دون الحاجة إلى طلب تكفل مسبق.

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

4.2. تحدي الجودة والالتزام بالأخلاقيات

لكي تكتسي الخدمات الصحية التي يغطيها التأمين الصحي، الفعالية والمصدقية والجاذبية المطلوبة، يجب أن تكون منصبة على المريض، وأن تحترم كرامته وسلامته الجسدية والمعنوية، وأن تراعي مكان هشاشته، وأن يتم تقديمها بطريقة إنسانية. ويتطلب تحقيق هذه الغاية أن يتم توفير العلاجات من لدن مهنيين يمتلكون المؤهلات والكفاءة اللازمة، ويشغلون في ظل شروط لائقة سواء على مستوى ظروف العمل أو الأجور، ويؤطر علمهم قانون أساسي ومدونة أخلاقيات ملزمان يحددان حقوقهم وواجباتهم تجاه الهيئات المكلفة بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وتجاه مرضاهم، والمؤسسات الصحية التي يمارسون فيها.

غير أن عدم إضفاء الطابع الرسمي على هذه المبادئ الأساسية قد يفتح المجال أمام التجاوزات، وأحيانا قد يؤدي إلى حالات فساد، سواء في القطاع العام أو الخاص. ولتجاوز هذا الوضع، يتعين وضع إطار تعاقدى صارم بين مقدمي العلاجات (الأطباء والمؤسسات) وهيئات التأمين المكلفة بتدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. وينبغي أن يضمن هذا الإطار حماية فعلية للمؤمنين، على التقيد التام بأحكام القانون رقم 13.13 المتعلق بمزاولة مهنة الطب⁴⁹.

5.2. تحدي النجاعة

تشكل حماية الأمن المالي للأفراد عند لجوئهم إلى الخدمات الصحية إحدى الأبعاد الأساسية الثلاثة لأي منظومة للتغطية الصحية الشاملة. ويتطلب تحقيق هذه الحماية اعتماد استراتيجيات تمويل تمكن من تقليص مصاريف العلاج التي تتحملها الأسر، بحيث يتسنى، بفضل التضامن التعاضدي في تمويل المنظومة وقواعد ضبط البروتوكولات العلاجية، حماية الأفراد من مخاطر المصاريف الصحية التي قد تقوض وضعيتهم المالية، وتلقي بهم في وضعية الفقر، إن هي بلغت مستويات مرتفعة للغاية.

توصي منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بالحرص على ألا تتجاوز المصاريف التي تتحملها الأسر مباشرة عتبة 25 في المائة من إجمالي المصاريف الصحية. وقد سعت الاستراتيجيات التي وضعها المغرب خلال السنوات الأخيرة إلى تحقيق هذا الهدف، أي 25 في المائة من إجمالي المصاريف

49 - خاصة إلزامية إعلان تعريفات الأعمال الطبية، وقائمة الممارسين داخل المؤسسة الصحية، وإعلان الأطباء انخراطهم من عدمه في الاتفاقيات الوطنية المبرمة في إطار التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وإلزام المصحة، في حالة الثالث المؤدي، بأن لا تطلب من الأشخاص المؤمنين أو ذوي حقوقهم ضمانة نقدية أو بواسطة شيك أو بأي وسيلة أخرى من وسائل الأداء، ما عدا المبلغ المتبقي على عاتقهم

الصحية⁵⁰. إلا أنه وفقاً للحسابات الوطنية للصحة، فقد بلغت المصاريف الصحية التي تحملتها الأسر بشكل مباشر خلال سنة 2018 مبلغ 27.8 مليار درهم، وهو ما يمثل 45.6 في المائة من إجمالي المصاريف الصحية. هذا، وبإضافة الاشتراكات السنوية للأسر، تصل هذه النسبة إلى 59.7 في المائة من الحجم الإجمالي للمصاريف الصحية⁵¹.

وحسب الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، ففي سنة 2021 بلغت المصاريف التي تحملها المؤمنون مباشرة⁵² 31.5 في المائة بالنسبة لمنحططي الصندوق الوطني لمنظلمات الاحتياط الاجتماعي، و37.8 في المائة بالنسبة لمنحططي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (يذكر على سبيل المثال، أنه خلال سنة 2021 بلغت نسبة المصاريف المتبقية على عاتق المؤمنين بفرنسا 6.3 في المائة من إجمالي المصاريف الصحية، فيما بلغت هذه النسبة على مستوى الاتحاد الأوروبي 14.5 في المائة في المتوسط⁵³). ورغم أن المعطيات المحينة حول إجمالي النفقات الصحية غير متوفرة بعد، إلا أنه من المحتمل أن تظل المصاريف الملقاة مباشرة على عاتق الأسر مرتفعة. ويعزى هذا الوضع إلى الفجوة بين التكلفة الفعلية للعلاجات التي يدفعها المرضى وبين الأسعار المحددة في التعريف الوطنية المرجعية، والتي تشكل الأساس المعتمد في إرجاع مصاريف العلاجات من لدن هيئات التأمين والثالث المؤدي. هذا، ولم تشهد هذه التعريفات تعديلات مهمة منذ سنة 2006، باستثناء تعديل سنة 2008 الذي همّ بعض الأعمال الطبية والجراحية الشائعة كالاستشارة في تخصص أمراض القلب مع تخطيط القلب، والولادة القيصرية، واستئصال اللوزتين، وجراحة ساد العين، وبعض الأعمال الطبية في تخصص الأنكولوجيا.

وتظل الوضعية المالية للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض في وضعية هشّة. ففي الفترة بين 2015 و2021 (وفق أحدث المعطيات المتوفرة)، ارتفعت نفقات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بوتيرة أسرع من موارده، حيث سجلت زيادة بنسبة 13 في المائة مقابل 8.9 في المائة المسجلة في المتوسط سنوياً.

الرسم البياني 1: تطور مداخيل ونفقات نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بين سنتي 2015 و2021



المصدر : التقرير السنوي للوكالة الوطنية للتأمين الصحي. سنة 2021

50 - Ministère de la santé, « Comptes nationaux de la santé -2018 », page 54.

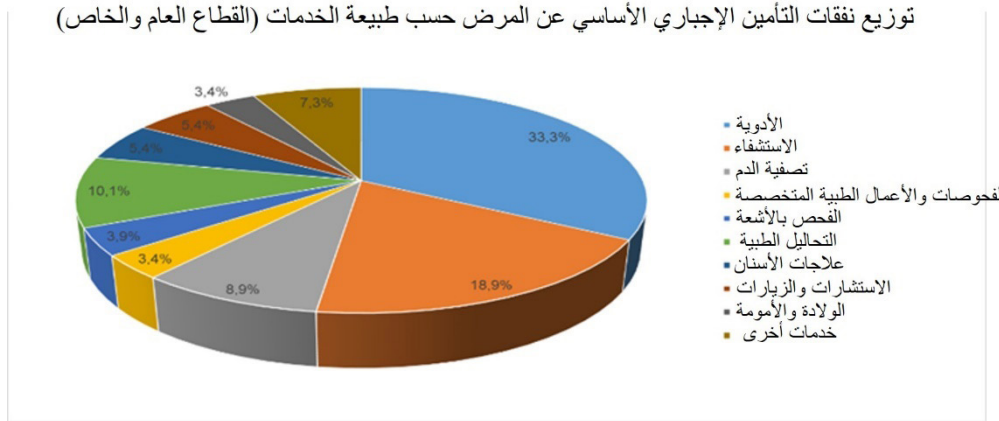
51 - Idem, page 54 et 55

52 - بعد خصم المبالغ التي ترجعها هيئات الضمان الاجتماعي بناءً على التعريف الوطنية المرجعية وليس على المصاريف الفعلية

53 - <https://socialsecurity.belgium.be/fr/chiffres-de-la-protection-sociale/focus-sur-les-chiffres/depenses-de-sante-charge-des-menages-sha>

وتحتل الأدوية المرتبة الأولى في النفقات، إذ تمثل 33.3 في المائة من مجموع نفقات منظومة التأمين عن المرض (في فرنسا بلغت هذه النسبة 13.9 في المائة سنة 2022)⁵⁴.

الرسم البياني 2 : توزيع نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض حسب طبيعة الخدمات (القطاع العام والخاص)



المصدر : الوكالة الوطنية للتأمين الصحي

كما كشفت دراسة أجراها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بالتنسيق مع الإدارة العامة للجمارك والضرائب غير المباشرة سنة 2022، وهمت عينة مكونة من 321 دواءً قابلاً للتعويض، أن الأسعار المعمول بها في المغرب أعلى بـ 3 إلى 4 مرات من نظيرتها في فرنسا أو بلجيكا، والحال أن هذين البلدين يُعتمدان كنقاط مرجعية في تحديد السعر الأدنى للدواء الموجه للعموم بالمغرب. وبالتالي، فإن أسعار الأدوية في المغرب ينبغي أن تكون أقل من الأسعار في الدول التي يتخذها كمرجع. وحسب بعض الفاعلين الذي جرى الإنصات إليهم⁵⁵، فإن هذا الوضع يعزى إلى الأدوية المسماة «أدوية مبتكرة» التي يتم استيرادها بأسعار باهظة جداً. وينضاف إلى ذلك هامش ربح المستورد (10 في المائة من ثمن المصنع دون احتساب الرسوم)، مما يساهم بشكل مباشر في رفع السعر النهائي.

إن من شأن الاستراتيجية الوطنية للتحكم الطبي في النفقات الصحية المزمع وضعها مستقبلاً أن تفتح الباب أمام ضبط أفضل لوصف العلاجات. كما أن هذه الاستراتيجية ستمكن من تطوير بروتوكولات علاجية (يُقدر عددها حالياً بـ 14 بروتوكولاً، ويوجد 29 بروتوكولاً قيد الإعداد)، فضلاً عن الأطر المرجعية الصحية، وحزمة جزافية للتكفل، ووثائق مرجعية أو دلائل في مجال وصف الأدوية الباهظة والمبتكرة⁵⁶.

54 - Les dépenses de santé en 2022 – Édition 2023, Résultats des comptes de la santé, sous la direction de Franck Arnaud et Geoffrey Lefebvre

55 - الدكتور عبد المؤمن محلي، مدير الابتكار في شركة (Pharma 5) «فارما 5»، والمدير السابق للمختبر الوطني لمراقبة الأدوية بوزارة الصحة، ورئيس لجنة الشؤون التنظيمية بالفدرالية المغربية لصناعة الأدوية والابتكار الصيدلي.

56 - فرنسا على سبيل المثال

وتشير الوكالة الوطنية للتأمين الصحي في هذا الصدد، إلى وضعها خارطة طريق تهدف إلى «تحسين الولوج إلى الأدوية مع الحرص على الاستدامة المالية للأنظمة»⁵⁷. وتبرز بنية نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض هيمنة النفقات المرتبطة بالأمراض المزمنة والمكلفة، خاصة القصور الكلوي، والسرطانات الصلبة، وارتفاع ضغط الدم الحاد، ومرض السكري.

موظفو ومتقاعدو القطاع العام		أجراء ومتقاعدو القطاع الخاص 2022	الأمراض المزمنة والمكلفة النفقات والسكنة المعنية
2023	2022		
3 719	3 476	3 674	النفقات المرتبطة بالأمراض المزمنة والمكلفة (بملايين الدراهم)
53.3 في المائة	51.3 في المائة	59 في المائة	النسبة المئوية من إجمالي نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض المدبر من لدى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي
6.8 في المائة	6.5 في المائة	11 في المائة	النسبة المئوية للمؤمنين ذوي الأمراض المزمنة والمكلفة

المصدر : الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

6.2. تحدي الاستدامة

بلغ إجمالي الاشتراكات والمساهمات في الأنظمة الرئيسية للتأمين عن المرض حتى نهاية سنة 2023 أزيد من 33 مليار درهم، أي 2 في المائة من الناتج الداخلي الإجمالي. لقد أضحت الوزن الاقتصادي للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض يكتسي أهمية متزايدة وطابعا مهيكلًا. ويتوقع أن يواصل منحاه التصاعدي بفعل الشيخوخة الطبيعية للسكان، وتحسن نطاق التغطية وتوسع عرض الخدمات الصحية، وزيادة استهلاك العلاجات. وأمام هذا التوجه الذي يطبع جميع الأنظمة الحديثة للتأمين عن المرض، يتعين التحلي بقدر عال من اليقظة لضمان الاستدامة المالية لمختلف أنظمة التأمين عن المرض. ويسلط الجدول الموالي الضوء على الهشاشة البنوية التي تعتري المنظومة ككل، وذلك رغم أن العجز المسجل يهم أنظمة تأمين حساباتها منفصلة عن بعضها البعض.

تهم هذه الخارطة بشكل خاص اعتماد مسلسل موحد لكيفيات قبول التعويض عن الأدوية والحصول على الإذن بعرضها في السوق، بناء على تقييم علمي - 57
واقصادي جديد للأدوية، والنهوض بالأدوية الجنيسة، وتحديد هدف وطني في ما يتعلق بنفقات التأمين الصحي، وضع سياسية لإرجاع مصاريف الأدوية مرتكزة على الأداء وتقاسم المخاطر.

فعالية تحصيل الاشتراكات والتوازن بين الخدمات والمداحيل نظامان في وضعية هشاشة : التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالقطاع العام والتأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء						
المؤشرات (بملايين الدرهم)	أمو - الأجراء	أمو - العمال غير الأجراء	أمو - تضامن	الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي - القطاع العام	الأنظمة الاستثنائية (تقديرات)	المجموع
الاشتراكات والمساهمات المستحقة	10788	3370	8228	6297	4600	33 297
الاشتراكات والمساهمات المحصلة	10033	754	8228	6311	4600	29 926
نسبة تحصيل الاشتراكات	93%	29%	100%	99.8%	غير متوفرة	89.8%
الخدمات/ الاشتراكات	71%	172%	64%	121%		

المصدر : إصدارات ومخرجات جلسة الإنصات لهيئات التدبير والتقنين: الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي (الأرقام بملايين الدراهم).

من بين المخاطر المالية الأربعة الهامة التي أشار إليها تقرير البنك الدولي حول «تتبع الوضعية الاقتصادية» للمغرب⁵⁸ الصادر سنة 2024، نجد العجز المالي الذي يهدد نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء. حيث أشار التقرير إلى أن «بعض عناصر الإصلاح الجاري للنظام الوطني للتأمين عن المرض تتطوي على مخاطر مالية يجب إيلاؤها أهمية خاصة (...)» لقد صمم نظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء، ليكون متوازناً مالياً بناءً على فرضية انخراط الغالبية العظمى لهؤلاء العمال في هذا النظام، وأن تكون خدماته مشابهة لتلك المقدمة للعمال النظاميين. غير أن نسبة قليلة فقط من العمال غير الأجراء انخرطوا حتى الآن في النظام، كما أن المسجلين لديهم معدلات طلبات استرجاع المصاريف⁵⁹ مرتفعة بشكل غير طبيعي. وإذا كان لا يزال من الممكن لحد الآن التحكم في العجز الناجم عن هذا الوضع، إلا أنه قد يتفاقم بمرور الوقت.

يكشف تحليل أنظمة التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، برسم 2023 أن نظام التأمين عن المرض الخاص بأجراء القطاع الخاص ونظام (أمو-تضامن) يعرفان وضعية مالية متوازنة. أما النظام الخاص بالعمال غير الأجراء فهو يعاني من عجز مالي تقني يعزى أساساً إلى الصعوبات المتعلقة بتسجيل المؤمنين

58 <https://documents1.worldbank.org/curated/en/099646407172428766/pdf/IDU1368cb79a160ae14ed01ba481846716dab978.pdf>, page 16 ; les trois autres risques cités concernent les incertitudes sur le marché du travail, les charges à long terme pour l'État des « financements innovants » et les effets de la sécheresse

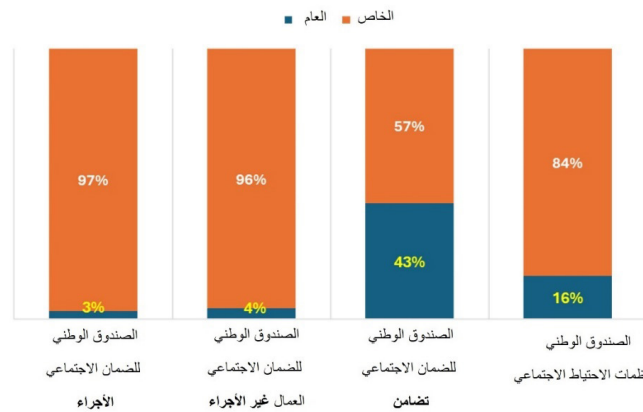
الجدد وتحصيل واجبات الاشتراك. كما أن نظام التأمين عن المرض (أمو - الشامل) الذي يُعد الانخراط فيه اختياريا والذي يعاني بدوره من إشكالات في التسجيل، فهو مهدد بالعجز بسبب ظاهرة «الانتقاء العكسي»، حيث لا ينخرط ويدفع الاشتراكات إلا الأشخاص الذين يحتاجون للعلاجات بشكل فوري.

من جانبه، يواجه نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض الخاص بأجراء القطاع العام منذ سنة 2021 عجزا ماليا تقنياً أثر سلباً على آجال إرجاع المصاريف للمؤمنين وأداء المستحقات لمقدمي الخدمات الصحية. وإزاء هذا الوضع، قام الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي بتعبئة 1.6 مليار درهم من احتياطياته خلال سنة 2023 للتمكن من الوفاء بالتزاماته. وإذا استمر العجز في التفاقم، فمن المتوقع أن تُستنفد احتياطيات الصندوق بحلول سنة 2026⁶⁰.

تتجه معظم نفقات التأمين الإجباري عن المرض نحو المؤسسات الصحية الخاصة

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

الرسم البياني 3 : نفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض بالقطاعين العام والخاص



المصدر : الصندوق الوطني للصحة الاجتماعية والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي

60 - يعزى العجز الذي يعاني منه الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي إلى تراكم عدة أسباب تهم : ارتفاع حجم المصاريف الصحية في سياق شيخوخة السكان المؤمنين، والارتفاع البيوي للأمراض المزمنة والمكلفة، بالإضافة إلى تسقيف نسب الاشتراك في 800 درهم شهرياً موزعة مناصفة بين المؤمن ومشفله. وقد تفاقم هذه الوضعية مع جائحة كوفيد-19، التي تحمل جرها الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي مجهوداً مالياً إضافياً قدره 663 مليون درهم، شمل المساهمة في الصندوق الخاص بتدبير الجائحة والتكفل بمصاريف اللقاح ضد كوفيد-19.

7.2. تحدي الحكامة

ضعف الحوار مع الأطراف المتدخلة

نص القانون - الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية على مبدأ المشاركة كأحد المبادئ الأساسية التي يستند عليها تميم الحماية الاجتماعية، وذلك «من خلال انخراط كل المتدخلين في السياسات والاستراتيجيات والبرامج المتعلقة بالحماية الاجتماعية»⁶¹. وقد أحال هذا القانون في ديباجته صراحة على الاتفاقية رقم 102 بشأن المعايير الدنيا للضمان الاجتماعي الصادرة عن منظمة العمل الدولية، والتوصية رقم 202 بشأن الأرضيات الوطنية للحماية الاجتماعية الصادرة عن المنظمة نفسها. وهما مرجعيتان تشددان على أهمية الحوار والتشاور والبناء المشترك كقواعد أساسية لبلورة أنظمة الضمان الاجتماعي. وقد أشار الفاعلون الذين أنصت إليهم المجلس في إطار إنجاز هذا الرأي إلى نقص المعطيات وضعف في آليات التشاور بشأن تميم دينامية التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. التقنين: الوكالة الوطنية للتأمين الصحي وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، دور أساسي ينبغي تعزيزه

مهام الوكالة الوطنية للتأمين الصحي : في أفق تفعيل الهيئة العليا للصحة

أحدث القانون رقم 00-65 المتعلق بالتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بموجب مادته 57، الوكالة الوطنية للتأمين الصحي، كمؤسسة عمومية تناط بها مهمة «التأطير التقني للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، والسهر على إعداد الوسائل الكفيلة بضبط منظومته». وقد عملت الوكالة على إحداث هيئات للحكامة من قبيل لجنة الشفافية، ولجنة التقييم الاقتصادي والمالي للمواد الطبية، ولجنة تقييم الأعمال الطبية، وذلك بهدف دعم قراراتها المتعلقة بقبول إرجاع مصاريف الأدوية والمستلزمات والخدمات (تعويض سلة العلاجات، الأدوية والمستلزمات الطبية المقبولة إرجاع مصاريفها، الأهمية السريرية والخدمة الطبية المقدمة...).

وبخصوص الإطار المرجعي، تقوم الوكالة الوطنية للتأمين الصحي بشكل منتظم بتحيين ونشر دليل الأدوية المقبولة إرجاع مصاريفها والإطار المرجعي للمهنيين والمؤسسات الصحية، وهما أداتان تضمنان ولوج الهيئات المكلفة بالتدبير والمؤمنين إلى المعلومات بشأن الأدوية ومقدمي العلاجات. كما قامت الوكالة بالإشراف على إعداد البروتوكولات العلاجية، إذ جرى اعتماد 14 منها سنة 2023، فيما يوجد 29 بروتوكولا قيد الإنجاز برسم سنة 2024. واضطلاعاً بالمهام الموكولة إليها، وضعت الوكالة بنيات ومساطر مخصصة لجمع ومعالجة الشكايات والتحكيم في المنازعات بين المؤمنين وهيئات التدبير ومقدمي العلاجات. وخلال سنة 2023، عملت الوكالة على معالجة 4268 ملفاً، أغلبها عبارة عن شكايات تقدم بها المؤمنون بخصوص طلبات استرجاع مصاريف الأدوية.

غير أن عمل الوكالة الوطنية للتأمين الصحي لا يزال يواجه فراغاً قانونياً ينبغي تجاوزه مع الهيئة العليا للصحة. ويهم هذا الفراغ على سبيل المثال : شروط تحمل مصاريف الفحوصات والعلاجات التي تبرر التنقل إلى الخارج وكيفية إرجاع المصاريف (المادة 16 من مرسوم رقم 2.05.733)؛ إدماج الأجراء المشمولين

بتغطية صحية اختيارية في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض (المادة 114 من القانون رقم 65.00)؛ قواعد التنسيق بين مختلف الهيئات المعهود إليها بتدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض في حالة تنقل المأجورين بين القطاعين العام والخاص (المادة 74 من القانون رقم 65.00)؛ إجراءات التنسيق بين خدمات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وخدمات التعويض اليومي عن المرض والولادة وكذا التعويض عن الزمانة (المادة 80 من القانون رقم 65.00)؛ الشروط التي يبقى ضمنها المؤمن متمتعاً بالحقوق في الخدمات في حالة الانقطاع عن العمل دون أجره لأسباب نظامية أو تعاقدية (المادة 103 من القانون رقم 65.00)؛ شروط استمرار المؤمن وذوي حقوقه في التمتع بالحقوق في الاستفادة من الخدمات (المادة 104 من القانون رقم 65.00). ويقتضي تطبيق مقتضيات المادة 32 من القانون 65.00 المتعلقة بالاحتفاظ بالحقوق في الاستفادة من الخدمات بالنسبة للمؤمن المعني أو أحد من ذوي حقوقه المصاب بمرض طويل الأمد أو مرض يترتب عنه عجز أو مرض يستلزم علاجاً خاصاً ومكلفاً، إصدار نص تنظيمي يهتم جميع أنظمة التأمين، وليس فقط المؤمنين من أجراء أو متقاعدي القطاع الخاص.

هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي : مهام ينبغي تعزيزها

فضلاً عن مقاولات التأمين وإعادة التأمين، تضطلع هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، المحدثّة منذ سنة 2016 بموجب القانون رقم 64.12، بمراقبة هيئات الاحتياط الاجتماعي. وتسهر الهيئة على حماية المؤمنين والمنخرطين والمشاركين والمستفيدين من الحقوق، من خلال مراقبة ملاءة الفاعلين، والسهر على احترام القواعد المطبقة على كل قطاع من طرف الفاعلين الخاضعين لمراقبتها، وتتبع الممارسات التجارية. وإذا كان إشراف الهيئة على قطاع التعاضد يقتضي أن يتم «بشكل مشترك مع الوزارة المكلفة بالشغل»، فإن هذه المهمة وكيفية ممارستها وآثارها تستلزم وضع إطار تنظيمي خاص، وذلك بالنظر إلى حجم التعاملات المالية لهذا القطاع وخصوصيته.

وهذا يقتضي كذلك تحديد أشكال التنسيق والالتقائية الممكنة بين مهام الوكالة الوطنية للتأمين الصحي وهيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي، من أجل وضع وتحيين خرائط المخاطر، سواء ما يتعلق بجودة الخدمات، أو سلامة نظم المعلومات وتدبير هيئات التأمين، أو مقدمي العلاجات والأدوية، أو الجوانب التي تهم النقل الطبي أو تدبير النفايات الكيميائية والعضوية.

III- استكمال تعميم التأمين عن المرض في إطار منظومة عمومية إجبارية أساسية تقوم على التضامن والتكامل والالتقائية بين أنظمة التأمين الحالية، ومعززة بنظام تغطية تكميلي توفره التعااضديات أو قطاع التأمينات

يكفل الإطار القانوني الذي تم وضعه منذ إصدار القانون الإطار رقم 09.21 المتعلق بالحماية الاجتماعية (5 أبريل 2021)، إلى جانب التدابير المتخذة لتنزيله، لكل شخص الحق في الانخراط في أحد أنظمة التأمين عن المرض الملأمة لوضعه المهني والأسري.

لذلك، ينبغي تعزيز واستكمال هذا الورش الذي يشكل تقدما اجتماعيا مهما، إذ لا يزال حوالي 8.5 مليون من الساكنة لا يستفيدون لحد الآن من التغطية الصحية، إما بسبب عدم تسجيلهم في نظام التأمين، أو بسبب وجودهم في وضعية «الحقوق المغلقة». كما تشكل مسألة العدول عن العلاج لأسباب مالية تحديا آخر سلطت عليه الضوء نتائج البحث الذي أنجزه المجلس حول تمثيلات المشاركين بخصوص التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، بحيث صرح 60 في المائة من المستجوبين غير المسجلين في التأمين عن المرض و36 في المائة من المستجوبين المؤمنين بأنهم يعدلون عن طلب العلاج لأسباب اقتصادية.

لذلك يتعين إعادة النظر في هندسة المنظومة الوطنية للتأمين عن المرض بما يكفل تحقيق الالتقائية بين مختلف الأنظمة التي تتألف منها هذه المنظومة، وضمان تغطية صحية فعلية تشمل الجميع. ويقتضي هذا الأمر إعادة تركيز التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، سواء على مستوى التمويل، أو الخدمات، أو نمط التدبير، على تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد، وعلى النهوض بالجودة وتوفير العلاجات. كما يتطلب تعزيز الالتقائية والجسور بين المكونات الحالية لمنظومة التغطية الصحية وتطويرها، بما يسهم في بناء تضامن صحي وطني فعلي، وذلك ضمن منظومة موحدة وشاملة للتأمين الأساسي عن المرض، تكون مستدامة على المستوى المالي وقادرة على الاستمرار على المدى الطويل، ومعززة بنظام تغطية تكميلي تابع لقطاع التعااضديات الصحية أو قطاع التأمينات.

كما يتعين أن تسير جهود بلوغ هذا الهدف المنشود بالتوازي مع مواصلة وتسريع وتيرة تأهيل العرض الصحي الوطني، بما يعزز جودة وجاذبية القطاع العام، ويحافظ على مكانته المركزية ضمن عرض العلاجات. وفي الوقت ذاته، ينبغي دعم التطوير المنسق والمتكامل لعرض العلاجات الذي يوفره كل من القطاع الخاص والقطاع الثالث والتضامني والتعاضدي.

من أجل تحقيق هذه الرؤية، يقترح المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي جملة من التوصيات تنتظم وفق المحاور الخمسة التالية :

المحور الأول : نحو منظومة وطنية موحدة للتأمين عن المرض تقوم على إجبارية تسجيل الجميع على المدى القصير :

1. العمل في إطار الاختصاصات المخولة للهيئة العليا للصحة على إنجاز دراسات اكتوارية ودراسات للتأثير الطبي والاجتماعي والاقتصادي لجميع المتغيرات المرتبطة بتعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وذلك ارتكازا على فرضيات ومنهجية وأهداف يتقاسمها جميع الفاعلين في منظومة التأمين الصحي (هيئات التقنين، هيئات التدبير، التعااضديات، الشركاء الاجتماعيون، ممثلو المؤسسات الصحية، مهنيو الصحة). وينبغي العمل، انطلاقا من نتائج تلك الدراسات، على وضع تعريف واضح لسلة العلاجات، وتحيين لائحة الأدوية والمستلزمات الطبية المقبولة إرجاع مصاريفها، والتعريف الوطنية المرجعية، ونسب الاشتراك وإرجاع المصاريف، بالإضافة إلى إرساء منظومة وطنية محدد بدقة لآلية «الثالث المؤدي».
2. النظر في إمكانية إحداث شريحة وسطى من المؤمنين بين نظام (أمو-تضامن) ونظام (أمو-الشامل)، يتحمل اشتراكاتها المؤمنون والدولة، وهو تدبير من شأنه أن يسمح بالاستجابة بشكل أفضل للاحتياجات الصحية والوضع الاجتماعي والاقتصادي للمواطنين والمواطنات الذين يعانون من الهشاشة، المؤهلين حاليا للاستفادة من نظام (أمو-الشامل) إلا أنهم يقعون مباشرة فوق عتبة الأهلية لنظام «أمو-تضامن». ولتحقيق هذا الهدف، ينبغي مراجعة معايير أهلية الاستفادة من النظامين المذكورين، كما أن من شأن هذه المراجعة أن تسمح بإمكانية التنقل بينهما (فتح وتعليق ونقل الحقوق) استناداً إلى عتبات انتقالية محددة.
3. ضمان حق المساعدين العائليين في التغطية الصحية (الأشخاص النشيطون الذي لا يتلقون أجرا نقديا ولا دخل ثابت لهم)، من خلال البحث عن كفاءات الإدماج الملائمة لوضعهم. ويمكن أن يتم ذلك عبر ربطهم بوحدة إنتاجية مسجلة في التأمين، أو عبر سن اشتراك خاص، يتم تحديده بناءً على دراسة اكتوارية منجزة بتشاور مع الهيئات المهنية المعنية.
4. مراجعة وملاءمة آليات التمويل والتدبير وكفاءات التغطية المتعلقة بنظام التأمين عن المرض الخاص بفئات المهنيين والعمال المستقلين والأشخاص غير الأجراء الذين يزاولون نشاطا خاصا (أمو - العمال غير الأجراء):

- بالنسبة للمهن المنظمة (المحامون والأطباء والصيادلة وغيرهم): إعادة فتح الحوار مع هيئات هذه المهن من أجل ضمان تسجيل المنتسبين إليها ومساهماتهم الفعلية في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض⁶². ومن شأن هذه المقاربة أن تسمح بالمحافظة على مكتسبات التعااضديات التي سبق إحداثها من قبل هذه المهن وتمكينها من تدبير التغطية التكميلية.
- بالنسبة للمهن غير المنظمة (الفلاحون والحرفيون والصناع التقليديون وغيرهم): وضع كفاءات مرنة لأداء الاشتراكات ملائمة لطبيعة العمل الموسمي والمتقطع.
- إجراء حصة اكتوارية لنظام التأمين عن المرض الخاص بالعمال غير الأجراء وذلك استنادا إلى أسس مرجعية وفرضيات معتمدة بتشاور مع ممثلي مختلف المهن.
- 5. التنصيص صراحة على إجبارية الانخراط في نظام (أمو - الشامل) من خلال تعديل القانون رقم 60.22 بما يمكن من التسجيل التلقائي للأشخاص غير المشمولين بنظام تأمين آخر في هذا النظام، وذلك استنادا إلى قدرتهم المالية كما يتم تحديدها في التصريحات الضريبية والنفقات (انظر المزيد من التفصيل حول هذا الجانب في التوصية 6).

على المدى المتوسط والطويل

- 6. إعادة النظر في معايير الأهلية عبر إدراج الحق في الصحة والحاجيات الصحية، والقدرات المالية والضريبية والممتلكات، بدلا من الاقتصار على معيار الوضعية السوسيو-مهنية للشخص المعني.
- 7. دراسة إمكانية القيام بإصلاحات تشريعية وتنظيمية وتقنية تمكن من وضع :
 - مَعْرِف وطني للضمان الاجتماعي يُمنح لكل المقيمين فوق التراب الوطني، ويقوم على التصريح الإجباري ويتم تحيينه بشكل منتظم. وتقتضي هذه العملية، التي يمكن أن يعهد بها للوكالة الوطنية للسجلات، مراجعة النصوص التشريعية والتنظيمية المتعلقة بالحكامة والتدبير الإداري والتقني والمالي لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.
 - نظام وطني للتأمين عن المرض شامل وإجباري وأساسي، قائم على الاشتراك وتضامني، وتضطلع بتدبيره هيئة عمومية للتأمين الصحي مكلفة خصيصا بهذا الفرع من منظومة الضمان الاجتماعي.
 - سن إطار تشريعي خاص يمكن من إحداث وضمان استدامة أنظمة تغطية صحية تكميلية تضطلع بتدبيرها التعااضديات أو آليات تأمين عن المرض موجهة للمقاولات أو الأفراد.
- 8. إلغاء وضعية الحقوق المغلقة مع جعل التسجيل وتحصيل الاشتراكات أمرا تلقائيا (انظر النقطة الموالية)؛

62 - في فرنسا، تنص المادة (L114-18) من قانون الضمان الاجتماعي على عقوبة تتراوح بين ستة أشهر وستين سجنا وغرامة مالية تتراوح بين 15.000 و30.000 أورو في حق كل من يرفض عمدا الانخراط في نظام الضمان الاجتماعي أو يمتنع عن القيام بالإجراءات اللازمة للانخراط الإجباري» أو «يحرص الآخرين على التملص من إجبارية الانخراط في هيئة للضمان الاجتماعي».

9. النظر في إمكانية فصل مهمة تدبير المداخل عن مهمة تدبير العلاجات : إحداث هيئة عمومية مكلفة بمهام الجمع الممنهج للاشتراكات برسم نظام التأمين عن المرض، وكذا تحصيلها القانوني سواء بالطرق الاعتيادية أو عبر اللجوء إلى مساطر التحصيل الإلزامي (الإشعار للغير الحائز (ATD) إن اقتضى الحال. ومن شأن هذه الآلية أن تكمل منظومة التسجيل التي سيتكلف بها السجل الوطني للسكان، كما هو وارد في التوصية رقم 7، مع الحفاظ على استقلالية هيئة تدبير نظام التأمين.
10. إدماج أنظمة التغطية الصحية التي توظفها لحد الآن المادة 114 من القانون رقم 65.00، في نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض. ويمكن مواكبة هذا الإدماج بتحويل هيئات التدبير الحالية إمكانية الاستمرار، وفق إطار تعاقد، في تدبير التأمين الأساسي عن المرض لحساب نظام التأمين الإجباري الأساسي العام، بالإضافة إلى توفير خدمات التأمين التكميلي.

المحور الثاني : تعزيز الربط بين تمويل منظومة التأمين عن المرض والنهوض بالعرض الوطني للعلاجات على المدى القصير

11. توسيع نطاق «الثالث المؤدي» (Tiers payant) لتشمل جميع المؤمنين في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، وذلك من خلال :
- تحيين مقتضيات مرسوم رقم 2-05-733 صادر في 11 من جمادى الآخرة 1426 (18 يوليو 2005) بتطبيق القانون رقم 00-65 بمثابة مدونة التغطية الصحية الأساسية، بما يسمح للمؤمنين لدى مختلف الأنظمة منولوج، على غرار المؤمنين لدى (أمو-تضامن)، إلى العلاجات المتنقلة والاستشفائية بالمستشفيات العمومية وبنيات القطاع الاجتماعي والتضامني بدون أداء أو موافقة مسبقة للمصاريف.
 - 12. مواءمة التعريف وتعضيد مخاطر حوادث الشغل والمرض :
 - ضمان تغطية شاملة للمخاطر المرتبطة بحوادث الشغل والأمراض المهنية وجعلها جزءا لا يتجزأ من المنظومة الوطنية للضمان الاجتماعي، بما يكفل حماية جميع العاملين.
 - مواءمة تعريف الأعمال الطبية الخاصة بحوادث الشغل مع التعريف المعتمدة في إطار نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.
 - 13. تحسين ولوج النساء للتغطية الصحية وللعلاجات الملائمة لحاجياتهن وخصوصياتهن، من خلال :
 - تمكين النساء غير النشيطات اللواتي فقدن صفة «ذوي الحقوق» على إثر طلاقهن (استفادة لا تتعدى سنة فقط) أو الأرامل غير النشيطات (استفادة لا تتعدى سنتين فقط)، من الحق في الاستفادة من التغطية الصحية، مع توفير المساعدة الإدارية لهن ووضع مسطرة للمرور التلقائي نحو نظام التأمين الملائم لوضعيتهن السوسيو-اقتصادية الجديدة.
 - تحسين نسب إرجاع التعويض عن المصاريف بالنسبة للنساء، بل وضمان مجانية ولوج النساء للخدمات الصحية الوقائية والعلاجية المرتبطة بخصوصيتهن كنساء (الصحة الإنجابية، الحمل، الأمومة، الكشف، إلخ).

على المدى المتوسط

14. العمل، من خلال تعديل القانون رقم 98.15، على سن تعويض يومي عن المرض لفائدة العمال غير الأجراء.

المحور الثالث : ضمان الاستدامة المالية لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

على المدى القصير

15. مراجعة نسبة الاشتراك في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من خلال إلغاء تسقيف الاشتراكات بالنسبة للقطاع العمومي.

16. تعزيز الضبط الطبي لنفقات التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، من خلال :

- وضع سياسة وطنية في مجال الدواء، مع إعطاء الأولوية لتخفيض أسعار الأدوية والأدوية المماثلة الحيوية المبتكرة؛

- اعتماد مسطرة موحدة وشفافة لكيفيات قبول إرجاع المصاريف والحصول على الإذن بالعرض في السوق، وذلك ارتكازا على تقييم طبي واقتصادي صارم للخدمة الطبية المقدمة؛

- تشجيع إرجاع مصاريف الأدوية الجنيسة والمماثلة الحيوية، لا سيما الأدوية المضادة للسرطان والعلاجات الحيوية، ودعم تطوير إنتاج الأدوية الجنيسة والرفع من عدد الجزيئات «الجنيسة» حسب الاحتياجات الصحية الوطنية؛

- تطوير وتنويع عدد البروتوكولات العلاجية الملزمة لهيئات تدبير التأمين الإجباري الأساسي عن المرض ومهنيي الصحة، مع إشراك الفاعلين المؤهلين في هذه الدينامية؛

- وضع مسارات للعلاج منسقة، في إطار خرائط صحية محينة وإجرائية، وتطوير علاقات التعاقد بين نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض والمؤسسات الاستشفائية؛

- إضفاء الطابع التعاقدي على العلاقات مع المؤسسات الاستشفائية والأطباء لتشجيع التحكم في التكاليف الطبية، في أفق وضع إطار قانوني لتصنيف ومنح الاعتماد للعيادات والمؤسسات الصحية؛

- تعزيز جهود مكافحة الغش وتضخيم الفواتير والإغراق، ومحاربة ممارسات الفساد في منظومة التأمين الصحي سواء على مستوى التدبير أو تقديم الخدمات؛

- وضع خطة عمل للمراجعة المنتظمة للتعريف المرجعية الوطنية ومراقبة مدى تطبيقها .

17. تعبئة تمويلات إضافية لنظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض :

- توسيع مصادر تمويل نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض من خلال النظر في إمكانية العمل، في إطار قانون المالية ووفق نسب وكيفيات محددة، على إرساء :

• مساهمة اجتماعية مُعَمَّمة (CSG) تُقْتَطَعُ بشكل مباشر من مجموع الدخول؛

• تخصيص نسب من الضريبة على القيمة المضافة للحماية الاجتماعية، لا سيما للتغطية الصحية التضامنية لفائدة الأشخاص غير القادرين على تحمل الاشتراكات في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، سواء كانوا نشيطين أو غير نشيطين؛

• تعبئة مصادر مالية إضافية عبر اقتطاعات خاصة على مداخيل الأموال المنقولة والمعاملات المالية، وعلى جزء من مداخيل الضريبة الداخلية على الاستهلاك، ومداخيل رسوم التبغ، والمشروبات الكحولية، وألعاب الرهان، وكذا على مداخيل الفاعلين في مجال الاتصالات الذين يسوقون على الأنترنت ألعابا ذات تأثيرات إدمانية محتملة؛

- مراجعة الإطار التشريعي الحالي بما يسمح بتعبئة جزء من المنتجات المالية لاحتياطات صناديق تدبير التأمين الصحي والتعاضديات من أجل دعم تقديم العلاجات للفئات الهشة.

المحور الرابع : تحسين جودة الخدمات الصحية : النهوض بالقطاع العام والقطاع الثالث وتقنين التكامل بين عرض العلاجات في القطاع الخاص والعام والتعاضدي على المدى القصير

18. النهوض بالقطاع العمومي وجعله في صلب العرض الصحي الوطني، وذلك من خلال:

- تسريع وتيرة تنفيذ خطة إصلاح المنظومة الصحية عبر تقليص التفاوتات المجالية وتعزيز العلاجات الأساسية والنهوض بالمراكز الاستشفائية الجامعية؛

- جعل تحديث المستشفى العمومي (على مستوى التجهيزات والتنظيم والخدمات وآجال المواعيد، ومحاربة الفساد) في صلب إصلاح المنظومة الصحية، من أجل إعادة التوازن على مستوى عرض العلاجات بين القطاعين العام والخاص.

19. تطوير القطاع الثالث وتكريس صفة تحقيق المنفعة العامة على المستوى الصحي والاجتماعي التي تطبع أعماله، مع العمل على تطويره، وذلك من خلال :

- مراجعة المقتضيات القانونية الجاري بها العمل بما يسمح للتعاضديات بتدبير مرافق القرب للرعاية الصحية، في إطار شركات تابعة لها غير ربحية؛

- وضع إطار قانوني ينص على الاعتراف بعرض العلاجات الذي يقدمه الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لفائدة مجموع المؤمنين وذوي حقوقهم، وعلى ضمان استدامته. ويمكن أن يقتضي هذا الأمر توسيع شبكة المصحات متعددة التخصصات التابعة للصندوق على صعيد التراب الوطني، وذلك من خلال تخصيص جزء من المنتجات المالية المتأتية من احتياطات الصندوق لتحقيق هذه الغاية.

20. تحسين نسب إرجاع المصاريف المتعلقة بالأعمال الطبية عموما، لا سيما الرامية إلى الكشف المبكر عن الأمراض، وضمان التعويض الكامل عن الفحوصات والتحاليل الطبية للكشف عن أمراض القلب والشرابين، والسرطان في مراحل وأعمار حرجة يتم تحديدها.

على المدى المتوسط

21. العمل بتشاور مع هيئات التقنيين والتدبير والفاعلين في القطاع الطبي والتعاضدي والتأميني على وضع ميثاق لحقوق المرضى، مع إضفاء الطابع الإلزامي عليه.
22. بلورة مدونة وطنية للأخلاقيات ملزمة لجميع الأطراف المعنية؛ وضمان نزاهة عمليات الفوترة، تحت طائلة عقوبات زجرية إدارية وقضائية؛ وتعزيز الحق في الحصول على المعلومات وفي الموافقة المستنيرة؛ وسن إلزامية الإعلام حول حقوق المرضى في جميع مؤسسات الرعاية الصحية.

المحور الخامس : إرساء حكمة دامجة وتشاركية ومسؤولة

على المدى القصير

23. رفع جاذبية الاستثمار في القطاعات الصحية ذات الأولوية، مع تحسين مناخ الأعمال : وضع تدابير كفيلة بمنع عمليات المضاربة، وتعزيز قدرة السلطات العمومية على تقنين قطاع الصحة بفعالية.
24. تعزيز تمثيلية مجالس إدارة هيئات تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض وتقوية صلاحياتها ومسؤولياتها. وينبغي أن يتم القيام في هذا الإطار بإنجاز حصيلة، وتحليل مقارن لأفضل الممارسات في ما يتعلق بتركيبة المجالس، ونمط تعيين الأعضاء وتحديد مسؤولياتهم؛ وفصل أقوى بين مهام التوجيه والمراقبة ومهام التدبير؛ وضمان فعالية تمثيلية الأطراف المعنية داخل الأجهزة التداولية.
25. تشجيع تشكيل الائتلافات والنهوض بالتعاون في القطاع الصحي، من خلال تشجيع مضافرة الجهود بين التعاضديات وبين القطاعين العام والخاص، من أجل التدبير الأمثل للاستثمارات في منظومة الرعاية الصحية.

على المدى المتوسط والطويل

26. وضع حسابات وطنية للحماية الاجتماعية : تطوير نظام معلومات رقمي وطني لجمع وتحليل المعطيات وتتبع وتوقع النفقات وحجم استهلاك العلاجات، مع احترام سرية المعلومات الطبية.
27. العمل بتشاور مع الأطراف المعنية، على تحديد هدف وطني في ما يتعلق بنفقات التأمين الصحي (ONDAM)، يتم تضمينه في قانون المالية، وتخصيص محور خاص في هذا القانون لتمويل الحماية الاجتماعية عموما والتأمين التأمين الإجباري الأساسي عن المرض على وجه الخصوص.
28. تعزيز الحكامة والمحاسبة، وذلك من خلال :
 - إحداث مجلس أعلى للتأمين الإجباري الأساسي عن المرض، كهيئة استشارية مستقلة وذات تركيبة تعددية، تضطلع بتيسير التشاور والتحليل الاستراتيجي والتوقعات الإكتوارية، وإصدار توصيات رامية إلى الحفاظ على المنظومة وتعزيزها.
 - العمل، طبقا للمادة 15 من القانون رقم 09.21، على إناطة تدبير نظام التأمين الإجباري الأساسي عن المرض لهيئة عمومية موحدة، مع العمل بتكامل مع الهيئات التعاضدية و/أو هيئات التأمين، على تغطية نفقات العلاجات التي تتجاوز سقف التعويض المحدد.

- العمل بشكل منتظم على عقد مناظرة وطنية للحماية الاجتماعية تضم مجموع الأطراف المعنية.
- تقوية دور ووسائل عمل هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي والمجلس الأعلى للتعاقد، بوصفهما فاعلين أساسيين في حماية حقوق المؤمنين وتطوير التأمين التضامني التكميلي.

الملاحق

الملحق رقم 1: لائحة أعضاء اللجنة الدائمة المكلفة بالقضايا الاجتماعية والتضامن

فئة الخبراء
فؤاد ابن الصديق (مقرر الموضوع)
حكيمه حميش
أمنية العمراني
عبد المقصود راشدي
فئة النقابات
أحمد بهنيس
محمد بنصغير (نائب مقرر اللجنة)
محمد دحماني (مقرر اللجنة)
محمد عبد الصادق السعيد
لحسن حنصالي
جامع المعتصم
عبد الرحمان قنذيلة (نائب الرئيس)
مصطفى اخلافة
فئة الهيئات والجمعيات المهنية
محمد حسن بنصالح
عبد الحي بسة
محمد بولحسن
فئة الهيئات والجمعيات النشيطة في مجالات الاقتصاد الاجتماعي والعمل الجماعي
ليلي بريش
جواد شعيب (الرئيس)
حكيمه الناجي
عبد الرحمان الزاهي
الزهرة زاوي

فئة الأعضاء المعيّنين بالصفة
عبد العزيز عدنان
خالد الشدادي
لطفي بوجندار
عثمان كاير

الخبراء الداخليون الذين واكبوا اللجنة في إعداد الرأي

نادية السبتي محمد الخمليشي	الخبيران الداخليان بالمجلس
يوسف ستان	المترجم

الملحق 2 : لائحة الفاعلين الذين جرى الإنصات إليهم

قطاعات وزارية	- وزارة الاقتصاد والمالية - وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
هيئات وطنية ومؤسسات عمومية	- مجلس المنافسة - بنك المغرب - هيئة مراقبة التأمينات والاحتياط الاجتماعي - الوكالة الوطنية للتأمين الصحي - الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - المندوبية السامية للتخطيط
مؤسسات علاجية	- المركز الاستشفائي الجامعي ابن سينا - الجمعية الوطنية للمصحات الخاصة
هيئات تعاضدية	- خمس تعاضديات من بين التعاضديات المكونة للصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي - الصندوق التعاضدي المهني المغربي - التعاضدية العامة لهيئات المحامين بالمغرب - المؤسسة المحمدية للأعمال الاجتماعية لقضاة وموظفي العدل
منظمات مهنية	- الغرفة الفلاحية لجهة بني ملال خنيفرة
مجتمع مدني	- الشبكة المغربية للدفاع عن الحق في الصحة والحق في الحياة
خبراء	- د. السملالي حسن - الطاوجني سعد
زيارات ميدانية	- الوكالة الوطنية للتأمين الصحي - الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي - الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - مختبر «فارما 5» لتطوير وتصنيع الأدوية

المحلق 3 : ملخص نتائج البحث حول تمثيلات المواطنين والمواطنات بشأن تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض

سياق الدراسة والمنهجية المعتمدة

تم إنجاز هذا البحث في إطار إعداد المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي لرأيه حول تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الذي نص عليه القانون الإطار رقم 09.21. وقد عهد بهذا العمل لمكتب الدراسات مختص في إنجاز البحوث واستطلاعات الرأي. واستند مكتب الدراسات على مقاربتين متكاملتين من أجل الاضطلاع بهذه المهمة:

- مقارنة نوعية : من خلال إجراء مقابلات فردية (32 شخصا) وتنظيم مجموعة بؤرية مع مواطنات ومواطنات يستفيدون من التغطية الصحية وآخرين غير مستفيدين منها، بالإضافة إلى فاعلين في مجال التأمين عن المرض؛

- مقارنة كمية : من خلال إجراء مقابلات مباشرة مع 1000 شخص تتجاوز أعمارهم 18 سنة.

تم إجراء المقابلات أساسا في مدينتي الدار البيضاء والجديدة، اللتين تعدان من بين المناطق الأفضل من حيث توفر الخدمات الصحية. وقد استهدفت المقابلات مجموعة متنوعة من البروفائيات : العمال المستقلون، والموظفون، سواء الأطر أو غير الأطر، المشمولون بالتغطية الصحية التي يشرف على تدبيرها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي والصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي.

أبرز الملاحظات

على العموم، يتبين من خلال آراء المستجوبين أنه على الرغم من التقدم الملحوظ الذي جرى تحقيقه، فإن منظومة التأمين عن المرض لا تزال في حاجة إلى تحسين جملة من الجوانب تهم على الخصوص: توفير المعلومات للعموم بشأن بنياتها وآليات الولوج إليها وتوضيح كفاءات اشتغالها، بالإضافة إلى جعلها أكثر إدماجا ونجاعة وإنصافا.

وقد أظهرت نتائج البحث رضا متوسطا للمستجوبين المسجلين في نظام التأمين الإجباري الأساسي، في حين عبر المستجوبون غير المشمولون بالتغطية الصحية عن عدم رضاهم عنه. هذا ويعتبر غالبية المستجوبين، بمن فيهم المؤمنون، أن نظام التأمين الإجباري عن المرض «معقد»، و«لا يوفر القدر الكافي من الحماية»، كما يرون أنه يعوزه «الوضوح الكافي بشأن الخدمات المشمولة بالتأمين، وكلفتها، وشروط الاستفادة منها، وكفاءات استرجاع المصاريف». وتهم أبرز النتائج المنبثقة عن البحث الجوانب التالية:

- استمرار الحاجز المالي : 60 في المائة من المستجوبين غير المستفيدين من التغطية الصحية و36 في المائة من المستجوبين المؤمنين يعدلون عن طلب العلاج لأسباب مالية؛

- تفاوت في الولوج إلى العلاجات : يعتبر المستجوبون أن العلاجات المتخصصة «باهظة الثمن ولا يتم التعويض عنها بسرعة»، مما يستدعي من المؤمنين الأداء المسبق لمبالغ كبيرة وانتظار استرجاع جزء منها، مما يشكل عبئا ماليا ثقيلا ، خاصة بالنسبة للأسر ذات الدخل المحدود؛

- نسبة إرجاع المصاريف محدودة : يرى المستجوبون أن نسبة إرجاع المصاريف منخفضة للغاية، (أقل من ثلث النفقات الفعلية)، وقد جاء في بعض الإجابات أن «التكاليف التي تؤديها من مالنا الخاص مرتفعة، لاسيما بالنسبة للعلاجات المتخصصة». وتجد العائلات ذات الدخل المنخفض صعوبات في مواجهة هذه المصاريف حتى وإن كانت مشمولة بالتغطية الصحية : فقد يشكل الجزء المتبقي على عاتقها من المصاريف نسبة مهمة من مواردها المالية؛
- تفاوتات في الولوج إلى العلاجات بين الجهات وبين القطاعين العام والخاص؛
- تقدم المؤسسات الصحية في المناطق الحضرية والمدن الكبرى خدمات أفضل : «لا يتم تقديم نفس المستوى من العلاجات في جميع المؤسسات الصحية، فهناك فارق كبير بين المدن، وكذا بين الوسط الحضري والوسط القروي»؛
- يُنظر إلى القطاع الخاص على أنه يوفر رعاية صحية ذات جودة أعلى، ولكن بتكلفة مرتفعة، مما يؤدي إلى خلق تفاوتات في الولوج إلى العلاجات، إذ أبرز بعض المشاركين أن «الخدمات الصحية في المصحات الخاصة أفضل، لكن ليس بمقدور الجميع تحمل تكلفتها»؛
- ضعف الوعي بأهمية الانخراط في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض : 52 في المائة من الأشخاص غير المشمولين بالتأمين الصحي ليسوا على استعداد للانخراط فيه؛
- ضعف التغطية الصحية التكميلية : 8 في المائة فقط من المؤمنين يستفيدون من تغطية تكميلية.

آراء ومقترحات الأشخاص المشمولين بالتأمين الصحي

يبقى مستوى رضا المؤمنين عن التغطية الصحية متوسطاً، فهم من جهة يقرون بفوائد التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، لكنهم في المقابل ينتقدون عدداً من الجوانب في المنظومة تهم أساساً الأداء المسبق للمصاريف، والطابع المعقد للإجراءات الإدارية، وطول المساطر، وانعدام الوضوح بشأن مآل ملفات استرجاع المصاريف. وقد صرح المواطنون المشمولون فعليا بالتغطية أنهم يستفيدون من استشارات طبية منتظمة لتتبع الأمراض المزمنة (مثل السكري، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب). ومع ذلك، فهم يواجهون صعوبات في الولوج إلى العلاجات المتخصصة، بسبب ما وصفوه بارتفاع تكلفتها وضعف نسب إرجاع المصاريف المؤداة عنها.

مقترحات الأشخاص المشمولين بالتأمين الصحي:

- تحسين نسبة إرجاع المصاريف بالنسبة للعلاجات باهظة الثمن؛
- تقليص آجال إرجاع المصاريف؛
- تبسيط الإجراءات الإدارية، لاسيما من خلال اعتماد التكنولوجيا الرقمية.

آراء ومقترحات الأشخاص غير المشمولين بالتأمين الصحي

حسب نتائج البحث، يعاني المواطنون غير المشمولين بالتغطية الصحية من محدودية الولوج إلى العلاجات بسبب تكلفتها المرتفعة. لذلك، فهم يلجؤون إلى الاستشارات الطبية أساسا في الحالات المستعجلة أو الأمراض الخطيرة. والعديد منهم يعدلون عن تلقي العلاجات المنتظمة بسبب الإكراهات المالية. كما أن عدم معرفتهم بأنظمة التأمين عن المرض المتاحة والتصور السائد لديهم حول الطابع المعقد للمساطر اللازمة يمثلان عقبة تحول دون انخراطهم في هذه الأنظمة.

مقترحات الأشخاص غير المشمولين بالتغطية:

- تقليص مبلغ الاشتراكات بالنسبة للعمال المستقلين؛
- تبسيط مساطر الانخراط والإجراءات الإدارية؛
- توفير المعلومات الكافية للمواطنين حول مزايا التأمين عن المرض والخيارات المتوفرة.

آراء ومقترحات الشركاء في قطاع التأمين

يقر الشركاء بالتقدم الملحوظ الذي شهده ورش تعميم التأمين الإجباري الأساسي عن المرض، الذي أضحي يغطي حاليا أكثر من 86 في المائة من الساكنة. غير أنهم أشاروا إلى استمرار عدد من التحديات، تهم على الخصوص إقصاء العمال المستقلين والفئات الهشة بسبب معايير الأهلية الصارمة والإجراءات الإدارية المعقدة. كما أكدوا على ضرورة تحسين التنسيق بين مختلف المؤسسات لتعزيز فعالية منظومة التأمين.

مقترحات الشركاء :

- رقمنة العمليات ووضع بطاقة رقمية من أجل تيسير الأداء وإرجاع المصاريف؛
- تحسين البنيات التحتية الصحية، لا سيما في المناطق القروية، من أجل ضمان الولوج المنصف للعلاجات؛
- تنويع مصادر التمويل من أجل ضمان الاستدامة المالية للمنظومة.

خلاصات وتوصيات

أشاد الشركاء بما يتسم به نظام التغطية الصحية من شمولية وطابع دامج، لكنهم أبرزوا في الوقت ذاته أنه لا يزال يعاني من العديد من العراقيل البنيوية. وأشاروا إلى أن التحديات الرئيسية المطروحة اليوم في هذا القطاع تهم : محدودية الولوج إلى العلاجات المتخصصة، إشكالية الأداء المسبق للتكاليف وما تشكله من عبئ على الأسر، ضعف نسبة إرجاع المصاريف والبطء الذي يعتري هذه العملية، الفوارق الجهوية، والتواصل غير الكافي بخصوص مزايا التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

تتم التوصيات الجوانب التالية :

- تبسيط المساطر الإدارية من خلال رقمنة الإجراءات وتقليص آجال إرجاع المصاريف؛
- مراجعة مبالغ الاشتراكات ونسب إرجاع المصاريف من أجل ملاءمتها مع دخل المؤمنين، لا سيما العمال المستقلين؛
- تعزيز البنيات التحتية الصحية في المناطق القروية من أجل تقليص الفوارق الجهوية؛
- التواصل بشكل أفضل حول الخدمات وحقوق المؤمنين، من أجل تشجيع انخراط أكبر عدد ممكن من الأفراد في التأمين الإجباري الأساسي عن المرض.

المجلس الاقتصادي والاجتماعي والبيئي

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